



**‘Assabeyya, idiome de détresse
Exploration anthropologique de la détresse psychologique de femmes
dans le Caire contemporain**

Thèse

Heba Allah Habib

Doctorat en anthropologie
Philosophiæ doctor (Ph. D.)
Québec, Canada

© Heba Allah Habib, 2018

‘Assabeyya, idiome de détresse
Exploration anthropologique de la détresse psychologique de
femmes dans le Caire contemporain

Thèse

Heba Allah Habib

Sous la direction de :

Abdelwahed Mekki-Berrada, directeur de recherche

RÉSUMÉ

Cette recherche s'est fixé de nombreux objectifs dont le principal est celui d'explorer '*assabeyya* afin de découvrir si c'est un idiome de détresse exprimé et manifesté par de nombreuses femmes égyptiennes. Elle a ensuite cherché à savoir si '*assabeyya* est l'expression d'une souffrance émotionnelle, exprimée à travers 'les nerfs', et secondaire à l'exposition à de nombreux événements traumatiques violents (violence directe ou violence indirecte comme violence structurelle et symbolique / culturelle) comme dans *nervios*. Le troisième objectif a été de voir s'il existe une biomédicalisation de cette souffrance sociale représentée par '*assabeyya*, et enfin, le dernier objectif a été de découvrir si '*assabeyya* et trouble de la personnalité limite (TPL) sont en fait liés et s'ils résultent tous deux des conséquences traumatiques de l'exposition des femmes égyptiennes à ces nombreuses sources de violence. Des entretiens approfondis inspirés du modèle explicatif de la maladie ont été mis en place pour recueillir des informations, notamment sur le type de souffrance et l'exposition à la violence de femmes d'une banlieue du Caire (patientes psychiatriques et non psychiatriques). La présence de symptômes caractéristiques du TPL et de l'état de stress post-traumatique complexe (ESPT) a aussi été recherchée. Les entretiens se sont également déroulés auprès de professionnels de la santé mentale et de la santé plus globalement, ainsi qu'auprès de personnes ressources issues de la même communauté. L'analyse des données a permis tout d'abord de confirmer les hypothèses avancées puis de dépeindre une vision synthétique de '*assabeyya*, vision gravitant autour de la notion clé d'assujettissement. La relation de l'assujettissement à '*assabeyya* a été analysée selon l'approche tridimensionnelle de *disease, illness et sickness* (Kleinman et al. 1980, 2006) ainsi que les mécanismes de coping que cet assujettissement induit et les types d'agencité qu'il inspire, dont la *victimcy* (Honwana 2000). Assujettissement et '*assabeyya* ont été ensuite abordés, selon l'approche ethnopsychiatrique à travers les concepts de '*assabeyya* khaldunienne (Ibn Khaldun 1986), d'aliénation et d'anomie (Durkheim 1960) ; et ethnopsychanalytique (Freud 1914-1916 ; 1961 ; Butler 1997). Enfin une approche existentielle a tenté d'explorer la relation de '*assabeyya* à l'assujettissement donnant ainsi à '*assabeyya* une portée qui dépasse le domaine de l'anthropologie et de la psychiatrie pour atteindre ceux de la politique et de la philosophie.

ABSTRACT

This research has set many objectives, the main one was to explore '*assabeyya*' in order to discover if it is an idiom of distress expressed and manifested by many Egyptian women. The research investigated then whether '*assabeyya*' is the expression of an emotional suffering, expressed through 'nerves', secondary to exposure to many violent traumatic events (direct or indirect violence as structural and symbolic /cultural violence) as in *nervios*, *nevra*, *nervos* or even *nerves*. The third objective was to see if there is a biomedicalization of this social suffering represented by '*assabeyya*', and finally the last objective was to discover if '*assabeyya*' and borderline personality disorder (BPD) are in fact related resulting both from the traumatic consequences of Egyptian women's exposure to these numerous sources of violence. In-depth interviews based on the explanatory model of the disease were set in order to gather information on the type of suffering and exposure to violence of women in a Cairo suburb, who were psychiatric and non-psychiatric patients. The presence of characteristic symptoms of BPD and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) was also investigated. In addition, interviews were conducted with mental health professionals and more broadly with health professionals, as well as with resource persons from the same community. The analysis of the data allowed, first, to confirm the hypotheses put forward, and then to depict a synthetic vision of '*assabeyya*', a vision revolving around the key notion of subjugation. The relationship between subjugation and '*assabeyya*' has been analyzed according to the three-dimensional approach of *disease*, *illness* and *sickness* (Kleinman et al., 1980, 2006), along with the coping mechanisms induced by this subjugation and the types of agency it inspires, including *victimcy* (Honwana 2000). Subjection and '*assabeyya*' were then analyzed according to the ethnopsychiatric approach through the concepts of Khaldunian '*assabeyya*' (Ibn Khaldun 1986), alienation and anomie (Durkheim 1960); and through the ethnopsychanalytic one (Freud 1914-1916, 1961; Butler 1997). Finally, an existential approach has attempted to explore the relation of '*assabeyya*' to subjugation, providing '*assabeyya*' with a scope beyond the field of anthropology and psychiatry, to reach those of politics and philosophy.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	III
Abstract.....	IVIV
Table des matières.....	iii
Liste des figures et des photographies	IXx
Dédicace.....	XIi
Remerciements.....	XIIIi
Préface.....	xiv
Introduction.....	1
Première partie : Cadres contextuel et conceptuel, hypothèses et méthodologie	9
Chapitre I. Cadre contextuel	10
I.1. Approche et structures biomédicales de santé mentale en Égypte	10
I.2. Détresse psychologique et systèmes traditionnels et religieux de soins.....	13
I.3. Dimensions sociales, économiques et politiques de la santé mentale en Égypte ..	18
Chapitre II. Cadre conceptuel	21
II.1. Trouble de la personnalité limite (TPL) : <i>'the disease'</i>	22
II.2. Détresse émotionnelle : <i>'the illness'</i>	26
II.3. Environnement sociopolitique : l'anthropologie médicale critique et la notion de <i>'sickness'</i>	40
Chapitre III. <i>'Assabeyya</i> et trouble de la personnalité limite : idiomes de détresse ou catégories cliniques ?	46
III.1. Détresse et souffrance psychologiques	47
III.2. Dimensions sociales, culturelles, existentielles et identitaires du TPL et de <i>'assabeyya'</i>	130

Chapitre IV. Objectifs & hypothèses de la recherche.....	154
IV.1. Objectifs.....	154
IV.2. Hypothèses de la recherche	155
Chapitre V. Méthodologie de la recherche	156
V.1. Méthodes.....	156
V.2. Considérations éthiques	168
Deuxième partie : présentation, analyse et discussion des données ethnographiques	170
Chapitre VI. Description de la violence.....	171
VI.1. Violence interpersonnelle	174
VI.2. Violence généralisée (symbolique, culturelle et structurelle).....	213
Chapitre VII. Conséquences de la violence	279
VII.1. Répercussions physiques de la violence.....	280
VII.2. Répercussions psychologiques de la violence.....	283
VII.3. Répercussions de la violence sur la famille.....	320
VII.4. Victimisation : une distorsion cognitive? Un trouble de la personnalité?.....	322
VII.5. Idiomes de détresse : <i>'assabeyya, makhnou 'a, metday 'a, motawatera</i>	326
Chapitre VIII. Coping avec la violence	349
VIII.1. Stratégies de <i>coping</i>	349
VIII.2. Facteurs favorisant le <i>coping</i> , l'adaptation, le <i>ta'akloun</i>	370
VIII.3. Politiques du <i>coping</i> des <i>masraweyyates</i>	374
VIII.4. <i>'Assabeyya</i> : échec de l'agencéité éthique et de la <i>victimcy</i> (agencéité tactique)?	
418	
Troisième partie : analyse et interprétation des données	431
Chapitre IX. Compréhension synthétique de la <i>'assabeyya</i>	432

IX.1. 'Assabeyya selon les 3 axes <i>disease, illness, sickness</i>	434
IX.1.1. Corps et assujettissement : objet et sujet biomédicaux dans la 'assabeyya et le TPL	434
IX.2. 'Aassabeyya, ethnopsychiatrie et ethnopsychanalyse.....	459
IX.3. Approche existentielle de la 'assabeyya.....	486
Conclusion	497
Bibliographie.....	515
Annexes.....	601
Annexe 1. Villes nouvelles et extensions urbaines du grand Caire	601
Annexe 2. Carte schématique de la ville du Caire	602
Annexe 3. L'évolution urbaine de l'agglomération du grand Caire	602
Annexe 4. Thèmes des entrevues semi-dirigées	603
Annexe 5. Thèmes des entrevues semi-dirigées : informations personnelles et sur la violence.....	604
Annexe 6. Structural clinical interview for DSM disorders non-patient edition for axis II (SCID/NP).....	606
Annexe 7. Critères diagnostiques du ESPT complexe.....	610
Annexe 8. Developmental trauma disorder	611
Annexe 9. Explanatory model interview catalog (EMIC)	612
Annexe 10. Short version of explanatory model of illness.....	614
Annexe 11. Cultural formulation interview	615
Annexe 12. Présentation des femmes rencontrées, des personnes ressources et des intervenants	616
Annexe 13. Formulaire de consentement (intervenants).....	618
Annexe 14. Formulaire de consentement (personnes ressources)	621

Annexe 15. Formulaire de consentement (femmes de la communauté).....	624
Annexe 16. Concepts culturels de détresse dans le DSM-5.....	627
Annexe 17. Les idiomes de détresse qui ne sont pas dans le DSM-5.....	628
Annexe 18. Exemple de déroulement d'une entrevue	629

LISTE DES FIGURES ET DES PHOTOGRAPHIES

Figure 1 : L'Égypte de nuit, vue par satellite.....	11
Figure 2 : Importance de la communication parmi les <i>Masreyyates</i> , facilitée aujourd'hui par les portables (en 2012, il y avait déjà 91 millions d'abonnés).....	126
Figure 3: Vue Satellite de Maadi	158
Figure 4: Une des rues marchandes de Maadi (Rue 9)	159
Figure 5 : 'Le cercle d'enfer' illustrant le harcèlement sexuel sur les lieux public. Graffiti mural à la rue Mohamad Mahmoud (lieu de combats de rue durant la révolution).....	182
Figure 6. Masraweeya durant la revolution brandissant une pancarte où est écrit : « Control your sons not your daughters. »	223
Figure 7 : La danse des bâtons (<i>el tahtīb</i>) dans l'Égypte Ancienne, tombe de Nakht	224
Figure 8 : La danse des bâtons (<i>el tahtīb</i>) aujourd'hui	224
Figure 9 : Si-El Sayed dans le film ' <i>Kasr el Shawk</i> ' adapté de la trilogie de Naguib Mahfouz	227
Figure 10: Affiche du film <i>Ana Hurra</i> du réalisateur Salah Abou Seif.....	241
Figure 11: Voiles des <i>Masraweeyates</i>	245
Figure 12 : <i>Doghout el haya</i> . Hommes transportant des bombonnes de gaz a plusieurs sur une même moto au Caire	264
Figure 13: Vue satellite du grand Caire	269
Figure 14 : Les pleureuses (La Tombe de Ramosé, Vallée des nobles)	297
Figure 15: Le cortège des pleureuses de Karnak	297
Figure 16. Les pleureuses en Égypte aujourd'hui.....	298
Figure 17 : <i>Masreyyates</i> sur une moto pendant les manifestations populaires durant la révolution de janvier 2011	356
Figure 18 : Le papyrus médical de Chester Beatty (Papyrus no. 10686 au British Museum) sur l'interprétation des rêves (1350 Avant J.C.)	356
Figure 19 : Danseurs dans la tombe de Nebamun. Peinture murale conservée au British Museum.....	359

Figure 20 : Danse de la Tanoura par des danseurs soufis (les <i>darawishs</i> ou derviches tourneurs) pendant les festivals soufis égyptiens, accompagnée de zekr (incantations religieuses)	360
Figure 21 : Manifestantes durant la révolution portant une pancarte indiquant « L'Égyptien et l'Égyptienne sont 'une même main' »	375
Figure 22 : <i>Masreyyates</i> manifestant pendant la révolution égyptienne (2011-2013) (1)	382
Figure 23 : <i>Masreyyates</i> manifestant pendant la révolution égyptienne (2011-2013) (2)	382
Figure 24: <i>Masreyyates</i> faisant la queue devant les bureaux de vote (2011-2013)	384
Figure 25: Jeunes <i>Masreyyates</i> sortant des urnes (2011-2013)	385
Figure 26 : Oum Kalsoum	388
Figure 27 : Tahia Carioca	445

DÉDICACE

À Layaly El Omr,

Ma mère,

L'inspiratrice de ce travail de réflexion sur soi et sur le sens de l'existence.

Avec tout mon amour, mon respect et ma gratitude.

À la mémoire de mon père,

Mon éternel guide dans la vie et dans le vaste monde de la psyché humaine.

Avec toute ma reconnaissance, mon estime et mon amour.

À mon fils, Youssef,

La prunelle de mes yeux et la source de mon courage.

Avec toute ma tendresse, mon amour et ma considération.

REMERCIEMENTS

La gratitude que je ressens en écrivant ces remerciements est très profonde. Elle s'adresse tout d'abord au Créateur, Allah, le Tout-Puissant, le Protecteur et le Généreux, sans lequel cette thèse n'aurait jamais pu être réalisée. Il m'a guidée vers ce chemin et y a mis toutes les personnes qui ont aidé à son élaboration.

La première personne est Professeur Abdelwahed Mekki-Berrada, qui m'a introduite au monde fascinant de l'anthropologie, m'a guidée, encouragée et soutenue dans les moments les plus difficiles de doute et de désespoir. Il m'a appris la rigueur, la discipline, l'humilité et la passion pour l'anthropologie. À lui je dédie un immense *shoukran*.

Je souhaiterais remercier toutes les personnes du département d'anthropologie de l'université Laval qui m'ont toujours aidée et soutenue durant ce parcours.

Shoukran à Professeur Samir Abolmagd, fondateur de l'ONG Wa 'y, pour avoir toujours cru en moi et encouragé. Un grand merci à toute l'équipe de Wa 'y, et surtout un remerciement particulier, à titre posthume, à Hassan.

Beaucoup de respect et d'admiration aux femmes que j'ai rencontrées, et qui ont accepté de m'ouvrir les portes de leur intimité.

Un grand remerciement aux personnes ressources qui ont eu le courage de parler ouvertement de leurs opinions, souvent vives, alors que le climat en Égypte était très tendu pendant le travail de terrain.

À toutes les personnes qui m'ont appris la vie et mon métier : professeurs, famille, amis et anonymes, *shoukran*.

Shoukran aux Pr. Farida Toloune (Maroc), Pr. Mohamed Nasr (Égypte) et Pr. Sanaa Kamel (Égypte) qui m'ont guidée dans mes premiers pas en médecine et en psychiatrie, et à Pr.

Soraya el Torki (Arabie Saoudite) qui m'a accueillie dans le monde de l'anthropologie féminine arabe.

À mes chers patients qui ont vraiment été 'patients' jusqu'à ce que je puisse mener à bout les deux tâches auxquelles je m'étais astreinte, à savoir, le travail clinique et la recherche : *shoukran*.

À mes amis au Canada, au Maroc et en Égypte, comment vous remercier d'être toujours présents dans ma vie, malgré mes préoccupations et mes longues absences ? Merci de tout cœur.

Je souhaiterais mentionner aussi des femmes extraordinaires, qui en plus de leur soutien moral qu'elles m'ont si généreusement offert, ont été pour moi une exceptionnelle inspiration : Mme Aisha Rafea, D^{re} Randa El Masry et Pr. Unaiza Niaz.

Et enfin, comment remercier ma famille, dont Tarek, qui m'a inspirée et soutenue financièrement tout le long de la réalisation de cette thèse, mais aussi et surtout moralement ?

C'est avec beaucoup de passion et de cœur que je me suis intéressée au sujet de cette thèse. J'espère que celle-ci apportera, ne serait-ce qu'un petit rayon d'amour et d'espoir.

PRÉFACE

وما أوتيتم من علم إلا القليل (سورة الإسراء)

Et vous n'êtes informés à cet égard que de très peu (Coran 17 : 85)

INTRODUCTION

Cette recherche vise à explorer l'expérience subjective et l'expression culturelle de la souffrance psychologique pouvant se présenter sous la forme du trouble de la personnalité limite (TPL) ou *borderline personality disorder* (BPD) chez les femmes dans le contexte égyptien, plus précisément dans un quartier du Caire ou *Masr*¹, où se côtoient diverses classes socioéconomiques. J'avance l'hypothèse que : les femmes dans ce contexte égyptien, expriment les troubles caractérisant le TPL, en utilisant des catégories culturelles qualifiées d'idiomes de détresse par Nichter (1981 ; 2010), tels que la '*assabeyya*. Tout comme le TPL semble être fréquent chez des populations migrantes d'origine hispanique, particulièrement chez les hommes (selon l'étude de Chavira et al. (2003)), et être culturellement associé à l'*ataque de nervios*² (Chavira et al. 2003 ; Guarnaccia et al. 2010 ; Kraepelin 1904) ; en Égypte, le TPL est plus fréquent chez les femmes (Okasha et Seif El Dawla 1992 ; Okasha et al. 1996) et se trouverait culturellement associé à la '*assabeyya*. Le TPL et la '*assabeyya* renvoient en fait à une détresse psychologique à la fois profonde (i.e., profondément ancrée dans la structure même de la personne) et diffuse (i.e., qui affecte différents aspects du fonctionnement de la personne), comme nous le verrons plus en détail. Les événements sociopolitiques que vit l'Égypte aujourd'hui viennent témoigner de l'importance, déjà pressentie lors de l'exercice de mon activité professionnelle en tant que psychiatre, de considérer une approche multidimensionnelle de la santé psychologique et mentale en Égypte, notamment de celle des femmes, en explorant, non seulement ses dimensions biologiques, mais aussi socioculturelles et politiques.

Les données mondiales indiquent une hausse continue de l'incidence des pathologies de la santé mentale, entraînant une diminution de la qualité de vie et de la productivité (World Health Organization 2000), avec notamment un cri d'alarme lancé en 2017 par

¹ L'Égypte est appelée *Masr* en arabe dialectal égyptien ('*ameyya*) et *Misr* en arabe littéraire (*al foseha*) (Jenkins 2008). Le Caire est aussi appelé *Masr* en arabe dialectal égyptien et *Al Qāhera* en arabe littéraire, signifiant la victorieuse (Abu-Lughod et American Council of Learned Societies 1971). *Masr* a pour surnom *Oum El Dounya*, signifiant la mère du monde ou de l'univers (Kazimirski Biberstein 2005), la légende mentionne que c'est par référence à Agar or 'Hājar' (mère d'Ismaël, femme d'Abraham, et qui était esclave égyptienne).

² 'Crise de nerfs' en espagnol, et syndrome propre à certains groupes de culture hispanique.

l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En effet, le dernier rapport de l'OMS sur la santé mentale dans le monde, signale une augmentation globale des troubles, surtout dépressifs. Ces derniers touchent plus de 300 millions de personnes, soit 4,4% de la population mondiale, avec une augmentation de 18,4% entre 2005 et 2015, affectant particulièrement les femmes, dont 5,9% des femmes dans la région Afrique et 5% dans la région Est de la Méditerranée, taux les plus élevés mondialement (World Health Organization 2017). En Égypte, El-Missiry et al. (2012) rapportent que la dépression touche environ 14 % des adolescentes en Égypte. Les facteurs prédisposants sont socioéconomiques, à savoir l'échec scolaire et la violence familiale qui sont en tête des causes, bien avant les événements de vie négatifs et une histoire familiale psychiatrique (El-Missiry et al. 2012). Les troubles anxieux, quant à eux, affectent 3,6% de la population mondiale, avec aussi une prédominance féminine, cette fois, ce sont les femmes dans la région des deux Amériques qui en souffrent le plus mondialement, avec un taux de 7,7% (World Health Organization 2017). Quant aux troubles de la personnalité (qui sont, par ailleurs, parmi les facteurs favorisant l'apparition de troubles dépressif et/ou anxieux), les statistiques internationales rapportent une prévalence allant de 6,1% à 13,4%, selon les pays, avec une moyenne mondiale de 9,7% (Huang et al. 2009 ; Okasha et al. 1996). En plus d'être plus vulnérable à la dépression, comme nous venons de voir, les femmes sont plus exposées que les hommes aux conséquences psychiatriques de la violence physique et sexuelle ainsi qu'à celles de la toxicomanie (Gomel 1997).

L'incidence générale des troubles de la personnalité ainsi que le type de trouble de la personnalité le plus fréquent, varient d'un pays à l'autre, comme le confirment Girolamo et Reich (1993) et Okasha et al. (1996). Pour ces derniers auteurs, l'incidence des troubles de la personnalité est inférieure en Égypte par rapport aux statistiques mondiales (Ghanem et al. 2009 ; Okasha et al. 1996). De nombreuses explications pourraient justifier ces variations. En effet, en Égypte, et bien que le diagnostic de TPL soit en augmentation et qu'il soit le deuxième trouble de personnalité après les troubles de personnalités non spécifiques (NOS : Not Otherwise Specified) (Ghanem et al. 2009), l'acceptation culturelle de certains de ses symptômes par les professionnels de la santé pourrait expliquer la raison pour laquelle ceux-ci ne soient pas considérés comme pathologiques et de ce fait

ne soient pas diagnostiqués comme faisant partie d'une catégorie particulière de troubles de la personnalité. Le TPL touche tous les âges et toutes les classes socioéconomiques en Égypte, ce qui indiquerait aussi qu'il ne soit pas exclusivement un trouble de la personnalité mais la convergence de plusieurs facteurs psychosociaux et culturels (Okasha et Seif El Dawla 1992 ; Okasha et al. 1996). Toutefois, les publications scientifiques sur le TPL, décrivant sa symptomatologie et ses différentes manifestations dans le contexte égyptien, demeurent rares jusqu' à aujourd'hui. L'un des objectifs du présent travail consiste à étudier les diverses manifestations constituant les symptômes du TPL (dépression, tendance suicidaire, addiction, crises de colère incontrôlée etc.) à travers les publications parues auparavant sur ces symptômes dans le contexte égyptien. Ceci permettra de comprendre et d'identifier le tableau symptomatologique du TPL tel que dressé par les cliniciens-chercheurs en Égypte et de voir ses convergences et ses divergences avec les critères diagnostiques récents du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-5, publié par l'American Psychiatric Association en 2013 (American Psychiatric Association 2013c)).

Cette dernière démarche permet elle-même de comprendre les raisons de l'augmentation du diagnostic du TPL au sein de la population égyptienne féminine, comme le rapportent de nombreux auteurs (Okasha et Seif El Dawla 1992) (tout en restant à des taux inférieurs aux taux mondiaux), et une diminution parallèle du taux de diagnostic de l'hystérie, de 11% à 5 % entre 1967 et 1993 en Égypte (El-Islam 2006 ; Okasha 2004). Cette augmentation serait due à l'industrialisation de la société égyptienne et à sa complexification (Okasha 2004). Les mécanismes de défense primitifs, utilisés jusqu'alors, se trouveraient dépassés par de nouvelles angoisses nées du changement du contexte social. Ils sont alors remplacés par des attitudes appelées parasuicidaires³ (Guinness 1992), la toxicomanie étant l'une d'elle, dont le taux a augmenté de 1.5% à 9% durant la même période (Okasha 2004). Pour Okasha (2004), la société égyptienne voit une augmentation de sa complexité et une intrusion de valeurs héritées des pays occidentaux industrialisés,

³ Tentatives de suicide. Les parasuicides sont essentiellement des tentatives de suicides entreprises la plupart du temps par une jeune fille, éduquée, vivant dans une famille nombreuse, et vivant dans la promiscuité. Le geste a lieu le plus souvent à proximité de quelqu'un (d'où son caractère d'appel à l'aide) et au moyen de comprimés (Wittkower et Dubreuil 1973).

résultant en un contexte social où la compétition et la rivalité sont devenues le lot quotidien en insistant sur la nécessité de réussite individuelle, surtout au travail (Guinness 1992).

Une deuxième raison possible de l'augmentation du diagnostic du TPL, au sein de la population égyptienne féminine, serait la surmédicalisation récente par la communauté psychiatrique en Égypte de l'idiome de détresse '*assabeyya*, de plus en plus diagnostiqué comme trouble de la personnalité limite (TPL) ou *borderline personality disorder* (BPD). C'est aussi ceci que la démarche de cette recherche espère mettre en évidence, démarche qui aspire à porter un œil différent sur une condition (la '*assabeyya*) estimée, jusqu' à très récemment, comme culturellement intégrée, acceptée et comprise (car considérée comme la réaction culturelle à des circonstances sociopolitiques stressantes et pesantes, comme l'analyse des entrevues, de mon observation sur le terrain anthropologique et en tant que clinicienne l'ont montré).

Enfin, les résultats de plusieurs recherches (Herman et al. 1989 ; Zanarini 2000 ; Zanarini et Frankenburg 1997) indiquent que de nombreux individus atteints de TPL présentent des antécédents d'abus physiques et/ou psychologiques, qu'ils ont souffert de carence affective ou de séparation tôt dans l'enfance, et qu'ils ont subi des événements stressants à l'âge de l'adolescence ou adulte. À la lumière de ces données, la présente recherche consiste aussi à reconnaître l'origine traumatique du TPL et à en explorer les ancrages socioculturels et politiques dans le contexte égyptien en relation avec les femmes au Caire.

En tant que psychiatre, femme et exerçant au Caire, j'ai été interpellée par la souffrance psychologique des *Masraweyyates*⁴ et par la complexité des aspects qu'elle revêt, ainsi que par celle des facteurs qui l'engendrent. Le savoir psychiatrique biomédical m'est alors apparu bien limité et limitant, surtout avec mon implication depuis plus de dix ans dans la santé mentale, en général, et communautaire plus particulièrement, ce qui me fait côtoyer quotidiennement les complications psychologiques de la violence faite aux femmes et aux enfants. Dans ce contexte, les violences structurelle et culturelle sont extrêmement

⁴ Les femmes cairotés.

présentes, bien plus encore que les violences sexuelles ou physiques, désormais dénoncées par ceux-là mêmes qui entretiennent la violence (qui souvent ne peut être définie comme étant structurelle ou culturelle, la violence se présentant souvent comme un continuum). Cette immersion dans les différents milieux constituant la société égyptienne et mon interaction avec les nombreuses structures étatiques ainsi qu'avec les diverses institutions de la société civile (compagnies privées, ONGs⁵, institutions religieuses, etc.) m'ont poussée à vouloir comprendre encore plus cette souffrance, d'où l'initiative d'entreprendre cette recherche.

Ce ne sont pas seulement les statistiques mondiales, comme nous venons de le voir, qui révèlent la présence d'un nombre grandissant de femmes souffrant de troubles psychologiques, (notamment de troubles de l'humeur) ainsi qu'un pourcentage croissant de femmes diagnostiquées comme ayant un TPL, mais aussi les statistiques égyptiennes les plus récentes (Ghanem et al. 2009 ; World Health Organization 2000, 2017). Cependant, les instruments de diagnostic utilisés dans les recherches épidémiologiques, notamment le DSM-5, sont développés à partir d'études statistiques réalisées auprès de populations occidentales et par des chercheurs occidentaux ou ancrés en Occident. Conséquemment, ceci nous pousse à poser la question de la validité et de la fiabilité de leur utilisation auprès de populations non-occidentales, surtout lorsqu'il s'agit de tester la personnalité où la notion du Soi, concept extrêmement complexe, est très variable d'une culture à l'autre (Okasha et Seif El Dawla 1992 ; Okasha et al. 1996 ; Sayed 2003). Il est toutefois important de préciser que, par rapport aux précédents DSM, il y a dans le DSM-5, une préoccupation plus importante par rapport à la notion de Soi dans les différentes autres cultures non-occidentales, et ce, comme en témoigne notamment, la présence du *Cultural Formulation Interview* dans le DSM-5, que nous allons aborder plus en détails dans les chapitres suivants (American Psychiatric Association 2013b).

La nécessité de cette recherche est donc aussi venue de la rareté des publications s'intéressant à la santé psychologique des femmes égyptiennes d'un point de vue

⁵ Organisations non gouvernementales.

anthropologique, ainsi que de ma curiosité à comprendre les multiples dimensions de la *'assabeyya*, notamment socioéconomiques et culturelles. Comme le mentionne Mostafa (Mostafa 2008 : 8) qui cite le rapport de l'OMS de 2003 :

[...]Causes and definitions of psycho-social pressures facing women have only recently been a concern for Western anthropologists. Finally, while there is a large amount of evidence that confirms a strong relationship between gender, socioeconomic status, position in the social hierarchy, and mental health, most research has lacked a gender perspective. (World Health Organization 2003 cité dans Mostafa 2008 : 8).

L'intérêt de cette recherche réside dans la tentative de comprendre ce qu'est la *'assabeyya*, idiome de détresse fréquent en Égypte, comme cela ressort inductivement des entretiens réalisés lors de cette recherche et des observations qui en découlent. Cette compréhension cherche à se situer dans un cadre anthropologique médical critique et ethnopsychiatrique, et ce afin d'atteindre plusieurs objectifs. L'un de ceux-ci serait d'échapper au pragmatisme 'buté' de ma formation initiale de psychiatre et de pouvoir aller, éventuellement, au-delà des catégories diagnostiques et thérapeutiques limitatives de cette formation à l'occidentale. Un autre des objectifs de cette approche anthropologique médicale critique et ethnopsychiatrique est d'éviter de tomber dans le piège d'un paternalisme (ou peut-être même d'un maternalisme) bienveillant, vers lequel la pratique de ce métier auprès des populations défavorisées du Caire pourrait tendre.

La rencontre de femmes du quartier Maadi et l'écoute de leurs récits de vie a été un important moyen de compréhension de leur souffrance. Découvrir leur entourage, les lieux qu'elles fréquentent, leurs proches, ainsi que les personnes qu'elles rencontrent dans leur quotidien, a permis l'approfondissement de cette compréhension. De plus, l'interaction avec, notamment, un groupe d'intervenants de la santé mentale communautaire à Maadi (où s'est déroulé mon terrain de recherche) a permis d'enrichir les échanges, ouvrant peut-être ainsi des perspectives d'application pour cette recherche.

À chaque étape de cette recherche, la nécessité d'une telle étude n'a fait que s'accroître. En effet, tout au long du cheminement, la rareté des références s'intéressant à l'aspect anthropologique de la détresse psychologique des femmes égyptiennes s'est faite

profondément ressentir, et même lorsque celles-ci étaient présentes, la mise en relief de la facette traumatique de cette détresse en était absente.

Lors de cette recherche, la difficulté de la tâche qu'est l'étude d'un 'idiome de détresse' s'est progressivement manifestée, avec, d'un côté, l'absence dans la littérature de recherches relatives à un idiome de détresse égyptien, et de l'autre côté, paradoxalement, la profusion de données relatives à la société égyptienne et à sa situation sociopolitique durant la période de la recherche (période coïncidant avec des changements profonds affectant non seulement l'Égypte et la région (le 'printemps arabe') mais aussi le monde entier).

Il est aussi apparu, durant le processus de recherche, que le TPL et la 'assabeyya semblent être l'expression et la cristallisation des nombreuses facettes que peut revêtir l'anthropologie de la société égyptienne. En effet, l'anthropologie du genre, l'anthropologie de l'Islam (incluant le concept de féminisme islamique), l'anthropologie médicale critique (plus particulièrement de la santé mentale en Égypte) et l'ethnopsychiatrie, se sont clairement démarqués, lors de l'analyse des entretiens faites pendant la recherche, comme ayant une grande importance pour la compréhension de la 'assabeyya et du TPL dans le contexte égyptien.

Pour tenter une meilleure intégration des multiples aspects que peuvent revêtir la 'assabeyya et du TPL dans ce contexte égyptien (aspects par ailleurs observés durant la recherche), le présent travail s'est articulé, autour de trois axes, axes qui représentent les trois dimensions qu'adresse l'anthropologie médicale à savoir : *the disease, the illness* et *the sickness* (Kleinman 1980 ; Kleinman et al. 2006) ou leurs équivalents : *the individual body, the social body, et the body politic* (Scheper-Hughes et Lock 1987). *Disease* désigne la maladie dans son aspect biologique et biomédical, *illness* renvoie à l'expérience subjective de la personne souffrante et de son entourage, et *sickness* correspond aux dimensions socioéconomiques et politiques de la maladie et de la souffrance. La contextualisation (chapitre I) et le cadre conceptuel (chapitre II) de cette recherche se déclinent selon ces trois axes qui se chevauchent et se complètent. Le premier axe vise à

adresser *the disease* ou *individual body*, et à définir le TPL, son incidence en Égypte et dans le monde ainsi que les théories relatives à sa psychopathologie. Le deuxième axe, *the illness* ou *social body*, étudie les aspects psychologiques et socioculturels que revêt la détresse psychologique des *Masraweyyates*⁶, les concepts ainsi que les théories qui les sous-tendent. Le troisième axe, *the sickness* ou *body politic* identifie les facteurs socioéconomiques et politiques de la *'assabeyya* et éventuellement du TPL.

Cette thèse est, en somme, consacrée à la *'assabeyya* comme idiome de détresse culturellement ancré et qui peut être révélateur, auprès des femmes du Caire (et éventuellement d'Égypte), de troubles de la personnalité limite (TPL) et d'expériences traumatiques liées à la violence symbolique, culturelle et structurelle. Le cheminement de la présentation de cette thèse suivra le plan suivant : Le contexte de cette étude est présenté dans le chapitre I ; le cadre conceptuel qu'elle suivra le long de la démarche est exposé dans le chapitre II ; le chapitre III s'intéresse à l'aspect théorique de la *'assabeyya* (et du TPL) en tant qu'idiome de détresse ; les hypothèses que soulèvent cette recherche sont présentées dans le chapitre IV ; la méthode qu'elle a suivie dans le chapitre V ; les résultats de la recherche de terrain ainsi que leur analyse sont exposés dans les chapitres VI, VII et VIII, enfin, le chapitre IX se propose de faire une synthèse de la notion de *'assabeyya* basée sur l'analyse des données ethnographiques qui ont permis la réalisation de cette recherche.

⁶ Les femmes cairotés.

**PREMIÈRE PARTIE : CADRES CONTEXTUEL ET CONCEPTUEL,
HYPOTHÈSES ET MÉTHODOLOGIE**

CHAPITRE I. CADRE CONTEXTUEL

Afin de comprendre l'importance de cette remise en question du cadre diagnostique et nosologique (à laquelle aspire cette recherche), cadre à travers lesquels le TPL et la 'assabeyya tendent à être observés, il semble important, à cette étape de la thèse, de replacer ma démarche de recherche dans son contexte précis.

Ce chapitre se propose donc de découvrir le contexte dans lequel la détresse psychologique des femmes du Caire évolue (détresse comprenant notamment les symptômes évoquant le TPL et la 'assabeyya), et ce, en explorant ses trois dimensions : *the disease*, *the illness* et *the sickness* (Kleinman 1980 ; Kleinman et al. 2006) dans l'Égypte d'aujourd'hui. Le contexte biomédical où évolue *the disease*, les systèmes de soins biomédicaux et les professionnels de la santé mentale en Égypte seront passés en revue dans la première partie de ce chapitre. La deuxième partie essaiera de découvrir les différents systèmes de soins auxquels s'adressent *the illness*, notamment les systèmes traditionnels et religieux ainsi que leurs dimensions culturelles. Et enfin, la troisième et dernière partie de ce chapitre mettra en relief les dimensions socioéconomiques et politiques de la santé mentale en Égypte décrivant *the sickness*.

I.1. Approche et structures biomédicales de santé mentale en Égypte

L'Égypte est le pays le plus peuplé du Moyen-Orient et le troisième pays le plus peuplé du continent Africain, avec une population avoisinant 81 millions d'habitants (Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS) 2015). Concentrée au tour de la vallée du Nil (notamment au Caire et à Alexandrie), dans le Delta, près du Canal de Suez, et le long du Nil (où près de 97% de la population de l'Égypte vit seulement sur 4% des terres), la population a augmenté rapidement de 1970-2010 grâce aux avancées médicales et à l'augmentation de la productivité agricole (Okasha et Okasha 2000a) (figure 1).



Figure 1 : L'Égypte de nuit, vue par satellite
(Source : NASA)

Les secteurs publics, universitaires et privés de la santé mentale comprennent environ 9000 lits psychiatriques où pratiquent 1300 psychiatres en Égypte (1 psychiatre pour 70.000 habitants), 1300 infirmières psychiatriques, 200 psychologues cliniciens (et des centaines de psychologues généralistes travaillant dans des services non liés à la maladie mentale) (Okasha et Okasha 2010), contre 11 psychiatres pour 100 000 habitants et 48 psychologues pour 100 000 habitants au Canada en 2009 (Commissaire à la santé et au bien-être 2012).

Il y a soixante-deux structures publiques de consultation en santé mentale, et en 2004 elles ont traité 254 usagers par 100.000 habitants. Les femmes représentent 34% des usagers (World Health Organization 2006). Deux pour cent des dépenses de santé par le gouvernement égyptien sont allouées à la santé mentale, dont 59% pour les hôpitaux psychiatriques de santé publique (World Health Organization 2006). Le psychiatre est le médecin chargé de soigner la santé mentale, mais parfois d'autres spécialistes traitent les aspects somatiques des problèmes psychologiques.

Bien que la psychiatrie demeure la spécialité biomédicale qui traite de la détresse psychologique, toutefois, dans l'Égypte ancienne, la maladie mentale n'était pas connue en tant que telle, car il n'y avait pas de séparation entre la Soma et la Psyché. En fait, les maladies mentales étaient décrites comme des symptômes de maladies affectant le cœur et l'utérus comme mentionné dans les papyri d'Eber et de Kahoun (Okasha et Okasha 2000b). Malgré la culture mystique, les maladies mentales étaient attribuées et traitées sur des bases somatiques. Dans certains contextes musulmans, à l'avènement de l'Islam, les malades mentaux n'ont jamais fait l'objet de torture ou de mauvais traitement car il y avait une croyance qu'ils étaient possédés par un bon esprit musulman (Okasha 1978 ; Okasha 1999b ; Okasha et Okasha 2000b). Le premier hôpital psychiatrique en Europe était en Espagne, après l'invasion arabe, et à partir de ce moment la construction d'hôpitaux psychiatriques s'est étendue en Europe. Cette même intégration du corps et de l'esprit est retrouvée dans la présence de services de maladies mentales à l'intérieur d'un hôpital général, l'hôpital Kalawoon, et ceci au XIV^{ème} siècle au Caire (Dols 1992).

L'hôpital Kalawoon au Caire avait quatre départements incluant la médecine, la chirurgie, l'ophtalmologie et les maladies mentales. Le fait le plus marquant était la présence, à cette époque, de services de maladie mentale dans un hôpital général ainsi que la participation de toute la communauté (à travers des dons) au bien être des malades (Abu-Lughod et American Council of Learned Societies 1971 et Baasher 1975). Il est à rappeler que ce n'est que six siècles plus tard que la psychiatrie dans les hôpitaux publics généraux était reconnue en Europe. L'influence d'Ibn Sina (Avicenne) et d'Al Razzi (Rhazes) et leur contribution à la médecine européenne est bien connue (Okasha 1978 ; Okasha 1999 ; Okasha et Okasha 2000b).

Ce bref aperçu historique permet peut-être d'expliquer la présence de ces deux autres systèmes de soins en santé mentale, retrouvés en Égypte, que sont le système traditionnel ou populaire (Adly et al. 2007 ; Nelson 1974) et le système médical religieux, islamique

ou chrétien, installé dans les annexes des lieux de culte (Morsy 1988)⁷. Ce dernier rallie l'autorité respective du système biomédical et celle de la religion, car bénéficiant à la fois des infrastructures et du soutien financier du premier et de la bénédiction morale de la religion. Ces deux systèmes de soins, à savoir le traditionnel et le médical religieux, sont les plus souvent visités par les femmes. Ils seront évoqués plus en détails dans la section suivante.

I.2. Détresse psychologique et systèmes traditionnels et religieux de soins

L'importance de l'étude des facteurs socio-culturels de la détresse psychologique pour les *Masraweyyates*, réside dans le fait que ces facteurs non seulement influencent l'expression et la prise en charge de cette souffrance mais aussi sa genèse et ce comme le montreront les deux sections qui suivent.

I.2.1. Les systèmes de médecine islamique et *sha'bi* au Caire

Masr est le lieu où résident les *Masraweyyates*. Pour Hamdan (1997), l'Égypte possède quatre différentes facettes géographiques, qui donnent à *Masr* toute sa diversité culturelle : méditerranéenne (Pitt-Rivers et Abū Zayd 1977), proche-orientale, arabe et africaine. Ces facettes se reflètent aussi à travers les différents quartiers du Caire, qui prend ainsi les caractéristiques qui permettent de la qualifier de ville-monde (Bertho 2005). L'espace médical cairote est tout aussi diversifié que Le Caire (*Masr*), et se trouve constitué de plusieurs secteurs dont ceux dits islamique et traditionnel.

Après avoir identifié les structures biomédicales dédiées à la santé mentale en Égypte dans la section I.1, cette section passera en revue ces systèmes de soins non-biomédicaux auxquels beaucoup de femmes égyptiennes ont recours pour soulager leur souffrance, systèmes de soins qui appartiennent au secteur de la médecine dite islamique et au secteur de soins traditionnels ou *sha'bi*.

⁷ Il est à rappeler que près de 90% de la population égyptienne adhère à l'Islam et le reste au Christianisme (Okasha et Okasha 2000a).

La médecine dite islamique est principalement concentrée dans les quartiers urbains périphériques du Caire, qui se trouvent aujourd'hui extrêmement sous-équipés en unités de soins biomédicaux (Chiffolleau 1995). Les centres de médecine islamiques médicaux établis près des mosquées prennent le relais notamment en santé mentale, signe de l'occupation par l'islamisme activiste d'une zone laissée vacante par le système sanitaire étatique, tout comme par le syndicat des médecins, surtout dans les bidonvilles du Caire (Chiffolleau 1996 ; Morsy 1988). Cette médecine islamique est en fait un ensemble de pratiques biomédicales opérées par des professionnels de la santé qui sont d'obédience musulmane et activistes islamistes.

Le secteur traditionnel ou sha'bi est celui des guérisseurs, des tradipraticiens et des *sheikhs* (hommes de religion musulmans), qui jouent encore aujourd'hui un rôle primordial dans le domaine de la santé mentale en Égypte (El-Islam 2009 ; Okasha 1966). Plus de la moitié des patients visitant les services publics de santé mentale ont recours aux guérisseurs traditionnels avant de consulter un médecin (Okasha et al. 1968). Le recours à un psychiatre ou à un psychologue est perçu comme un signe de faiblesse ou de honte, notamment dans la culture arabe, car il est vu comme mettant en péril l'image de la famille ou de la tribu (Okasha 2000)⁸. On se rendra par contre chez le *sheikh* pour qu'il éloigne le mauvais œil (Sayed 2003). Les membres de la famille vont jouer le rôle de gardiens pendant la séance thérapeutique traditionnelle pour que le patient ne révèle pas les secrets de famille (Sayed 2003). Les femmes sont les plus grandes adeptes de ces pratiques, car elles sont les conservatrices de la tradition, responsables de la santé du foyer et sensibles au monde intangible. Les *Masraweyyates* visitent souvent les mausolées des *awleya' ullah el salehīn*⁹, où elles déposent leurs plaintes à l'intérieur de leur tombeau (Adly et al. 2007). *El sehr*¹⁰,

⁸ Il est important de souligner que la maladie, notamment psychologique, est souvent stigmatisée même en Occident, quoique pour d'autres raisons (ex. : performances sociales, professionnelles et économiques, impératifs de réussite, etc.).

⁹ Les saints.

¹⁰ *El sehr* : la magie, sorcellerie.

la cartomancie, *el fengān*¹¹, *el zār*¹² toutes ces pratiques magico-religieuses sont très prisées par les populations habitant tous les quartiers de *Masr* (Adly et al. 2007).

L'étude par Assad et al. (2015 : 588) a fait ressortir une corrélation positive entre le niveau d'éducation bas et la consultation des tradipraticiens chez les personnes souffrant de troubles bipolaires en Égypte. Un des résultats intéressants est la corrélation négative entre la présence de comorbidité psychiatrique et la consultation des tradipraticiens. De même le degré de la détérioration fonctionnelle était plus sévère chez les patients qui consultaient médicalement, ce qui met en relief la relation entre sévérité des symptômes clinique et attitude des patients par rapport au choix des systèmes d'aide (plus les symptômes sont sévères, plus les patients vont vers les structures biomédicales). La présence d'hallucinations et de défaillance fonctionnelle marquée, plus que les délires, était fortement corrélée aux consultations du tradipraticien. Une des explications les plus probables est :

[...] en Égypte et dans plusieurs autres pays Arabes et Africains, l'étiologie des maladies mentales est souvent référée à la magie, aux sorcières, au *jinn* (mauvais esprit), aux démons et autres facteurs culturels, conséquemment les hallucinations et la baisse sévère du fonctionnement de la personne peuvent être culturellement expliqués par ces forces surnaturelles, plus que les délires et les perturbations du processus de pensée. (Assad et al. 2015 : 588 ; traduction libre).

I.2.2. Dimensions culturelles des systèmes religieux et traditionnels

Dans l'Égypte ancienne, le concept de maladie mentale était attribué à une origine organique et traité, physiquement et psychologiquement, par des pratiques magico-religieuses. L'un des papyri les mieux préservés et traitant de médecine dans l'Égypte ancienne, est le papyrus d'Ebers, datant de 1552 avant Jésus-Christ (Ebbell 1937). Les trois rôles de médecin, magicien et prêtre n'étaient pas séparés, ce qui suggère qu'il n'y avait pas de discipline spécialisée dans les maladies mentales bien que des symptômes de psychose et d'autres maladies mentales aient été décrits dans des observations cliniques,

¹¹ *El fengān* : prédication de l'avenir en lisant les traces laissées par le café séché à l'intérieur de la tasse de café turc, après l'avoir bue, et retournée.

¹² *El zār* : cérémonie de transe collective, culte et ritualisation essentiellement féminins (Constantinides 1985; El Sendiony 1974; Okasha 1966).

dans l'Égypte ancienne. Selon la traduction d'Ebbel (1937), le cœur et l'esprit désignaient la même chose.

Pour la vision de la maladie mentale aux débuts de l'Islam, le Coran utilise le mot *majnoun* cinq fois pour décrire quelqu'un de fou et pour décrire comment les prophètes étaient perçus par les opposants à l'Islam. Au niveau populaire, ce même mot était utilisé pour décrire quelqu'un de bizarre, de fou, voire les magiciens et les savants. En ce sens il y a un aspect positif à la folie dans la culture populaire. Dans le contexte islamique actuel en Égypte, le fou est dans certains contextes considéré comme étant possédé par le *jinn* ou *guenn* (en arabe dialectal égyptien). Le terme *jinn* ne désigne pas nécessairement un démon ou un mauvais esprit, c'est un être surnaturel, moins élevé spirituellement que les anges, et qui a la possibilité de prendre des formes humaines ou animales bénéfiques ou maléfiques. Presque toujours, dans le Coran, l'être humain et le *jinn* sont mentionnés ensemble. Ceci influence la prise en charge du *majnoun* car on ne peut ni le punir ni le condamner (Okasha 1999 : 920).

Derrière le mot *majnoun*, il y a aussi une autre connotation, qui est celle de quelqu'un d'innovateur et de créateur. Certains mystiques soufis sont aussi qualifiés de *majnoun*. Le troisième concept sous-jacent à la notion de *majnoun* est lié au fait que c'est la conséquence d'un manque d'harmonie spirituelle et mentale à laquelle les non-croyants sont exposés. Ceci serait relié à une dénaturation de *al fitrah*, l'instinct primitif, par l'égoïsme et l'aliénation, qui altèrent l'harmonie intérieure et la perception claire. Le concept prédominant de *junoun* variait selon les différentes époques dans l'histoire du monde musulman : en temps de prospérité le mot *majnoun* revêtait une connotation positive, et en tant de déclin une connotation négative (Okasha 1999 : 920).

Le concept de *nafs*, mentionné 115 fois dans le Coran, représente l'unité de corps et de l'esprit, tout en prenant à chaque fois différents sens : corps, affect, comportement (Okasha 1999 : 920). Le concept de Soi est très important dans le domaine des pathologies psychologiques. Dans la culture arabe il est appelé *al zat* ou *al nafs*. *Nafs* est un système plus qu'une unité, car il y a *al nafs al ammara bel sou'* (concept de Soi qui incite au péché),

al nafs allawamah, celui qui culpabilise et *al nafs el motmaenna*, qui apaise et qui est apaisé. Ce concept est un aspect important de l'identité culturelle, et il joue un rôle majeur dans la conception de la maladie, notamment mentale, chez l'individu arabe et musulman (Sayed 2003).

Cet aperçu historique permet de mieux comprendre le processus d'élaboration des idiomes de détresse, comme ils sont exprimés dans la culture égyptienne actuelle. Les thèmes centraux que l'on peut identifier sont :

- (1) **L'unicité du corps, de l'esprit et de l'âme**, unicité exprimée à travers le concept de *nafs* et l'association du *jinn* à toute notion de trouble mental ;
- (2) **les plaintes psychologiques** dont souffrent la personne sont exprimées et entendues par l'entourage, véhiculées par le corps et verbalisées à travers des *métaphores corporelles* ;
- (3) **la cause magico-religieuse de la souffrance psychologique** est toujours mise en avant (déséquilibre de la *fitrah* par manque de religiosité, le mauvais œil, la magie) ;
- (4) le traitement des souffrances psychologiques passe avant tout par un **traitement physique** (pharmacopée traditionnelle, médicaments), d'où le recours au tradipraticien qui personnifie souvent les trois disciplines (médecine, magie, et religion) ou au médecin qui se trouve investit parfois malgré lui de ces trois pouvoirs.

Wittkower et Dubreuil (1973 [1967]), qualifient de *value polymorphism* la polyvalence dans l'approche de la santé, qui explique le fait qu'un patient peut consulter simultanément un médecin et un guérisseur (Escobar 1995). La présence de trois systèmes (biomédical, religieux, traditionnel) sur la carte des soins de santé mentale en Égypte, renvoie à la notion de trièdre ethno-épistémologique développée par Mekki-Berrada (2010) pour qui : « *Ce trièdre est central à toute tradition ethnomédicale que l'anthropologue ou l'ethnopsychiatre rencontre en terres d'Islam [...]* » (Mekki-Berrada 2010 : 31) et qui comprend, la médecine humorale (médecine savante jusqu'au XIX^{ème} siècle tant en terres d'Islam qu'en Europe et en Amérique du Nord), la médecine du Prophète (système religieux), et *la baraka* actualisée essentiellement dans l'espace ethnomédical traditionnel. En Égypte, ces trois pans du trièdre coexistent parfois simultanément dans les trois

systemes de soins de santé mentale cités (biomédical, populaire et médico-religieux) et leur agencement varie en fonction du praticien et du patient. Certains médecins notamment dans le système de soins médico-religieux utiliseront des références en rapport avec le comportement du Prophète pour convaincre un patient violent avec sa femme de cesser de l'être (en lui parlant de la sunna par exemple et de l'attitude du Prophète envers ses femmes). D'autres appartenant au système de soins biomédical invoqueront la Baraka de Dieu lorsque questionnés sur les taux de guérison d'une pathologie notamment psychiatrique qu'ils soignent médicalement. Certains *sheikhs*, ou prêtres chrétiens utilisent à la fois certaines pratiques médicinales populaires (telle plante pour calmer la nervosité, telle autre pour les insomnies) et d'autres pratiques religieuses associées à l'exorcisme ou à la magie (lire certains versets de la Bible ou du Coran). Les facteurs culturels ne sont pas les seuls à influencer les systèmes de soins de la détresse psychologique. En effet, ces derniers sont aussi soumis à des considérations socioéconomiques et politiques que nous allons voir dans la section qui suit.

I.3. Dimensions sociales, économiques et politiques de la santé mentale en Égypte

Il y a plusieurs déterminants sociaux prioritaires par rapport à la santé dans la région Est de la méditerranée qui inclue l'Égypte et 22 autres pays (WHO 2006). Ces déterminants incluent : le processus de gain d'autonomie des femmes (WHO 2006). Leur bas niveau du point de vue de l'autonomie et la discrimination par le genre à tous les niveaux de leur cycle de vie limitent la contribution des femmes à leur propre santé et à leur bien-être (WHO 2006). Il est important de rappeler qu'il est en plus attendu d'elles de prendre soin des membres malades de la famille (WHO 2006). Les autres facteurs incluent le travail des enfants et les enfants de la rue ; les travailleurs immigrés et leur santé ; l'accès limité aux services de santé ; l'exclusion sociale ; les groupes de professions modestes (i.e., professions sans revenu fixe, ni assurances sociales, et souvent à salaire inférieur au SMIC¹³) ; les mauvaises conditions environnementales ; le manque d'accès à l'eau potable et au système sanitaire ; les conditions de travail sécurisées ; les personnes handicapées et celles souffrant de maladies stigmatisées par la société et ainsi privées de santé et de droits

¹³ Salaire minimum interprofessionnel de croissance.

sociaux (WHO 2006). De plus comme le montre le récent rapport de l’OMS (2016), d’autres causes comme la pollution atmosphérique, les styles de vie et les comportements, le tabac et les accidents de circulation affectent la santé des personnes dans plusieurs pays de la région.

Enfin, « [...] *Toute intervention doit être faite à la fois aux niveaux individuel et social, tout en incluant les familles* (Okasha et al. 2012 : 164-165 ; traduction libre) ». Ce dernier point est d’autant plus important notamment dans le contexte égyptien, car dans la culture arabe ainsi que dans d’autres cultures collectivistes, la famille élargie est souvent vue comme l’unité sociale fondatrice de base. Et dans cette unité sociale qu’est la famille, la hiérarchie dominante est masculine, et a une influence unique sur le fonctionnement familial, et conséquemment sur la structuration des rôles des individus dans la société (El-Islam 2001). La qualité des relations familiales dessine et influence le développement et le fonctionnement social, psychologique et biologique de ses membres. Ceci peut être spécialement pertinent pour les personnes souffrant de maladies mentales. En effet, les anciens égyptiens donnaient beaucoup d’importance à la vie de famille et c’est le cas jusqu’à aujourd’hui dans l’Égypte contemporaine (Okasha 1978). « *L’importance de la famille n’a pas changé dramatiquement bien que les structures familiales aient commencé à changer* » (Okasha et al. 2012 : 162 ; traduction libre).

Pour résumer, l’on peut dire que, bien que les maladies mentales aient été mentionnées dans les papyri de l’ancienne l’Égypte, et que le Caire ait vu l’établissement d’un département de maladies mentales dans un hôpital général dès le XIV^{ème} siècle, l’Égypte d’aujourd’hui, à cause de la croissance démographique galopante, souffre d’un manque important de structures médicales et de professionnels de santé mentale (Okasha et Okasha 2000a, 2010). À ce système biomédical, s’ajoutent deux autres systèmes de soins en santé mentale, et qui sont les plus souvent visités par les femmes : le système traditionnel ou *sha’bi* (populaire) (Adly et al. 2007 ; Nelson 1974) et le système médical religieux, islamique ou chrétien. La présence de ces trois systèmes (biomédical, religieux, traditionnel) évoque la notion de trièdre ethno-épistémologique (Mekki-Berrada 2010), trièdre où ces trois pans coexistent simultanément, et dont l’ordonnancement prend des

aspects différents selon chaque praticien et chaque patient. En plus des facteurs culturels, les systèmes de soins de la détresse psychologique sont influencés par les conditions socioéconomiques et politiques dont le plus saillant déterminant social est le processus de gain d'autonomie des femmes, malheureusement encore très lent, du fait notamment, de la dominance hiérarchique masculine au sein de l'unité sociale de base qu'est la famille et conséquemment au sein de la société. Ce dernier point, rend essentielle l'incorporation de la famille dans toute intervention de santé mentale (Okasha et al. 2012 : 164-165 ; traduction libre).

Le chapitre suivant se propose de camper le cadre conceptuel dans lequel évolue cette recherche sur la détresse psychologique des femmes au Caire. Ce cadre s'articule autour des références anthropologiques relatives aux notions de *the disease*, *the illness* et *the sickness* (Kleinman 1980 ; Kleinman et al. 2006). Ces notions sont respectivement liées à celles de TPL et de trauma dans le cadre biomédical de *disease*, à celles d'idiome de détresse et de *'assabeyya* dans un cadre interprétatif et culturel du *illness*, et enfin à celles liées à l'approche anthropologique médicale critique du *sickness* pour une approche sociopolitique de la santé mentale.

CHAPITRE II. CADRE CONCEPTUEL

Tel que mentionné en introduction, et l'on y reviendra plus longuement dans la section intitulée 'Objectifs et hypothèses' au chapitre IV, le principal objectif de cette thèse consiste à étudier le TPL et l'idiome de détresse '*assabeyya* chez les Égyptiennes du Caire. Il s'agit d'examiner l'éventuelle interrelation existant entre le TPL, l'exposition à la violence et le traumatisme psychologique que celle-ci entraîne, et l'idiome de détresse '*assabeyya*.

Partant de cet objectif, qui s'est par ailleurs construit inductivement et itérativement, le présent chapitre propose, d'une part, de mieux comprendre, conceptuellement parlant, la '*assabeyya* à la fois comme idiome culturel de détresse et comme modèle explicatif de cette détresse ; modèle explicatif qui peut inclure les dimensions sociales, culturelles, politiques et structurelles de la détresse émotionnelle et de la violence qui l'engendre. D'autre part, ce chapitre explore les assises conceptuelles qui pourraient aider à mieux comprendre le fait que les femmes, que j'ai pu interviewer sur le terrain, ont acquis une tendance nouvelle et accrue à parler de leur souffrance, des violences qui en sont à la base, et à dénoncer publiquement les violences légitimées par des traditions locales et qu'elles commencent à remettre en question. Cette remise en question et ce déclenchement de la parole, jusqu'alors relativement contenus, semblent avoir été catalysées par la dynamique révolutionnaire initiée en Égypte en Janvier 2011.

Le présent chapitre, ainsi que le chapitre suivant dédié à la '*assabeyya*, proposent les bases conceptuelles et théoriques qui permettront de mieux comprendre tout ce questionnement. Le cadre conceptuel en question se structurera selon les trois axes déjà mentionnés, à savoir *the disease*, *the illness*, et *the sickness* (Kleinman et al. 2006) et leurs équivalents, *the individual body*, *the social body*, et *the body politic* (Scheper-Hughes et Lock 1987).

II.1. Trouble de la personnalité limite (TPL) : ‘the disease’

D’un point de vue psychiatrique, le TPL, en tant que ‘disease’, se caractérise par une peur de l’abandon par l’entourage, ainsi que par des relations sociales instables, des crises de colère, de l’impulsivité, une tendance suicidaire, des idées de persécution, un sentiment de vide. Mondialement, 75% des personnes ayant un TPL diagnostiqué sont des femmes (American Psychiatric Association 2000). Les troubles commencent en général à l’adolescence. La prévalence mondiale moyenne estimée de TPL varie de 1,6% (Torgersen et al. 2000) à 5,9% (Grant et al. 2008). La prévalence de TPL est d’environ 6% dans les unités de soins primaires, 10% parmi les individus vus dans les cliniques de santé mentale (ambulatoires) et 20% parmi les patients psychiatriques hospitalisés (Gunderson 2011). La prévalence de TPL diminue dans les groupes d’âge plus élevés (Oltmanns et Balsis 2011). Il est cinq fois plus fréquent de diagnostiquer un TPL parmi les parents du premier degré (père, mère, sœur, frère) d’une personne souffrant de TPL par rapport à la population générale. Il y a aussi un risque familial élevé d’addiction, de personnalité antisociale, et de troubles dépressifs ou bipolaires.

Plus de 90% des femmes souffrant de TPL présentent des troubles de l’humeur et 61% souffrent de l’état de stress post-traumatique (ESPT) (*Post-Traumatic Stress Disorder* : PTSD) (Sansone et Sansone 2011).

Pour le behaviorisme et le DSM-5 (American Psychiatric Association 2013b), le trouble de la personnalité limite (ou TPL) est un trouble du comportement : humeurs changeantes, des relations humaines délicates, un manque de confiance en soi-même et aussi des comportements auto-agressifs (American Psychiatric Association 2013b). Dans sa signification psychanalytique, le terme désigne un type d’organisation de personnalité spécifique située entre « l’organisation névrotique » et « l’organisation psychotique » (Kernberg 1975). Il repose sur l’angoisse de perte d’objet et se traduit par une insécurité interne constante et des attitudes de mise à l’épreuve de l’entourage incessantes (Kernberg 1975). Une de ses modalités défensives est le passage à l’acte comme décharge de l’angoisse (Kernberg 1975).

Aussi le TPL est-il fortement lié aux expériences traumatiques des personnes souffrantes. Il est alors intéressant d'en explorer la phénoménologie suggérée dans la littérature disponible, en lien avec la notion de *complex PTSD*. C'est ce que se propose de faire la sous-section suivante.

II.1.1. Concept de continuum : stress, état de stress post-traumatique, syndrome de stress post-traumatique complexe, et trouble de la personnalité limite, 'the disease'

Le stress ou *General Adaptation Syndrom* (G.A.S) a été défini par les travaux de Selye (1948) et étudié intensément depuis, comme étant une réaction physiologique de l'organisme à des événements externes (Selye 1976), mettant en jeu des stratégies de résolution de problèmes ou *coping strategies* (Glanz et al. 2002).

Le trauma est, quant à lui, un événement soudain, dont l'intensité et la soudaineté dépassent les capacités de résolution de problèmes ou même d'adaptation (Lazarus 1966), induisant une souffrance psychologique, communément appelée le *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) ou État de stress post-traumatique (ESPT) (Kirmayer et al. 2007).

Judith Herman (1992) a, de son côté, introduit la notion de « *Complex Post-Traumatic Stress Disorder* » (*Complex PTSD*), ou État de stress post-traumatique complexe (ESPT complexe). Selon elle, ce diagnostic serait nécessaire pour décrire les symptômes d'un traumatisme de longue durée. Un autre nom qui est quelquefois employé pour désigner ce groupe de symptômes : « *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)* » ou Trouble de Stress Extrême sans Autre Indication (TSESIAI) (Roth et al. 1997). Il serait dû à une séparation, un abandon, un abus émotionnel, psychologique, physique, sexuel, ainsi qu'au fait d'avoir été témoin de violence, et d'avoir souffert de négligence, et ce, tôt dans la vie, puis répétitivement chez les jeunes adultes.

L'ESPT complexe est une pathologie aux symptômes bien définis, développée à la suite d'une exposition prolongée à une relation abusive d'ordre physique, sexuelle, émotionnelle, ou mentale, comprenant essentiellement une notion de *captivité* (physique ou psychologique) (Friedman et al. 2011 ; Herman 1992). Ceci est très important à

considérer, surtout par les professionnels de la santé mentale qui travaillent avec des personnes souffrant de cette pathologie.

La captivité pourrait prendre l'aspect de *patriarcal terrorism*, (Johnson 1995) dans les sociétés patriarcales, ou de *domestic captivity* (Root 1996) s'il y a de la violence familiale ou domestique, ou enfin de *cumulative trauma*, comme chez les populations victimes de génocide et de ségrégation ethnique (Robin et al. 1996). Dans de telles situations, la victime est sous le contrôle de l'auteur du traumatisme et incapable de lui échapper, et ce, soit parce qu'elle n'en a pas la possibilité ou la capacité, ou bien parce qu'elle ne l'identifie pas au traumatisme. C'est cette dernière notion qui sous-tend le concept de syndrome de Stockholm et de *betrayal trauma* (Becker-Blease et Freyd 2005 ; Freyd 1994 ; Freyd et al. 2005). Dans le syndrome de Stockholm, la victime est consciente du mal qu'elle subit mais elle est sous l'effet de l'ambivalence du plaisir inconscient qu'elle ressentirait face à cette violence (Aulagnier 2009) à travers le phénomène de l'emprise (Doray et Rennes 1993 ; Racamier 1983). C'est cette même dynamique qui est mise en jeu dans l'expérience de l'obéissance sous le mode opératoire (Milgram 1963).

Ce type de violence désigne une atteinte certaine à l'intégrité de la personne, et ses répercussions sur la victime sont innombrables et destructrices, pouvant entraîner son suicide. Sont exercées par l'opresseur, des techniques telles que : mensonges chroniques, négligence, silence, rejet, manipulation, dénigrement, *disownment*¹⁴, *enmeshment*¹⁵, qui ont pour but de dévaloriser la victime afin de mieux la dominer (Branden 1971 ; Laing 2010). La caractéristique principale de cette violence est l'instrumentalisation de la victime elle-même pour induire son propre anéantissement et ce, en sapant sa confiance en soi, minant sa joie de vivre, causant même des états dépressifs profonds, voire suicidaires, si

¹⁴ Terme anglais signifiant dépossession, désaveu, dénégation.

¹⁵ Terme anglais signifiant enchevêtrement et exprime l'absence d'individualisation et la confusion des limites identitaires entre deux ou plusieurs individus. Les limites de l'espace de chaque individu ne sont pas bien délimitées, et tout le monde est impliqué dans l'intimité de l'autre. Il n'y a pas de place à la prise de décision personnelle, ni au choix personnel. Ce mécanisme d'interaction est souvent retrouvé dans la violence culturelle et symbolique (Barber et Buehler 1996 ; Green et Werner 1996). Il est important toutefois de nuancer cette définition et de noter que Abu-Lughod (2013) remet en question l'existence même du libre-choix.

cette violence est subie à répétition. Il y a, à la fois, une instrumentalisation et une objectification de la victime (Centre for Gender Equality Norway 2001 ; Pedersen 2009).

Peu de recherches se sont intéressées au ESPT complexe (Friedman et al. 2011). Il est important toutefois de noter que ce dernier vient d'être introduit récemment dans le DSM-5, non pas dans la nomenclature principale, mais en annexe (American Psychiatric Association 2013a,e). Cette pathologie serait plus fréquente chez les non-Occidentaux, contrairement à la notion de traumatisme (ESPT (PTSD)) qui, selon Fassin et Rechtman (2007) et Young (1995), relève d'une 'survictimisation' de la population occidentale. Selon ces auteurs, une industrie du trauma et de la victimisation s'est constituée au profit des compagnies pharmaceutiques, des cabinets d'avocats, des psychiatres et des compagnies d'assurance, et ce, depuis l'avènement du DSM-IV et de l'instauration du diagnostic d'ESPT (PTSD) à la place de celui de névrose traumatique (issu de la tradition psychanalytique freudienne) existant dans le DSM-III.

À mon sens, la non-introduction du ESPT complexe (*complex PTSD*) dans la nomenclature principale du DSM-IV et du DSM-5 a fait que son diagnostic et son traitement ne sont pas généralisés aux structures biomédicales. De ce fait, les symptômes, qui seraient plus spécifiques de cette pathologie, ne sont pas reconnus par le système biomédical, et sont ainsi traités séparément, soit en tant que troubles de l'humeur ou comme troubles de la personnalité, tel que le TPL par exemple. Ceci empêche d'adresser directement l'étiologie traumatique de ces conditions (l'ESPT complexe (*complex PTSD*) et le TPL), et retarde ainsi leur traitement.

Pour conclure cette section, il serait important de retenir que le stress (réaction physiologique de l'organisme à des événements externes), le PTSD /ESPT (souffrance psychologique suite à un trauma, événement soudain et intense dépassant les capacités d'adaptation), et enfin le *complex PTSD*/ESPT complexe (souffrance psychologique due à une situation chronique de captivité physique ou psychologique et de violence) sont un continuum de réactions le long d'un même axe pouvant être à l'origine de la formation

du TPL. La section suivante explorera la relation entre la violence, comme évènement traumatique, et l'occurrence du TPL.

II.1.2. Violence, stress traumatique et TPL

La violence a sa place aux marges du conflit, là où il est inopérant, impuissant, pour parler comme Simmel, à assurer l'« unité » des parties concernées. (Wieviorka 2002: 23).

La notion de *borderline*, qu'elle décrive les personnalités 'limite' ou les limites des aires de conflit, semble être intimement liée à la notion de violence. La violence se situe aux confins, à la limite, entre le conflit et l'anéantissement. Les troubles de la personnalité limite sont caractérisés par cette tendance '*to be on the edge*', à la limite entre la névrose, zone de conflits, et la psychose, zone de destruction de la structure de la personnalité (Hureiki 2005). Il semble que ceci soit dû à la présence de la violence dans la vie de la personne ayant un TPL, très tôt dans son développement psychologique et pendant une longue durée, ce qui la place à la limite de sa désintégration en tant qu'être humain (Van der Kolk 1996 ; Van der Kolk et al. 2005). Un traumatisme précoce, soit-il dû à une violence ou à un évènement traumatique (tel que, par exemple, être le témoin du décès traumatique de l'un de ses parents à un très jeune âge, notamment dans les zones de conflits armés), induirait l'explosion de la structure identitaire (Van der Kolk 1996 ; Van der Kolk et al. 2005). La façon qu'ont ces femmes atteintes de TPL de vivre leur souffrance (souffrance résultant de ces conditions socio-culturelles violentes où elles évoluent) et de l'exprimer, est ce que nous allons aborder dans la section suivante.

II.2. Détresse émotionnelle : '*the illness*'

II.2.1. Facteurs socioculturels favorisant l'apparition et la perpétuation de la détresse émotionnelle

Comme précédemment mentionné en introduction et dans le chapitre I, les données épidémiologiques concernant les troubles psychologiques dans le monde arabe sont rares, et ce, pour plusieurs raisons, dont celle liée aux nombreux problèmes méthodologiques reliés au diagnostic et à l'évaluation (Daradkeh et al. 1997). En effet, rares sont les instruments de recherche psychiatriques en langue arabe fiables et adaptés à la culture. Les

échelles initialement élaborées pour d'autres cultures demeurent peu fiables du fait de problèmes reliés à la traduction et à la conception même de l'échelle (Okasha 2003). Cependant, une étude, faite sur un large échantillon de population et utilisant des instruments de recherche fiables, valides, culturellement adaptés, a montré que 20% de femmes en Égypte souffrent psychologiquement contre 10% d'hommes, et la plupart d'entre elles souffrent de troubles de l'humeur (Ghanem et al. 2009). L'étude souligne que parmi les facteurs de risque on retrouve les facteurs socioéconomiques et la présence de maladies physiques chroniques. Il est à rappeler que plus de 90% des femmes souffrant de TPL présentent des troubles de l'humeur et 61% souffrent de l'état de stress post-traumatique (ESPT) (Sansone et Sansone 2011).

Ces derniers résultats ainsi que ceux des recherches évoquées précédemment quant à l'origine traumatique du développement du TPL ainsi que la mise en cause de stress traumatiques et précoces (Herman et al. 1989), pourraient indiquer qu'un certain nombre de femmes en Égypte, de par leur exposition depuis leur plus jeune âge à diverses sources de violence (difficultés socioéconomiques, manque d'accès aux soins de santé, violence familiale, etc.), sont de ce fait susceptibles de développer des symptômes associés au TPL et donc aussi aux troubles dépressifs. Cette violence, Scheper-Hughes et Bourgois (2004 : 1 ; traduction libre) la définissent comme étant « *à la fois une atteinte au corps, à la personne, à la dignité et aux valeurs* ». Kleinman (2007) ajoute à cette définition une dimension existentielle, la violence représentant une atteinte à l'existence même de l'individu.

La détresse psychologique ¹⁶ semble le plus souvent être liée à une forme de violence atteignant l'intégrité de la personne. Cette violence est exercée, selon la classification de Galtung (1969 : 173), à un niveau personnel, comme pour la violence sexuelle, physique, verbale, psychologique ou émotionnelle (Desjarlais 1995 ; Desjarlais et Kleinman 1997 ; Elias et Kamnitzer 1973 ; Fattah 1993), ou à un niveau structurel, culturel (et symbolique),

¹⁶ J'utilise ici le terme de détresse psychologique qui me semble être plus global que le terme détresse émotionnelle car il contient des aires de fonctionnement autres qu'émotionnelle, telles que les aires cognitive, comportementale etc.

ou encore simultanément, ce qui est souvent le cas dans de nombreux pays, notamment arabes, comme l'Égypte. Galtung (1990) décrit un triangle syndromatique de la violence comprenant la violence structurelle institutionnalisée, la violence culturelle internalisée et la violence directe qui a tendance à être aussi ritualisée.

Dans les pays arabes, les études ont montré que les enfants victimes de maltraitance pendant leur enfance, ont trois à quatre fois plus tendance à développer des idéations suicidaires et des troubles dépressifs à l'adolescence et à l'âge adulte (Haj-Yahia 2002). Les chiffres relatifs à la violence sexuelle demeurent incertains du fait de la loi du silence, de la honte et de l'absence de structures pouvant soutenir la femme ou la jeune fille si elle dénonce l'agresseur sexuel, surtout en cas d'inceste ou de viol par des proches. Cependant certaines études mentionnent que le taux de femmes victimes d'agression sexuelle et/ou physique, avoisinerait les 96% dans certains quartiers défavorisés du Caire (El-Zanaty et Way 2006). Aussi, 30% à 50 % de femmes en Égypte rapportent avoir été victimes de violence domestique, dans 72 % des cas l'agresseur est le mari ou le père dans 43% des cas ; de plus, 70 % des mères rapportent frapper leurs enfants (El-Zanaty et Way 2006).

Si nous considérons la culture comme étant tramée de structures, de significations et de compréhension partagées qui s'expriment de manière symbolique (Geertz 1973), la violence culturelle désignera ici le processus de légitimation, de la violence directe ou structurelle, par la religion et les traditions ethnoculturelles locales, qui sont aussi les institutions principales dans la transmission de la culture (Galtung 1990 ; Geertz 1973). La violence culturelle représente une 'perversion' des symboles culturels et religieux en les 'endoctrinant' au service de dynamiques traditionnelles de domination, comme dans les sociétés arabes, où les préceptes de l'Islam sont déviés de leur but spirituel et soumis au diktat des règles hyper-masculines et ethnoculturelles locales à des fins de pouvoir (patriarcat, intégrisme etc.) (Das 2000; Laplantine 1976 ; Sztompka 2000).

La culture arabe impose à la jeune fille et à la femme des coutumes et des traditions où il y a une importante notion de violence du fait de la ségrégation par le genre (Rose 2006). Ceci a un effet dévastateur sur la psyché de la jeune fille et de la femme (Douki et al. 2007).

Parmi ces discriminations on peut citer : la préférence culturelle pour l'enfant mâle, le nombre inférieur de filles allant à l'école, l'inégalité dans le droit au travail (souvent les jeunes filles ou femmes seront empêchées d'aller travailler), le devoir d'être vierge au mariage, le devoir d'être frigide, le mariage imposé et précoce, la polygamie, la répudiation, le devoir d'être fertile, les mutilations génitales et les crimes d'honneur (Weisfeld 1990). Parmi les femmes interviewées, un certain nombre souligne ces mêmes discriminations comme les chapitres VI, VII et VIII l'évoqueront.

Avant de revenir plus longuement, dans la section réservée au troisième axe (*sickness*), sur le triangle syndromatique de la violence auquel sont confrontées les femmes au Caire, notons qu'en Tunisie, les troubles psychologiques toucheraient deux femmes pour un homme (chiffres identiques à ceux trouvés en Égypte (Ghanem et al. 2009) et dans d'autres pays, notamment les États-Unis, le Canada, l'Allemagne et la Nouvelle Zélande, où les femmes présentent plus fréquemment que les hommes, des symptômes de souffrance psychologique, notamment dépressifs et anxieux (World Health Organization 2017). Elles souffriraient de dépression, d'anxiété, de troubles somatoformes, de troubles du comportement alimentaire et de tentative de suicide. Bien que les femmes souffrant psychologiquement soient plus nombreuses que les hommes, elles ne représentent que 30% des usagers des services de santé mentale, en Égypte et en Tunisie, et ce pour de nombreuses raisons : (1) leur détresse psychologique revêt souvent des aspects somatiques, ce qui les orienterait plus vers des médecins autres que des psychiatres ; (2) le stigma social de la maladie mentale va pousser la famille à les empêcher de consulter un psychiatre, car ceci représente un déshonneur à la famille et une divulgation de ses secrets ; (3) puisque les femmes jouent un rôle important et utile dans le foyer familial, la famille préfère ignorer leur plainte afin de ne pas interrompre la routine domestique ; (4) leur plainte n'est pas exprimées de manière violente, donc n'est pas dérangeante pour leur entourage (Douki et al. 2007). Pour attirer l'attention et pour qu'on puisse l'amener en consultation médicale, et l'écouter, la femme en souffrance devra exprimer sa plainte de manière somatique (Douki et al. 2007). Elle devra aussi l'exprimer d'une façon qui soit socioculturellement sensible et acceptable, d'où l'importance d'étudier l'idiome de

détresse *'assabeyya*, qui est une manière qu'a la femme égyptienne d'exprimer sa plainte, souvent physiquement.

II.2.2. L'idiome de détresse : expression culturelle de la détresse psychologique

La maladie n'a sa réalité et sa valeur de maladie qu'à l'intérieur d'une culture qui la reconnaît comme telle. (Foucault 1954: 71).

L'expression 'idiome de détresse' a été définie il y a près de 30 ans par l'anthropologue médical Mark Nichter (1981), puis introduite dans le DSM-IV (Quatrième édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (American Psychiatric Association, 1994) et dans sa cinquième édition parue en 2013 (DSM-5) (American Psychiatric Association 2013b). L'idiome de détresse renvoie à un ensemble d'expressions, de comportements, culturellement et socialement reconnus et fréquents. Il signale la présence d'une détresse émotionnelle dans le contexte de la communauté culturelle d'où il est issu. Les idiomes de détresse représentent les diverses manières par lesquelles les membres d'une communauté culturelle expriment différents types, niveaux et intensités de détresse (Annexes 9, 10 et 11). Ils renvoient aussi aux circonstances favorisant, ou au contraire empêchant, l'émergence d'un moyen d'expression particulier, et culturellement saillant, à la place d'un autre (Nichter 2010). Le recours à tel ou tel système de soins, comme par exemple le recours au système de soins traditionnel mentionné plus haut, peut lui-même être considéré comme un idiome de détresse en soi.

Selon la définition du Manuel de Psychiatrie (Guelfi et Rouillon 2007 : 69) :

Un idiome est un langage partagé qui a du sens aussi bien pour la personne qui souffre que pour son entourage : ainsi parle-t-on « des 'nerfs' », « du cafard », de « cancer de l'âme », de « stress et stressés », etc. Les idiomes de la détresse et du mal-être s'emploient couramment pour qualifier de nombreuses situations sociales (précarité, conditions de travail stressants, conflits familiaux).

Un idiome de détresse peut renvoyer (sans les nommer explicitement) à des souvenirs d'expériences traumatiques, à des facteurs de stress actuels, à un sentiment d'impuissance, à la marginalisation sociale, à l'insécurité, ou à des sentiments liés à des événements futurs, comme l'anxiété, le sentiment d'abandon ou l'appréhension. Il symbolise aussi un

continuum d'expériences ressenties allant de la douleur psychologique relativement modérée aux situations de souffrance les plus extrêmes (Nichter 2010). La notion d'idiome de détresse me semble alors incontournable pour explorer le concept culturel de 'assabeyya, en soi, et dans ses possibles articulations nosologiques et étiologiques avec les TPL, ce que je me propose de réaliser dans le cadre de cette thèse.

II.2.3. 'Assabeyya, la médicalisation d'un idiome culturel de détresse ?

II.2.3.1. La médicalisation de l'humeur : *Neurochemical self* et enjeux commerciaux de la globalisation

De nombreux auteurs ont publié des recherches sur le même sujet, à savoir la notion de *Neurochemical self*, parmi eux Charles Barber (2008) auteur du livre *Comfortably Numb: How Psychiatry Medicated a Nation*, et Watters (2010a, b) auteur de *Globalization of the American Psyche*. Le TPL se trouve à l'intérieur du spectre diagnostique de la maladie bipolaire, et les fluctuations de l'humeur du TPL sont un élément important du diagnostic différentiel avec la maladie bipolaire. En effet, il est souvent prescrit des stabilisateurs de l'humeur aux patients atteints de TPL. Moncrieff (2014 : 581) étudie le trouble bipolaire, comme précédemment mentionné, considéré comme étant à l'extrémité de l'axe du spectre TPL. Il essaie d'expliquer comment le concept moderne de trouble bipolaire a été créé dans un effort de commercialiser les nouveaux antipsychotiques et d'autres drogues afin que ces médicaments migrent de l'arène des maladies mentales sérieuses au royaume plus rentable des problèmes émotionnels quotidiens. Une nouvelle condition a ainsi été créée, et peut facilement être appliquée à des variations ordinaires de tempérament :

The expansion of bipolar disorder, like depression before it, medicalizes personal and social difficulties, and profoundly affects the way people in Western nations conceive of what it means to be human. (Moncrieff 2014 : 581).

Les significations culturelles d'étiquettes, comme celle du trouble bipolaire, à leur tour affectent la façon dont les personnes en Occident se conçoivent elles-mêmes dans leur vie quotidienne. Healy (2004) a montré comment dans les années 1990, en discréditant les benzodiazépines et la promotion de nouveaux antidépresseurs, l'industrie pharmaceutique a aidé à transformer l'anxiété en dépression. Les campagnes de publicité et de *disease awareness*, souvent sponsorisées par les compagnies pharmaceutiques, a fourni aux

personnes un nouveau langage à travers lequel elles comprennent leurs émotions. Les personnes ont été encouragées à voir leurs difficultés à travers les lentilles de leurs molécules cérébrales (Rose 2004).

Ce Soi neurochimique (*neurochemical self*) a conséquemment été transfiguré, et on ne conçoit plus la compréhension du problème dont souffre la personne qu'en termes de dépression, sérotonine et antidépresseurs. En effet, la vision du problème a été transformée comme étant la manifestation d'un trouble bipolaire qui, lui, est potentiellement lié à un dérèglement de la dopamine et nécessitant des antipsychotiques ou des stabilisateurs de l'humeur. Selon cette vision, l'état émotionnel idéal ne peut être atteint, pour de nombreux chercheurs du moins, qu'avec l'aide d'un traitement médicamenteux (Moncrieff 2014 : 592). À noter, par ailleurs, que le TPL nécessite aussi souvent des médicaments antipsychotiques pour les symptômes délirants de persécution, souvent associés à un sentiment et une attitude de victimisation.

D'un point de vue socioculturel, l'utilisation massive de médicaments psychotropes à côté du fait que leur rôle soit vu comme étant correcteur d'un déficit sous-jacent, nourrit le point de vue que les êtres humains sont simplement le résultat fortuit de leur aspect biologique (Moncrieff 2014 : 592), de leur 'neuro-culture' :

The concept of individual human beings as self-determining agents, whose collective nature creates a realm of culture that is more than the sum of its parts, is banished by this view, as critics of "neuro-culture" have pointed out" (Tallis 2011 cité dans Moncrieff 2014 : 592).

De plus, cette sorte de déterminisme biologique déplace le poids des problèmes sociaux et économiques sur les défauts supposés des cerveaux des individus. Malgré ces inquiétudes, le 'soi' neurochimique peut être attrayant pour les consommateurs, car, comme observé par Strudwick (2012), identifier les difficultés de la vie comme étant un désordre cérébral ou un déséquilibre chimique peut fournir au moins un réconfort temporaire, à travers la séduisante suggestion qu'il y a des solutions pharmacologiques simples à des problèmes complexes et de longue date. Les avantages qui découlent du fait de jouer le rôle du malade, ou d'avoir un diagnostic médical, donne une motivation additionnelle pour les

consommateurs de rechercher ou d'accepter un diagnostic psychiatrique (Conrad et Potter 2000).

Lewis (2009) nous rappelle qu'un processus similaire de médicalisation et de psychiatrisation a été entrepris concernant des émotions 'normales' ou naturelles, et comment la psychiatrie a transformé le sentiment normal de tristesse en dépression. De même pour la timidité, un comportement normal est devenu une maladie (Moncrieff 2014 : 593). Il ne fait aucun doute que la pharmacothérapie s'impose dans de nombreuses situations, mais la vigilance s'impose également pour prévenir et éviter la (sur)médicalisation des comportements qui peuvent être la manifestation d'une résistance, d'une condamnation de conditions socioculturelles à la limite du tolérable.

À cet effet, il est intéressant de voir maintenant quelles sont les répercussions de la médicalisation des idiomes de détresse tels que la '*assabeyya* en Égypte et dans la région.

II.2.3.2. La médicalisation des idiomes de détresse

'*Assabeyya*, idiome de détresse, est abordée essentiellement, dans cette étude, d'un point de vue psychiatrique et anthropologique médical. Dans ce cadre, et comme le rappelle Kirmayer (2001 : 22), la psychiatrie est elle-même une institution culturelle, et nombreux de ses aspects psychiatriques théoriques et pratiques sont basés sur des concepts culturels spécifiques et, notamment, en ce qui a trait à la notion de 'personne' (Kleinman 1988 ; Young 1995). Bhugra et al. (2007) précisent que le diagnostic de la maladie psychiatrique (établi selon les catégories définies par les institutions psychiatriques mondiales) n'est pas uniquement euro-centrique mais aussi androcentrique et anthropocentrique. Ceci est appuyé par Nichter (2010) qui explique comment l'établissement de catégories diagnostiques récentes (comme le *ADHD* (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) (trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et le PTSD/ESPT) a résulté en l'ouverture de nouveaux espaces d'expression de la détresse.

Ces nouvelles catégories diagnostiques sont devenues, par ailleurs, des faits sociaux ayant acquis leur propre vie et dynamique sociale parmi les populations. Nichter (2010) précise que ce sont les corps professionnels les plus farouches gardiens et promoteurs de ces nouveaux 'syndromes culturels'. Nichter (2010) explique ce phénomène et nous rappelle que nous vivons avec des idiomes de détresse issus du passé (dont l'importance et l'expression peut varier dans le temps), issus du présent (associés aux soucis de la vie contemporaine et aux répercussions du changement social), et enfin avec des idiomes émergents (provenant de différentes sources). Une de ces sources peut-être les systèmes médicaux qui introduisent de nouveaux idiomes comme étant de nouveaux syndromes. De même, différents acteurs dans le domaine de la santé peuvent jouer un rôle crucial en encourageant intentionnellement la création de ces idiomes de détresse émergents. Les acteurs qui gagnent beaucoup de la biomédicalisation des vies des population sont les compagnies pharmaceutiques, et ce, à grand coup de campagnes marketing faisant la promotion de ces nouveaux syndromes (Nichter 2010 : 404-405).

Le fait que DSM-5 ait largement introduit la notion de concepts culturels est cependant une indication de l'importance naissante qu'accorde la psychiatrie à l'aspect culturel de l'étude de la détresse. De même, de par le brassage des populations, les cliniciens partout dans le monde peuvent être en contact avec des femmes se plaignant de *'assabeyya'*.

Kirmayer, en 2002, dans sa réflexion sur l'usage des antidépresseurs au Japon suivi par Abramowitz en 2010 dans son étude de la *open mole* (un idiome de détresse très courant au Liberia) donnent des exemples intéressants et extrêmement parlants de la médicalisation d'idiomes locaux de détresse, médicalisation qui se traduit par une prise médicamenteuse qui altère *the narrative self*¹⁷ (Abramowitz 2010). Le processus qu'Abramowitz (2010) décrit, explique comment un idiome culturel de détresse est : d'abord 'invalidé' et vidé de son sens culturel, puis reformulé selon la nosologie de la santé mentale occidentale, et représenté aux personnes (issues de la culture locale) comme étant une maladie associée à

¹⁷ Le récit de soi.

d'autres conditions affectives et mentales, (anxiété ou dépression par exemple), et dont la prise en charge doit être biomédicale (Nichter 2010 : 411).

Je m'inspire ici de la démarche épistémologique d'Abramowitz (2010) dans sa recherche sur l'*open mole* pour aborder la '*assabeyya*, et ce, en explorant la dimension historique de celle-ci, son étiologie, puis en identifiant le processus par lequel la '*assabeyya* est transformée, c'est-à-dire le processus qui la fait passer d'idiome culturel de détresse à un idiome local de traumatisme pour ensuite devenir un objet de la psychiatrie clinique, à savoir le PTSD et le TPL (Abramowitz 2010 : 354).

II.2.3.3. '*Assabeyya*, TPL et invention du PTSD

L'une des raisons éventuelles de l'augmentation des taux de TPL en Égypte, et que cette recherche souhaite confirmer, serait que la '*assabeyya* est de plus en plus insérée dans la catégorie des troubles psychiatriques de la personnalité, à savoir le TPL, par de nombreux professionnels de la santé mentale en Égypte. Ces professionnels, formés à la psychiatrie occidentale, afin d'acquérir une légitimité parmi la communauté médicale et plus particulièrement psychiatrique, sur le plan local, régional et mondial, adopteraient rigidement les principes de la *evidence-based medicine* et la catégorisation de la DSM¹⁸, pur et fidèle produit de l'American Psychiatric Association (Hicks 2011), et tendraient ainsi à surmédicaliser les idiomes locaux de détresse.

En effet, en Égypte, la '*assabeyya* est souvent perçue, par les gens en général (et comme l'ont montré aussi les entretiens que j'ai effectués), comme étant la conséquence d'un traumatisme (un accident, la perte d'un proche, un drame personnel). L'intégrer dans un système nosologique occidental de la sémiologie traumatique, même si elle est à type d'état de stress post-traumatique complexe (*complex PTSD*) ou même de TPL, est, comme le précise (Abramowitz 2010 : 363), inapproprié : « [...] *the PTSD framework may be incapable of engaging local biomedical experience, integrating local explanatory models, and working with locally understood illness trajectories to create appropriate treatment*

¹⁸ DSM : Diagnostic Statistic Manual.

options (Bracken et al. 1995 ; Summerfield 1995, 2001 cités dans Abramowitz 2010 : 363)». Par ailleurs, les interprétations somatiques de la *'assabeyya* sont lues à travers les structures sémiotiques occidentales tout comme le précisent Kirmayer et Young (1998) cités dans Abramowitz (2010 : 368) : « [...] *somatized symptoms are reproduced as a Western construction, rather than a local construction* ». Quelques exemples de la médicalisation des idiomes de détresse, au Brésil (Rozemberg et Manderson 1998), en Inde (Ecks et Basu 2009) et au Japon (Applbaum 2006) (où est notée une augmentation de la demande des populations à consommer des molécules psychoactives pour le soulagement de différents types de détresse) mettent l'accent sur la dimension universelle et globale que revêt la tendance mondiale à la médicalisation des idiomes locaux de détresse.

Enfin, l'achat de tranquillisants et d'antidépresseurs se fait souvent sans ordonnance médicale, parfois sous le conseil du pharmacien. Ceci contribue à la médicalisation de détresses psychologiques, par le simple fait d'avoir recours à des médicaments pour les traiter. Applbaum (2006) met la lumière sur ce phénomène et Nichter commente la réflexion de ce dernier en dénonçant « [...] *the pharmaceutical industry's crusade to raise public awareness about psychiatric diagnosis and willingness to take psychoactive drugs to manage an increasing array of life problems* » Nichter (2010 : 411). Il y aurait comme une sorte d'uniformisation et de standardisation de la souffrance : assisterions-nous à une 'mcdonaldization¹⁹' de la souffrance ? L'ouvrage publié par Rose (2006) est, selon Nichter (2010 : 410), très utile à ce sujet « *[It] provides a useful discussion of the pharmaceuticalization of problems of living and bracket creep of psychiatric diagnosis* » Nichter (2010 : 410).

Les critiques de Nichter (2010) semblent avoir été entendues et la nouvelle version du DSM, la cinquième édition récemment apparue, a enfin inclus de nombreux idiomes de détresse (American Psychiatric Association 2013a, b, c, d). Je voudrais souligner ici, qu'intégrer des concepts culturels de détresse dans le système nosologique DSM est à mon

¹⁹ En référence à l'ouvrage de Ritzer (1983), *The "McDonaldization" of society*.

sens une reconnaissance par la communauté psychiatrique internationale de l'existence de différentes manifestations d'un même syndrome biomédical, et n'induit pas forcément la pathologisation de ce concept culturel ni la nécessité de son traitement.

Cependant, cette avancée reste toutefois nuancée et quelque peu timide. En effet, et bien que l'utilité clinique et pratique, jusqu'alors mise en doute, de l'étude des idiomes culturels de détresse (Nichter 2010) n'est plus à présent remise en question dans de nombreuses régions du monde, notamment dans les zones de guerre (en Asie, Afrique et Amérique latine), les conflits armés dans de nombreux pays arabes et musulmans (Syrie, Palestine, Irak, Yémen, Somalie, Afghanistan, Bosnie) ne semblent pas avoir attisé l'intérêt et la curiosité de la communauté scientifique à explorer les idiomes culturels de détresse liés au traumatisme dans ces régions, si ce n'est quelques récentes publications dont celles de Hassan et al. (2015) et d'Afana (2012). Ce dernier s'intéresse à la notion de stress post-traumatique dans un contexte moyen-oriental, et pour lui, le trauma et les événements traumatiques englobent des expériences plus vastes que le simple label, construit médicalement, qu'est l'état de stress post-traumatique. Il explique que ces expériences incluent celles liées à la notion de perte, non seulement à un niveau personnel mais aussi communautaire. Ces expériences comprennent aussi les significations personnelles et culturelles du trauma, les idiomes de détresse à travers lesquels ces réactions sont exprimées, la significations collective et politique de ces expériences, et enfin les manières dans lesquelles tous ces facteurs peuvent soit contribuer à perpétuer un cycle de violence, ou bien contribuer à s'adapter et à faire face à l'adversité (Afana 2012 : 31). Bien que le concept diagnostique d'ESPT apparaisse comme décrivant précisément les traits de la réponse universelle du trauma, il apparaît cependant être moins utile, comme formulation clinique dans les pays du Moyen-Orient, que celle qui se construit sur des idiomes de détresse locaux exprimant des réactions liées au trauma. Les personnes souffrantes peuvent exprimer dans leurs propres idiomes de détresse, et avec leur propre interprétation, plus de qualités spécifiques de leur expérience, ce qui rend leur prise en charge plus efficace (Afana 2012 : 31).

En effet, force est de constater que le seul idiome de détresse de culture arabe inclus dans le DSM-5 est le *zār*, et celui-ci n'est pas nécessairement caractéristique des populations confrontées à la violence organisée. Le manque de considération, par la communauté scientifique, des idiomes de détresse ancrés dans les cultures arabes et musulmanes peut-être expliqué par cette citation de Nichter (2010) :

At the level of symbolic protest, they [idioms of distress] constitute a language for social suffering that cannot overtly be articulated in socio-political contexts where doing so causes a threat to both those who suffer from structural violence and those in positions of power. [...] This is accomplished through the use of symbols having powerful cultural resonance (Nichter 2010 : 411).

Comme vient de l'exposer cette section, la détresse émotionnelle, *the illness*, est étroitement liée au contexte culturel où elle naît et où elle évolue. De nombreux facteurs socioculturels peuvent favoriser son apparition et sa perpétuation, facteurs souvent liés à la violence sous toutes ses formes. La détresse émotionnelle prend alors l'aspect d'un idiome de détresse, et ce, dans le contexte socioculturel particulier où elle évolue. La '*assabeyya*, idiome de détresse, née dans un contexte de violence socioculturelle, semble faire face à sa biomédicalisation (comme c'est le cas pour de nombreux autres idiomes de détresse), processus qui édulcore ses différentes dimensions culturelles, sociales et politique. C'est cette importance de comprendre la portée sociale et politique de la résonance culturelle des idiomes de détresse que soulève la section suivante, qui se propose aussi d'adresser cette résonance culturelle à travers des approches telles que l'anthropologie médicale interprétative, l'ethnopsychiatrie et l'ethnopsychiatrie psychanalytique.

II.2.4. Anthropologie médicale interprétative, ethnopsychiatrie et ethnopsychiatrie psychanalytique

Avec l'anthropologie médicale interprétative développée dans les années 1980 par Kleinman (1988), il s'agit d'assurer un meilleur développement des aspects les plus performants de la biomédecine, tout en critiquant ses visées hégémoniques et 'universalisantes' afin d'améliorer la qualité des soins et la relation médecin/malade (Kleinman 1988).

L'approche médicale clinique interprétative permet de comprendre les apports de l'histoire de la santé mentale en Égypte et de la culture à l'expression des idiomes de détresse. Elle permet aussi d'être sensible aux divers idiomes de détresse exprimés, témoins de la souffrance psychologique des *Masraweyyates*, et conséquents aux différentes violences subies et aux traumatismes psychologiques qui s'en sont suivis. L'anthropologie médicale interprétative permet de reconnaître à la fois l'étiologie psychopathologique traumatique des symptômes psychologiques selon les données biomédicales (Herman 1992) ainsi que leurs différents modes d'expression selon la culture d'où ils sont issus.

L'ethnopsychiatrie, quant à elle, peut-être vue sous des angles, en apparence différents, mais en réalité complémentaires de l'anthropologie médicale interprétative. En effet, elle comprend les notions de psychiatrie (pratique médicale clinique), d'ethnologie (en décrivant les systèmes culturels au travers desquels la souffrance psychologique s'exprime), et d'anthropologie médicale (étudiant les aspects anthropologiques de la santé mentale) (Rechtman 1998). Son apport à l'étude des idiomes de détresse chez les *Masraweyyates* et de leur éventuelle corrélation à l'étiopathogénie traumatique du TPL est des plus utiles. L'ethnopsychiatrie permet d'explorer les différents aspects psychiatriques sous-jacents aux violences et aux traumatismes subis par les *Masraweyyates* ainsi que les idiomes de détresse à travers lesquels leur souffrance est exprimée et enfin, les différents aspects anthropologiques de la santé mentale en Égypte.

Proche de l'ethnopsychiatrie, l'ethnopsychiatrie psychanalytique, née de la rencontre de l'ethnologie et de la psychanalyse, est un domaine d'investigation et d'intervention (Devereux 1978 ; Laplantine 1988 ; Marty 1992 ; Moro 2009 ; Sami-Ali 1991). Les théories psychanalytiques y côtoient les concepts anthropologiques pour mieux explorer les souffrances psychologiques. Pour la psychodynamique psychanalytique, la démarche psychanalytique, et ce depuis Freud, a toujours donné une place prépondérante à la notion de violence dans la genèse des conflits et des pathologies psychiques qui en résultent. Les concepts fondamentaux de la psychanalyse (Œdipe, Narcisse, pulsion de mort, sadisme) sont basés sur la notion de violence qui est d'abord intrapsychique puis extériorisée. Dans le DSM-III (American Psychiatric Association 1980), l'ESPT était remplacé par le terme

névrose traumatique, en référence à l'analyse psychanalytique freudienne du traumatisme psychique. L'approche psychanalytique dans un contexte ethnopsychiatrique permet de rajouter cette dimension de conflits intrapsychiques basés sur la violence tout en les situant dans leur cadre culturel égyptien, cadre riche en frustration sexuelle et somatisation, terrains favorisés de l'analyse freudienne. L'Égypte a aussi vu récemment l'éclosion d'une violence politique, sans parler de la violence sociale qui n'est pas sans impact émotionnelle sur la population égyptienne.

Pour De Jong and Reis (2010) et comme rappelé par Nichter (2010 : 411 ; traduction libre) « [...] *Il est essentiel de ne pas voir uniquement les idiomes de détresse à travers le prisme des processus psychologiques internes de l'individu mais de les replacer dans leur contexte socio-politique* ». C'est ce contexte socio-politique de la détresse psychologique en Égypte que nous avons évoqué dans la section II.3 et que nous allons analyser selon une approche anthropologique médicale critique. Cette section s'est articulée autour du troisième axe du cadre conceptuel, à savoir *the sickness* ou *body politic*, et cherche à identifier les facteurs sociaux, économiques et politiques dans lesquels évoluent les deux premiers axes (i.e. : *the disease* et le TPL, et *the illness* et la 'assabeyya).

II.3. Environnement sociopolitique : l'anthropologie médicale critique et la notion de 'sickness'

II.3.1. Facteurs sociopolitiques actuels

La mégapole du Caire compte aujourd'hui 20 millions de personnes (Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS) 2000), dont beaucoup vivent dans des quartiers construits de manière anarchique, sur des anciennes terres agricoles, et manquant souvent des structures de bases, comme l'eau potable, les voies sanitaires, les routes asphaltées etc. Ces quartiers sont globalement appelés 'ashwaiyyāt, signifiant espaces anarchiques (Singerman 1995 ; United Nations Development Program (Egypt) 2003). L'urbanisation massive, la globalisation économique et la politique du marché, le désordre administratif et la déchéance des structures de base font de l'univers quotidien au Caire un combat permanent (Fournel 2004 ; Wikan 1980), et ce, surtout pour les femmes (Fernea et Lobban 1998). Les études féministes s'attellent depuis longtemps à défendre et à mieux

comprendre la situation des Égyptiennes, mais l'analyse faite par Jad (2004) du militantisme féministe contemporain en Égypte rejoint celle d'Ahmed (1992) qui parle de *colonial feminism*, ainsi que celles de Lazreg (1994) et Kapur (2002), pour qui, le féminisme venu d'Occident est une nouvelle forme de domination politique, à travers le mouvement féministe qui infantilise les cultures locales et les femmes qui les portent. Dans les milieux économiques les plus démunis, plus de la moitié des foyers sont économiquement soutenus par une femme (Radwan et Reiffers 2006). Cependant, lorsque le revenu du foyer le permet, même pour celle qui a eu la chance de poursuivre des études poussées et prestigieuses, elle préfère quitter le travail à la naissance des enfants et devenir femme au foyer. Ce retour au schéma traditionnel du rôle de la femme coïncide avec le renouveau de l'islamisme, les arguments avancés étant la crainte du contact avec les hommes sur le lieu de travail, la nécessité de rester au foyer pour être une bonne mère et épouse (Fernea 1994, 1998 ; Fernea et Lobban 1998 ; Ghannam 2002 ; Hoodfar 1997) ; alors qu'il demeure pour certaines une décision personnelle comme le suggère Mahmood (2005).

Il serait intéressant d'avoir recours à l'anthropologie médicale critique, dans le contexte de la *'assabeyya* et de son éventuelle origine traumatique (notamment due à des événements violents non pas interpersonnels mais plus généralisés), pour mieux comprendre quels sont les effets de la violence sur la santé mentale en Égypte.

II.3.2. Violence généralisée (symbolique, culturelle et structurelle) et santé mentale

II.3.2.1. Conséquences psychologiques des violences symbolique, culturelle, structurelle

Girard (2002) décrit la violence comme étant le mal des origines, inscrit au plus profond de l'être humain, de l'homme primitif comme de l'homme moderne. Pour d'autres, la violence est dans les sociétés occidentales, l'effet secondaire indésirable d'une tendance à l'hyper-modernisation (Bigeard 1974). Cette dernière hypothèse est partagée par Kleinman et Becker (1998) et Bourdieu (1999), ainsi que par Patel et al. (1999) (annexe 4) et Fanon (2008).

Pour Bourgois (2002), Farmer (1996, 2002) et Kleinman (1997) comme pour Wieviorka (1998), les sciences sociales se sont depuis longtemps intéressées à la souffrance, en tant qu'expérience subjective vécue individuellement et collectivement, et en tant qu'ensemble de conditions sociales qui en sont la source ou qui l'influencent. Ces auteurs voient la violence structurelle comme étant directement à l'origine de souffrances humaines, notamment psychologiques. Il existe en fait différents types de violence généralisée dans une société, tels que la violence structurelle ou symbolique. Celles-ci ont des répercussions néfastes sur la santé en général et sur la santé mentale en particulier et, conséquemment, sur la *'assabeyya*.

II.3.2.2. Violence généralisée (symbolique, culturelle et structurelle)

Violence symbolique et culturelle

La violence symbolique, c'est cette violence qui extorque des soumissions qui ne sont même pas perçues comme telles en s'appuyant sur des « attentes collectives », des croyances socialement inculquées. Comme la théorie de la magie, la théorie de la violence symbolique repose sur une théorie de la croyance ou, mieux, sur une théorie de la production de la croyance, du travail de socialisation nécessaire pour produire des agents dotés des schèmes de perception et d'appréciation qui leur permettront de percevoir les injonctions inscrites dans une situation ou dans un discours et de leur obéir. (Bourdieu 1994 : 188).

Bourdieu (1977, 1994, 1998) a introduit la notion de violence symbolique et a mis en exergue l'efficacité de ce type de violence du fait que, les personnes qui la subissent, à travers ses techniques intimidantes et coercitives, s'y assujettissent sans en reconnaître le caractère dominateur. L'intimidation s'exerce à travers la menace d'exclusion du groupe d'appartenance et du 'système' socioculturel. La violence symbolique se perpétue indéfiniment et s'autonomise, rappelant ainsi le marketing viral « [...] *technique pernicieuse de vente qui s'appuie sur des réseaux sociaux déjà existants* (Quentin 2007: 41) ». Pour Bourdieu (1980 : 88) la violence symbolique relève de l'habitus dans son sens de :

[...] système de dispositions durables, structures structurées prédisposées à fonctionner comme structures structurantes, c'est-à-dire en tant que principe de génération et de structuration de pratiques et de représentations qui peuvent être objectivement 'réglées' et 'régulières' sans être en rien le produit de l'obéissance à des règles.

La violence symbolique représente un processus de domination d'une partie par une autre à travers l'internalisation de règles issues de la culture acceptées, et leur perpétuation automatique. C'est une violence à la fois internalisée en chacun et institutionnalisée, installée, dans toutes les institutions de la société. Dans la société égyptienne, la violence symbolique est présente dans de nombreux domaines et dans diverses pratiques. Elle est la cause de multiples atteintes psychologiques souvent non exprimées. Ce silence est dû au sentiment de peur d'être rejeté par la société si on exprime sa désapprobation pour ces pratiques, et au sentiment de honte de ne pas être adéquat ou adéquate aux critères de la société (Abou Zeid 1965 ; Yount 2011) . Les thèmes porteurs de violence symbolique contre les *Masraweyyates* gravitent souvent autour de la sexualité et du rôle qui lui est assigné par la société (Kostick 2010 ; Weisfeld 1990). Ces thèmes véhiculent ainsi la notion de violence culturelle car ils sont inscrits dans la culture égyptienne. Comme mentionné auparavant, la violence culturelle est une légitimation de la violence directe ou structurelle, par la religion et par les traditions ethnoculturelles locales. L'anthropologie médicale critique est, à mon sens, une orientation théorique intéressante dans le cadre de ma thèse, car elle permet de comprendre les répercussions de la violence symbolique, culturelle et structurelle sur la genèse et l'expression de la *'assabeyya*.

Violence structurelle

La violence structurelle est une notion utilisée pour la première fois dans les années 1970, et généralement attribuée à Johan Galtung (1969 ; Galtung et Høivik 1971). Le terme désigne une forme de violence actualisée par les structures ou les institutions d'une société donnée, société qui ne subvient pas aux besoins vitaux des individus et les empêche de se réaliser à travers certaines pratiques, comme l'élitisme institutionnalisé, la discrimination, l'exclusion sociale, le racisme et le sexisme. Elle est basée sur l'exploitation d'une des parties par l'autre, et induit une atteinte à la liberté en marginalisant la personne ou le groupe visé, et en déstructurant son identité (Galtung 1990).

II.3.3. Apports de l'anthropologie médicale critique

Critical medical anthropology ou anthropologie médicale critique, autour de Scheper-Hugues (1990), Morsy (1981) et Singer (1986), dénonce le caractère oppressif des violences structurelle, culturelle et symbolique, ainsi que du savoir biomédical. Dans cette même optique, pour Farmer (1999), l'émergence de nombreuses maladies est due à des phénomènes sociaux comme la pauvreté, et donc à la violence structurelle.

L'apport de l'anthropologie médicale critique à cette présente recherche consiste à permettre d'explorer la violence structurelle qui sous-tend la santé mentale en Égypte, et ce, à plusieurs niveaux, notamment à celui du pouvoir exercé par les acteurs dans le système biomédical, tels que les sociétés pharmaceutiques, les structures de santé mentale et les psychiatres. Ces derniers en suivant les classifications du DSM-5 et en les appliquant aux femmes dans le contexte égyptien diagnostiquent de plus en plus les plaintes psychologiques ou émotionnelles exprimées par les *Masraweyyates*, comme étant caractéristiques du TPL et leur prescrivent des traitements médicamenteux en conséquence. Ces femmes se trouvent donc, placées à vie, dans une catégorie psychiatrique pathologique, sans avoir été ni écoutées ni comprises dans leur souffrance personnelle et sociale, ce qui les marginalise encore plus et augmente leur souffrance. C'est ce phénomène que décrit Abramowitz (2010), où l'idiome de détresse original est vidé de son sens personnel et culturel par les acteurs du système biomédical qui créent en échange un nouvel idiome basé sur les catégories diagnostic du DSM-5 et y font adhérer les personnes, qui, pour s'y conformer, iront même à changer leur discours afin de pouvoir obtenir la reconnaissance par le système biomédical et les médicaments qui sont donnés pour leur 'cas'.

Comme l'indiquent les résultats de la recherche (chapitres VI, VII et VIII) les femmes égyptiennes souffrent en fait des répercussions psychologiques traumatiques des différentes sortes de violence qu'elles subissent depuis leur enfance à l'intérieur de la cellule familiale et dans les autres institutions sociales. Ignorer cet aspect de leur détresse, en le médicalisant, perpétue et aggrave la souffrance. En biomédicalisant la souffrance sociale, le risque incontournable est de faire taire toute forme de résistance et de dresser de solides obstacles à une résilience salvatrice.

En somme, ce chapitre s'est proposé de poser les balises conceptuelles qui permettront de mieux répondre aux questionnements que l'observation du terrain a soulevés. Ces principaux questionnements sont que, pour les femmes que j'ai rencontrées, *'assabeyya* est un idiome culturel de détresse et un modèle explicatif de la détresse émotionnelle des *Masraweyyates*. *'Assabeyya* est aussi un modèle explicatif des déterminants sociaux, culturels, politiques et structurels (dont des formes spécifiques de violence) qui agissent sur elle ; et enfin, depuis la révolution, ces femmes sont de plus en plus enclines à parler de ces violences ainsi que de leur impact sur elles.

Le cadre conceptuel que ce chapitre a posé, s'est articulé sur les trois axes de l'anthropologie médicale que Kleinman et al. (1980, 2006) ont défini à savoir : *the disease (individual body)* qui s'est intéressé à définir le TPL, les théories relatives à sa psychopathologie et les structures biomédicales en Égypte dans lesquelles il évolue ; puis *the illness (the social body)* qui a adressé les aspects psychologiques et socioculturels que revêt la détresse psychologique des *Masraweyyates*, ainsi que les concepts et les théories qui les sous-tendent ; et enfin, le dernier, *the sickness* ou *body politic* a tenté d'identifier les facteurs sociaux, économiques et politiques dans lesquels évoluent les deux premiers axes et où l'anthropologie médicale critique se situe.

Le chapitre suivant se propose, quant à lui, de comprendre, en explorant la littérature et en développant davantage les notions présentées dans ce chapitre II relatif au cadre conceptuel, les aspects culturels de la souffrance, ce qu'exprime un idiome de détresse comme souffrance, ce qu'il représente selon les différentes approches anthropologiques et biomédicales, ses causes éventuelles, les concepts autour desquels il se construit, et enfin son expression corporelle. Quelques exemples d'idiomes de détresse dans le monde en général, et le monde arabe en particulier seront ensuite présentés, avec un intérêt particulier pour ceux associés aux nerfs, dont *'assabeyya*. La dernière partie du chapitre III essaiera d'explorer le trouble de la personnalité limite (TPL) en tant qu'idiome de détresse et sa relation à la *'assabeyya*.

CHAPITRE III. 'ASSABEYYA ET TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ LIMITE : IDIOMES DE DÉTRESSE OU CATÉGORIES CLINIQUES ?

Ce chapitre se propose d'explorer la 'assabeyya et le TPL en tant qu'idiomes de détresse et ce, dans un premier temps, en explorant la notion de détresse et de souffrance psychologique, tout en cherchant à :

- (1) Mieux comprendre le sens de la souffrance psychologique (culturel, interpersonnel, personnel), ses causes, les réactions qu'elle engendre, et comment cette souffrance peut être médicalisée ou 'anthropologisée' ;
- (2) Mettre en évidence que l'idiome de détresse est une expression de la souffrance, et ce, à travers d'une part, une exploration anthropologique de ses diverses dimensions, sa temporalité, sa spatialité, tout en précisant les nuances entre idiome culturel et syndrome culturel de détresse et, d'autre part, à travers une approche biomédicale liée au DSM-5 et la nouvelle classification des *Cultural Concepts of Distress* ;
- (3) Identifier les causes universellement communes de la détresse telles que les pathologies du pouvoir et la violence structurelle, la globalisation et ses effets sur la santé mentale, la modernisation et le développement de symptômes psychosomatiques (notamment les facteurs de stress dus à la modernisation, le *coping*²⁰, le stress *appraisal*²¹ et enfin la somatisation) ;
- (4) Discuter les aspects ethnomédicaux de la souffrance psychologique ;
- (5) Développer les notions d'*embodiment* et de somatisation où le corps est le lieu d'expression de la détresse et de la souffrance psychologiques ;
- (6) Passer en revue les différents types d'idiomes de détresse, notamment les idiomes locaux liés aux traumatismes ;
- (7) S'attarder sur les idiomes de détresse associés aux 'nerfs', leur place dans les systèmes de soins, l'impact du stress sur les nerfs, les différents idiomes liés au stress selon les

²⁰ Terme anglais signifiant adaptation.

²¹ La façon qu'a la personne d'évaluer le stress, de lui donner un sens.

cultures (*nervoso, nervios, nevra, nerves, nierbi, narfaza*) et, enfin, la *'assabeyya* en explorant ses caractéristiques et son interprétation anthropologique et historique.

Dans un second temps, ce chapitre essaie de répondre à un questionnement soulevé notamment, par l'étude des idiomes de détresse dans sa première partie, à savoir : le TPL serait-il lui-même un idiome de détresse comme la *'assabeyya* ? Pour répondre à ce questionnement les dimensions sociales et transculturelles du TPL sont explorées, dont celle de cohésion sociale. Un deuxième questionnement découle de cette approche : la *'assabeyya* serait-elle le TPL égyptien ? Enfin adresser les aspects identitaires et existentiels, à la fois du TPL et de la *'assabeyya*, a permis de découvrir l'existence d'un lien entre le TPL, la *'assabeyya*, et ce que représente la *'assabeyya* selon la théorie d'Ibn Khaldun, en tant que concept de cohésion sociale. La *'assabeyya* selon la conception d'Ibn Khaldun sera appelée, le long du texte, *'assabeyya* khaldunienne (pour la distinguer de la *'assabeyya*, idiome de détresse). L'importance de la cohésion sociale pour la dimension identitaire et existentielle du TPL et de la *'assabeyya* (idiome de détresse), et son intrication avec la *'assabeyya* khaldunienne pose un dernier questionnement : la *'assabeyya* et le TPL sont-ils l'expression d'une même perte de la cohésion sociale, cohésion que représente la *'assabeyya* khaldunienne ? C'est à ces trois importants questionnements que la deuxième partie de ce chapitre tente de répondre.

III.1. Détresse et souffrance psychologiques

"Sadness has become the symbolic action of a good Muslim. You are not supposed to smile, to look happy, to look clean. This is the kind of character that is now admired. The Imam says "You cry. Crying is good for you. Keep Tasu'a and Ashura, keep crying... Cry as you can, crying saves Islam." [1985].

"People in Iran are sad (ghamgin) because of the system, history, dictatorship. They cry easier than they laugh. It is because of the culture; it is deep." [1983]

"Everyone in Iran is depressed; and we in exile become depressed too, when we think of the killing, the war, the torture." [1987]

(comments by Rahman immigrants and visitors to the United States, reflecting on post-Revolutionary Iran)". (Delvecchio Good et al. 1988: 43).

Cette section se propose de définir la souffrance et la détresse psychologiques en essayant de comprendre leur sens, d'identifier leurs causes notamment les causes sociales, d'identifier les différentes formes que peuvent prendre les réactions à cette souffrance, et

enfin d'explorer l'apport de l'anthropologie médicale interprétative et critique à l'analyse de la souffrance psychologique.

III.1.1. La souffrance psychologique : notion complexe

III.1.1.1. Sens de la souffrance psychologique

Pour Arthur Kleinman (1988), la maladie et la souffrance revêtent trois sens : culturel, personnel et interpersonnel.

Concernant **le sens culturel** de la souffrance, il est intéressant de rappeler que le système nerveux, les représentations psychologiques et les modes d'interaction (qui construisent l'affect) sont influencés par la culture. En effet, les idéologies culturelles, les institutions et les pratiques culturelles agissent à trois niveaux : (1) Elles fournissent le contexte et les règles selon lesquelles les modes d'interaction prennent lieu, ces modes d'interaction définissent la composition de la famille, les interactions enfant-mère ainsi que les pratiques d'éducation (Kirmayer 2001 : 22-23) ; (2) Elles définissent les normes socialement acceptables, régule aussi l'expression émotionnelle et les pratiques corporelles., à travers les règles de démonstration émotionnelle ; et (3) Elles fournissent des théories de bases et les stratégies pour gérer les troubles de l'humeur (Kirmayer 2001: 23) :

Culture influences the sources of distress, the form of illness experience, symptomatology, the interpretation of symptoms, modes of *coping* with distress, help-seeking, and the social response to distress and disability. (Kirmayer 2001 : 23).

La gestion des conflits et l'expression de la colère peut-être un exemple de différences culturelles dans l'expression de l'affect. En effet, aux États-Unis, exprimer ouvertement les conflits interpersonnels et la confrontation au quotidien sont vivement encouragés (Bellah et al. 1985), tandis que dans d'autres cultures, la non-confrontation et l'harmonie sociale sont primordiales (conséquemment, la suppression et 'l'endiguement' des conflits interpersonnels et internes sont encouragés) (Wellenkamp 1995).

Pour ce qui est du **sens interpersonnel** de la souffrance, les perturbations affectives, comme l'anxiété, sont considérées, dans de nombreuses cultures, comme étant des problèmes sociaux et moraux et non pas des problèmes de santé mentale (Kirmayer, 1989

citée dans Kirmayer 2001 : 23) . De ce fait, elles seront plus facilement partagées avec quelqu'un de familier plutôt qu'avec un professionnel de la santé mentale qui sera moins informé des détails sur l'état émotionnel et sur les problèmes sociaux de la personne (Kirmayer 2001 : 23-24).

Le dernier sens que peut avoir la souffrance est **un sens personnel**. La détresse psychologique revêt l'aspect de représentations cliniques reflétant des symptômes ou des syndromes culturellement spécifiques, des idiomes culturels de détresse, ou des modèles explicatifs. Ces représentations cliniques culturellement déterminées lient la détresse psychologique aux facteurs sociaux et psychologiques où elle évolue (Kirmayer, 2001 : 25). Ce dernier point n'est pas sans rappeler l'hypothèse avancée dans cette recherche, notamment que la '*assabeyya* serait un idiomme de détresse équivalent au TPL, qui est reconnu dans les structures médicales, mais qui est exprimé différemment par les femmes en Égypte, c'est-à-dire sous la forme de '*assabeyya*.

III.1.1.2. Causes de la souffrance psychologique

Bien que dans toutes les sociétés souffrir caractérise la condition humaine depuis le début de l'humanité, la souffrance revêt cependant différents aspects selon qu'elle est culturellement interprétée comme étant une punition ou une salvation (Kleinman et al. 1997). Les causes de la souffrance peuvent être (Kleinman et al. 1997) : (1) occasionnelles comme des maladies aiguës et graves ; (2) partagées par la condition humaine comme les maladies chroniques ou la mort ; (3) des expériences de privation, d'exploitation, de dégradation et d'oppression, à l'origine de la *social suffering*, auxquelles certaines catégories d'individus, surtout les plus vulnérables, sont exposées ; (4) des conditions extrêmes comme les génocides, les révolutions meurtrières ou les bombes atomiques.

Et ici, je retiens la notion de *social suffering*, notion clé pour la compréhension de l'idiome de détresse '*assabeyya*, étant donné l'importance des facteurs sociaux et politiques pour sa formation et sa persistance. *Social suffering* est définie dans le paragraphe suivant :

With reference to 'social suffering' researchers aim to attend to the ways in which the subjective components of distress are rooted in social situations and conditioned by cultural circumstance. It is held that social worlds are inscribed upon the embodied experience of pain and that there are many occasions where an

individual's suffering should be taken as a manifestation of social structural oppression and/or collective experience of cultural trauma. (Kleinman et al. 1997 cités dans Wilkinson 2015 : 1).

Pour Kleinman et al. (1997) cette souffrance est le résultat de toutes les violences d'origine sociale, notamment la violence structurelle et symbolique qui peut avoir un impact traumatique sur la santé physique et mentale de la personne qui y est sujette. Selon ces chercheurs, la souffrance sociale a des aspect culturels, sociaux politiques et professionnels. Das (2000, 2001, 2003, 2008) s'est intéressée plus particulièrement à la souffrance sociale due à la violence sociale exercée contre les femmes. Cette souffrance sociale, champs d'étude important pour l'anthropologie médicale critique, a suscité l'intérêt de nombreux autres chercheurs tels que Scheper-Hughes (1992) et Farmer (1996, 2002).

La souffrance sociale

Les causes de la souffrance sociale dans le monde contemporain semblent être due aux différents aspects que revêtent la violence structurelle et la globalisation, ainsi qu'à leurs conséquences sur la santé psychologique et mentale.

Pathologies du pouvoir et violence structurelle

La violence structurelle est profondément enracinée dans la société sous la forme d'inégalités sociales (basées sur la race ou l'ethnicité, le genre, la religion, et les classes sociales). Ces inégalités sont la force motrice derrière la plupart des violations des droits de la personne. Ces violations ne sont pas uniquement limitées aux pays non-occidentaux et à leur ressortissants (comme classiquement dénoncé par la littérature anthropologique occidentale), mais elles sont présentes aussi dans les pays occidentaux, pays d'accueils de ces ressortissants et elles touchent à la fois les ressortissants non-occidentaux et occidentaux (Farmer 2004 : 219).

Un autre exemple de cette violence est l'intégrisme émotionnel qu'elle peut exercer. En effet, le rôle du pouvoir politique à générer des pathologies n'est pas seulement à travers les inégalités qu'il engendre, mais aussi à travers son interdiction d'un certain éventail

d'émotions ou au contraire à son encouragement à certaines autres émotions. Delvecchio Good et Good (1988), dans leur recherche en Iran, ont montré que l'État, ainsi que d'autres institutions sociales modernes, peuvent jouer un rôle profond dans l'organisation de la vie émotionnelle. Ce rôle est joué à travers la définition de ce que sont les interprétations des comportements affectifs jugées comme légitimes et à travers la prescription de certaines formes de discours émotionnel (ex. : en mobilisant ces émotions à travers des rituels civiques, et en leur donnant des réinterprétations en relation avec l'idéologie de l'État et de ses buts politiques) (Delvecchio Good et Good 1988 : 59). Un exemple de ceci serait le rôle de l'État en Iran :

Civic rituals, individuals' public demeanor and expression of emotions, and even emotional expression within the previously private confines of family life have come under the intense scrutiny and control of various organs of the state. One interviewee, exclaiming "The country has become a millet-e ghamgin, a nation of sorrow," remarked that public expression of continuous mourning has become à sign of commitment to the cause and loyalty to the regime [1985]. The state has promoted the expression of mourning, grief and sadness as the national emotional tone; it has also systematically suppressed joyous celebrations and cultural performances, particularly those viewed by the regime as pre-Islamic and non-Islamic in origin and expression. (Delvecchio Good et Good 1988 : 57).

La globalisation et ses effets sur la santé mentale

La globalisation représente pour beaucoup une dictature économique et la source de leur détresse psychologique. Un autre facteur, affectant la détresse émotionnelle et évoqué par Stearns et Stearns (1986 : 113-114) cités dans Delvecchio Good et Good (1988 : 59-60), est la complexité grandissante de l'économie, la croissance des structures des entreprises et les impératifs des modes capitalistes ainsi que ceux de la gestion de la production. Stearns et Stearns (1986) étudient les changements dans les attitudes américaines par rapport au contexte et aux modes d'expression de la colère, et les relient aux changements structurels survenus dans l'espace de travail et les valeurs familiales :

Thus, while the expression of the passions was once "not noteworthy" in colonial work places (Stearns et Stearns 1986 : 1) and angry outbursts by workers or bosses were viewed "as incidents rather than emotional landmarks" in the nineteenth century (Stearns et Stearns 1986 : 111), by the mid-twentieth century, expressions of anger by workers and later by management were aggressively repressed and controlled in the interest of smoothing industrial and consumer relations. It is to the relationship between larger social structures and processes and public and private

emotional discourses that we wish to call attention for furthering analyses and understanding of emotion. (Delvecchio Good et Good 1988 : 59-60).

Une définition économique générale de la globalisation serait : « [a] *worldwide process of homogenizing prices, products, wages, rates of interest and profits* » (Shariff 2003 : 163–178 cité dans Bhavsar et Bhugra 2008 : 379). Les commentateurs de l'extérieur de la discipline économique la définissent en des termes encore plus vastes comme étant « [...] *a process in which the traditional boundaries separating individuals and societies gradually and increasingly recede* » (Okasha 2005 : 1-2 cité dans Bhavsar et Bhugra 2008 : 379). En effet, les manifestations de la globalisation incluent la communication rapide, les modes de voyage peu coûteux, la déréglementation commerciale, la croissance des organisations politiques internationales. Une conséquence directe de ces manifestations est l'accroissement de la communication interculturelle due à la facilitation des échanges entre les différentes régions planétaires notamment à travers les médias sociaux (Kelly 2003 : 464 et Okasha 2005 : 1–2 cités dans Bhavsar et Bhugra 2008 : 379). De ce fait, les effets de la globalisation sur la main d'œuvre sont énormes et ils incluent :

[...] une importante immigration interne de travailleurs des zones rurales vers les zones urbaines, suite à la croissance économique (Li et al. 2006 : 2 ; la sous-traitance par les organisations basées dans les pays développés des services de pays à main d'œuvre moins chère et à mécanismes de protection de la main d'œuvre précaires (Dicken 1998); et une diminution de la dépendance sur la main d'œuvre due à une augmentation de la productivité, résultat de la transformation des systèmes de communications et de la flexibilité de la fabrication (Winefield et al. 2002 : 5). (Bhavsar et Bhugra 2008 : 380 ; traduction libre).

Quelles que soient les définitions de la globalisation choisies, il est important de noter que les processus sociaux qui lui sont associés ont un impact et des conséquences directes sur les individus et sur les communautés, notamment sur la santé et plus particulièrement sur la santé mentale « [...] *the effects of globalization on health (and health systems) are neither universally good nor bad, but context specific* » (Martin 2005 : 1-2 cité dans Bhavsar et Bhugra 2008 : 379). L'étude des effets de la globalisation sur la santé mentale est un nouveau champ de la santé et des droits de la personne. Ce champ émerge dans un contexte de globalisation, d'inégalités croissantes, d'influence médiatique transnationale envahissante (qui à la fois dénonce et exacerbe ces inégalités), contexte saillant en termes

de droits sociaux et économiques (Farmer 2004) et particulièrement important pour la compréhension de la *'assabeyya* dans le contexte égyptien, comme il sera développé plus amplement dans l'analyse (chapitres VII et VIII). Un exemple en est la relation entre le genre et l'inégalité des revenus au Caire, relation qui implique que les limitations sociales placées sur les femmes mènent chez celles-ci à un sentiment d'impuissance, sentiment qui a une influence négative sur l'estime de soi et qui entraîne une morbidité psychologique (Bhavsar et Bhugra 2008 : 381). L'association entre l'inégalité des revenus et la santé mentale n'est pas encore universellement acceptée. Cependant, Marmot (2004 : 299–303) cité dans Bhavsar et Bhugra (2008 : 382), rapporte observer une relation linéaire positive entre l'inégalité des revenus et la prévalence de trouble mental dans les pays développés. Les mécanismes supposés pour cette association seraient (Bhavsar et Bhugra 2008 : 382) : un amoindrissement des degrés de confiance en soi et d'intégration sociale (Wilkinson 2005) chez les personnes dont les revenus sont plus bas, entraînant le développement d'une vision négative de leur statut et de leur valeur (Charlesworth et al. 2004 : 53–55) et la sensation de perte de contrôle sur leur travail et leur vie (Marmot 2004 : 299–303). La relation entre l'inégalité des revenus, la privation et la pathologie mentale, à la fois dans le monde développé et celui en développement, pourra être déterminée avec plus de précision lorsque plus de données seront collectées concernant la relation entre le fonctionnement psychologique et les inégalités sociales (Bhavsar et Bhugra 2008 : 382). La sous-traitance, l'absence de régulation du marché du travail et la flexibilité croissante des processus de travail, en tant que phénomènes économiques, ont fondamentalement altéré l'expérience individuelle de la vie du travail et influencé l'environnement de la santé mentale. Un autre phénomène est observé, appelé le processus de désindustrialisation, où il y a un déclin à la fois de la production, de la fabrication et des industries traditionnelles associé à une croissance du secteur de la haute technologie et de la haute finance, processus qui a un impact aussi sur la quantité de main d'œuvre employée (Capelli 1999 : 96 cité dans Bhavsar et Bhugra 2008 : 379). Pour Kelly (2003 : 465), la globalisation aboutira à plus de pauvreté, d'inégalité et d'injustice sociale, car l'absence de régulation du marché favorise le dominant, et les fortes économies de l'Occident échouent à offrir aux pays en développement l'opportunité de renforcer suffisamment leur infrastructure pour pouvoir concourir dans une économie globale. Le besoin croissant pour une main-d'œuvre à bas

prix est souvent satisfait, malgré elles, par les femmes, fardeau disproportionné, qui vient s'ajouter à la majorité des tâches domestiques et de la prise en charge des enfants dont elles s'occupent presque entièrement seules (Lewis et Araya 2002 cités dans Kelly 2003 : 465 ; World Health Organization 2017). Ce facteur serait une importante cause de l'augmentation de l'incidence de la dépression et de l'anxiété parmi elles, car les facteurs de stress psychosociaux revêtent une importance particulière en relation à la dépression chez les femmes (Avotri et Walters 1999 cité dans Kelly 2003 : 465). La globalisation est donc un phénomène multidimensionnel et, de ce fait, il est important de considérer les désavantages du changement économique sur la santé mentale, dans le contexte de l'identité de l'individu ainsi que dans celui de l'orientation de toute sa communauté locale. Au niveau personnel, la vulnérabilité des individus au stress occupationnel dépend de la nature de leurs réseaux de support social et de l'adéquation entre l'identité de l'individu et celle de sa communauté locale (Kelly 2003 : 465), comme nous allons voir dans la section suivante.

Pour revenir à l'effet de la globalisation sur la santé mentale, la globalisation augmenterait la pauvreté, et la pauvreté à son tour aurait un effet négativement proportionnel sur la santé mentale, et ce, par la perte progressive de l'habilité à fournir des soins de santé adéquats aux citoyens des pays victimes des effets néfastes de la globalisation (Kelly 2003 : 465). De même, une décroissance du capital social, avec une cohésion communautaire réduite, entraînerait un affaiblissement du support social et une augmentation de la morbidité psychosociale (Putnam 2000 cité dans Kelly 2003 : 465), et pour une société culturellement collectiviste comme la société égyptienne, cet effet est encore plus destructeur. En effet, l'anomie semble être une conséquence majeure de la globalisation, notamment sur la santé mentale. Durkheim (1947) a utilisé le terme 'anomie' pour décrire un état où les normes sont confuses, floues, voire absentes, et où les changements sociaux sont de telle envergure que l'individu ne peut pas les comprendre ni les contrôler. La combinaison de faibles liens sociaux à des événements importants et imprévisibles renvoie aussi à l'anomie (Durkheim 1947 cité dans Kelly 2003 : 468). Plus loin dans la thèse, l'importance de ce concept sera soulignée (chapitres VII et VIII). Bagley (1967 : 12) différencie de manière très intéressante les concepts d'aliénation et d'anomie qui, selon lui, décrivent deux aspects différents de la structure sociale. Cette différenciation nous sera utile pour comprendre plus

loin la 'assabeyya dans le cadre de son interaction avec la structure sociale. Le concept d'aliénation est un aspect de la société où « [...] *the fulfilment of basic personality is blocked* » ; tandis que dans l'anomie, il décrit un aspect de la société où « [...] *the fulfilment of basic personality is denied by the lack of a normatively structured system of goals, and means of achievement of goals* » (Bagley 1967 : 120). Dans le cas de l'aliénation, les réactions du Moi (ou du Soi, selon le contexte théorique psychanalytique où l'on se place) sont la colère et la frustration, qui peuvent être extériorisées contre les agents ayant causé la frustration ; tandis que dans l'anomie les réactions sont perplexité et confusion, et la direction de la colère est confuse, floue et peut-être internalisée, entraînant dépression et suicide car le Moi (Soi) « [...] *fails to find basic fulfilment* » (Bagley 1967 : 120). Durkheim décrit la mélancolie sous-jacente à cette tendance suicidaire :

To fill up the gap he feels inside himself, he seeks new sensations; he applies, to be sure, less ardour than the passionate temperament properly so-called, but he also wearies sooner and this weariness casts him back upon himself, thus re-enforcing his original melancholy (Durkheim 1952 : 33).

Par ailleurs, traditionnellement liée au suicide, l'anomie a aussi été suggérée comme étant parmi un certain nombre de facteurs qui expliqueraient l'incidence élevée de la schizophrénie dans des groupes d'immigrants (Boydell et al. 2001 cités dans Kelly 2003 : 468). Avec la globalisation, la société change sur un plan global avec une magnitude très importante, conséquemment, le monde de l'individu est dessiné par des événements globaux qui se situent au-delà de son contrôle (Kelly 2003 : 468). Le manque de contrôle sur son environnement et l'absence de normes sont les deux principaux constituants de l'anomie (Kelly 2003 : 468). Ce sentiment de manque de contrôle vient du fait que de nombreux organismes politiques internationaux introduisent des directives et des législations sur lesquelles beaucoup d'individus sentent avoir peu ou pas de contrôle (Kelly 2003 : 468). De plus, la menace de terrorisme international est plus grande que jamais et beaucoup d'individus sentent qu'ils ne peuvent effectivement pas se défendre ou défendre leurs familles (Kelly 2003 : 468). Il est essentiel de reconstruire un capital social en rétablissant les liens sociaux (brisés par la globalisation) et ce, afin de réduire les sentiments d'anomie ; ceci est important pour la société en général, mais c'est devenu un impératif

d'urgence du fait de sa relation avec la santé mentale (Gabbard et Kay 2001 cités dans Kelly 2003 : 468).

Pour conclure cette section, l'on peut se référer à Kleinman et Kleinman (1991 : 293), dont la vision concernant notre 'destin' face aux pressions extérieures inéluctables, ces pressions qui, quand bien même nous permettent d'évoluer nous oppriment aussi, et ces mots « [...] *that defeat us, that defend us, that are us* (Kleinman et Kleinman 1991 : 293) » rappellent la théorie d' Ibn Khaldun (1986) et sa conception de l'évolution de la structure sociale, comme nous allons le voir plus loin :

There is also a panhuman constraint on the continuities and transformations that represent our lives and our networks which derives from the limited number of social ways of being human. Because of the political economy of experience, that panhuman constraint is itself twisted and turned by the local contexts of pressure that encourage or oppress our aspirations, that defeat us, that defend us, that are us. (Kleinman et Kleinman 1991: 293).

Dans le paragraphe suivant, nous allons souligner différentes réactions à ces situations sociales parfois traumatiques.

III.1.1.3. Réactions à la souffrance psychologique

« *Suffering, and transcendence, are among the things most at stake in the practical forms of daily experience* » (Kleinman et Kleinman 1991: 294). Les obstacles, rencontrés dans la vie et dans les relations sociales, font naître des sensations communes à la condition humaine, telles que la perte, la privation, l'oppression, la douleur (Kleinman et Kleinman 1991: 294). Cette douleur psychologique peut susciter deux réactions opposées : la souffrance ou la transcendance (Kleinman et Kleinman 1991: 294). La souffrance est accompagnée du sentiment d'être dans une situation qui est négative, et est exprimée par les sensations de deuil, rage, peur, humiliation (Kleinman et Kleinman 1991: 294). La transcendance, quant à elle, implique donner à la douleur une qualité positive, et induit des réponses (appelées transcendantales par Scheler (1971 [1928] 46)) comme endurance, aspiration, humour et ironie (Kleinman et Kleinman 1991: 294). Ce sont les systèmes de sens (systèmes qui diffèrent d'une personne à une autre et d'un groupe culturel à un autre)

qui élaborent, de manière personnelle et culturelle, les réactions des individus face à l'adversité, d'où leur grande divergence parfois (Kleinman et Kleinman 1991: 294).

Le risque ici serait alors, soit de donner énormément de poids à la culture et à son impact sur l'expression de ces réactions face aux obstacles rencontrés dans la vie, soit au contraire la renier totalement et médicaliser complètement la souffrance ; c'est ce qui sera discuté dans le paragraphe suivant.

III.1.1.4. 'Culturaliser' ou médicaliser la souffrance : entre anthropologie médicale interprétative et anthropologie médicale critique

By alienating the illness from what is at stake for particular individuals in particular situations, cultural analysis creates an inhuman reality every bit as artifactual as the pathologist's disease entity. If there is no purely "natural" course of disease, there also can be no purely "cultural" symptomatology. (Kleinman et Kleinman 1991: 280).

Le travail de Kleinman et Kleinman (1991) sur la souffrance est inspiré de leur importante recherche ethnographique d'une population chinoise traumatisée par la révolution culturelle. Ils mettent en garde contre la tendance à limiter la souffrance à un concept unidimensionnel, et ceci selon que cette souffrance est contemplée à travers le regard d'un psychiatre ou d'un anthropologue (Kleinman et Kleinman 1991: 276-280). Le regard du psychiatre aura tendance à 'médicaliser' la détresse en créant des métaphores purement biologiques de la douleur, tandis que celui de l'anthropologue cherchera à la 'culturaliser' la détresse et ceci (en créant des archétypes culturels à partir de l'expérience personnelle de la maladie) (Kleinman et Kleinman 1991 : 276-280). Toutefois, aucune des deux approches n'est supérieure à l'autre, car ne réinterpréter la souffrance qu'en tant que structure biomédicale dans la première approche, ou uniquement en tant que symbole social dans la seconde, serait une banalisation de la souffrance (Kleinman et Kleinman 1991 : 276-280). Cette banalisation est due à la perte des caractéristiques de complexité et d'incertitude de la souffrance, lors de l'adoption d'une des deux approches séparément ; or ce sont justement ces caractéristiques qui font d'elle une expérience humaine si particulière (Kleinman et Kleinman 1991 : 276-280).

Un exemple de la banalisation de la souffrance serait l'interprétation de celle-ci, par le psychiatre, comme étant un trouble dépressif majeur, un état de stress post traumatique ou une personnalité sociopathique, et son analyse comme étant le symbole de conflits internes à la personne ou de conflits avec les symboles de l'autorité ; alors qu'en fait cette souffrance est le résultat d'une action politique préjudiciable (génocides, discrimination raciale, paupérisation des ghettos urbains) (Kleinman et Kleinman 1991 : 275-276). Le psychiatre, selon le même concept que la biomédecine, transforme ainsi l'expérience quotidienne de violence politique en des reconstructions 'pathologisantes' (Kleinman et Kleinman 1991 : 275-276). L'anthropologue, quant à lui, s'il suit exclusivement la pensée anthropologique médicale critique, commente la souffrance d'un point de vue moral ou l'interprète comme étant un acte politique (c'est à dire une reproduction des relations oppressives de production), et dénonce la psychiatrie (Kleinman et Kleinman 1991 : 275-276). Il finit ainsi par 'délégitimer' la souffrance de l'individu (Kleinman et Kleinman 1991 : 275) : « [...] *they smudge the cold prose of social analysis with the bitter tears of moral sentiment* » (Kleinman et Kleinman 1991 : 286).

Kleinman et Kleinman (1991) dénoncent donc ici les deux approches de l'anthropologie médicale concernant la souffrance : (1) l'approche interprétative, qui met l'accent sur l'aspect exclusivement culturel de la souffrance (et qui encouragerait la dichotomie entre l'Occident et les autres cultures) ; et (2) l'approche critique qui réduit la souffrance à sa dimension politique. Pour eux, la formation de ces dichotomies (issues de l'approche interprétative, culturelle ou critique) passe par la création de stéréotypies unidimensionnelles (Kleinman et Kleinman 1991). Les effets de banalisation de la souffrance créés par cette approche dichotomique et par la création de ces stéréotypies unidimensionnelles rappellent ce dont Said (1978) accusait les orientalistes, à savoir : « *narrowing the humanity of the other and thereby of ourselves* » (Said 1978 cité dans Kleinman et Kleinman 1991: 286).

Good (1993 : 52-56) aussi décrit cette dichotomie face à la compréhension de la souffrance, en distinguant deux approches : la première qu'il nomme *Meaning centered tradition* où les représentations de la maladie sont des réactions culturellement construites, approche

dont les travaux de Kleinman et al. (2006), ceux de Lock (1989, 1990) et de Csordas (1985, 1990) (notamment ceux relatifs aux nerfs et au corps, et qui seront passés en revue plus en détail par la suite) en sont les représentants. La deuxième approche de l'interprétation de la souffrance est nommée, selon Good (1993), la *Critical medical anthropology*, très imprégnée des *subaltern studies* et revêt un caractère politique. Les travaux de Morsy (1981) qui appliquent cette approche sur le système de soins en Égypte en représentent un exemple, ainsi que ceux de Scheper-Hughes (1990) et son travail au Brésil, et enfin les publications de Young (1990, 1995) sur la critique du diagnostic du PTSD.

Nichter (2010 : 403-404), quant à lui, recommande que, dans une optique commune, unissant l'approche interprétative et critique, il est important de :

(1) Focaliser sur l'aspect pratique et micropolitique à travers lequel la détresse est exprimée, ainsi que sur les raisons pour lesquelles certaines parties impliquées ont tendance à interpréter les expériences de détresse de certaines manières, et les nombreux sens que ces expériences peuvent avoir ;

(2) S'intéresser aux ramifications sociales (non seulement pour la personne en souffrance, mais aussi pour sa famille), à l'expression et à l'interprétation de la détresse, ainsi qu'au comportement face à certains facteurs (comme l'identité morale, le coût des traitements etc.) ;

(3) Prendre en compte la réponse, ou l'absence de réponse (qui est une réponse en soi) des personnes de l'entourage du patient qui lui sont importantes (les proches, les praticiens) ;

(4) Bien observer l'expression de sa détresse, et la manière avec laquelle la réaction (ou son absence) influence l'expérience et l'expression de sa détresse de façon récurrente.

C'est ce dernier point qui sera développé dans la section suivante et dans celle réservée aux *Cultural Concept of Distress* tels que récemment introduits dans le DSM-5, car, comme l'explique Nichter (2010), bien que la souffrance soit commune à la condition humaine, elle peut néanmoins prendre différents aspects, dont celui d'idiome de détresse.

III.1.2. Idiome de détresse, expression de la souffrance

How do illness representations and the realities they organize and constitute come into being? How are nascent models related to the history and conditions of the people who endure the suffering and elaborate the models? (Farmer 1994 : 806).
Se pencher sur le travail que Nichter (1981, 2010) a entrepris tout au long de plusieurs décennies sur la notion d'idiome de détresse pourrait permettre de répondre à la question formulée par Paul Farmer (1994).

III.1.2.1. Intérêt de l'étude de l'idiome de détresse dans la compréhension de la souffrance

Le concept même d'idiome de détresse s'interroge sur le 'pourquoi ?' de certains modes culturels d'expression de la détresse émotionnelle à des moments spécifiques (*cultural-bound syndromes*, les états de possessions, la sorcellerie), et va au-delà de l'interrogation commune de nombreux anthropologues et psychiatres transculturels sur leur 'comment ?' (Crandon 1983 ; Nichter 2010 : 403).

De plus, en contexte clinique, l'évaluation de la notion d'idiome de détresse, pas uniquement une 'évaluation culturelle', mais une évaluation du patient du point de vue social, relationnel, économique, culturel, de son contexte et de ses stratégies d'adaptation, permet d'offrir des indications aux psychiatres. Ces indications peuvent aider le processus du diagnostic différentiel (*work of culture*²²) et amener des suggestions relatives à la prise en charge, suggestions socialement et culturellement informées dont bénéficie le patient (Nichter 2010 : 402-403).

De plus, l'idiome de détresse peut-être un indicateur ou une expression d'un symptôme psychopathologique (dépression, anxiété...) ou d'une dimension pathologique, comme l'ESPT (Hinton et Lewis-Fernández 2010b) (annexe 6) (First et al. 2007)). Des études se sont intéressées à la relation existant entre les idiomes de détresse et les catégories

²² « 'The work of culture' (Hollan 1994;Obeyesekere 1990) fait référence au procédé par lequel les risques perçus et les motivations, les émotions négatives et les sensations, sont transformés en des ensembles de significations et de symboles qui peuvent être manipulés ou approchés de manière culturellement saillante » (Nichter 2010 :401-402 ; traduction libre).

diagnostic du DSM et ont mis en évidence de nombreuses corrélations entre les deux (Lewis-Fernández et al. 2002). Un idiome de détresse se trouve le plus souvent associé à plusieurs diagnostics psychopathologiques à la fois. L'idiome de détresse peut aussi être un indicateur d'une tendance suicidaire ou d'une exposition à un traumatisme (Hinton et Lewis-Fernández 2010b ; Lewis-Fernández et al. 2010).

Il y a donc, comment nous venons de voir, de nombreux avantages à être attentif au quotidien, dans le contexte clinique, aux idiomes de détresse. Ceci est une incitation à examiner plus minutieusement les sources de la détresse (interpersonnelles, sociales, politiques, économiques et spirituelles), à être sensible à la communication tacite²³, et enfin à faire attention aux dimensions culturelles des expériences de la maladie ainsi qu'aux réponses aux interventions thérapeutiques (Nichter 2010 : 402).

III.1.2.2. Caractéristiques des idiomes de détresse

Les idiomes de détresse, ont, dans toute culture locale, deux fonctions : ce sont soit des **moyens** d'expérimenter et d'exprimer la détresse et d'y faire face (moyens ayant une résonance sociale et culturelle) ; ou bien ce sont des **indicateurs** d'états psychopathologiques qui, lorsque vécus en association avec une pathologie saillante, expriment une détresse personnelle et interpersonnelle (Nichter 2010 : 403-404).

Les idiomes de détresse ont une dimension temporelle, une dimension spatiale ainsi qu'une intensité variable (Nichter 2010 : 403-404). Leur dimension temporelle est variable car les idiomes de détresse peuvent évoquer : des expériences passées (mémoires traumatiques), présentes (sources de stress comme la marginalisation sociale et l'insécurité), ou futures (sources possibles d'anxiété) (Nichter 2010 : 403-404). Pour comprendre les changements temporels que peuvent encourir les idiomes de détresse, il est important d'évaluer l'adaptabilité du comportement de la personne au contexte où elle évolue (Nichter 2010 :

²³ Nichter (2010 : 402) mentionne que reconnaître les idiomes de détresse l'a aidé à établir un rapport avec le patient et à construire le type de connexion empathique qui vient avec le fait d'être co-présent, engagé dans 'un mode d'attention somatique' (Csordas 1993), à travailler 'à l'intérieur de la métaphore' (Kirmayer 1993), et à faire attention à 'la métacommunication' (Bateson 1972).

403-404). La spatialité des idiomes de détresse est aussi variable car le milieu social où ceux-ci prennent place est lui-même dynamique et est influencé par plusieurs facteurs importants : l'inclination personnelle ; la prédisposition de l'entourage ; la micropolitique (la gestion de l'identité de la personne dans les contextes locaux) ; la macropolitique (l'insatisfaction sociale de la personne, sa vulnérabilité à l'insécurité, à la violence structurelle) (Nichter 2010 : 403-404). Enfin, l'intensité des idiomes de détresse est aussi variable, car ils représentent des états qui s'échelonnent du stress le plus léger aux souffrances les plus profondes pouvant être parfois même invalidantes (Nichter 2010 : 405).

III.1.2.3. Types d'idiomes de détresse

Nichter (2010 : 405-406) identifie cinq types d'idiomes de détresse qui expriment :

(1) Le comportement par rapport à la prise médicamenteuse :

Ici la détresse peut être exprimée sous la forme de : demande de prise médicamenteuse ou refus de cette prise ; demande de son changement ; non-adhérence au traitement médicamenteux ; automédication (avec ou sans ordonnance et avec de la médecine alternative) ; étalage des médicaments consommés devant les personnes de l'entourage (Trnka 2007).

(2) L'utilisation (et le recadrage) de la nomenclature biomédicale d'une maladie :

La détresse est exprimée ici par une plainte constituée de symptômes associés à une catégorie biomédicale de maladie (catégorie diagnostiquée ou pas par un professionnel de la santé). La première situation, dans ce cas, est la réinterprétation culturelle du sens d'un diagnostic biomédical (l'hypertension par exemple) et ce, afin de faire allusion à une condition affectée par une pression psychosociale ou économique (Strahl 2003). La seconde situation est l'utilisation, autant comme un idiome de détresse que comme une forme d'autodiagnostic, d'une terminologie psychiatrique (dépression, trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et état de stress post traumatique (ESPT)) (Summerfield 2001). Il est important de faire remarquer ici, que les termes biomédicaux

peuvent revêtir une signification locale, lorsque les praticiens de santé non-biomédicale les empruntent aux registres biomédical et psychiatrique, dans un procédé appelé *enregistrement* (Wilce 2008 cité dans Nichter 2010 : 405-406). Ces praticiens fournissent ainsi aux patients de nouvelles identités ou des identités hybrides à leur maladie. Par ailleurs, les facteurs historiques, socioéconomiques, et les avancées dans la recherche scientifique ont provoqué des modifications dans les classifications des pathologies psychiatriques. Ces modifications influencent la façon avec laquelle le public étiquette, interprète et répond à la détresse émotionnelle (un exemple de ceci est fourni par Horwitz (2010) qui décrit comment la dépression a éclipsé l'anxiété ces cinquante dernières années aux États-Unis, à la fois dans le milieu biomédical et dans l'imaginaire du public) (Nichter 2010 ; 405-406).

(3) L'utilisation de tests diagnostiques :

Nourri par les cliniciens et par l'industrie lucrative des tests diagnostiques (facilement à la portée du public), phénomène devenu commun en Inde (Nichter 2002) ainsi qu'aux États-Unis (Clarke et al. 2003), entreprendre des tests peut être utilisé comme moyen d'exprimer sa détresse aux proches, détresse vécue comme étant un état subjectif d'être en danger. Cet aspect de la biomédicalisation demeure jusqu'à présent très peu étudié.

(4) Poursuite de soins de santé :

Avoir recours à des soins de santé divers (pas seulement biomédicaux) et évaluer les soins reçus comme étant efficaces ou pas est un moyen d'expression de la détresse. (Nichter et Nordstrom 1989). Ceci peut-être soit l'expression d'une certaine agencéité²⁴ par rapport à la détresse ou bien l'expression d'un rejet de la manière dont cette détresse a été au préalable diagnostiquée et traitée par le système médical conventionnel (Nichter et Thompson 2006).

²⁴ L'agencéité selon Giddens (1987), désigne « la capacité d'action propre des acteurs ».

(5) Changement dans les habitudes de consommation (exemple de la cigarette) :

Comme dépeint par les médias, fumer plus est à la fois un moyen de gérer la détresse et de l'exposer. La quantité de cigarettes fumées et la manière dont elles sont fumées (notamment si la personne fume seule ou parmi des gens) sont des signaux non-verbaux d'une détresse ressentie et communiquée aux autres, à travers l'acte de fumer (Nichter 2010 : 405-406 ; Nichter et al. 2007).

Comme l'on vient de voir, la souffrance peut prendre différents aspects, dont celui d'idiome de détresse, et aussi celui de *Cultural Concepts of Distress*, récemment introduits dans le DSM-5, et que nous allons passer en revue dans la section suivante.

III.1.2.4. Idiomes de détresse, idiomes culturels de détresse et syndromes culturels

Nichter (2010) suggère, dans son étude exhaustive sur les idiomes de détresse, de faire une distinction entre idiomes de détresse, idiomes culturels de détresse et syndromes culturels (Nichter 2010 : 402), notions qui seront analysées ici.

Nichter (2010) suggère de réserver le terme idiome culturel de détresse, aux façons culturellement recommandées de communiquer la détresse. Celles-ci sont des manières largement reconnues et communément partagées, d'exprimer la détresse, et pour lesquelles, il y a des façons culturellement spécifiques de reconnaître et de gérer ces expériences et ces expressions de détresse. Les idiomes culturels de détresse sont des manières, non stigmatisées, de communiquer la détresse de façon effective d'un point de vue sémantique et pragmatique, et dont les psychiatres devraient être instruits. Les idiomes culturels de détresse ne sont alors pas vus comme étant isolés dans le temps et l'espace, mais plutôt comme étant liés à des types d'interactions ayant un sens dans leur contexte culturel. En effet, les idiomes d'expression utilisés par les membres d'une culture donnée pour exprimer différents sentiments, certaines émotions et états affectifs (le bonheur, la joie, la tristesse et la détresse) emploient le vocabulaire local. De plus, leur expression est influencée par les normes culturelles qui prévalent localement, par l'acceptation sociétale de certains problèmes et par le rôle de l'individu dans la société (Balhara 2011: 2 - 3). Nichter (2010) demeure cependant critique quant à la façon avec laquelle le terme 'culturel' est utilisé, et ce, uniquement pour décrire 'les autres cultures' (Nichter 2010 : 407) (i.e. non-

occidentales), tout en soulignant, l'existence, en fait, d'idiomes culturels occidentaux tels que les *nerves* (Nichter 2010 : 407).

Quant au syndrome culturel, Nichter (2010 : 407) le définit comme étant un prototype culturel de maladie, prototype qui comprend un vague ensemble d'associations. Ces associations se regroupent autour d'un ou de plusieurs noyaux de symboles culturels, et qui, bien que variant selon la propre expérience des individus, gardent des similarités avec le prototype culturel de maladie :

Cultural syndromes may take the form of either a culturally recognized and indigenously diagnosed/divined cultural illness or types of behavior recognized by practitioners to reflect particular types of distress in an historical context. An example of the former is Dhat syndrome in India. (Nichter 2010 : 407).

III.1.2.5. Le DSM-5 et les *Cultural Concepts of Distress*

Traditionnellement, la recherche psychiatrique conventionnelle réduit la complexité de la narration de la souffrance et de la maladie à un inventaire de symptômes, et de ce fait n'est pas bien adaptée à explorer le sens culturel de la détresse (Kirmayer 2001). Pour remédier à cette lacune, la recherche psychiatrique conventionnelle tend, présentement, à s'appuyer sur des données ethnographiques, afin d'identifier des variations culturelles importantes en recherche épidémiologique (Guarnaccia et al. 1993 cités dans Kirmayer 2001 : 22), et comme l'expliquent Delvecchio Good et al. (1988 : 2) :

Fundamental differences exist in research reports on what constitutes mental illness in particular societies, on how we are to measure levels of distress and compare these cross-culturally, on the translatability of such constructs as "guilt" or "depression," and on the value of many traditional forms of medical and religious healing.

Pour Kirmayer (2001), la psychiatrie elle-même est une institution culturellement définie par les acteurs qui y évoluent, et où chacun de ces acteurs est animé par une culture spécifique, culture qui peut, ou ne pas être, commune à tous. Ces acteurs sont : les professionnels de la santé mentale, les patients, les structures médicales et psychiatriques, lieux de rencontre de ces acteurs et où se crée la relation entre eux. Il n'en demeure pas moins que, selon Kirmayer (2001), l'institution culturelle qu'est la psychiatrie ne pourra

jamais saisir toute la complexité de l'expérience de la souffrance humaine, et ceci lui inspire cette citation :

[...] (It) is important to recognize that psychiatry itself is part of an international subculture that imposes certain categories on the world that may not fit equally well everywhere and that never completely capture the illness experience and concerns of patients. (Kirmayer 2001 : 27).

La relation médecin-patient est, comme nous venons de le mentionner, une rencontre interculturelle, où les perspectives réciproques du médecin et du patient sont dues aux différences culturelles qui caractérisent d'un côté le patient et la communauté dont il est issu, et de l'autre le milieu ethnoculturel du médecin, celui de sa formation et du contexte dans lequel il pratique. Prendre en compte l'aspect interculturel de la rencontre médecin-patient est l'une des meilleures garanties de l'efficacité des services psychiatriques offerts. Cette rencontre gagne à être vue comme une négociation clinique entre le médecin et le patient, négociation où le médecin comprend le point de vue du patient et négocie avec lui l'interprétation diagnostique de sa condition ainsi que le plan thérapeutique (Kirmayer 2001 : 22). Si cette négociation n'a pas lieu « [...] *there is considerable evidence that conventional psychiatric approaches are not effective for many patients* » (Kirmayer 2001 : 25). Il est important de rappeler que certains patients rejettent le traitement proposé par le médecin lorsque ce dernier leur présente leur maladie (anxiété ou dépression par exemple) ou les modalités de traitement dans des termes qui ne leur sont pas culturellement familiers, car souvent, dans leur propre culture, les symptômes qu'ils présentent ne sont pas considérés comme étant psychiatriques (Kirmayer 2001 : 25). Ce rejet sera sous la forme de la non-adhérence au traitement pharmacologique, le refus total de le suivre ou une perception exagérée des effets secondaires des médicaments (Fawcett 1995 ; Kroll et al. 1990 et Lin et al. 1995 cités dans Kirmayer 2001 : 26). Cependant, il semble que les patients appartenant à des groupes ethnoculturels qui étaient sous colonisation (ou domination) européenne ou américaine, ou bien ceux victimes de racisme, contrediront beaucoup moins le médecin et, globalement, seront moins en conflit avec le cadre conceptuel du psychiatre (Kirmayer 2001 : 26). Il est à rappeler que Kirmayer et al. (2003), et Kleinman et Benson (2006) dans la même perspective, ont développé le *Illness Explanatory Models* (cadres interprétatifs de la maladie) dans les contextes cliniques (annexes 9 et 10).

Les scientifiques s'intéressant au domaine social, ainsi que les organismes de santé et les cliniciens, tendent de plus en plus à considérer le concept de culture en tant que concept analytique, et ce, du fait de l'utilisation de plus en plus fréquente des concepts et des applications pratiques de la culture, comme moyens d'améliorer la qualité de prise en charge des minorités ethniques. Les chercheurs s'interrogent sur deux points : (1) La possibilité d'utiliser les catégories culturelles afin de développer des lignes conductrices de pratiques cliniques dans les services de santé mentale, lignes basées sur les évidences scientifiques. Ceci surtout lorsque ces catégories sont remises en question par la diversité culturelle sans cesse grandissante des patients, et par les théories les plus récentes de la culture ; (2) et le deuxième point sur lequel s'interrogent les chercheurs c'est celui de la relation entre les identités sociales basées sur le groupe et les caractéristiques culturelles (American Psychiatric Association 2013c ; traduction libre)

Cet intérêt croissant pour l'aspect culturel des pathologies psychiatriques expliquerait l'introduction par l'association américaine de psychiatrie, dans l'annexe de sa plus récente édition (DSM-5), d'un glossaire des *Cultural Concepts Of Distress* (American Psychiatric Association 2013d) qui comprend « *Related conditions in other cultural contexts : Related conditions in DSM-5* » et qui sont :

Well-studied cultural concepts of distress that illustrate the relevance of cultural information for clinical diagnosis and some of the interrelationships among cultural syndromes, idioms of distress, and causal explanations. (Alarcón et al. 1999 ; Hinton et Lewis-Fernández 2010a ; Hinton et al. 2010 ; Kirmayer 1991 ; Kleinman 1988 ; Kleinman et Benson 2006 et Weiss 2001 cités dans American Psychiatric Association 2013c).

DSM-5 remplace le concept de *Culture-Bound Syndrome*, présent dans le DSM-IV²⁵, par le *Cultural Concepts of Distress* (CCD) (American Psychiatric Association 2013c) évoqué dans sa section III. Les *Cultural Concepts of Distress* font référence aux manières par lesquelles les groupes culturels expérimentent, comprennent et communiquent la souffrance et les problèmes comportementaux, ainsi que leurs façons d'exprimer les idées et les émotions qui les troublent. L'association américaine de psychiatrie (APA) identifie trois origines possibles aux CCD : les systèmes issus de la culture locale, les diagnostics

²⁵ *Culture-Bound Syndrome* (CBS) est un autre terme, utilisé dans la nosologie du DSM-IV, qui renvoie à des conditions se situant en dehors du cadre de la biomédecine contemporaine. Les CBS suscitent un débat important pour reconnaître si ce sont des variantes locales d'une maladie universelle (formes différentes d'anxiété ou de dépression par exemple) ou des conditions indépendantes qui gagnent à être évaluées dans leur société d'origine à travers leur signification locale (Griffith 2014).

professionnels de la détresse (mentale ou affective), et l'influence des concepts biomédicaux (American Psychiatric Association 2013c).

Il y a par ailleurs trois principaux types de concepts culturels qui peuvent être distingués, selon le DSM-5 (American Psychiatric Association 2013c ; traduction libre) et qui indiquent quelque proximité conceptuelle avec la posture de Nichter (2010) déjà mentionnée auparavant :

Cultural syndrome (le syndrome culturel) :

Groupe de symptômes et d'attributs, invariables, communs à certains individus dans des groupes culturels spécifiques, des communautés ou certains contextes, et qui sont reconnus localement comme étant des modèles cohérents d'expérience (comme le Dhat en Inde) ;

Cultural idiom of distress (Idiome culturel de détresse) :

Manière d'exprimer sa souffrance, commune aux personnes appartenant à un même groupe culturel. Ce sont des façons d'exprimer la détresse, qui peuvent ne pas impliquer de symptômes ou de syndromes spécifiques, mais qui offrent une façon commune d'exprimer et de parler de ses préoccupations personnelles et sociales. Par exemple, parler quotidiennement de 'nerfs' ou de 'dépression' peut faire référence à des formes très variables de souffrance sans faire une cartographie d'un ensemble précis et discret de symptômes, syndromes ou troubles²⁶.

Cultural explanation or perceived cause for symptoms, illness, or distress (Explication culturelle ou cause perçue des symptômes, de la maladie ou de la détresse) : Ce sont des étiquettes, des attributs, des caractéristiques d'un modèle explicatif qui indique un sens ou une étiologie culturellement reconnue pour des symptômes, une maladie ou une détresse.²⁷

Selon l'association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association 2013c), ces trois concepts (syndromes, idiomes et explications) seraient plus pertinents et plus adaptés à la pratique clinique que la précédente formulation *Culture-Bound Syndrome* (DSM-IV). En effet, le *Culture-Bound Syndrome* ignorait le fait que les différences culturelles, cliniquement importantes, incluaient des explications (ou des expériences) personnelles de détresse et non pas uniquement des symptômes ; et mettait plus l'accent

²⁶ Selon cette classification, la 'assabeyya' serait donc un idiome culturel de détresse, comme nous le verrons aux chapitres VII et VIII dédiés aux résultats et à leur analyse.

²⁷ Un exemple serait celui des hallucinations auditives perçues comme étant une atteinte par le *guenn ou jinn*, 'les mauvais esprits', esprits souvent perçus comme pathogènes dans les cultures arabes et musulmanes.

sur des particularités locales et des distributions limitées (dans l'espace) des concepts culturels de détresse (American Psychiatric Association 2013c).

Ce qui est fort intéressant à relever, c'est ce que précise l'association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association, 2013c) dans son explication du *Cultural Concept of Distress* : « *The current formulation acknowledges that all forms of distress are locally shaped, including the DSM disorders [...]* » en se référant à Kleinman (1988) pour qui plusieurs des diagnostics du DSM peuvent être perçus comme étant des 'prototypes opérationnalisés' nés en tant que syndromes culturels, puis devenus largement acceptés par la communauté scientifique, grâce à leur utilité dans la pratique clinique et dans la recherche. L'on pourrait citer comme exemples, des diagnostics, souvent retrouvés dans la description clinique du TPL selon la classification du DSM, tels que les troubles du comportements alimentaires (anorexie ou boulimie) ou la dysmorphophobie, retrouvés dans les sociétés de culture occidentale où la minceur est une valeur fortement véhiculée par les médias (Jackson et al. 2003 ; Malti-Douglas 1991 ; Nasser 1988).

Pour revenir aux concepts culturels de détresse (CCDs), ceux-ci ont quatre aspects principaux en rapport avec la nosologie DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013c ; traduction libre) :

(1) Il y a rarement une correspondance exacte de chaque concept culturel avec une entité diagnostique de DSM. Les symptômes ou les comportements, qui peuvent être classés selon DSM-5 en plusieurs troubles, peuvent être parfois inclus dans un seul concept populaire ; et réciproquement, diverses présentations peuvent être incluses dans plusieurs concepts distincts à l'intérieur d'un système diagnostique local.

(2) La notion de concept culturel peut s'appliquer à un large éventail de sévérité, incluant des présentations qui ne correspondent à aucun critère du DSM. Par exemple, un individu en deuil ou passant par une situation sociale difficile peut utiliser le même idiome de détresse ou afficher le même syndrome culturel qu'un autre individu avec une psychopathologie plus sévère ;

(3) Le même terme culturel dénote fréquemment plusieurs types de concepts culturels. Un exemple commun est le concept de 'dépression' qui peut être utilisé pour décrire un syndrome (trouble dépressif majeur), un idiome de détresse (comme dans l'expression familière 'je me sens déprimé/e'), ou une cause perçue (similaire au 'stress') ;

(4) Et enfin, les concepts culturels peuvent changer en réponse aux influences à la fois locales et globales.

Les concepts culturels sont importants pour le diagnostic psychiatrique pour différentes raisons ²⁸ (American Psychiatric Association 2013c ; traduction libre).

Le DSM-5 comprend le CFI (*Cultural Formulation Interview*) (annexe 11) accompagné de plus de détails dans la section III du chapitre *Cultural Formulation* dans le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013b). Le CFI est utile, non seulement comme aide à poser le diagnostic et le diagnostic différentiel, mais aussi pour la recherche, comme mentionné auparavant.

Good et Hannah (2015) recommandent :

We recommend that mental health professionals consider the local contexts, with greater appreciation for the diversity of lived experience found among individual patients. This suggests a nuanced reliance on broad cultural categories of racial, ethnic, and national identities in evidence-based practice guidelines. (Good et Hannah 2015 : 198)

« Plus que la simple énumération des symptômes des *Cultural Concepts of Distress*, ce qui est intéressant ce serait de comprendre leur phénoménologie et leur portée sociale et

²⁸ *Éviter les erreurs diagnostiques* : les variations culturelles dans les symptômes et les modèles explicatifs associés à ces concepts culturels, peuvent amener les cliniciens à mal juger la sévérité d'un problème ou à donner un faux diagnostic (par exemple des explications spirituelles auxquelles le clinicien n'est pas familier peuvent être mal interprétées et prises pour une psychose) (Alarcón et al. 1999) ; *Obtenir des informations cliniques utiles* : des variations culturelles des symptômes et de leur attribution peuvent être associées à certains aspects de risque de maladie, de résilience, et de répercussions de la maladie (Lewis-Fernández et al. 2009) ; *Améliorer le rapport clinique et l'engagement avec le patient* : « parler le langage du patient », à la fois linguistiquement et en termes de ses concepts dominants et de ses métaphores, peut résulter en une plus grande communication et satisfaction. Cela peut aussi faciliter la négociation du traitement, et mener à une plus importante adhésion au traitement (Kleinman et Benson 2006) ; *Améliorer l'efficacité thérapeutique* : la culture influence les mécanismes psychologiques du trouble, ce qui nécessite d'être compris et adressé pour améliorer l'efficacité clinique (Hinton et Lewis-Fernández 2010a). Par exemple, des idées catastrophiques, culturellement spécifiques peuvent contribuer à l'escalade des symptômes et mener à des crises d'angoisse (Hinton et al. 2010) ; *Diriger la recherche clinique* : les connections perçues localement entre les concepts culturels peut aider à l'identification des schémas de comorbidité et le substrat biologique sous-jacent (Kirmayer 1991) ; *Clarifier la culture épidémiologique* : les concepts culturels de détresse ne sont pas adoptés uniformément par tout le monde dans une culture donnée. Distinguer syndromes, idiomes et explications offre une approche intéressante pour l'étude de la distribution des caractéristiques culturelles des maladies à travers l'espace et le temps. Ceci suggère aussi des questionnements relatifs aux déterminants culturels du risque, du parcours et de l'évolution dans les milieux cliniques et communautaires, ce qui enrichit la recherche culturelle 'evidence based' (Weiss 2001). (American Psychiatric Association 2013c ; traduction libre) :

politique » (American Psychiatric Association 2013c ; traduction libre). La présente recherche s'est inspirée du modèle intégratif du DSM-5 (qui intègre l'approche biomédicale à l'approche culturelle reliée aux CCDs) dans la construction même de la problématique que soulève la thèse (le lien entre TPL et 'assabeyya'), ainsi que dans la conduite des entretiens en utilisant entre autres le SEMI (Short version of Explanatory Model of Illness) (annexe 10) et dans la compréhension de la notion 'assabeyya en tant qu'idiome culturel de détresse. Une approche ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique a aussi été suivie pour la compréhension des différentes dimensions de 'assabeyya/TPL et l'analyse des résultats obtenus sur le terrain de la recherche. Ce sont notamment les aspects ethnomédicaux et ethnopsychiatriques de la souffrance en général qui seront abordés dans la section suivante.

III.1.3. Aspects ethno-médicaux de la souffrance psychologique

III.1.3.1. L'"art de faire" ethnomédical et ethnopsychiatrique

[...] the patient's symptoms may be seen as a form of popular "art de faire" (de Certeau 1984) in response to certain social and cultural codes (including the diagnosis). In turn, the psychiatrist brings into play an even more convoluted "art de faire," and it is only when that is effective that we can say that psychiatric treatment has borne fruit. (Egushi 1991 : 445).

Comme mentionné auparavant, c'est la rencontre réussie de ces deux "arts de faire" (celui du patient et celui du psychiatre) qui garantit le succès de la prise en charge de la souffrance, notamment dans un contexte multiculturel. De plus, un traitement efficace nécessite un diagnostic exact et ce dernier ne se fait qu'à travers une communication entre le praticien et les parties impliquées. Cette communication a lieu de manière réussie lorsque le sens donné à la maladie est transmis à l'intérieur de ce code commun ; code qui réunit toutes les parties (le patient, son entourage, le praticien, les structures de soins, les pratiques de soins) et qui fournit à l'arrivée une explication plausible et partagée par tous (Fabrega 1975 : 972 cité dans Egushi 1991: 444).

À l'intérieur du champ même de la psychiatrie, il y a deux approches diagnostiques et conséquemment thérapeutiques (Egushi 1991 : 444) : l'une 'universaliste' (qui systématise toutes les maladies autour de syndromes universels) et qui serait l'approche biomédicale,

et l'autre 'particulariste' (qui classe les maladies psychiatriques comme étant des troubles particuliers à certaines régions) et qui serait l'approche ethnomédicale et ethnopsychiatrique représentée notamment par Devereux (1978), Laplantine (1988), Moro et Nathan (2004) et Nathan 2000 et mentionnée dans le chapitre I.

Pour une prise en charge efficace et éclairée, il est important de se rendre compte que de nombreux facteurs influencent la présentation clinique de la dépression, de l'anxiété et de la détresse en général tels que les cliniciens auraient à les observer. Ces facteurs sont : les origines ethnoculturelles des patients, la structure du système de soins où ils se trouvent, les catégories et concepts diagnostiques qu'ils rencontrent dans les médias et pendant les discussions avec la famille et les amis, ainsi que dans le monde médical lui-même (Kleinman et Becker 1998 cités dans Kirmayer 2001 : 27).

Dans un contexte mondial de globalisation, les facteurs de stress s'en trouvent multipliés et la capacité d'adaptation de l'individu parfois fortement secouée, il est important de comprendre alors les différentes formes que peut prendre ce processus d'adaptation, notamment celui de la somatisation, qui peut être considéré comme un idiome de détresse. Dans ce cadre, la religion, dans son expression culturelle, peut influencer l'expression et même la production de la somatisation comme idiome de détresse.

III.1.3.2. Religion, plateforme de soins ethnopsychiatriques

Afin de mieux comprendre le rôle de la religion dans la 'gestion' de la santé mentale, cette section cherchera à décrire trois différents rites, à savoir, les rites de passage, de transformation, et de transcendance. Ces rites sont observés dans de nombreuses pratiques religieuses et spirituelles. Leurs conséquences sur le développement psychologique, ainsi que l'interprétation psychopathologique de la détresse psychologique selon ces approches ritualistes seront passées en revue dans cette section :

Religion plays an important role in the ceremonies attached to the stages of life, such as birth, becoming adult, marriage and death. It is also important when confronted with illness and misfortune. (Maj 2012 : xiv).

Les rites de passage sont des rituels élaborés prenant place dans diverses cultures. Ils ont lieu pendant des transitions biologiques et sociales (naissance, circoncision, puberté, mariage et mort) et emploient de puissantes techniques ayant un impact sur le cerveau. Les expériences qu'ils induisent tournent autour de la triade : naissance, sexe et mort (Grof 1994 : 2). Il est important de préciser que le pouvoir de guérison des pratiques rituelles réside dans le sens donné à la détresse dans le contexte où elles ont lieu (Csordas 1985 : 114 cité dans Grof 1994 : 2) :

Rituals, by definition, do not heal by physical action on human bodies; their power lies in making illness meaningful to human beings. What is crucial in this context, however, is not simply potential meaning but effective meaning. (McCreery 1979 : 70).

Les rituels de transformation focalisent sur la transformation des individus qui participent aux rituels ou sur celle de leurs contextes sociaux. Sur un plan individuel, les identités des personnes participantes 'sont passées à travers' le processus du rituel (comme dans les rites de passage), puis identifiées aux acteurs centraux dans le rituel, et enfin transformées par leur participation même dans ces rites. Sur un plan plus vaste, tout un ordre social peut-être passé à travers le processus du rituel et ainsi être transformé (Kapferer 1979 cité dans Delvecchio Good et Good 1988 : 51), comme il sera évoqué dans le chapitre VIII.

Les rituels de transcendance, quant à eux, induisent : « [...] *la transformation des individus (qui participent au moment mythique du rite), uniquement pour la durée du rite, puis les individus retournent à l'ordre social. Ce rituel leur offre une prise de conscience renouvelée de la présence du transcendant dans leur vie quotidienne et une volonté renouvelée de mener des vies exemplaires* » (Delvecchio Good et Good 1988 : 51 ; traduction libre). L'importance de ces rituels de transcendance dans la genèse de la 'assabeyya sera évoquée dans le chapitre IX. Un exemple de ces rites de transcendance sont les drames pendant le mois de Moharram en Iran (Delvecchio Good et Good 1988 : 51). Un autre exemple de manifestations observées pendant les rites de transcendance est le *Dark Night of the Soul*, qui représente ici, non pas une transition sociale ou biologique,

mais spirituelle, transcendante, une interprétation mystique d'épisodes dépressifs revêtant parfois des aspects psychotiques (Hunt 2007 cité dans Durà-Vilà et al. 2010 : 565) :

The nuns' views of suffering (both emotional and physical) involve a connection to The Divine. Putting suffering in a wider context than that offered by psychiatry and medicine in general, the nuns consider emotional distress as a chance for spiritual growth. The Sisters used the term 'Dark Night of the Soul' as a metaphor to describe the experience of angst and desolation in one's life associated with profound spiritual suffering. They did not see it as a pathological phenomenon but, on the contrary, they made sense of this experience in the light of their religious beliefs and faith, and were able to transform psychological suffering into an active process of self-reflection, a source of meaning and an opportunity for spiritual growth. (Durà-Vilà et al. 2010 : 565).

Les symptômes des épisodes d'angoisse décrits par les sœurs, sont similaires à ceux du trouble dépressif majeur mais avec des différences primordiales, à savoir l'absence du sens de *helplessness* et de *hopelessness* qui caractérisent la dépression. En effet, les sœurs veulent guérir complètement de leur état de souffrance et elles en gardent espoir, et celles qui en émergent se voient transformées et revigorées par la foi et la certitude, et leur vocation religieuse confirmée (Durà-Vilà et al. 2010 : 566). Bien que 'la dépression religieuse 'salutaire'' mentionnée par Font I Rodon (1999 cité dans Durà-Vilà et al. 2010 : 565), partage quelques symptômes avec des conditions pathologiques, notamment 'la dépression religieuse 'pathologique'' (relevant du domaine de la psychiatrie), ces symptômes dépressifs semblent être, dans leur contexte, l'expression la plus saine d'un processus d'évolution spirituelle (Durà-Vilà et al. 2010 : 565). En effet, pour beaucoup de sœurs, une tension, un conflit intérieur, à un niveau émotionnel, spirituel et cognitif ont précédé le début de leur *Dark Nights* ; et ces dernières, comme avancé par Batson et Ventis (1982 cités dans Durà-Vilà et al. 2010 : 566) peuvent être des processus de résolution de problèmes déclenchés par ces crises existentielles, aboutissant à une réduction du niveau de tension :

Donner un sens à l'expérience de souffrance émotionnelle en la transformant en *Dark Night of the Soul*, la définir en termes existentiels et la replacer dans un contexte religieux, est l'élément crucial, agissant comme un agent cathartique, aboutissant à son atténuation et sa guérison, cessant ainsi d'être une maladie (Durà-Vilà et al. 2010 : 566-567 ; traduction libre).

Ce type de détresse émotionnelle peut-être ressenti par toute personne ayant des croyances religieuses profondes et, de ce fait, la prise en charge clinique qui lui serait le mieux adaptée, et conséquemment le traitement qui serait le plus réussi, devraient inclure une approche sensible à la nature existentielle des symptômes (Durà-Vilà et al. 2010 : 566). Cette expérience de la communauté des sœurs du monastère de Santa Monica nous rappelle l'importance d'incorporer les issues existentielles dans la pratique clinique, très souvent négligées, ignorées par la communauté médicale. En effet, la médecine moderne, et plus spécifiquement la psychiatrie, nous encouragent à voir les difficultés émotionnelles comme étant des maladies et non pas comme étant d'ordre spirituel, ordre pour lequel ces difficultés émotionnelles sont des opportunités de réflexions sur la vie et des agents bénéfiques de changement (Amer 2013 ; Khoury et al. 2012 ; Littlewood 2004 : 21 cité dans Durà-Vilà et al. 2010 : 567 et Lucchetti et al. 2012).

L'interprétation et la compréhension de la '*assabeyya*, selon des aspects ritualistes et spirituels inspirés de cette approche, seront développées plus amplement dans la section III.2 de ce chapitre ainsi que dans le chapitre IX. Et c'est dans cette même démarche de compréhension et d'interprétation de la '*assabeyya*, mais cette fois-ci en tant qu'expression corporelle de la détresse des *Masraweyyates* et des *Masreyyates*²⁹, que sera abordée, dans la partie qui suit, la notion d'*embodiment*, notion présente dans la '*assabeyya*.

III.1.4. *Embodiment* et somatisation : le corps lieu d'expression de la détresse et de la souffrance psychologiques

III.1.4.1. Définitions

Somatisation, idiomme universel utilisant le corps pour exprimer les émotions, est un terme lié originellement à la théorie psychodynamique de la cause des maladies dans laquelle le conflit psychologique est transformé ou traduit en détresse corporelle (Kirmayer 1984 ; Lipowski 1988). Les personnes les plus enclines à amplifier les symptômes somatiques sont celles qui souffrent de détresse et qui ont tendance à l'introspection (Parsons et Wakeley 1991 cités dans Kirmayer et Young 1998 : 420). La somatisation, dans la

²⁹ Égyptiennes.

littérature sociologique et anthropologique médicales, représente un modèle de comportement face à la maladie, un style de représentation clinique où les symptômes somatiques sont présentés à la place de, ou masquent, la détresse émotionnelle et les problèmes sociaux qui lui sont associés (Kleinman 1977 cité dans Kirmayer et Young 1998 : 420).

III.1.4.2. Classification de la somatisation

Les états somatiques peuvent être une indication de la combinaison de sept éléments, selon Kirmayer et Young (1998 : 424-425), qui proposent une classification (représentant un cadre interprétatif) et des significations potentielles à ces symptômes somatiques. En effet ils peuvent être : (1) Signe d'une maladie ou d'un trouble ; (2) Expression symbolique d'un conflit intrapsychique ; (3) Indication d'une psychopathologie spécifique ; (4) Idiome de détresse culturellement caractéristique ; (5) Métaphore d'une expérience ; (6) Acte de positionnement à l'intérieur d'un milieu (monde) local ; (7) Forme de commentaire social ou de protestation.

Chaque élément de cette classification sera passé en revue :

(1) Signe d'une maladie ou d'un trouble :

Les symptômes somatiques suivent automatiquement une perturbation physiologique, indication de maladie ou de trouble (Kirmayer et Young 1998 : 424).

(2) Expression symbolique d'un conflit intrapsychique :

Des perturbations physiologiques dues à une détresse émotionnelle, elle-même résultant d'un conflit intrapsychique ou interpersonnel, peut avoir une vaste gamme de symptômes somatiques, symptômes pouvant être vus comme des indices de problèmes psychosociaux (Kirmayer et Young 1998 : 424).

(3) Indication d'une psychopathologie spécifique :

Les symptômes somatiques peuvent être interprétés comme le signe d'une psychopathologie spécifique. La théorie psychodynamique avance que les symptômes physiques peuvent être dus à une détresse émotionnelle ou à un déficit de la capacité à

résoudre symboliquement un conflit ou à l'exprimer, déficit appelé 'alexithymie' (Kirmayer et Young 1998 : 424).

(4) Idioms de détresse culturellement spécifique :

Un modèle culturel de maladie ou d'idiome de détresse peut être exprimé par des symptômes physiques dont il fournit aux individus un 'vocabulaire' et des explications, ainsi que pour la souffrance qui y est associée (Kirmayer et Young 1998 : 424-425). Les symptômes somatiques, en tant qu'idiome culturellement spécifique, expriment de façon compréhensible dans le milieu social de l'individu, inconfort et détresse, et peuvent avoir différents sens pour les individus étrangers à la communauté culturelle d'où ils sont issus (Kirmayer et Young 1998 : 424-425).

Les idiomes de détresse somatiques incarnent communément des combinaisons de significations somatiques, émotionnelles et sociales qui diffèrent selon les cultures.

En Iran, l'idiome de détresse relatif au cœur (*heart distress*) principalement lié à une perte, un deuil, exprime une préoccupation personnelle et sociale de la personne de manière culturellement acceptée (Good 1977 cité dans Kirmayer et Young 1998 : 424-425). À travers le Moyen-Orient, les références au cœur sont des sortes de métaphores naturelles pour une gamme d'émotions (Kirmayer et Young 1998 : 424-425). Des métaphores similaires sont retrouvées dans les plaintes de 'serrement de poitrine' parmi les femmes turques et le symptôme grec qui lui correspond *stenohoria* (Mirdal 1985 cité dans Kirmayer et Young 1998 : 424-425). Certaines idées éthophysologiques communes servent à lier divers symptômes corporels et divers comportements à l'intérieur d'un système. Un exemple en serait *nervios* (Mexicain-Américain), *nevra* (Grec) et autres symptômes de 'nerfs', symptômes communs d'une forme somatisée d'anxiété et de dépression (Davis et Whitten 1988 ; Guarnaccia 1993 ; Lock et Wakewich-Dunk 1990 cités dans Kirmayer et Young 1998 : 424) et qui seront développés plus longuement dans la section suivante.

(5) Métaphore d'une expérience :

Les significations exprimées sous les idiomes de détresse sont souvent fragmentaires et parfois même contradictoires (Kirmayer et Young 1998 : 424). Le sens des symptômes somatiques exprimés par les idiomes de détresse est mieux compris en termes de présentation plutôt qu'en terme de représentation ; à savoir que les symptômes viennent à avoir un sens quand ils sont utilisés dans un contexte social spécifique (Kirmayer et Young 1998 : 424 ; Kleinman et Kleinman 1991 : 22).

(6) Symptômes somatiques comme signes de positionnement social :

Certains symptômes somatiques ont été interprétés comme étant des formes de 'résistance' ou 'd'armes des pauvres' contre les détenteurs de pouvoir utilisées par les minorités opprimées : les victimes d'exploitation, d'humiliation et de discrimination basées sur le genre, la race, l'ethnicité, et le statut socioéconomique (Kirmayer et Young, 1998 : 425).

(7) Forme de commentaire social ou de protestation :

Interprétés comme des moyens de protestation ou de contestation, les symptômes explicitement attribués à des circonstances, peuvent être utilisés comme des moyens d'acquérir un desideratum (reconnu dans la notion de gain secondaire) (Kirmayer et Young, 1998 : 425). Qu'ils soient utilisés consciemment et stratégiquement ou par inadvertance, les symptômes somatiques, moyens de communication, peuvent être perçus comme étant un commentaire sur les circonstances sociales (Kirmayer et Young, 1998 : 425). En effet, les origines sociales de la détresse somatique sont bien apparentes à la plupart des personnes car le simple fait de déclarer être en mauvaise santé soulève des questions sur l'adéquation et la légitimité des structures sociales existant et des arrangements sociaux liés à la santé (Kirmayer et Young, 1998 : 425). Dans d'autres cas, les symptômes somatiques peuvent servir de forme de protestation, de défi, ou de contestation des conditions sociales (Kirmayer et Young, 1998 : 425). Les symptômes somatiques (comparés aux plaintes franchement verbalisées concernant l'état psychologique de la personne ou de sa situation sociale), semblent être indirects, protégeant ainsi la personne impuissante d'une contre-attaque qui pourrait venir de la personne

causant sa souffrance et qui pourrait être provoquée par une plainte verbalisée qu'elle prendrait comme une critique plus directe (Kirmayer et Young, 1998 : 425).

Il semblerait que la *'assabeyya* comprenne la combinaison de ces sept éléments comme le révélera le chapitre IX. La section suivante, quant à elle, est dédiée aux différentes théories et interprétations de la somatisation.

III.1.4.3. Théories et interprétations de la somatisation

Selon Hollan (2004, cité dans Afana et al. 2010 : 82), les expériences sociales passées, surtout les expériences de souffrance pendant l'enfance, laissent dans les personnes leur signature psycho-corporelle. Cette attention psycho-corporelle est canalisée et un sens lui est donné (ou pas) à travers les idiomes de détresse culturels qui la tissent. La manière dont un idiomme est utilisé et articulé par une certaine personne peut aider à résoudre ou à donner un sens à une forme de maladie ou de détresse, bien qu'il puisse aussi causer ou exacerber d'autres formes de souffrance. Le mécanisme de psychopathologie peut être influencé intégralement par les modèles culturels. Ces modèles culturels ont des influences cognitives et comportementales car ils modulent l'attention portée sur le corps, et ce en influençant : (1) l'attribution causale des sensations et des symptômes ; (2) les stratégies de résolution de problèmes ; (3) la demande d'aide ; (4) l'adaptation ; et (5) la réponse sociale à la détresse.

Afin de reconnaître les significations sociales fondamentales de la détresse corporelle, Kirmayer et Young (1998 : 420) recommandent d'élargir les théories psychologiques de la somatisation focalisées sur les caractéristiques individuelles. En effet, l'importante prévalence de la somatisation dans tous les groupes culturels et dans toutes les sociétés étudiées défie le présupposé voulant que la somatisation soit l'indicateur d'une forme spéciale de psychopathologie (Parsons et Wakeley 1991 cités dans Kirmayer et Young 1998 : 420). Par opposition aux théories psychosomatiques qui, mettent l'accent sur les conflits internes, beaucoup de traditions médicales ont, elles, des théories sociomatiques, théories qui lient les détresses émotionnelles et corporelles à des problèmes dans le monde social (Kleinman et Becker 1998 cité dans Kirmayer 2001 : 27).

Les théories sociomatiques (théories qui lient le conflit social et la maladie physique), sont souvent, dans de nombreuses cultures, les filtres à travers lesquels les symptômes somatiques de détresse, notamment ceux qui suivent le traumatisme, sont liés aux origines de la souffrance et à leurs explications sociales. Ces réponses sociales, à leur tour, entraînent un renforcement des processus psychologiques tout en donnant naissance à certaines formes de détresse (Afana et al. 2010 : 82).

Rencontrés en dehors de leur contexte culturel habituel, certains symptômes somatiques peuvent sembler bizarres et amener les médecins à les diagnostiquer faussement comme étant des troubles délirants ou psychotiques (Kirmayer 2001 : 25). Les différences dans la somatisation entre les groupes ethnoculturels peuvent refléter des styles culturels différents d'expression de la détresse ('idiomes de détresse'), styles influencés par les croyances, les pratiques culturelles, les systèmes de soins et les approches de soins (Kirmayer et Young 1998 : 420). En effet, souvent, la somatisation reflète tout simplement la disponibilité de certains genres spécifiques de soins dans une société. Pour être sûrs qu'ils obtiendront l'attention requise, les gens mettent plus l'accent sur les symptômes somatiques, et ce, en allant chez le docteur, car la disponibilité de services psychiatriques se limite aux personnes les plus sévèrement malades (sauf dans de rares pays développés) (Kirmayer et Young 1998 : 422). Dans la recherche de Kirmayer et al. (1993, cités dans Kirmayer 2001 : 24), la majorité des patients des centres primaires de santé étudiés reconnaissent une dimension psychosociale à leur détresse, conséquemment Kirmayer et al. (1993) avancent que la somatisation de la dépression et de l'anxiété n'est pas caractéristique de certains groupes ethnoculturels spécifiques, mais qu'elle est omniprésente. Les douleurs musculaires et la fatigue sont les symptômes somatiques les plus communs de la dépression et de l'anxiété, décrits dans toutes les structures primaires de soins dans le monde, encore appelés *ticket behavior* (plainte corporelle, raison valide et acceptée de demander l'aide d'un praticien biomédical (Epstein et al. 1999)).

Étant présente dans de nombreuses cultures, la somatisation semble avoir, non seulement une dimension spatiale, mais aussi une dimension temporelle. En effet, elle est décrite depuis l'Égypte ancienne, comme précédemment mentionné dans le chapitre I, et semble

évoluer parallèlement à la modernisation des sociétés. C'est ce qu'avancent les nombreuses recherches présentées dans le paragraphe qui suit.

Modernisation et somatisation

En Amérique du Nord, par exemple, la dépression, porte une connotation de perte ou de faiblesse, contribuant à sa stigmatisation. Conséquemment, parmi les groupes culturels qui y vivent, il y a une forte tendance à dénier ou à minimiser les composantes affectives de la détresse en faveur de symptômes somatiques, plus socialement acceptés. Comme précédemment mentionné, Ces idéologies culturelles de l'émotion influencent entre autres les stratégies de résolution de problèmes, qui elles-mêmes ont un impact sur l'évolution des troubles affectifs et anxieux (Kirmayer 2001 : 23). De plus, les facteurs de stress de la modernisation affectent aussi les moyens de résolution de problèmes. Plus globalement, ce sont les effets sur la santé de tout le processus de 'modernisation' qui gagnent à être étudiés, bien qu'il soit difficile d'en isoler le principal facteur de risque pour la santé mentale, vu qu'il y a de nombreux changements économiques, sociaux, politiques, idéologiques, et diététiques, inclus dans la définition de la modernisation (Dressler 2011 : 121).

Toutefois, l'exemple de la marginalité et de l'immigration serait intéressant à étudier dans ce sens. En effet l'une des causes majeures des facteurs de stress liés à la modernisation, notamment pour les immigrés, serait leur marginalisation, expérience potentiellement stressante et de ce fait associée à un risque accru de détresse émotionnelle. Certaines personnes se retrouvent, de par la modernisation du pays d'accueil, aux frontières de l'espace social de celui-ci, car la migration présente un nouvel ensemble d'attentes culturelles, où la personne doit apprendre les modèles appropriés de comportement dans le nouveau milieu (alors qu'elle s'était socialisée dans un milieu culturel particulier et avait appris les modèles qui influencent le comportement quotidien dans ce milieu) (Dressler 2011 : 119). Ce processus d'adaptation est lui-même exigeant, potentiellement stressant, car rempli d'incertitudes et d'échecs éventuels répétés à réaliser les comportements que la société d'accueil attend d'elle, résultant en ce que Cassel (1976) appelle *allostatic load*, pouvant mener sur le long terme à des maladies chroniques (Cassel et al. 1960 et Cassel 1976 cités dans Dressler 2011 : 121).

Pour revenir à la notion de stress, notamment dans le contexte social de la modernisation, il serait intéressant de relever que les éléments du processus de stress peuvent être divisés en deux grandes catégories : les événements et les circonstances sociaux qui augmentent le risque de maladie et ceux qui diminuent le risque de maladie (stress 'positif' comme une promotion professionnelle par exemple) (Dressler 2011 : 123). La première catégorie peut être appelée '**facteurs de stress sociaux**' dont il y a deux types : les facteurs de stress aigus, souvent centrés sur une perte sociale soudaine (comme la mort de l'époux ou autres membres proches, un divorce, une séparation maritale ou le chômage) (Dressler 2011 : 123). Ces facteurs de stress aigus altèrent la trame sociale de la vie d'un individu et aboutissent à un réajustement ou à une renégociation des relations sociales, le forçant à entrer dans un nouveau cadre de circonstances sociales auxquelles il doit s'ajuster (Dressler 2011 : 123). Ce processus d'ajustement peut être exigeant et nécessiter d'avoir recours à beaucoup de ressources personnelles. Le deuxième type de facteurs de stress sociaux sont les facteurs de stress chroniques. Ce sont des problèmes continus, associés à des rôles sociaux majeurs, centraux à l'identité personnelle et sociale de l'individu (rôles en tant qu'employé, époux ou épouse, parent, ou membre de la communauté) (Dressler 2011 : 123). Le sens de soi de la personne peut être menacé si les difficultés, à réaliser des états satisfaisant émotionnellement dans ces rôles, sont continues (Dressler 2011 : 123). Selon que ces facteurs de stress soient aigus ou chroniques, les demandes placées sur les individus, demandes auxquelles ils doivent s'ajuster, sont soudaines ou continues (Dressler 2011 : 123).

Mais quelles sont les '**ressources de résistance**' ou de *coping* que la personne met en place pour faire face à ces demandes, notamment sociales, imposées à lui par ces facteurs de stress ? Les 'ressources de résistance' ou de *coping* sont les moyens d'équilibrer ces facteurs de stress sociaux aigus et chroniques et de soutenir les efforts des individus à s'adapter aux demandes placées sur eux. Ces ressources peuvent être à la fois personnelles et sociales : Les ressources personnelles sont soit des stratégies basées sur les émotions ou bien ce sont des stratégies psychologiques instrumentales que les individus développent (Dressler 2011 : 123). Lorsqu'un individu perçoit que ses ressources de *coping* sont efficaces face aux facteurs de stress, il confronte directement ces derniers pour les changer; sinon, lorsqu'il

perçoit que les facteurs de stress ne peuvent pas vraiment être changés, et que ses ressources de *coping* sont inefficaces, il utilise alors les stratégies cognitives qui vont lui permettre de changer le sens qu'il donne à ce stress (comme il ne peut pas avoir un impact direct sur lui) et, conséquemment, l'impact du stress sur lui sera changé (Dressler 2011 : 123). Les ressources sociales sont essentiellement le soutien social disponible à l'intérieur d'un réseau social *Ego-centered*³⁰ (Dressler 2011). Ce soutien social peut- être soit émotionnel soit instrumental : le soutien social émotionnel diminue le sens d'isolation qu'un individu sous stress peut ressentir, et peut prendre la forme de réassurance et d'expressions d'intérêt et d'attention ; le soutien social instrumental peut, quant à lui, aider l'individu à changer les circonstances stressantes et peut prendre la forme d'aide directe et tangible (prêts d'argent ou conseils pratiques sur le *coping*) (Dressler 2011 : 123).

La façon qu'a la personne d'appréhender le stress, de l'évaluer, de lui donner un sens est appelé *stress appraisal*³¹ et constitue le lien entre les circonstances environnementales et les conséquences physiologiques. En effet, l'individu donne différents sens aux facteurs de stress qui l'affectent, et ce, en fonction du contexte socioculturel où il évolue. C'est ce sens qui relie les circonstances environnementales aux conséquences physiologiques (Dressler 1985 cité dans Dressler 2011 : 125).

We are, as individuals, suspended in “webs of significance” – of meaning – and our bodies are shaped by, and shape, that significance. (Dressler 2011 : 132).

Le fait que l'exposition à des influences ‘modernisantes’ soit associée, de manière consistante, à des conséquences négatives sur la santé, a fait naître un nouvel ensemble d'hypothèses. Ces hypothèses concernent le lien entre les événements stressants et leurs effets sur la santé. De là est née la réalisation de la nécessité : (1) d'élaborer un modèle de stress dans des cadres non-occidentaux ; (2) d'examiner, plus attentivement, la manière dont les relations sociales ont été redessinées dans ces contextes ; et (3) d'examiner la manière dont ces transformations ont affecté le tissu social de la santé (Dressler 2011 : 132).

³⁰ Centré sur l'Ego.

³¹ Évaluation du stress.

Comme précisé au préalable, la relation entre les facteurs de stress socioculturels et les symptômes psychosomatiques est influencée par le contexte culturel, spécialement dans le contexte de la modernisation, d'où l'importance accrue de s'intéresser aux aspects ethnomédicaux de la souffrance et de la somatisation dans ce contexte de modernisation, aspects qui seront développés dans la partie qui suit.

III.1.4.4. Aspects ethnomédicaux de la somatisation

So (2008) considère la somatisation comme étant un *cultural idiom of distress* qui permet de repenser la souffrance et son expression corporelle, notamment dans une société multiculturelle. Parmi les groupes ethnoculturels, les principales sources de différences dans les aspects que revêt la somatisation comprennent : les 'idiomes de détresse' (styles d'expression de la détresse) ; le système de savoirs ethnomédicaux dans lesquels ces idiomes de détresse sont ancrés ; et la familiarité de chaque groupe culturel avec le système de soins de santé et les modalités de soins présents dans cette société multiculturelle (Kirmayer et Young 1998 : 420).

Les troubles somatoformes renvoient à une catégorie discrète dans la nosologie psychiatrique, dont la seule présence implique une séparation entre les symptômes affectifs, anxieux, dissociatifs, et somatiques, alors que ces symptômes sont concomitants dans des syndromes à travers le monde (Kirmayer et Young 1998). En effet, dans d'autres régions du monde et auprès de différents groupes ethnoculturels (vivant en Occident), la distinction bien nette entre symptômes psychologiques et somatiques n'est pas évidente (Kirmayer et Young 1998). Conséquemment, les catégories diagnostiques combinant les symptômes somatiques et psychologiques ont continué à être populaires dans de nombreux pays, comme reflété dans le glossaire des concepts culturels de détresse (CCDs) inclus dans l'annexe du DSM-5 (American Psychiatric Association 2013a). Plusieurs de ces syndromes peuvent-être considérés comme étant des formes de somatisation (*bilis* ou *cholera*, *hwa-byung*, *dhat*, *shenkui*, *falling out*, *koro*, *shenjing shuairuo*, et la neurasthénie) car ils ont principalement des symptômes somatiques (Kirmayer et Young 1998 : 422).

La section qui suit essaiera de donner des exemples d'idiome de détresse corporels rencontrés partout dans le monde, et notamment dans le monde arabe.

III.1.5. Exemples de somatisation : idiomes de détresse corporels

La présence de somatisation dans la population occidentale a bien été documentée au fil des ans, contredisant ainsi l'hypothèse avançant que les individus issus des pays en voie de développement tendent à somatiser plus que ceux des pays dits développés (Kawanishi 1992).

[...] if there is any validity to this generalization, it can only be because Westerners (who themselves comprise extremely diverse and divergent cultural groups) share some distinctive values or practices that contribute to the obverse of somatization, which has been termed *psychologization*. (White 1982 cité dans Kirmayer 2001 : 23).

Les études multicentriques transnationales, notamment celles publiées dans *the International Study of Somatoform Disorders*³² conduites par l'OMS (Gureje et al. 1997 cité dans Balhara 2011 : 3 ; traduction libre), ont démontré : « [...] *une très forte association entre les symptômes somatiques et la détresse psychologique, ainsi que des taux comparables de plaintes somatiques dans les pays développés et en voie de développement ; toutefois, ce qui est variable selon les facteurs culturels, c'est le sens attaché aux symptômes*³³».

En Égypte, la somatisation est retrouvée presque toujours dans l'expression de la détresse psychologique et de la dépression (El-Islam 1982). Les personnes souffrantes ont alors plus tendance à exprimer leurs plaintes psychologiques, physiquement (Douki et al. 2007), et ce, pour plusieurs raisons :

(1) Il y a une plus grande acceptation sociale pour les plaintes physiques que pour les plaintes psychologiques (Douki et al. 2007 ; El-Islam 1982) ;

³² OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

³³ Kirmayer (2001 : 25) fait une liste exhaustive d'idiomes de détresse corporels et de description populaire des maladies : "nerves" ; *nervios* ; *nevra* ; *brain fog* ; *ode-ori* ; *calor* ; *falling out* ; *indisposition* ; *low blood* ; *heart distress* ; *hwa-byung* ; *neurasthenia* ; *shenjing shuairuo* ; *shinkeisuijaku* ; *susto*.

(2) Les plaintes psychologiques ne sont pas prises au sérieux, contrairement aux plaintes physiques et il est souvent admis qu'elles s'améliorent avec le repos ou en priant un peu plus (Douki et al. 2007 ; El-Islam 1982) ;

(3) Il est socioculturellement préférable de masquer l'affect de sorte que ce soient les symptômes physiques qui occupent le devant de la scène tandis que les émotions sont reléguées en arrière-plan. Les femmes égyptiennes vont alors chez le médecin et demandent à faire de nombreuses analyses diagnostiques où se rendent chez le tradipraticien (Okasha 2004). Nichter (2010) souligne que ces deux comportements thérapeutiques sont eux-mêmes des idiomes de détresse. La somatisation est retrouvée presque toujours en Égypte dans l'expression de la détresse psychologique en général, et pas seulement pour la dépression (El-Islam 1982) ;

(4) L'intégration sociale en Égypte est plus encouragée que l'autonomie car la famille est l'unité sociale et non pas l'individu. La dépendance est donc dans ce contexte plus 'naturelle', et l'infirmité due à une maladie physique aisément acceptée, plus que l'existence d'une souffrance psychologique (Okasha 1999). La maladie physique offre le statut de 'malade' au sujet, et ce statut le ou la déchargerait automatiquement de toute responsabilité (Bibars 2001 ; Morsy 1993).

Quand l'affiliation au groupe social et à la famille est plus importante que le succès individuel, comme c'est le cas dans la société égyptienne, la perception que se font les autres de la personne est vitale pour celle-ci. La honte de ne pas être acceptée par les autres, de ne pas être adéquat à l'image sociale, est l'énergie mobilisatrice de toute action, et non pas la culpabilité, qui serait plus liée à un sentiment d'incapacité et d'échec à accomplir ses obligations (Okasha 2004 : 267). Ainsi, les maladies physiques et les manifestations somatiques de la détresse psychologique sont mieux comprises, mieux acceptées par l'entourage (Okasha 2004 : 267). Elles induisent une réponse et de l'attention plus que ne le ferait une vague plainte, témoin d'une symptomatologie psychologique, qui peut ne pas être entendue ou pire, être considérée comme un stigma, car synonyme de fragilité voire de folie (Okasha 2004 : 267).

L'abondance des métaphores corporelles chez les Arabes soulève une réflexion : il semblerait que ces métaphores physiques soient ancrées dans la façon arabe de comprendre la maladie mentale, exprimant une détresse psychologique et reflétant plus le propre d'une culture, comment elle conceptualise et comprend la maladie mentale et psychologique, plutôt qu'un manque de sophistication (Sayed 2003). Les expressions métaphoriques couramment utilisées par les femmes en Égypte pour exprimer une détresse psychologique sont :

Albi wage'ni : littéralement avoir mal au cœur : signifie être peinée.

Makhnou'a : j'étouffe : exprime le fait de se sentir angoissée, au bord des larmes.

Metday'a : je me sens emprisonnée dans mon corps : signifie être triste.

'Assabeyya : mes 'nerfs' sont tendus : signifie être irritée, sur le point d'exploser. C'est ce dernier idiome qui fait l'objet de la présente recherche.

'*Asabiah*, '*assabeya*³⁴ ou '*assabiyah* est soit un nom signifiant nervosité ou le féminin de l'adjectif '*asaby* qui signifie nerveux.

L'idiome de détresse '*asabiah* ou '*assabeya*, comme souligné dans l'étude faite par (Hattar-Pollara et al. 2003) sur une population de fonctionnaires égyptiennes, est un idiome de détresse plutôt fréquemment présent et accepté chez les hommes, et que les femmes se sont appropriées. Dans cette même recherche, devenir '*assabeya* a très clairement été décrit et identifié par le quart des femmes interrogées comme étant leur tendance instinctive à faire face ou à réagir au stress qu'elles subissent dans leurs rôles multiples (Hattar-Pollara et al. 2003). En tant que concept, '*assabeya* signifie un certain nombre d'états émotionnels : nervosité, émotivité, irritabilité, instabilité émotionnelle, anxiété, colère, impulsivité et rage. Les femmes interrogées rapportent être devenues facilement irritables avec tout le monde et pour tout (en réagissant à n'importe quelle petite infraction ou bêtise de leurs enfants par des sanctions physiques) ; et aussi perdre contrôle de leurs émotions en criant, en pleurant, aboutissant à un état hystérique de nervosité et de sens profond d'instabilité émotionnelle (Hattar-Pollara et al. 2003). Ces états émotionnels sont le résultat, selon les femmes interrogées, du niveau extrême de frustration, qu'elles attribuent, pour la plupart,

³⁴ Orthographe utilisée dans l'étude de Hattar-Pollara et al. (2003).

aux inégalités dans la famille en général et au manque de participation de l'époux à porter sa part de responsabilité dans la famille (Hattar-Pollara et al. 2003 : 130). Le comportement exigeant de leurs maris, et leurs schémas d'interaction dans la famille est décrit par ces femmes interrogées comme étant l'aspect le plus stressant du rôle d'épouse (Hattar-Pollara et al. 2000 : 311).

La *'assabeyya* est aussi présente chez leurs époux, et les maris sont décrits comme étant *'assaby*, ce qui se traduit comme étant facilement irritables, impulsifs et très instables émotionnellement (Hattar-Pollara et al. 2000, 2003). Selon Hattar-Pollara et al. (2000), la *'assabeyya* est utilisée efficacement par les hommes pour exercer pouvoir, inflexibilité, autorité et contrôle, et est utilisée par la société pour empêcher des sanctions contre les comportements antisociaux et abusifs des hommes contre leurs épouses. Être *'assaby* est utilisé par les Égyptiens en général comme une excuse pour se mettre en colère, comme la justification d'une incursion offensive dans les limites personnelles de l'autre personne, comme une menace destinée à dire aux autres de faire attention et de ne pas pousser vers un compromis dans les situations de conflit (Hattar-Pollara et al. 2000, 2003).

Une autre étude par Afana et al. (2010) ajoute *assabiah* ou *'assabeya* à d'autres idiomes de détresse observés dans la population palestinienne de la bande de Gaza, où les autres principaux idiomes de détresse identifiés sont *araq*, *azma nafsiah*, et *daght nafsi* tout en faisant référence au travail de (Hattar-Pollara et al. 2000) :

Assabiah : This term referred to nervousness, anxious feelings, or jitteriness. [...] It was described by one participant as "it feels like electricity in my arms and legs; I become easily provoked for minor reasons" (Interview 7). Another participant described displacing his anger onto his children. (Afana et al. 2010 : 80).

Et la plus récente étude sur la détresse émotionnelle par Hassan et al. (2015 : 23) sur des réfugiés syriens décrit le terme *asabi* :

Feeling nervous or tense: Syrian people use different terms to describe an anxious or nervous person: Asabi (عصبي, nervous) is used to describe anxiety as a character or personality trait. The word masseb (مَعْصَبٌ) is used to describe a person who is currently nervous (a temporary state). The term mitwatter (مُتَوَتِّرٌ, 'I feel tense') is used for tension due to a specific situation, such as waiting for the results of an exam or expressing or having an opposing opinion to someone else. There is

considerable variation in the use of such terms: for example, Syrian adolescents in Jordan used *asabi* to describe feeling easily irritated, angry or tense, and associated it with ‘getting upset over little things’. (Hassan et al. 2015 : 23).

Shoeb et al. (2007 : 456-457) étudient les idiomes de détresse retrouvés chez une population de réfugiés irakiens : *dayeg*, *qalbak makbod*, *makhnouk*, *asabi*, *nafsetak taabana*. D’autres auteurs décrivent ces idiomes liés au trauma pour différentes populations de la région : la communauté de réfugiés soudanais en Égypte (Coker 2004), la population bédouine de Palestine (Al-Krenawi et Graham 1999), et les populations éthiopienne (Nordanger 2007) et Swahili (Swartz 1997).

Basées sur une expérience de plusieurs années avec une population traditionnelle du Moyen-Orient, et notamment une avec des femmes saoudiennes, Racy (1980 : 215) propose une étude qui s’accompagne de plusieurs recommandations concernant la somatisation, pouvant être appliquées trans-culturellement. Pour Racy (1980), la somatisation peut être regardée comme un message codé pour laquelle un traitement réussi nécessiterait de connaître la famille et les systèmes sociaux, et d’établir une alliance avec les personnes importantes de l’entourage, notamment avec un homme de la famille du patient ou de la patiente, ce qui est très important dans une société dominée par les hommes. De même, pour combattre la somatisation souvent accompagnée de passivité dans les sociétés traditionnelles, il faut conseiller au patient de faire certains efforts l’impliquant dans le processus thérapeutique (Racy 1980).

Il est à noter que l’on ne retrouve pas dans le DSM-5 d’idiomes de détresse propres à la civilisation arabe (annexes 16 et 17). Parmi d’autres, le *zār* est un exemple d’idiome de détresse arabe local qui n’est pas cité dans le DSM-5 (annexes 16 et 17). Introduit en Égypte à travers le Soudan en passant par l’Éthiopie, le *zār*, un des cultes de guérison traditionnels les plus populaires en Égypte, signifie en amharique³⁵ ‘le démon’ ou ‘l’esprit maléfique’, mot dérivé du verbe ‘visiter’, et implique des visites intermittentes d’esprits maléfiques (Okasha 1966). Pratiquement, le *zār*, dans le but d’exorciser les mauvais

³⁵ Langue sémitique, parlée en Éthiopie.

esprits, implique le regroupement de certaines femmes à la tête duquel il y a une femme nommée *kodia* (Al-Adawi et Martin 2001 : 48-49 ; El Guindy et Schmais 1994 ; Okasha 1966). Ce sont surtout les femmes, qui, dans cette partie du monde (Égypte, Soudan, Éthiopie), expérimentent leurs difficultés interpersonnelles à travers cet idiome de possession *zār* (Chaleby 1985 ; Ghubash et al. 1994 cités dans Al-Adawi et Martin, 2001). Cependant, malgré le fait que le rôle des femmes soit toujours traditionnel, il semblerait que le rituel du *zār* ait cessé d'attirer beaucoup de personnes (Okasha 1966) dans les pays où les services psychiatriques ont été mieux développés (Alsuwaigh 1989 ; El Guindy et Schmais 1994 cités dans Al-Adawi et Martin 2001 : 55).

L'étude de Okasha (1966 cité dans Al-Adawi et Martin 2001 : 56), sur un nombre de cent femmes égyptiennes assistant au rituel du *zār*, a trouvé que celles-ci étaient toutes mariées, pas heureuses, et se plaignaient de mésentente conjugale, insatisfaction sexuelle, insomnie, dépression et hypochondrie, prouvant le point de vue que la possession du *zār* puisse-être reliée à la psychopathologie (Okasha 1966 cité dans Al-Adawi et Martin 2001 : 56). Pour d'autres interprétations du phénomène du *zār* nous pouvons citer l'excellente ethnographie de Cynthia Nelson (1971). Si elle est examinée selon la nosologie psychiatrique, la personne atteinte de *zār* montre des signes de perturbation sous la forme d'un mélange de pathologies émotionnelles, psychotiques et neuropsychiatrique (Pereira et al. 1994 cités dans Al-Adawi et Martin 2001 : 55).

Dans le DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) le *zār* n'était pas vu comme 'pathologique' (mais comme une réponse culturellement enracinée, déterminée par la tradition et les cadres philosophiques), bien qu'il soit considéré comme étant un état pathologique aux yeux de la psychiatrie, car la nosologie psychiatrique est basée sur la psychopathologie individuelle, alors que les phénomènes culturels comme le *zār* ne peuvent pas être réduits à la pathologie individuelle sans perdre quelque chose d'essentiel (Al-Adawi et Martin 2001 : 56). Selon la littérature, les modèles culturels, comme le *zār*, représentent des idiomes de détresse, des façons culturelles de gérer la détresse (Al-Adawi et Martin, 2001 : 54), prescrites à travers le corps, expression d'un malaise, d'une détresse

personnelle et sociale intelligible localement (Al-Adawi et Martin 2001 : 57). Le *zebola* (Corin 1979), serait un équivalent culturel du *zār* en République Démocratique du Congo. Après avoir exploré les concepts de souffrance et ceux d’idiome de détresse, et après avoir essayé de comprendre les causes de la souffrance psychologique ainsi que ses aspects ethnomédicaux, dont principalement la notion d’*embodiment*, quelques idiomes de détresse arabes viennent d’être passés en revue. Dans la section suivante ce sont les idiomes de détresse associés aux nerfs et leur signification, notamment la ‘*assabeyya*’ qui seront étudiés.

III.1.6. Idiomes de détresse associés aux ‘nerfs’

[...] the experience of nerves cannot be understood apart from the structural forces operating within a society (Lock 1990 ; Low 1994 ; Scheper-Hughes 1992 citées dans Rabelo et Souza 2003 : 352).

[...] Nerves has to do with a mode of being rooted in an already given world, in which a past of breach of ties and abandonment, of violence, inequality and poverty weighs on women and matters in a certain way. It is not a subjective translation of objective conditions, but a cultural form of being absorbed and moved by them, of experiencing them as a situation and feeling them in the body. (Rabelo et Souza, 2003 : 352).

Cette section cherchera à comprendre la relation entre idiomes de détresse et ‘les nerfs’, puis entre le stress et les maladies de ‘nerfs’. Différentes maladies de ‘nerfs’ seront ensuite passées en revue ainsi que le sens de ‘l’*embodiment*’ qu’elles expriment, et enfin le potentiel ‘politique’ qu’elles peuvent avoir sera exploré, notamment pour les femmes. Pour finir, les différentes manifestations que peut revêtir la maladie de nerfs, selon différentes cultures, dont la ‘*assabeyya*’, seront abordées en détail.

III.1.6.1. ‘Les nerfs’ comme idiomes de détresse

L’approche anthropologique médicale interprétative, née dès le milieu des années 1980, attire l’attention sur les multiples couches de sens que contient l’expérience des ‘nerfs’, et met en exergue le rôle de cette expérience des ‘nerfs’ dans des contextes marqués par les inégalités de genre, de classe et de race (Rabelo et Souza, 2003). Cette approche interprète ‘les nerfs’ comme étant un puissant idiome servant à l’expression et à la négociation de différentes formes de détresse, formes liées aux relations de domination et d’inégalité à

l'intérieur de différents domaines tels que la famille, le travail et même l'État (Clark 1989 ; Davis 1989 ; Davis et Guarnaccia, 1989 ; Duarte 1993 ; Guarnaccia et Faria, 1988 ; Jenkins 1988 ; Lock 1990 ; Low 1989b ; Low 1994 ; Rebhun 1994 ; Scheper-Hughes 1992 cités dans Rabelo et Souza, 2003 : 334).

La partie la plus critique dans la découverte de la signification de 'nerfs' (du fait du caractère variable de son sens) est d'identifier ce à quoi réfère une personne interrogée ou clarifier le terme dans une analyse (Davis 1989). Pour discuter 'les nerfs' avec des praticiens cliniques, les anthropologues médicaux s'intéressant aux 'nerfs' doivent utiliser un langage et des significations compréhensibles et clairs, et préciser s'ils font référence à un syndrome ou à un symptôme (Low 1989b : 92).

Lock (1989), dans sa recherche sur l'idiome de détresse *nevra* parmi la communauté grecque de Montréal, insiste sur la nécessité de porter une réelle attention sur les idiomes de détresse, notamment ceux liés aux 'nerfs' :

Clinging to terms like *nevra* can be equated with believing in the evil eye, witchcraft and sorcery, systems of thought that we probably would be well rid of in the modern world. However, *ataque de nervios* and the like have a very fundamental symbolic function which I believe should be retained. Furthermore, "mainstream" post-industrialized culture would do well to cultivate more terms such as these. (Lock 1989 : 86-87).

Lock (1989 : 87) précise que les termes *nervios/nevra/nerves* expriment des sentiments négatifs communément acceptés par l'environnement. Ces sentiments ne sont amenés vers l'establishment médical uniquement que lorsque cet environnement (la famille, la communauté) n'y prête pas attention de façon 'culturellement' appropriée.

Mais quelles sont les causes, par exemple, qui pourraient amener, les femmes de la communauté grecque de Montréal, à exprimer la *nevra* ? C'est ce que nous allons découvrir dans la section qui suit.

III.1.6.2. Le stress et les maladies des ‘nerfs’

Le syndrome de stress post-traumatique est le concept le plus connu et le plus généralisé pour analyser les effets psychologiques des événements traumatiques dont les violences politiques (Davidson et al. 2005 ; Hadi et al. 2006 ; Hauff et Vaglum 1994 ; Mehdi et al. 2003 ; Mollica et al. 1998 ; Rousseau et al. 2003 cités dans Afana et al. 2010 : 80). Cependant, deux critiques sont soulevées quant à l’application de cette trame à des contextes non-occidentaux : la première critique rappelle la présence de variations dans les représentations sociales du traumatisme ; et la seconde critique est l’incertaine universalité ou validité transculturelle du syndrome de stress post-traumatique comme réponse aux expériences traumatiques (Kirmayer 1996 ; Pedersen 2002 ; Summerfield 1999 ; Tremblay et al. 2008 ; Young 2000 cités dans Afana et al. 2010 : 80).

Il semblerait, en effet qu’il y ait de nombreuses variations dans les représentations sociales du traumatisme. En effet, concernant la première critique, à savoir les variations dans les représentations sociales du traumatisme, la présence d’idiomes de détresse, spécifiques à certaines cultures, survenant suite à un stress important ou à un traumatisme, a été observée par de nombreux auteurs dont Guarnaccia et al. (1996). Ces auteurs ont montré qu’*ataque de nervios* (‘attaque de nerfs’), idiomme de détresse parmi les ‘Latinos’ d’Amérique du Nord, est accepté culturellement comme une réponse à un stress sévère (ex : perte réelle ou éventuelle d’époux ou d’épouse ou d’un membre de la famille) (Afana et al. 2010 : 80). Il est important de rappeler, ici, que les stratégies individuelles de résolution de problèmes sont influencées par les variations culturelles dans la compréhension et l’expression de la détresse. Dans le cas d’événements traumatiques, ces stratégies comprennent non seulement la demande de soins, mais aussi toutes les réponses socioculturelles à l’événement traumatique (Afana et al. 2010 : 81).

La deuxième critique, remet en question le concept même du syndrome de stress post traumatique et, de ce fait, son universalité. En effet, ce qui diffère selon la culture, ce n’est pas seulement sa signification socio-morale, sa représentation, et ses modes d’expression, mais c’est l’expérience même du trauma, ses modes, et ses conséquences en termes de psychopathologie et de maladie (Afana et al. 2010 : 81).

La maladie de ‘nerfs’, est, comme cette section vient de le mentionner, et pour de nombreux auteurs, un important idiome de détresse représentant la détresse psychologique secondaire au stress et aux traumatismes. La section suivante se propose de passer en revue ces maladies de ‘nerfs’ et le contexte où elles évoluent.

III.1.6.3. ‘Assabeyya, narfaza, nervios, nerves, nervoso : tous des ‘nerfs’

Dans leur ouvrage, ‘*The case of nerves*’, Davis et Low (2009b, 2014) font une rétrospective très intéressante de la littérature anthropologique s’intéressant aux ‘nerfs’. *Nerves, nervios, nevra, nervoso* ou *narfaza*³⁶, respectivement dans les communautés anglo-saxonnes, hispaniques, grecques, lusitaniennes ou arabes, sont tous des noms décrivant ce concept culturel de détresse que sont ‘les nerfs’.

Est-ce que ‘les nerfs’ (nerves) sont des ‘symptômes’, ‘syndrome’, ‘plaintes’, ‘illness’, ‘sickness’ ou ‘disease’ ? Sont-ils tout cela ? Est-ce comme la migraine, à la fois syndrome et symptôme, en fonction de la nature de la discussion ou le point que le chercheur voudrait mettre en avant (Low 1989b : 92 ; traduction libre) ?

De même il serait important de préciser l’existence (ou pas) d’une distinction entre les aspects biophysiques et psychosociaux des ‘nerfs’. Ceci permettrait de répondre à l’interrogation de nombreux chercheurs concernant le caractère unique des ‘nerfs’ : est-il retrouvé uniquement dans les cultures latino-américaines et méditerranéennes, cultures où il y a moins de dualisme entre le corps et l’esprit et où la combinaison des deux processus biophysiques et psychosociaux existe spontanément ? Ou bien est-il aussi présent dans des exemples Nord-Américains de ‘nerfs’ ? (Low 1989b : 92-93).

Pour Finkler (1989 : 171 ; traduction libre) : « [...] s’intéresser aux ‘nerfs’ c’est focaliser sur l’universalité de l’incarnation de la vie quotidienne. » En effet, selon Finkler (1989 : 171), l’expérience des ‘nerfs’ (ou tout terme analogue) est une détresse universellement expérimentée (et non pas un syndrome lié à la culture) car sa symptomatologie diffuse (qui recrée dans le monde interne du corps la détresse perçue dans le monde externe), est

³⁶ ‘Assabeyya’ est le mot arabe désignant *narfaza*, ce dernier étant la traduction en dialecte égyptien du terme ‘nervosité’.

l'incarnation d'évènements généralisés fâcheux. Cependant, vu leur statut inégal dans la société et leur relatif manque de pouvoir par rapport aux hommes, il est suggéré que les femmes puissent expérimenter 'les nerfs' plus fréquemment que les hommes qui, eux, ont d'autres affections qui leur seraient plus spécifiques (Finkler 1989 : 178).

Finkler (1985a cité dans Finkler 1989 : 172) rappelle que, les gens en parlant de 'nerfs', font allusion à un état maladif qu'ils associent à une large variété de problèmes émotionnels, de symptomatologie physique, et de conditions existentielles, exprimées à travers tout le corps. Les recherches révèlent un chevauchement de la symptomatologie des 'nerfs' dans les différents contextes culturels, où 'les nerfs' apparaissent comme une condition somatique généralisée comprenant des tremblements généralisés et des douleurs diffuses, caractérisée, le plus souvent par de l'anxiété, un état d'agitation (Finkler, 1989 : 178) et de l'impatience (Davis et Guarnaccia, 1989 : 3) : « [...] *la personne a l'impression que 'rien ne marche dans le bon sens'* » (Finkler, 1989 : 178 ; traduction libre). Dans la vision populaire hispanique, 'les nerfs' peuvent entraîner des maux de tête, de la douleur dans le *cerebro* (autour de la région médullaire). 'Les nerfs' dans la culture hispanique peuvent se manifester sous la forme d'autres états physiologiques s'ils sont associés au *susto* (frayeur soudaine), à la colère, à une mauvaise hygiène alimentaire ou à une tension artérielle élevée (Finkler, 1989 : 172).

D'ici, de nombreux liens communs dans la description du rôle des 'nerfs' dans chaque contexte social et culturel, peuvent être identifiés :

(1) 'Les nerfs' sont une somatisation d'une perturbation familiale, sociale et culturelle et de stress, exprimée à travers le corps sous la forme d'une variété de symptômes. Ces symptômes peuvent être traités soit par la communauté sociale immédiate soit par le système de soins médical (Low 1989b : 94) ;

(2) 'Les nerfs' sont un syndrome de détresse lié aux conditions sociales, politiques et économiques des vies des individus dans des groupes (groupes organisés selon la classe, le genre, la géographie et la politique). 'Les nerfs' expriment ces conditions de manière à attirer l'attention sur elles (Low 1989b : 94). 'Les nerfs' signalent à la famille immédiate

et aux membres de la communauté, puis aux médecins (s'ils sont sensibles au message) la présence d'une détresse, et qu'il y a quelque chose plus que le simple traitement de symptômes qui doit avoir lieu (Low 1989b : 93).

(3) 'Les nerfs' sont un message de détresse socialement acceptable et cohérent.

Mais que signifient les chercheurs quand ils définissent 'les nerfs', *nerves*, *nervios*, et *nevra* comme étant un idiome de détresse ? (Low 1989b : 92). C'est la question à laquelle se propose de répondre la section suivante.

'Les nerfs', idiomes de détresse

Il y a une abondante littérature sur le syndrome des 'nerfs', notamment *nervios* pour les Hispaniques (Jenkins 1988 ; Low 1981) ou *nervoso* pour les Lusitaniques (Duarte 1986 ; Ngokwey 1984 ; Scheper-Hughes 1988 ; Scheper-Hughes 1992 cités dans Ngokwey 1995 : 399). Les significations ont été analysées dans différents contextes (Ngokwey 1995 : 399 ; Low 1989b : 93), tels que la construction culturelle de la schizophrénie (Jenkins 1988), les relations de genre (Davis et Low 1989a, b ; Migliore 1994), les relations familiales stressantes (Duarte 1986 ; Guarnaccia et al. 1989), les stratégies de manipulations interpersonnelles (Rebhun, 1993), le stress lié au travail (Duarte 1986 ; Loyola 1984), la faim (Scheper-Hughes 1988 ; Scheper-Hughes 1992), le stress lié à l'immigration (Guarnaccia et al. 1985 ; Lock 1990), le double fardeau du travail lié au genre et à l'isolation culturelle (Dunk 1989) et, enfin, le sous-emploi, la marginalité économique et l'isolation sociale (Van Schaik 1989). Un glissement est observé dans ces publications allant des explications culturelles des 'nerfs' vers les explications structurelles et politiques basées sur le genre, la classe et l'ethnicité. Ce glissement, part de l'approche interprétative (Low 1985) vers une perspective plus critique (Low 1989b : 93).

Comme le rappelle Finkler (1989 : 171), l'une des importantes tâches de l'anthropologie médicale est d'identifier les processus par lesquels la détresse est transformée, selon le contexte culturel, en des symptomatologies spécifiques. Selon les différents auteurs, 'les nerfs' ont été interprétés comme : (1) un idiome de détresse qui communique le sentiment d'impuissance (Guarnaccia et al. 1985) ; ou (2) une expression de détresse (les signes

biologiques et émotionnels sont transformés en une expérience de maladie qui a un sens) (Low 1985) ; ou (3) une métaphore de la détresse (Dunk 1985 cité dans Finkler 1989 : 172) ; et enfin (4) un phénomène psychosocial agissant comme un idiomme populaire (Davis et Low 1989a, b).

Avant toute chose, il est important de préciser, ici, que le résultat et la compréhension du message des 'nerfs' changent en fonction de l'audience. En effet, selon la recherche de Low (1989b), le sens donné aux 'nerfs' à Newfoundland (Terre-Neuve) (Davis et Guarnaccia 1989) et parmi les Portoricains familiers avec *ataques de nervios* est interprété comme étant socialement acceptable, et comme étant un message de détresse socialement cohérent. Dans ces deux situations l'audience est la communauté locale. D'un autre côté, l'audience pour le *nevra* des femmes grecques à Montréal et les *nerves* des femmes et des hommes du Kentucky sont les médecins. Ces derniers vont médicalisés et interprétés *nevra* et *nerves* car ils agissent et comprennent la présentation des symptômes selon un modèle clinique et culturel différent. Les femmes portoricaines et d'Amérique Centrale, quant à elles, montrent leur *ataques de nervios* à la fois aux membres de la famille, et dans les cas très extrêmes aux docteurs et aux psychiatres. Toutefois, l'aspect de la plainte individuelle que ces femmes transmettent au corps médical sera différent de celle qu'elle aura exprimé devant le groupe social auquel elle est liée (Low 1989b : 94). L'observation de médecins dans un hôpital de Mexico City, révèle que les médecins révoquent 'les nerfs' en disant « *ce n'est rien, juste 'les nerfs'* » (Finkler 1989), tandis que dans d'autres cas présentés, beaucoup de médecins ont conscience que 'les nerfs' (*nervios* or *nevra*) sont un appel à l'aide qui requiert une réponse sociale ; cependant, ils ne sont pas équipés pour agir à l'intérieur du domaine sociopolitique et économique où ces plaintes évoluent et vont alors se contenter de donner des médicaments et de discuter le problème du patient (Low 1989b : 93). Et, comme les femmes grecques à Montréal le disent : « [...] *les médicaments parfois aident et d'autres fois non* » (Low 1989b : 93 ; traduction libre). Par ailleurs, 'les nerfs' sont devenus médicalisés par la biomédecine en Amérique du Nord. En effet, des pilules lui sont prescrites (pilules auxquelles le patient devient dépendant, comme dans le cas de la femme noire des États du Sud, ainsi que ses sœurs et sa mère, décrit dans l'étude de Finkler 1989). De manière analogue, les nerfs ont été aussi médicalisés par les

guérisseurs spirituels qui prescrivent bains, massages, thés et des médicaments brevetés pour soulager ‘les nerfs’ (Finkler 1989 : 176).

La partie qui suit essaiera de comprendre par quel mécanisme ‘les nerfs’ devient l’expression corporelle des difficultés et de l’adversité que la personne rencontre dans sa vie.

‘Les nerfs’ et l’*embodiment* de l’adversité

Nerves links these levels as a symbolic expression of psychosocial distress that translates stressful social realities into bodily symptoms. (Low 1989b: 94-95).

« Être un humain, c'est percevoir la tragédie et expérimenter les vicissitudes, la détresse, l'injustice et l'angoisse » (Geertz 1966 cité dans Finkler 1989 : 176 ; traduction libre).

Cette adversité, rencontrée quotidiennement par l’être humain, est exprimée dans le corps, notamment par le biais des nerfs (Finkler 1989 : 176). Kleinman (1986 : 194,195 cité dans Finkler 1989 : 174) en s’inspirant de la vision de de Merleau-Ponty (1963), à savoir que le corps communique avec le monde et que le monde se trouve exprimé à travers le corps avance que : « *The body feels and expresses social problems. [...] The body mediates structure and cultural meaning making them part of our physiology.* »

Pour Finkler (1989 : 174), universellement, les êtres humains font face aux adversités de la vie ; cette adversité généralisée est incorporée à l’intérieur de leur corps (*embodied*), puis recrée à l’intérieur du monde interne de ce corps, pour être enfin exprimée sous la forme de ‘nerfs’ (états d’inquiétude, d’anxiété et de tremblements), « [...] *dans ‘les nerfs’, c'est le corps qui ‘agit’ (acting out³⁷) les conditions de son existence* » Finkler (1989 : 174 ; traduction libre). ‘Les nerfs’ ne sont pas simplement une réponse au stress ni une manœuvre de gain secondaire, ou une façon de gérer le stress (*coping*). ‘Les nerfs’ sont une incorporation de la détresse ressentie. Cette détresse (due à la misère et au malheur

³⁷ *Acting out* : mécanisme de défense qui consiste à produire un comportement directement lié à la pulsion, sans le maîtriser et sans conscience de l’affect qui en est l’origine. Les mécanismes de défense ont pour but d’affaiblir l’angoisse produite par une situation, un objet (externe ou interne) stressant. Ces mécanismes sont communs lors d’épisodes majeurs de dépression, ou dans les troubles de la personnalité.

quotidiens perçus dans un monde qui perd pour l'individu son sens et sa cohérence) est ressentie comme de l'inquiétude et de l'anxiété, et étiquetée et socialement communiquée à travers l'appellation 'les nerfs' (Finkler, 1989 : 174). « *Lorsque les personnes disent qu'elles vivent ou qu'elles ont 'les nerfs', elles disent au monde qu'elles ont incarné le malheur et le désespoir qu'elles perçoivent* » (Finkler, 1989 : 174 ; traduction libre).

Aussi, si le sens de perte de cohérence persiste, 'les nerfs' peuvent se transformer d'une affliction généralisée à une affliction plus spécifique, avec des symptômes spécifiques attribués à l'état de 'nerfs' (Finkler 1989 : 178).

Ce processus d'*embodiment* permet à l'individu de communiquer à la société sa détresse sans entraîner ni son aliénation, ni de lui-même, ni de la société, loin de là (Low, 1981 cité dans Finkler, 1989 : 174).

A sense of coherence does not suggest that life is free of complexities and stresses: it does suggest that one has a sense of confidence or faith, that, by and large, things will work out well [...]. A sense of coherence "does not at all imply that one is in control. It does involve one as a participant in the process of shaping one's destiny, as well as, one's daily experience that also accommodates to incongruities of daily life (Antonovsky 1979 : 127, 128).

Quand l'existence est tellement 'incorporée' dans 'les nerfs' au point d'être « [...] *just too much* (Finkler 1989 : 176) », 'les nerfs' peuvent alors se traduire en *ataque de nervios* (une crise de 'nerfs' chez les Latins en Amérique Latine) ou même mener à une hospitalisation (Finkler 1989 : 176). En effet, si le sens de perte de cohérence du monde persiste, 'les nerfs' se transforment alors d'une condition généralisée à une condition plus spécifique, caractérisée par des symptômes spécifiques attribués à l'état de 'nerfs' (Finkler 1989 : 178).

Il est intéressant de relever ici l'opinion de Berger (1969 cité dans Finkler 1989 : 176) pour qui, les êtres humains utilisent la religion pour tenter de faire face aux 'forces du chaos' qui menacent les mondes qu'ils construisent (Berger 1969 cité dans Finkler 1989 : 176) ; et lorsque cette religiosité, ou son équivalent séculaire, échoue, l'adversité et le chaos perçus sont alors intégrés dans le corps (*embodied*) (Finkler 1989 : 178).

Les femmes semblent avoir une relation particulière avec les nerfs comme l'explore la section suivante, notamment en ce que les nerfs peuvent comporter comme pouvoir qu'elles peuvent utiliser notamment pour faire face aux adversités qu'elles rencontrent au quotidien.

'Les nerfs', le pouvoir et les femmes

Selon Guarnaccia et al. (1985), une *ataque de nervios* est une réponse culturellement appropriée face à des situations telles que de démantèlement de la famille ou le deuil ; tandis que pour Dunk (1989), *nevra est* une métaphore culturellement puissante qui exprime la souffrance que ressentent les femmes qui travaillent et qui portent, de ce fait, un double fardeau, celui des tâches ménagères et celui du travail (Low 1989b : 92). Les sources de la détresse exprimées par 'les nerfs' sont décrites par de nombreuses publications comme étant la violence en contexte familial, la pauvreté, l'isolation sociale et culturelle, la discrimination et le sous-emploi. Et, afin de mieux comprendre, explorer les explications pour 'les nerfs' gagnerait à se faire d'un point de vue critique. Cette approche adresse 'la distribution inégale du pouvoir' (Van Schaik 1989 : 15) reflétée dans le conflit des classes, dans les relations inégales entre les genres, dans la discrimination et la pauvreté. Le sentiment d'impuissance qui s'en suit est à la base des plaintes exprimées à travers 'les nerfs' (Low 1989b : 91).

De plus, pour comprendre pourquoi dans toute société, certaines personnes souffrent plus fréquemment des 'nerfs' par rapport à d'autres, il est nécessaire de rechercher les conditions qui sous-tendent l'*embodiment* des 'nerfs', non seulement à travers les cultures mais aussi à l'intérieur même d'une culture donnée; notamment pourquoi les femmes plus que les hommes, rapportent souffrir le plus de maladies, y compris des 'nerfs' (Finkler 1985b cité dans Finkler 1989 : 177). La vulnérabilité accrue des femmes à la maladie semble être due à leur position inégale dans la structure sociale, qui résulte aussi en leur relative 'impuissance' à travers les cultures (Sanday 1981), impuissance qui menace leur estime de soi (Finkler 1989 : 177). Les femmes qui tombent malades et qui sont plus susceptibles que les hommes aux agents pathogènes et aux autres types de déficiences, sont celles qui ont des vies constamment sous la contrainte (relation interpersonnelle chaotique

avec un époux, circonstances sociales et économiques négatives, des tragédies personnelles). Ceci rend leur perception de l'adversité plus exacerbée et les rend, de ce fait, plus vulnérables au *embodiment* d'agents pathogènes ou de la détresse (Finkler 1989 : 177). Une nuance se doit d'être faite ici, et l'interprétation des données doit se faire avec précaution, car la plupart de ces publications discutent 'les nerfs' comme étant une maladie féminine, alors que dans le contexte culturel de ces recherches, les hommes sont activement découragés de consulter le médecin si ce n'est pour des maladies graves (Low 1989b : 93).

D'où le questionnement que l'on peut se poser, à savoir si 'les nerfs' sont une maladie, et que discutera la section suivante.

'Les nerfs', une maladie ?

Davis est l'auteur qui souligne le plus le fait que 'les nerfs' sont l'expression d'émotions négatives 'normales' quotidiennes. Pour lui, sous certaines circonstances ou dans certains contextes culturels, 'les nerfs' sont incorporés dans la routine quotidienne et sont alors vus comme une condition humaine naturelle. 'Les nerfs' sont alors acceptés comme étant naturels et ne sont donc pas traduits en une explication étiologique, explication qui aurait éventuellement aider à donner un sens à la possible souffrance qui les sous-tend (Davis et Guarnaccia 1989 : 3).

Davis et Guarnaccia (1989 : 3) donnent comme référence la recherche de Dunk (1989) qui décrit *nevra* comme ayant à la fois des aspects normaux et anormaux, et celle de Guarnaccia et Farias (1988) pour qui *ataques de nervios* est le résultat d'une condition exacerbée de *nervios*, qui est elle-même vue comme une condition normale pour des gens sous stress. Pour ces derniers auteurs, ni *nervios* ni *ataques de nervios* ne sont vus par les Latinos (vivant en Amérique Latine) eux-mêmes comme étant des maladies.

Dans la section suivante, sera passée en revue chacune des maladies de 'nerfs', selon la culture où elles sont rencontrées. Ceci permet de, progressivement, mettre en évidence les articulations étroites qui lient le cadre conceptuel (cadre abordé ici notamment à travers

l'étude des 'nerfs') à la question de recherche, dont le thème central est la 'assabeyya, idiome de détresse mis en corps et en mots par les femmes rencontrées au Caire.

III.1.6.4. Exploration de chaque type de maladies de 'nerfs'

Les différents types de 'nerfs' qui seront revus ici sont *nervos* ou *nervoso*, *nervios*, *nevra*, *nerves*, *nierbi* et pour terminer *narfaza* ou 'assabeyya.

III.1.6.4.1. Nervos, nervoso

[...] class and gender inequalities, oppression and violence should not be interpreted as external forces that cause nervoso: they are part of a situation that matters and affects persons in such a mood, that discloses itself through it (Rabelo et Souza 2003 : 352).

Que représentent *nervos* et *nervoso* ?

Nervos ('nerfs') est une maladie populaire de la région du Nordeste du Brésil, associée à de l'anxiété et de la colère. Dans des situations sociales où autrement elles auraient eu un contrôle limité, les femmes de la classe ouvrière de cette région du Brésil utilisent leurs *nervos* pour changer le comportement des autres (Rebhun 1993 : 131) :

Rather than passively feel emotion or submissively suffer illness, women actively play with emotion and illness roles. A woman's manipulations are more or less successful, depending on her skill at orchestrating perceptions of her situation (Rebhun 1993 : 131).

D'après l'étude de Ngokwey (1995) dans la région de Feira au Brésil, il y a deux importantes utilisations du mot *nervoso* : Dans la première, *nervoso* peut être considérée comme étant un symptôme ou le corollaire d'une maladie ou d'une expérience traumatique. Pour la deuxième perspective, *nervoso* est une maladie en soi, une entité nosologique définie par une symptomatologie spécifique, une étiologie, un diagnostic et un traitement.

Description du nervoso

Trois catégories générales de symptômes peuvent-être distinguées des nombreuses descriptions de *nervoso* : symptômes corporels ou physiologiques, symptômes émotionnels ou psychologiques, et symptômes comportementaux ou sociaux.

Les symptômes corporels et qui incluent : (1) douleur et/ou sensation de brûlure dans certains organes spécifiques (en général cœur, cou, ventre) ou le long de tout le corps ; (2) tremblement des jambes ou du corps tout entier ; (3) manque d'appétit, manque d'air (dyspnée), manque de sommeil ; (4) vertiges, évanouissements ; (5) sensations que le sang s'échappe des veines ou fourmillement des jambes (Ngokwey 1995 : 399-400).

Les symptômes émotionnels expriment de l'agressivité ou de la dépression. De manière plus populaire, il y a deux sortes de *nervoso* : l'un est *nervoso* de colère ; l'autre est de tristesse. Le *nervoso* de colère inclut des symptômes tels que : fureur, rage, cris, haine, désir de tout casser dans une cuisine ou dans la maison, désir de mordre les gens ou de cogner la tête de quelqu'un contre les murs. Le *nervoso* de tristesse consiste en des crises de pleurs, anxiété, tristesse, insomnie, abattement, peur, crainte d'être seul ou de dormir seul (Ngokwey 1995 : 400).

Les symptômes comportementaux sont en général des manifestations de symptômes émotionnels dans les contextes d'interactions incluant disputes, bagarres, battre un enfant ou une femme, réactions agressives à tout bruit (notamment voix menaçante et haute) ou remarque agaçante.

La population à risque est les adultes et les femmes. L'affirmation voulant que les femmes aient plus de *nervoso* que les hommes, signifie que les femmes sont plus constamment sous un type de stress causant le *nervoso*, qu'elles vont plus l'utiliser comme stratégie, et qu'elles font plus attention aux symptômes qu'elles ressentent et à leur corps en général. En référence au degré de sévérité, il y a le *nervoso* modéré assez fréquent chez de nombreuses personnes, et le sévère qui cause beaucoup d'autres maladies aboutissant à la folie (Ngokwey 1995 : 401).

Causes du *nervoso*

Parallèlement au large éventail de symptômes de *nervoso*, il y a une impressionnante gamme d'explications étiologiques, des explications générales et d'autres plus spécifiques. Les explications générales sont : 'la vie quotidienne elle-même', les 'soucis de la vie' ou

des événements précis (bagarre, déception, etc.). Les explications spécifiques comprennent celles appartenant au domaine du naturel (problèmes liés au corps), ou psychosocial (problèmes émotionnels), ou socioéconomique (rôle du stress³⁸, problèmes liés au travail), et même supranaturel (interventions spirituelles, vibrations négatives, et mauvaises ‘humeurs’) (Ngokwey 1995 : 401).

Les exemples donnés par Ngokwey (1995 : 400) sont ceux d’une dame qui explique son *nervoso* en faisant référence à son rôle d’épouse d’un mari impossible ; une autre dame relie son *nervoso* à la grossesse, et enfin une autre considère que son *nervoso* est causé par le fait d’avoir à prendre soin de son enfant atteint de poliomyélite. Une dernière dame commentant sur son *nervoso* (maman d’un enfant épileptique et intellectuellement attardé), pose cette question rhétorique : « *Comment peut-on échapper au nervoso avec une croix pareille ?* » (Ngokwey 1995 : 400 ; traduction libre).

Dans l’ethnographie de Rabelo et Souza (2003), les femmes, dans les situations qui induisent un état de *nervoso*, font référence à la difficulté d’élever les enfants dans un contexte d’extrême pauvreté (Rabelo et Souza 2003 : 351), à la souffrance induite par la trahison et l’abandon de leur compagnon, aux problèmes qui criblent la vie de leurs familles et de leurs enfants qui ont grandi (Rabelo et Souza 2003 : 352). Quant aux hommes, les causes communément incriminées pour le *nervoso* chez sont les dures conditions de travail et les relations tendues avec les superviseurs et les collègues de travail, en plus de la fatigue physique et psychologique qui en résulte (Rabelo et Souza, 2003 : 352). Ces exemples indiquent que le rôle du stress dans le *nervoso* est important, surtout chez la femme, car les normes de culture locales attribuent à la femme la quasi-absolue exclusive responsabilité de la gestion quotidienne du ménage, d’où la perception générale que les femmes sont plus enclines au *nervoso* que les hommes ; toutefois, ceci ne veut pas dire que les hommes n’ont pas de *nervoso* causé par le stress (remarque faisant écho à l’étude de Migliore (1994) sur ‘les nerfs’ des hommes parmi les hommes siciliens-canadiens). En effet, alors que le rôle du stress chez les femmes est surtout à l’intérieur de la maison ou

³⁸ Différentes sortes de rôle pour le stress sont utilisées comme explications pour *nervoso* (Ngokwey 1995 :400).

lié à la maison, le rôle du stress chez les hommes est surtout à l'extérieur de la maison et lié au travail (Ngokwey 1995 : 400).

Aspects ethnopsychiatriques du *nervoso*

Pour une première approche du sujet, l'anthropologie médicale nord-américaine a interprété *nervoso* ou *nervos* comme une catégorie de détresse et a privilégié les comparaisons avec les classifications psychiatriques (Clark 1989 ; Davis 1989 ; Davis et Guarnaccia 1989 ; Duarte 1993 ; Lock 1990 ; Low 1989b ; Low 1994 ; Jenkins 1988 ; Scheper-Hughes 1992 cités dans Rabelo et Souza 2003 : 334). En effet, *nervoso* lorsqu'il est vu par des praticiens biomédicaux, est traité habituellement comme une névrose, une douleur psychogène, de l'anxiété, ou un trouble de l'adaptation (Ngokwey 1995 : 401) :

How can we understand the *nervoso* that afflicts women, the past that gives it shape, and the transformations that this experience undergoes throughout the course of their lives? In other words, what is the relationship between an experience (like that of *nervoso*) and the totality of life? [...] it is only when we situate the experience of *nervoso* within the temporal frame of life that we can truly understand it – that is, grasp it as part of a movement that involves both recovery and creation of meaning? (Rabelo et Souza 2003 : 334).

Pour une approche plus spécifique, Rabelo et Souza (2003) étudient les aspects ethnopsychiatriques de *nervoso* et avancent qu'une importante composante de *nervoso* est l'absence d'harmonie entre le sens de Soi et le contexte. Cette absence d'harmonie s'exprime à travers une oscillation entre crises de colère et sens aigu de détachement du contexte. La colère, qui peut inclure une sensation d'agonie et d'agacement, peut être déclenchée par des événements ressentis intensément comme étant insurmontables, Le sens de détachement peut être marqué par une sensation de baisse de contact avec le monde autour et avec la réalité (Rabelo et Souza 2003 : 351). *Nervoso* semble prendre la personne par surprise, et les situations les plus banales apparaissent comme n'étant plus familières. Ce sens d'étrangement est exprimé à travers une variété de métaphores corporelles : « *la tête grandit, la peau se chauffe, un feu brûle à l'intérieur, le visage se rétrécit et le corps se réduit* » (Rabelo et Souza 2003 : 351 ; traduction libre).

Les métaphores corporelles à travers lesquelles les femmes décrivent leur condition, jettent la lumière sur le caractère *embodied* de l'expérience vécue (Jenkins et Valiente 1994 ; Low 1994 cités dans Rabelo et Souza 2003 : 351). Ces expériences se déroulent en toile de fond d'évènements critiques personnels tout en faisant partie, d'un contexte social, politique et économique plus vaste qui affecte la vie des femmes de différentes manières (Rabelo et Souza 2003 : 351).

Dans les récits rapportés par Rabelo et Souza (2003 : 352 ; traduction libre), il y a une relation étroite entre le *nervoso* des femmes et la notion de faiblesse morale.

In the wider context of their life trajectories, the mood of *nervoso* discloses a situation that threatens this established mode of being-in-the world-with-others, a situation that seems to be closed to the possibilities of the past. [...] Apparently disconnected from both the past and the future, the present seems to grow disproportionately: the women's *nervoso* is thus a feeling that their grounding in the present no longer opens up to shared possibilities of action and interaction. (Rabelo et Souza 2003 : 354).

Cette notion d'impuissance et de faiblesse morale touche trois domaines : (1) un sens d'échec dans leur rôle familial ; (2) un affaiblissement physique et (3) une perte de leur autodétermination :

(1) **un sens d'échec dans leur rôle familial** : chez les femmes de la région du Brésil rencontrées par les auteurs Rabelo et Souza (2003), le *nervoso* est lié à l'échec de remplir une position bien définie d'épouse et de mère à l'intérieur de la famille. Leur *nervoso* est lié à un contexte de 'violation de liens' à l'intérieur de la famille (surtout avec leur partenaire), marqué par un sens d'affaiblissement né du sentiment d'être privée ou déconnectée d'un réseau bien défini de relations de réciprocité (avec leur partenaire) d'où devrait émerger leur propre identité en tant que femmes. Tout le long de leur vie, il y a une menace perpétuelle de l'affirmation claire et bien délimitée de leur rôle en tant qu'épouses et mères, car souvent trahies et abandonnées par leurs partenaires, négligées par leurs parents et fratries, et rendues seules responsables de fournir et de prendre soin de leurs enfants. Le modèle familial idéal, basé sur des relations clairement délimitées du rôle des hommes et des femmes, est demeuré éloigné de leur vie, comme un espoir dont elles se sont vite aperçues de l'impossibilité d'atteindre et de réaliser (Rabelo et Souza 2003 : 352-353 ; traduction libre) ;

(2) **l'affaiblissement du corps est un autre aspect de l'affaiblissement moral.** L'histoire derrière *nervoso* est celle d'une perte de beauté, de vitalité marquée par un contraste pointu entre un passé (où les femmes étaient rondes et attirantes,

désirées et jalosées), et le présent (où elles se voient maigres, osseuses et fatiguées). Dans les récits des femmes, ces nouveaux aspects ne sont pas simplement imposés à leurs corps par le temps passant comme un flot naturel mais plutôt comme une consommation, un déroulement d'évènements qui s'inscrivent avec force dans un corps en y laissant des traces. Ces femmes ne font pas uniquement allusion, en parlant de la déchéance du corps, à un processus naturel d'âge, mais à quelque chose qui leur a été imposée par les préoccupations, les déceptions, le travail et par la violence infligée à leur corps. Cette déchéance et cette désintégration incluent une transformation d'un corps-sujet actif en un corps passif, coupé du monde, devenu objet de maladie et de traitement (Rabelo et Souza 2003 : 353 ; traduction libre).

(3) Un examen plus rapproché des récits des femmes montre que l'affaiblissement *nervoso* qui les touche est lié tout d'abord à **la perte de leur autodétermination** et non seulement à la fragilisation des liens à l'intérieur du cercle familial élargi, ni à la difficulté d'atteindre un idéal culturel dominant de la famille (et un idéal bien défini du rôle des hommes et des femmes que ce modèle implique) (Rabelo et Souza 2003 : 353 ; traduction libre).

Pour Rabelo et Souza, (2003 : 357-358), la force et le courage de ces femmes à défendre leur bien-être et celui de leurs enfants, traits de caractère qui définissaient leur identité, se sont transformés en irritabilité, colère, et manque de contrôle, aspects caractéristiques du *nervoso*. Pour les auteures, *nervoso* n'est pas un état choisi librement, ni une stratégie d'adaptation dessinée par le sujet. En effet, les conditions qui mènent au développement de *nervoso* et les sensations qui lui sont liées, font partie d'un héritage qu'elles ont reçu du fait de leur appartenance à une certaine tradition. Ceci fait naître en elles un sentiment de désespoir et de démotivation, le présent semble être complètement dessiné par le *nervoso*, qui paradoxalement, et malgré les crises de colère (crises dirigées contre les personnes qui leur ont fait du tort ou contre une situation décourageante), *nervoso* porte en lui une perspective d'avenir, quoique floue (Rabelo et Souza 2003 : 357) :

[...] the meaning of *nervoso* as lived experience must be sought in a past that is recovered as a set of inherited possibilities which open a certain direction in the future, although in ways that are often too ambiguous and vague to hold the status of clear-cut plans. (Rabelo et Souza 2003 : 358).

Non sans lien avec le *nervoso*, le concept de *nervios* sera le deuxième exemple de maladie de 'nerfs' qui sera abordée.

III.1.6.4.2. *Nervios*

La plupart des études sont focalisées sur les populations hispaniques non-indigènes ('latinos') d'où la dimension ethnique dans la reconnaissance et la divulgation de *nervios*. Low (1989a) suggère que *nervios* est peut-être le terme utilisé par les populations urbaines/*ladinos*³⁹ pour ce que les personnes rurales/indigènes appellent *susto* (Baer et al. 2003). *Nervios* est essentiellement constitué de symptômes non-somatiques, et semble atteindre plus les femmes que les hommes. *Nervios* est causé par des émotions et des problèmes interpersonnels. Son traitement est essentiellement spirituel (bien que le traitement par les psychologues et les médecins soit recommandé) et ce, car la littérature suggère que *nervios* n'est pas considéré comme étant une 'maladie mentale' par les populations latino-américaines étudiées par Baer (1996 cité dans Baer et al. 2003 : 331). La cause de *nervios* est attribuée à la colère, au deuil, à l'anxiété, aux pilules contraceptives, à d'autres maladies, à la naissance d'un enfant, aux problèmes relevant du quotidien, au *susto*, et à d'autres problèmes stressants.

Classification des symptômes liés au *nervios*

The folk illness *nervios* is so widely reported across many contrasting regional, linguistic, and demographic barriers that it defies description as a "Culture-Bound Syndrome" (Guarnaccia 1993). *Nervios* is consistently described as a culturally approved reaction to overwhelmingly stressful experiences, especially concerning grief, threat, and family conflict. However, it has been suggested that the way the illness is experienced and conceptualized may vary across cultural groups (Guarnaccia 1993 cité dans Baer et al. 2003 : 317).

Les conditions liées aux 'nerfs' sont les plus communément décrites parmi les populations latinos dans les deux Amériques. Kohrt et al. (2014 : 367) en dépeignent une classification très détaillée commençant par : une nervosité socialement acceptable, *ser una persona nerviosa* (être une personne nerveuse) ; *padecer de los nervios* (souffrir des nerfs) est plus sérieux ; les *ataques de nervios* (les attaques de nerfs) ont une plus grande sévérité et sont caractérisées par des facteurs de stress sociaux qui déclenchent une perte de contrôle sur le comportement, une dissociation, des actes violents contre soi et les autres, de la colère et une souffrance physique. Une maladie des 'nerfs' plus sévère peut entraîner de la 'folie'

³⁹ *Ladinos* : Population d'Amérique latine non-indigène parlant espagnol (Baer et al. 2003 : 317).

(*loco*). Ces conditions liées aux ‘nerfs’ sont associées à des symptômes neurologiques non-expliqués, des problèmes physiques et une défaillance fonctionnelle indépendante de leur association à une maladie psychiatrique.

Ataque de nervios a fait l’objet de nombreuses recherches anthropologiques (Lizardi et al. 2009 ; Oquendo et al. 1992). *Ataque de nervios* (crise de nerfs) selon l’American Psychiatric Association (2013d) est un syndrome chez les personnes d’origine latino-américaine, caractérisé par des symptômes d’intense détresse émotionnelle, comprenant angoisse aiguë, colère, sentiment de deuil, cris et hurlements incontrôlables, attaques de larmes, tremblements, chaleur dans la poitrine qui monte à la tête, et une agressivité verbale et physique. Des expériences dissociatives (dépersonnalisation, déréalisation, amnésie), des épisodes de pseudo-épilepsie ou d’évanouissement, et des gestes suicidaires sont proéminents dans certaines attaques et absents dans d’autres. Kohrt et al. (2014 : 367) précisent que les symptômes de *ataques de nervios* peuvent ressembler à certains symptômes des crises d’angoisses ou du trouble panique, tout en mettant l’accent sur un sentiment de soulagement chez certains après une attaque, différenciant ainsi *ataques de nervios* des crises d’angoisse. Un des aspects généraux d’*ataque de nervios* est le sens de perte de contrôle. Les attaques arrivent fréquemment à la suite d’évènements stressants liés à la famille, comme le décès d’un proche, des conflits avec l’époux ou les enfants, ou être le témoin d’un accident frappant un membre de la famille. Pour une minorité d’individus, il n’y a pas d’évènements sociaux qui déclenchent les *ataques*, mais c’est plutôt leur expérience accumulée de souffrance qui les rend plus vulnérables à perdre le contrôle de leurs ‘nerfs’ (Davis et Guarnaccia. 1989 : 3 ; Guarnaccia et al. 1993 ; Guarnaccia et al. 1996 ; Lewis-Fernández et al. 2010 cités dans American Psychiatric Association 2013d).

Et avant de se demander si la description de l’*ataque de nervios* est l’équivalent culturel de l’épisode dissociatif du TPL survenant après un choc émotionnel de séparation d’un proche et, dans le même élan, si ‘les nerfs’ présentent des convergences avec le concept de ‘*assabeyya* au Caire, il serait intéressant de d’abord passer en revue les différentes présentations du *nervios* à travers les cultures d’Amérique Latine.

Présentations du *nervios* à travers les cultures d'Amérique Latine

Nervios, pour décrire une condition affectant 'les nerfs', a été décrit par de nombreux auteurs dans différentes populations d'Amérique Latine, que celles-ci vivent dans leurs pays d'origine ou dans des pays d'accueil : Kohrt et al. (2014) décrivent *nervios* dans les populations latino-américaines vivant dans les deux Amériques ; Baer et al. (2003) font une étude comparée de *nervios* chez les populations mexicaines, mexicaine-américaines, portoricaines et guatémaltèques ; Kay et Portillo (1989) décrivent le *nervios* des veuves d'origine mexicaine vivant aux États-Unis pour savoir s'il est la manifestation de symptômes dysphoriques de deuil suite à la perte de leur mari ; Koss-Chiono (1989) et Guarnaccia et al. (2003) au Porto-Rico ; et enfin, Low (1981) au Costa-Rica, Barnett (1989) au Pérou et Low (1989a) au Guatemala. »

Au Guatemala, *nervios* est conçu et traité comme une maladie plutôt qu'un symptôme, et selon Low (1989a: 24) « [...] *is associated with experiencing strong emotions, particularly anger and grief or sorrow, and with problems related to reproduction and child rearing* ». Les femmes sont plus atteintes de *nervios* que les hommes, ce qui suggère que la condition est liée à des préoccupations liées au genre en général et aux émotions fortes en particulier (Low 1989a : 24).

Au Porto-Rico, des variations dans les expériences de femmes portoricaines diagnostiquées comme ayant un trouble anxieux, traitées par des psychiatres, des médecins ou des guérisseurs traditionnels sont décrites par Koss-Chiono (1989 cité dans Guarnaccia et al. 2003 : 343). Leurs plaintes communes sont examinées comme étant des éléments symboliques essentiels. Ces éléments symboliques sont structurés, organisés selon le contexte culturel et centrés autour de traumatismes personnels, d'événements de vie stressants, de réactions sociales et personnelles, et d'attentes concernant notamment le traitement et l'évolution de la maladie. Beaucoup de ces femmes rapportent être 'nerveuses', 'malades des nerfs', ou avoir eu '*ataque de nervios*' (crise de nerfs).

Guarnaccia et al. (1989) et Lewis-Fernandez (1995), cités dans Guarnaccia et al. (2003 : 347) ont trouvé que les Portoricains différencient entre les catégories et les expériences de *nervios* :

(1) *Ser nervioso* (être une personne nerveuse), résultat d'expériences traumatiques de souffrance, commence en général pendant l'enfance et dure toute la vie. Les symptômes incluent une tendance à pleurer facilement, à avoir mal à la tête, à l'estomac, ainsi que la manifestation de colère et de violence, surtout chez les hommes. Les traitements recommandés sont l'ingestion de thés, aide de la famille, des prêtres, des psychologues et des psychiatres ;

(2) *Padecer de los nervios* (souffrir des 'nerfs') est plus une maladie, associée à la dépression (bien qu'il y ait une atteinte physique aussi). Problèmes conjugaux et autres problèmes de la vie sont décrits comme étant la cause, et en général se développe à l'âge adulte. Cette condition est considérée comme étant une forme de maladie mentale et l'aide des médecins, psychologues et psychiatres est recommandée ;

(3) *Ataques de nervios* (attaques de nerfs) touche plus les femmes, ont lieu suite à un évènement stressant souvent dans le contexte familial (la mort d'un proche), la personne devient alors 'hystérique' et 'hors contrôle'.

Au Mexique, comme dans tous les pays d'Amérique Latine, il y a une importante prévalence de *nervios* parmi les femmes, due à leur position sociale plus défavorisée. En effet, *nervios* est retrouvé chez les femmes stressées, abusées, harcelées et/ou négligées dans les régions rurales du Mexique (Davis et Low, 1989b et De Snyder et al. (2000) cités dans Finkler 1991 : 43). Dans les populations mexicaines, *nervios* est simultanément une explication de la maladie, un symptôme de la maladie et un état de maladie. Cependant, ceux qui souffrent des symptômes de *nervios* rapportent une large variété de symptômes, principalement non-somatiques, incluant sentiments de désespoir, mal de tête, douleur de poitrine, douleurs abdominales, tension artérielle (haute ou basse), et diverses préoccupations familiales, sociales, politiques et économiques (Finkler, 1989 ; De Snyder et al. 2000 cités dans Finkler 1991 : 43). Toujours au Mexique, *nervios* n'est pas considéré comme étant une maladie mentale. Les causes du *nervios* incluent les problèmes d'argent, nourriture, travail ainsi que les accidents (Baer et al. 2003 : 318).

Barnett (1989 : 159) fait une description très riche des difficultés des 'nerfs' chez les femmes dans une petite ville du Pérou, et les classent en deux entités : *nervios* (un

symptôme) et *Nervios* (une maladie) selon l'âge de la femme. Une jeune femme avec des symptômes d'anxiété sera diagnostiquée comme étant *nervios*, une condition temporaire attribuée à un épisode unique de tension artérielle élevée, tandis que les femmes ménopausées avec des symptômes similaires auront une maladie spécifique *Nervios*. 'Les nerfs' peuvent être interprétés comme étant une maladie féminine et dans la ville où se déroule l'étude, *Nervios* est un *culture-bound disorder* de femmes ménopausées. *Nervios* pour les femmes et *susto* pour les hommes car en effet il semble que la plainte de 'nerfs' ait souvent été associée aux femmes plutôt qu'aux hommes dans la littérature anthropologique. Certains anthropologues avancent l'hypothèse que 'les nerfs' sont présents aussi fréquemment chez les hommes (mais non reportés à cause de pressions culturelles) où les mêmes symptômes présentés par les femmes peuvent être désignés ou décrits différemment pour les hommes dans certaines cultures. Low (1981 cité dans Barnett 1989 : 163 ; traduction libre), a suggéré que : « [...] *les hommes nomment leurs symptômes des 'nerfs' en tant que susto (la maladie de la peur) dans certaines sociétés d'Amérique Latine* ». Il semble que dans certaines cultures, la plainte spécifique que représentent 'les nerfs' peut être définie comme une condition féminine, alors que *susto* prévaut chez les deux genres. On apprend peut-être aux hommes d'autres façons de manifester l'anxiété, où ils ne sont donnés qu'un seul diagnostic, le *susto* alors qu'il y en a trois chez les femmes : *susto*, *Nervios*, ou *nervios* (Barnett 1989 : 169). Dans la région du Pérou étudiée par Barnett (1989: 169): « [...] *women are diagnosed as having susto, Nervios, or nervios on the basis of their age and whether or not they can identify a precipitating event, rather than on the basis of any particular symptom complex.* »

Concernant *nervios* et ses corrélations biomédicales, la distinction entre *nervios* (le symptôme) et *Nervios* (la maladie) peut- être comprise par analogie. En effet, dans les sociétés occidentales, la plainte subjective du patient se plaignant de souffrir de tristesse et l'entité diagnostique 'dépression' est différenciée par le psychiatre ; et l'on s'attend à ce que la personne qui se sent déprimée demeure fonctionnelle dans la société et qu'elle récupère d'elle-même, alors que la personne souffrant de dépression souvent se plaint d'une diminution de sa capacité à interagir socialement et doit parfois bénéficier d'une surveillance clinique si elle a des idées suicidaires. Pour le cas des maladies de 'nerfs'

décrites par Barnett (1989 : 164), on s'attend à ce que la jeune femme continue ses obligations habituelles tandis que la femme plus âgée doit être sous étroite surveillance au cas où elle devienne 'folle'.

Expressions corporelles et comportementales de *nervios*

Contrairement aux États-Unis où les troubles émotionnels sont séparés et distincts des maladies physiques, au Pérou toutes les maladies sont organiques. Pour les jeunes femmes, le symptôme *nervios* est souvent reporté comme étant une pression dans la tête ou des battements importants de cœur, ressemblant à un épisode hypertensif aigu et autolimité, alors que la plupart des personnes interviewées en fait ne souffraient pas d'hypertension artérielle ; tandis que les femmes souffrant de *Nervios* identifiaient des épisodes de rechute de *Nervios* durant les années de leur ménopause (plus que tout autre symptôme de ménopause), et pendant ces épisodes, la femme souffrant de *Nervios* 'n'agit pas normalement', se sent souvent 'ennuyée', un sentiment qui peut mener à la folie s'il n'est pas traité (Barnett 1989 : 164). Dans chacune des deux situations, la femme dit qu'elle est 'hors-contrôle' et qu'après elle a des remords (Barnett 1989 : 166) :

[...] menopausal women suffering from Nervios reported a variety of manifestations often using idiomatic expressions: muy mal de humor (very bad humor), grita los hijos (yelling), pega otras (hitting others), fastidia (finding fault with everything), and colera (anger) (Barnett 1989: 165).

Contrairement aux femmes souffrant de 'nerfs' aux États-Unis auxquelles sont prescrites des hormones, ici ce sont les calmants qui sont prescrits (Davis 1983 cité dans Barnett 1989 : 166).

Pouvoir politique de *nervios*

Comme précisé auparavant, les nerfs ont un pouvoir 'politique' souvent utilisé par les femmes. C'est ce qu'évoque Barnett (1989) dans sa recherche qui décrit que *Nervios est aussi* utilisé comme instrument de pouvoir social et familial. Les femmes souffrant de *Nervios* ou de *nervios* ont souvent des besoins urgents de se distraire, de sortir avec des amies, ou d'aller au cinéma, pour ne pas devenir folles. Et pour les femmes plus âgées, ce sont souvent leurs fils aînés qui payent pour leurs séances de cinéma (Barnett 1989 : 166).

La fonction sociale la plus importante servie par le *Nervios* est le transfert du contrôle du mari à la femme, car à travers le *Nervios* dont elle 'souffre', et pour qu'elle aille 'mieux', il est requis du mari qu'il la traite bien et qu'il fasse preuve de beaucoup de sollicitude pour qu'il puisse être assuré qu'elle ne le quitte pas. De même, les fils aînés commencent à ce même moment à devenir les principaux pourvoyeurs financiers de la famille à la place des pères. Conséquemment, les femmes, souffrant de *Nervios*, à travers leur fils, commencent à assumer une nouvelle position de pouvoir en contrôlant les ressources financières de la famille. De plus, afin d'éviter que les femmes 'ne perdent la tête', les hommes permettent aux femmes atteintes de *Nervios* de se déplacer librement, et aussi de rester seules si elles le désirent (le besoin d'avoir un espace personnel est un signe classique de *Nervios*) quitte à maintenir leur statut de femmes souffrant de *Nervios* pour préserver cet espace (en effet beaucoup de ces femmes maintiennent les liens familiaux avec les maris uniquement pour les enfants, et se plaindre de *Nervios* leur donne le droit d'avoir des activités solitaires sans qu'elles ne soient mal jugées) (Barnett 1989 : 167). Une des manifestations très fréquente de *Nervios* est la *irritabilidad* (irritabilité), les enfants feront tout pour l'éviter chez leur mère en se comportant bien quand les mères ont *Nervios*. Pour toutes ces raisons citées : « *Nervios thus functioned to preserve the family, as valued by society, and provided an acceptable alternative to divorce* » (Barnett 1989 : 168).

Pour conclure, cette section sur *nervios*, l'on peut citer Baer et al. (2003 : 334) :

Nervios (and possibly other folk illnesses) needs to be investigated in terms of its relationship to stress, depression, physiological symptoms, and mortality. We cannot continue to assume the separation of the health problems of the mind and the body when the evidence suggests that such a division may just be an artifact of our own creation, which obscures rather than illuminates the reality of patterns and causality of human illnesses.

En effet comme Baer et al. (2003 : 334) le soulignent, il est important de considérer *nervios*, comme tous les idiomes de détresse liés aux nerfs, non seulement comme un symptôme physique mais surtout comme un idiome de détresse exprimant une souffrance plus globale, une souffrance essentiellement sociale et économique, voire existentielle.

L'idiome de détresse suivant, lui aussi lié aux nerfs est *nevra*, décrit parmi les populations grecques.

III.1.6.4.3. Nevra

Nevra est le mot grec de ‘nerfs’. *Nevra* est un vaste concept qui exprime un large éventail de symptômes. Il sert de moyen culturellement toléré d’exprimer des émotions qui ne seraient pas acceptées autrement. Plusieurs auteurs ont publié des recherches à ce sujet notamment chez les populations grecques vivant en Amérique du Nord (Clark 1989 ; Dunk 1989 et Lock 1990). Dunk (1989 : 29-45), notamment, avance que *nevra* (forme de détresse psychosociale), vécue par beaucoup de femmes grecques vivant à Montréal, est un phénomène dû aux conditions de travail difficiles, aux bas salaires et aux relations tendues entre les hommes et les femmes au sein de la communauté grecque. Dunk (1989) met l’accent sur la somatisation de *nevra* parmi cette communauté. En effet, bien qu’il soit accompagné de mélancolie et de colère, les femmes grecques expliquent leur problème de *nevra* en termes de plaintes physiques, d’état d’hypervigilance continu, de douleurs aiguës, de douleurs au niveau du cou et des épaules, et un mal de tête et des vertiges (Davis et Guarnaccia 1989 : 3).

Dans un autre contexte, Clark (1989 : 103) discute le modèle populaire de *nevra* dans la région de Methana en Grèce. Celui-ci exprime à travers ses symptômes, la contradiction de l’idéal de solidarité (central à l’idéologie familiale locale) avec la réalité des conflits interpersonnels dans la vie quotidienne ainsi qu’avec la rapidité des changements socioéconomiques.

En comparant les résultats de *nervios* obtenus en Amérique Latine et ceux des nerves aux États-Unis, Dunk (1989) rejoint ce que propose Low (1985), à savoir, que ‘les nerfs’ doivent être vus comme un symptôme interprété culturellement et non pas comme un syndrome culturellement lié (CBS). Ceci signifie que ‘les nerfs’ représentent un syndrome vécu universellement mais de manières culturellement différentes tandis que le CBS est un syndrome qui n’est retrouvé que dans une culture spécifique comme le *dhat* en Inde par exemple (Bhatia et Malik 1991). Dunk (1989) met aussi l’accent sur l’importance des conditions sociales et matérielles et des relations de genre lors d’interprétations culturelles, à défaut desquelles il y a une médicalisation.

La maladie de ‘nerfs’ est aussi bien présente dans les cultures européennes et américaines. Elle porte le nom de *nerves* et elle sera passée en revue dans la section suivante.

III.1.6.4.4. *Nerves*

La conceptualisation médicale, le diagnostic, et le traitement des maladies, surtout celles touchant les femmes et leurs ‘nerves’, ont toujours été grandement affectés par l’idéologie de genre (Davis et Whitten 1988 ; Halbreich et al. 2007 ; Low 1985 cités dans Davis et Guarnaccia 1989).

Historiquement, les noms des maladies liées aux ‘nerves’ ont évolué de la possession démonique, au tarentisme, à l’hystérialgie, à l’hystéro-épilepsie, à la neurasthénie, à l’hypochondrie, à la nervosité et à la névrose. Les étiologies étaient tout d’abord de cause utérine puis l’accent a été mis sur les causes psychologiques. Bien que les noms et les étiologies des maladies liées aux ‘nerves’ aient changés, il n’en demeure pas moins que certains des aspects primordiaux de ces maladies sont demeurés stables. Ces aspects demeurés constants sont : le genre des personnes souffrant de ces maladies ainsi que leurs symptômes. Les deux explications étiologiques évoquées ont contribué à la perception des femmes comme étant physiologiquement et émotionnellement vulnérables et imprévisibles. À la fois historiquement et de manière contemporaine, la dénomination médicale des maladies des ‘nerves’ concernant les femmes, et leurs traitements, reflètent l’interaction entre l’évolution de l’information scientifique (en fonction des nouvelles données de recherche) et les relations de genre (culturellement construites). Au-delà du savoir médical et scientifique, les prétentions et ‘les preuves’ de la susceptibilité des femmes à souffrir de ‘débilité nerveuse’ continuent d’inclure des affirmations qui reflètent et perpétuent des croyances profondes concernant notamment : la physiologie des femmes et des hommes, leur différente nature et les paramètres permettant de juger si les comportements de ces femmes sont acceptables ou pas. (Cayleff 1988: 1199 ; traduction libre).

Le cinquième exemple de la maladie des ‘nerfs’ est retrouvé dans des populations italiennes et est appelé *nierbi*.

III.1.6.4.5. *Nierbi, Nirbusu*

Nierbi est le nom sicilien pour ‘nerfs’ et désigne les muscles, les tendons, les ligaments. *Nirbusu* fait référence à un sentiment de nervosité. Les Siciliens-canadiens utilisent le terme *Nirbusu* pour décrire deux états de déséquilibre liés l’un à l’autre : le premier est une perte temporaire du contrôle émotionnel, et le deuxième est une maladie populaire qui est considérée comme étant plus sévère et

de plus longue durée. La maladie populaire arrive seulement comme complications à *nirbusu*. La phase initiale de *nirbusu* peut être due à diverses causes notamment : une faible constitution physique faible, un accident ou une atteinte du *nierbi*, une préoccupation, des émotions fortes et conflictuelles, une situation stressante. Comme résultat de ces facteurs, la personne développe un état émotionnel caractérisé par un fonctionnement anormal des *nierbi*, un mal fonctionnement du système circulatoire, une labilité émotionnelle et un raisonnement perturbé. Si cet état émotionnel n'est pas contrôlé, l'individu développe *nirbusu*, la maladie populaire. (Migliore 2001 : 105 ; traduction libre).

En somme, cinq déclinaisons possibles du concept culturel de 'nerfs' (*nervoso*, *nervios*, *nevra*, *nerves* et *nirbusu*) viennent d'être explorées, avec des exemples issus de cultures différentes. Ces déclinaisons affectent, pour la plupart, des femmes qui expriment, à travers les nerfs leur souffrance diffuse, souffrance reflet des nombreuses situations stressantes, voire traumatiques, qu'elles vivent. La '*assabeyya*, comme mentionné au préalable, est un idiome de détresse arabe local, retrouvé dans des situations traumatiques et stressantes. Une revue de littérature détaillée de la '*assabeyya* sera présentée dans la prochaine section.

III.1.6.4.6. 'Assabeyya ou narfaza

Dans cette partie, et à partir de la littérature disponible, seront définis les caractéristiques de la '*assabeyya* ou *narfaza*, ainsi que ses différentes significations, ses causes et ses diverses manifestations. Une interprétation de la '*assabeyya* selon une approche anthropologique médicale interprétative et critique sera aussi présentée. Par la suite sera explorée la notion de *al mazaj al 'assaby*⁴⁰, qui est une classification de la '*assabeyya* selon la médecine unani à partir de laquelle sera abordée la notion de 'tempérament'.

Le mot '*assabeyya* est dérivé du mot '*asab* en arabe littéraire, et est aussi utilisé en arabe dialectal égyptien. '*Asab* signifie à la fois nerf et lien familial (Dictionnaire Poche 2008; Larousse 2008), conséquemment, '*assabeyya* a deux significations. La première signifie solidarité, cohésion sociale ou tribalisme (comme mode d'organisation sociale et politique tel que définie par Ibn Khaldun (1986)), et il lui sera fait allusion, par la suite dans le texte, par l'expression '*assabeyya* khaldunienne (Çaksu 2007 ; Charnay 2003 ;

⁴⁰ Le tempérament nerveux.

Darling 2007 ; Ibn Khaldun 1934). Cette notion, ainsi que sa portée anthropologique, seront discutées dans la deuxième partie de ce chapitre :

For Ibn Khaldun, group solidarity, or *assabiyeh*, played a critical role in the formation of kingdoms and societies. The root of the word is 'nerve', the bond by which a group is connected (Goodman 1972 cité dans Katsiaficas 2014 : 329). The family is the first and most significant domain in which *assabiyeh* operates most naturally. For Ibn Khaldun, urban life explains why Arabs lost their group solidarity, "Later on, sedentary Arabs mixed with Persians and other non-Arabs. Purity of lineage was completely lost, and its fruit, group feeling, was lost and rejected". (Ibn Khaldun 1986 cité dans Katsiaficas 2014 : 329).

La deuxième signification de *'assabeyya* est celle liée à la notion de nerfs et elle sera abordée ici. Celle-ci représente un état émotionnel permanent qui peut être traduit : en français par nervosité, en anglais par *irritability* ou *nervousness*, *nervios* en espagnol (Baer et al. 2003 ; Barnett 1989 ; Lewis-Fernández et al. 2010 ; Schechter et al. 2000), *nervoso* en portugais (Scheper-Hughes 1988) et *nevra* en grec (Clark 1989). Un synonyme de *'assabeyya*, en égyptien dialectal, est d'ailleurs *al narvaza* ou *al narfaza* qui vient du mot *nervous*.

'Assabeyya ou *'assabeyyah* est aussi l'adjectif féminin de *'assaby* et peut décrire une femme *'assabeyya* (une femme nerveuse), *shakhseya 'assabeyya* (personnalité nerveuse) ou un *mazaj asabi* (tempérament irritable, coléreux, nerveux). De même, l'on peut utiliser *narfouz (narvouz)* ou *narfouza (narvouza)* pour désigner un enfant, un homme ou une femme comme étant *'assaby* ou *'assabeyyah* (Davis 1989 ; Krieger 1989). La *'assabeyya* peut se combiner à d'autres états tels que : *Hāla 'assabeyya* signifiant un état nerveux rappelant le *nervios* ; *nawba 'assabeyya* signifie crise de 'nerfs' ou *ataque de nervios* et *enheyār 'assaby* qui fait référence à un état de choc nerveux qui rappelle le *susto*. Par ailleurs, *al ta'asoub* signifie fanatisme, et *al 'osba* signifie association, regroupement, groupe. Le verbe ou l'action de s'énervier se décline comme suit : *yet'asab* ou *tet'asab* ou *tetnarfez*.

Dans un admirable travail de validation de la version en arabe dialectal irakien du Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) développé par Mollica et son équipe (Mollica et al. 1992), Shoeb et al. (2007) font référence à quelques idiomes de détresse, dont *al 'assabeyya*,

utilisés par les réfugiés irakiens et retrouvés dans d'autres dialectes arabes, dont le dialecte égyptien, et portant les mêmes significations psychosociales. Shoeb définit '*assabeyya* ou être 'assaby ou '*assabeyya* comme suit :

Asabi: In Arabic, *asab* means 'nerves' and the idiom of *asabi* refers to feelings of nervousness and irritability which can result in irritability or lack of patience in interpersonal relationships. (Shoeb et al. 2007 : 457).

Dans le contexte égyptien '*assabeyya* est définie comme étant :

Belief in the unity of mind and body among poor working class women in metropolitan Cairo is exemplified by the 'state of being upset', which is often expressed in physical symptoms. (Krieger 1989 : 182).

Oum Ramadan, femme égyptienne, d'un quartier populaire du Caire est rendue *nerfiza* ou '*assabeyya* par l'abus de son mari (Krieger 1989). Son cas illustre la relation entre son bouleversement émotionnel et sa maladie physique, et comment elle utilise sa maladie (d'origine psychosomatique) pour gagner la sympathie et cibler sa revanche contre son mari. Krieger (1989 : 181), dans sa recherche inspirée par Oum Ramadan, analyse l'expression de ses symptômes en termes de contraintes culturelles sous-jacentes placées sur les femmes et les tensions inhérentes aux relations locales entre les genres : « [...] *s'occuper de plusieurs jeunes enfants bruyants va faire qu'une femme se sente nerfiza* [...]. *Un mari violent, autoritaire peut faire qu'une femme soit bititkhala' or nerfiza* » (Krieger 1989 : 183 ; traduction libre). D'après Krieger (1989 : 181), un état de détresse sous-jacent à la '*assabeyya* ou *narfaza* est toujours retrouvé. Il prend différentes formes, et est attribué, par les gens de la région métropolitaine du Caire, à plusieurs causes.

Toutes ces causes (sources de la détresse des femmes) sont considérées être au-delà de leur contrôle. Dans le passé, 'la contrariété' était attribuée au fait d'être possédé(e) par des *jinn*s ou *guenns*⁴¹ malveillants (Krieger 1989 : 183) et cette tendance à ne pas prendre de responsabilité personnelle pour les circonstances était encore plus évidente qu'aujourd'hui. En effet, il semble qu'aujourd'hui la notion de *guenn* ou *ginn* ait un peu perdu, du moins dans certains milieux, de sa plausibilité. Pour certaines femmes analphabètes, leurs

⁴¹ Les mauvais esprits en arabe dialectal égyptien.

comportements sont expliqués selon leurs croyances populaires où l'esprit, le corps et les émotions sont inséparables (Krieger 1989 : 183) ; ceci a rendu ces femmes sophistiquées aux yeux de Krieger, vu qu'elles rejoignent, dans leur approche traditionnelle et spontanée, la récente redécouverte occidentale de la nature holistique de l'esprit et du corps. Enfin, la '*assabeyya*, sous toutes ses formes, peut- être vue comme étant le résultat de contraintes imposées aux personnes par :

- (1) La culture ;
- (2) Les évènements universels (communs à tous les humains comme la maladie, la mort, la séparation) ;
- (3) Une forme de trauma psychologique.

De même, la '*assabeyya* peut revêtir diverses formes et avoir de nombreuses manifestations, telles que celles décrites par Krieger (1989). En effet, cette détresse a vu ses formes d'expression changer en fonction des transformations qui ont affecté la culture. La riche ethnographie réalisée par Krieger illustre de nombreux idiomes de détresse pour décrire la souffrance d'Oum Ramadan. Dans sa communauté, l'état 'd'être contrariée' revêt plusieurs aspects : *za'laana* (la forme triste d'être contrariée), *nerfiza* (irritable, nerveuse, contrariée), et enfin, *makhduuda* (qui ressemble au *susto* d'Amérique Latine où la personne est effrayée par une surprise, différent du simple fait d'être apeurée) (Krieger 1989 : 183). Pour Hattar-Pollara et al. (2003 : 129), '*assabiah*⁴², en tant que concept culturel, représente de nombreux états émotionnels, comprenant nerveux, émotionnel, coléreux, facilement irritable, anxieux, contrôlant mal les impulsions et enragé.

Deux approches distinctes utilisées par les femmes pour faire face au stress issu de leurs rôles multiples ont été identifiées par l'étude menée par Hattar-Pollara et al. (2003) auprès de femmes égyptiennes actives : Plus d'un tiers des répondantes utilisaient un *coping* basé sur la cognition, et le reste des femmes utilisaient un *coping* basé sur les émotions (blindage émotionnel, devenir nerveuse ('*assabiah*), ou se désengager et se distancier) (Hattar-Pollara et al. 2003 : 128). Devenir '*assabiah* a été identifié par 25% des répondantes dans

⁴² Orthographe utilisée par l'auteure.

l'étude de (Hattar-Pollara et al. (2003 : 129) comme étant leur tendance face au stress issu de leurs rôles sociaux multiples en tant que mère, épouse et employée.

En effet, les répondantes, dans la même étude, ont mentionné un degré extrême de frustration qu'elles attribuent aux inégalités dans leurs familles et au manque de participation de leurs époux aux responsabilités familiales (Hattar-Pollara et al. 2003 : 129). Elles décrivent comment elles vivent la perte de contrôle sur leurs émotions en hurlant et pleurant, jusqu'à en arriver, à certains moments, à un état hystérique de nervosité et à un sens profond d'instabilité émotionnelle (Hattar-Pollara et al. 2003 : 129). Elles ont aussi indiqué qu'elles devenaient facilement irritables avec tout le monde et au sujet de tout, et qu'elles répondaient aux petites désobéissances de leurs enfants par des punitions physiques :

“Sometimes I get emotional; I cry and beat the children and avoid speaking with my husband”; “I cry and turn the apartment upside down and beat the children”; “I beat the children; I scream and end up in a state of nervousness”; “I get very upset with him during the discussion because he shows no willingness for mutual communication and understanding”; “At times I scream, and at times I tear away my clothing”; and “I beat the children; then I regret doing it.” (Hattar-Pollara et al. 2003 : 129).

Devenir *'assabeyya* et montrer une telle réponse émotionnelle au stress n'est pas un concept étranger au comportement des femmes en Égypte. En effet, il est, selon Hattar-Pollara et al. (2003 : 129), culturellement accepté parmi les classes socioéconomiques défavorisées. Cependant, ce qui est très inquiétant c'est le niveau de stress et de frustration apparents que les femmes, dans l'étude de Hattar-Pollara et al. (2003), expérimentent, ainsi que leur tendance à exercer leur pouvoir sur les plus faibles (leurs enfants). L'abus qu'elles exercent sur leurs enfants, résultat du stress qu'elles endurent, les trouble, mais elles se sentent impuissantes à le prévenir. Cet abus devient l'exutoire de leur colère face aux inégalités dont elles sont victimes (Hattar-Pollara et al. 2003 : 129).

La *'assabeyya* semble être une manifestation physique 'normale' de la souffrance. En effet, bien qu'ayant différentes causes et différentes manifestations, ces divers types de détresse peuvent tous être exprimés à la fois émotionnellement et physiquement, car la personne non seulement se sent contrariée par l'esprit, mais aussi par le corps. En effet, l'expression

des émotions à travers des symptômes physiques est considérée être parfaitement normale dans le quartier d'Oum Ramadan (Krieger 1989 : 183). Cette notion est basée sur le concept culturel, issu du contexte où s'est déroulée la recherche et mentionné précédemment, que l'être humain est un tout (composé d'émotions, d'un esprit et d'un corps) (Krieger 1989 : 183).

Une interprétation de 'assabeyya selon le *interpretive framework* serait intéressante à explorer ici. Kirmayer et Young (1998 : 425) proposent un cadre interprétatif des symptômes somatiques et de leurs significations possibles que l'on peut appliquer à 'assabeyya. Le choix de l'interprétation qui sera donnée à 'assabeyya est plus le choix stratégique de ce qui sera le plus bénéfique à la personne. Ces interprétations seront abordées plus en détails dans les paragraphes qui suivent (Csordas et al. 2010 cités dans Kirmayer et Young : 425).

Selon le cadre interprétatif (*interpretive framework*), 'assabeyya peut-être le signe d'une maladie, d'une pathologie, l'expression symbolique d'un conflit intrapsychique, l'indication d'une psychopathologie spécifique, l'expression idiomatique de détresse (comme 'les nerfs' *nervios* (Mexico-Américain), *nevra* (Grec), et autres syndromes de 'nerfs' communs en tant que formes somatisées d'anxiété et de dépression), la métaphore d'une expérience et, enfin, une action de positionnement dans le monde local pour se définir dans son milieu social.

Une approche anthropologique interprétative et critique de 'assabeyya ou *narfaza* permettait aussi de cerner les différentes dimensions de 'assabeyya notamment par rapport à la modernité. Il est très intéressant de constater qu'Ahmed Amin parle dès 1938 de la narfaza dans son article *al madanya : tahtim al a'sâb*⁴³, publié dans son recueil *Fayd El khâter* (Amin 1938 ; Perrin 2002), et avance que la modernisation est la cause de la destruction 'des nerfs'. Il ajoute que la langue donne un nom aux sens qui sont nouveaux ou récemment mis à jour : « [...] *Les termes suivants sont souvent utilisés dans la langue*

⁴³ La modernité : destruction ses nerfs.

égyptienne contemporaine : 'ses 'nerfs' ont été détruits, ses 'nerfs' ont été ébranlés, ses 'nerfs' ont été tendus, et des expressions semblables qui ne sont pas retrouvées dans les livres anciens » (Amin 1938). De même, la langue dialectale égyptienne utilise beaucoup le mot *narfaza* issue de la langue anglaise, signifiant nerveux de tempérament. Amin (1938) souligne que :

Les générations précédentes n'utilisaient pas ces mots, ni ces expressions car elles n'ont pas senti la destruction de nerfs, 'les nerfs' ont été détruits par le coût élevé de la modernité et les fardeaux de la vie. Et la raison de ce sentiment de l'effondrement des 'nerfs' est la cherté du coût de la vie, l'augmentation des fardeaux de la vie, la multitude des contraintes de la vie, et le passage de beaucoup de choses accessoires à ce qu'elles deviennent essentielles, chose qui n'existait pas chez nos parents ou grands-parents. La modernité est devenue trop compliquée, trop complexe, et les demandes et exigences ont augmenté et l'être humain a senti qu'il était obligé d'assouvir tous les besoins ; mais ses capacités et son énergie sont limitées ainsi que ses ressources financières, alors il devient tourmenté sous ces poids, et sent que ses 'nerfs' s'effondrent. (Amin 1938 : 265-274 ; traduction libre).

Plus récente, une publication parle de *daght* et le décrit comme étant *pressures of modern life in Cairo* (Tabishat 2000). L'expression *daght 'assaby* est communément utilisée dans le langage courant égyptien pour exprimer la notion de stress.

Pour Krieger (1989 : 192) c'est le nouveau climat religieux qui, en bannissant le *zār* (jugé comme étant une pratique 'païenne' par les islamistes), prive les femmes de leur source traditionnelle de support émotionnel pour le couple "contrariété-maladie". De plus, ce climat renforce les rôles traditionnels joués par les femmes, ce qui augmente l'intensité de la paire "contrariété-maladie". En effet, le *zār*, en plus d'être le vecteur de la reconnaissance sociale de leurs maladies, était aussi traditionnellement le moyen par lequel elles exprimaient leur souffrance et recevaient du réconfort émotionnel (Krieger 1989 : 192-193). Sa disparition exacerbe l'importance de la place qu'occupe l'utilisation de la paire "contrariété-maladie" comme moyen d'expression de la souffrance et, conséquemment, augmente l'importance de l'expression de la '*assabeyya* dans les politiques interpersonnelles des femmes ainsi que leur dépendance sur leur réseau social pour leur fournir du support (Krieger 1989 : 193).

Comme dans les différentes maladies de nerfs précédemment mentionnées, '*assabeyya* a un important pouvoir 'politique', pouvoir issu de 'la publicité' de la détresse que l'expression de la '*assabeyya* peut entraîner. En effet, selon Hattar-Pollara et al. (2000 : 312), être '*asaby*⁴⁴ ou '*assaby* est utilisé par les Égyptiens comme :

- (1) excuse pour se mettre en colère ;
- (2) moyen pour avertir les autres de faire attention et de ne pas 'trop pousser' lors d'une situation de conflit ;
- (3) justification de l'expression d'un mécontentement dû à une intrusion dans les affaires personnelles.

Être '*assaby* est un attribut social accepté aussi pour les hommes. Ces derniers l'utilisent efficacement pour exercer pouvoir, inflexibilité, autorité et contrôle. Être '*assaby* est aussi utilisé par la société, comme prétexte, pour empêcher les sanctions contre les comportements antisociaux et abusifs des hommes contre leur épouses (Hattar-Pollara et al. 2000 : 312).

Les femmes égyptiennes ont adopté la '*assabeyya* comme outil politique en s'inspirant du succès de son utilisation chez l'homme. Afin de mettre de la pression sociale sur la personne qui a causé leur détresse et leur maladie physique, ou afin de gagner un support émotionnel (si elles sont passées par une expérience de vie difficile), les femmes font la publicité de leurs maladies causées par les 'émotions' (Krieger 1989 : 191). C'est le cas d'Oum Ramadan (Krieger 1989 : 191) qui se plaint devant ses voisines de sa maladie causée par le mari radin. Sa plainte, dont la '*assabeyya* est l'expression publicisée, oblige ce dernier à augmenter le budget domestique qu'il lui donne. Cette augmentation du budget est une façon de se racheter face à elle et face à toute la communauté. Tel est le cas, aussi, de la femme souffrant de *Nervios* et qui dénonce son mari à son fils aîné pour qu'il lui paye ses sorties (Barnett 1989 : 166). L'utilisation sociale de la détresse émotionnelle et des symptômes physiques qu'elle cause semble être l'un des rares moyens que les femmes,

⁴⁴ Orthographe utilisée par l'auteure.

notamment en Égypte, possèdent pour manipuler le domaine social (Krieger 1989 : 191-192).

Il est important de rappeler que hommes et femmes, culturellement, surtout en Égypte, sont adeptes de 'politiques' interpersonnelles complexes (la honte, le non-dit, les traditions, font que beaucoup de choses ne peuvent pas être exprimées) (Krieger 1989 : 191-192). Cependant, les femmes utilisent les symptômes physiques et émotionnels plus largement que les hommes, et ce, pour deux raisons. La première est que la culture égyptienne décrit les femmes comme ayant moins de contrôle sur leurs émotions par rapport aux hommes, et de ce fait elles sont plus sensibles et plus vulnérables aux symptômes émotionnels/physiques⁴⁵, qu'elles expriment conséquemment plus. La deuxième raison est que, le plus souvent, dans un contexte où la culture ne leur accorde pas d'autorité, elles ont alors besoin d'un éventail plus large de compétences politiques interpersonnelles (Krieger 1989 : 182). Elles vont donc utiliser tout moyen qu'elles ont en leur possession pour faire la 'publicité' de leur souffrance, publicité faite par le biais de l'expression 'publique' de leurs émotions et des symptômes physiques qui les accompagnent. De nombreux exemples issus de la vie d'Oum Ramadan illustrent les tensions existant dans les rôles joués par les hommes et les femmes (Krieger 1989 : 191).

Les gains politiques de la publicité de '*assabeyya*' sont nombreux (Krieger 1989 : 184) : Support émotionnel, position plus puissante dans ses relations conjugales, soutien de ses proches et de ses amis contre un mari autoritaire. Tous peuvent être obtenus par la femme lorsqu'elle affiche et fait la publicité de sa 'contrariété' physique et émotionnelle. L'utilisation sociale de la maladie physique et émotionnelle (maladie provenant du fait

⁴⁵ « Dans la culture égyptienne, bien que n'étant pas dans l'obligation de contrôler l'expression physique de sa détresse, la femme peut par contre utiliser les manifestations physiques et émotionnelles de sa détresse pour d'obtenir ce qu'elle désire dans la sphère sociale. La relation de l'émotion au genre est issue de croyances concernant les natures de l'homme et de la femme, pour qui traditionnellement les hommes sont vus comme étant plus centrés sur l'esprit et que les femmes sont plus émotionnelles et moins en contrôle de leur appétit physique, et ceci pour les Égyptiens de toutes les classes sociales. Dans presque tout le Moyen-Orient prévaut cette typologie de la nature de l'homme et de la femme, permettant aux femmes d'expérimenter la détresse émotionnelle de façon physiquement plus visible et d'utiliser cette expérience pour des gains sociaux et psychologiques » (Beck et Keddie 1978 cités dans Krieger 1989 :183 ; traduction libre).

d'être contrariée) est un des moyens de politique interpersonnelle le plus fréquemment utilisé. Il repose sur deux aspects de la culture (Nelson 1974 ; Wikan 1980 cités dans Krieger 1989 : 184) :

(1) L'importance extrême des réputations personnelles et familiales (et conséquemment de la honte que nous allons voir plus en détail dans les chapitre VI, VII, VIII réservés à l'analyse), d'où la nécessité de porter une attention très appuyée à la présentation que donne la culture de *'assabeyya* ;

(2) La négociation et la manipulation, avec dextérité et sophistication, à la fois du sens et du contenu émotionnel des relations interpersonnelles. Vu l'importance des liens familiaux et sociaux, la honte et la culpabilité sont parmi les moyens les plus importants utilisés dans la culture égyptienne pour négocier les relations interpersonnelles.

Dans une culture où le contrôle de l'information (le 'téléphone arabe' des orientalistes (figure 2) joue un rôle très important (beaucoup de la vie sociale tourne autour du contrôle de l'information transmise aux autres), révéler leur détresse et même en faire de la publicité, revêt une signification particulière pour les femmes égyptiennes, car, comme dans toute situation politique, toute information présentée aux autres peut être utilisée contre la personne ou contre ses propres buts (Krieger 1989 : 184 ; traduction libre).



Figure 2 : Importance de la communication parmi les *Masreyyates*, facilitée aujourd'hui par les portables (en 2012, il y avait déjà 91 millions d'abonnés)
(Source : <http://english.ahram.org.eg>)

Les commérages dans le cercle social, grâce à une publicité judicieuse de la 'maladie' de la femme atteinte de *'assabeyya* et de sa cause (cause dont la personne visée par ces commérages est responsable), sont un moyen de manipuler l'opinion publique et de faire pression sur cette personne qui a mal agi et qui a causé la contrariété. La personne

incriminée est alors forcée d'adopter un comportement plus 'acceptable' par la société, (Krieger 1989 : 186).

Enfin, il est important de mettre en avant la *'assabeyya* de la femme active égyptienne qui se trouve entre le marteau de la modernité et de la crise économique et l'enclume du renouveau islamique. En effet, les pressions économiques ont poussé un nombre croissant de femmes égyptiennes à devenir des employées salariées (Zurayk et al. 1995 cités dans Hattar-Pollara et al. 2000 : 306), alors que dans l'Égypte d'aujourd'hui, comme dans la presque totalité du Moyen-Orient arabe, les femmes sont souvent tenues captives du rôle traditionnel des genres (Shaheen 1975 cité dans Hattar-Pollara et al. 2000 : 306). Il est alors attendu d'elles de faire les ajustements nécessaires pour jouer leur double rôle : celui de femmes actives et celui de remplir leurs obligations familiales. Ces deux rôles sont opposés et contradictoires, ce qui les expose le plus souvent à un stress intense et à une pression importante. Ceci a des conséquences négatives sur leur santé et leur bien-être (Hattar-Pollara et al. 2000 : 306).

Ce sont surtout les changements économiques récents qui ont poussé les femmes égyptiennes à rejoindre les forces de travail. En effet, les femmes ne gagnent le respect de la société qu'en remplissant leurs obligations en tant que femmes et non pas en tant que soutien économique de la famille. Un emploi rémunéré pour les femmes n'est traditionnellement bien accepté que si absolument nécessaire pour la survie économique de la famille (Fernea 1994). Les statistiques des années 1960 estimaient que les femmes constituaient 3,5% de la force de travail, dans les années 1990 plus de 30% (Fernea 1994 ; Goodwin 1994), et récemment plus de 50% (Radwan et Reiffers 2006). Cependant les femmes égyptiennes sont encore une minorité dans les postes de hauts niveaux, plutôt retrouvées vers le bas de l'échelle professionnelle en termes de statut professionnel et de revenu. La plupart sont salariées dans des emplois du secteur publique, dont un tiers sont employées dans des bureaux gouvernementaux et l'autre tiers ont des professions techniques et professionnelles (Mohsen 1994 cité dans Hattar-Pollara et al. 2000 : 307).

Pour conclure cette section consacrée au concept culturel de *'assabeyya*, l'on peut dire que le terme *'assaby* est plutôt un attribut masculin. Il est accepté par la société pour les hommes (un homme peut être coléreux) et pour les femmes âgées ('la mamma'), car il indique qu'on doit être 'craint'. Il est donc un signe d'autorité. La *'assabeyya* semble être acceptée comme moyen de contrôle pour les hommes et les 'mères âgées', notamment le contrôle exercé sur une femme plus jeune. Le contrôle exercé sur celle-ci entraîne sa *'assabeyya* qu'elle somatise et 'politicise' (car il n'est pas acceptable qu'elle exprime ouvertement et verbalement son refus). Chez les jeunes, surtout chez les jeunes femmes, l'on peut se demander si être *'assaby* ou *'assabeyya*, est une façon de se faire une place dans un monde où la mère (autoritaire, 'la mamma') et le mari (homme, frère) dominant ? L'on peut aussi se demander si le résultat de cette oppression est que les jeunes deviennent eux-mêmes oppressants ? L'on peut enfin se demander si la *'assabeyya* ne serait pas en lien avec le *mazaj al 'assaby* et les différentes théories relatives à la notion de tempérament si populaires dans la médecine du prophète (*al-tibb al-nabawi*) aussi appelé *al-tibb-al-unani*, c'est-à-dire la médecine grecque ou médecine unani ?

***Al mazaj al 'assaby*⁴⁶ : classification de *'assabeyya* selon la médecine Unani**

Al mazaj al 'assaby ou *shakhseya 'assabeyya* sont des expressions souvent entendues dans le Moyen-Orient arabe et signifient un tempérament nerveux ou une personnalité nerveuse. Il y a de nombreuses théories de la notion de tempérament dont la plus ancienne remonte à la médecine unani, appelée classification d'Hippocrate-Galien basée sur les humeurs, dont les concepts de base reposent sur les principes de la physiologie naturelle (*umūr al-tabī'īyyah*)⁴⁷. Comme le souligne Mekki-Berrada (2013 : 49)

Avant que les premiers savants musulmans se la soient appropriée et l'aient 'islamisée', la théorie humorale était promue par Galien (129-200 apr. J.-C.) et témoignait d'une tradition médicale dont on peut situer les origines au V^{ème} siècle av. J.-C. avec Hippocrate 'le père de la médecine' (460-377 av. J.-C.).

⁴⁶ Le tempérament nerveux.

⁴⁷ Ces principes comprennent sept composantes, formant la doctrine des sept naturels, et sont : (1) les éléments (*arkān*), (2) les tempéraments (*mizāj*), (3) les humeurs (*akhlāt*), (4) les organes (*a 'dā'*), (5) les forces, les motivations, les capacités, ou les forces (*quwwāt*), (6) les actions ou les fonctions (*af'āl*), et (7) l'esprit (*rūh*) (Yaser Abdelhamid 2012 :26- 27).

Cette théorie, reprise et sophistiquée par d'illustres savants musulmans dont Ibn Sina et Al-Razi (Rhazes) identifie quatre tempéraments classiques : sanguin, cholérique, flegmatique et mélancolique. Tout déséquilibre de ces tempéraments entraîne une dysharmonie spécialement sur les plans mental et émotionnel. Chaque tempérament est nommé selon une certaine humeur, et les qualités de bases qui lui sont associées. Le principe des humeurs (*akhlāt*) provient d'Hippocrate, concept qu'il décrit dans son livre *Tabī'at al-insān* cité dans Yaser Abdelhamid (2012 : 26- 27) , et que Galien a repris en le développant :

Selon Galien la multitude de stimuli, issus des milieux naturel et social auxquels le corps humain est soumis, provoquent dans chaque organisme singulier une transformation de telles humeurs et/ou de telles qualités. Ce qui confère à chaque individu un tempérament qui lui est propre : comme un tempérament flegmatique, par excès de pituite ; un tempérament sanguin, par excès de sang ; ou un tempérament mélancolique, par excès de bile noire. (Mekki-Berrada 2013 : 50).

Par ailleurs, la médecine unani-humorale aura longtemps (jusqu'au XIX^{ème} siècle, en Europe notamment) des influences sur des disciplines naissantes telles que la psychiatrie et la psychologie clinique. Ainsi, dès 1925, Kretschmer propose une classification du tempérament basée sur la constitution physique (Kretschmer et Sprott 1925 ; Tyrer et Alexander 1979) et divise la personnalité en deux groupes constitutionnels : le groupe schizothymique ou schizoïde lui-même divisé en caractères hyperesthésiques (sensibles) et anesthésiques (froids), et les cyclothymiques sont divisés en caractères dépressifs (ou mélancoliques) et hypomaniaques. Eysenk de son côté (Eysenk et Eysenk 1985 ; Eysenk 2013) est l'auteur d'une des œuvres les plus complètes sur la théorie de la personnalité. Il décrit quatre types de personnalité : stable-extravertie ; névrotique-extravertie ; stable-introvertie et névrotique-intravertie inspirée de la classification d'Hippocrate-Galien des tempéraments basée sur les humeurs : sanguine, cholérique, flegmatique et mélancolique (Anawati 1987). Quant à Kagan (1991 : 13-14), il décrit deux types de nouveau-nés selon leur réactivité aux stimulations environnementales : les hyper-réactifs et les hypo-réactifs. *'Assabeyya*, en tant que tempérament, correspondrait alors au tempérament cholérique et à l'humeur bilieuse de la médecine unani, cyclothymique-hypomaniaque selon Kretschmer (Kretschmer et Sprott 1925), neurotique-extravertie selon Eysenk (Eysenck et Eysenck 1985) ou enfin hyper-réactif selon la classification neurochimique des amygdales (Kagan 1991).

Cette revue des différents types de tempéraments, après avoir exploré en détails ‘les nerfs’ comme idiome de détresse et expression ‘*embodied*’ de la souffrance (dont ‘*assabeyya*’) va permettre de passer à la partie suivante qui vise à mieux comprendre la relation entre le TPL et ‘*assabeyya*’.

III.2. Dimensions sociales, culturelles, existentielles et identitaires du TPL et de ‘*assabeyya*’

Suite à la section précédente dédiée aux dimensions socio-culturelles de la ‘*assabeyya*’, celle-ci va tâcher d’explorer celles du TPL, puis de définir les similitudes entre les aspects existentiels du TPL et de la ‘*assabeyya*’ et enfin seront d’exposer les aspects identitaires de la ‘*assabeyya*’ et du TPL.

III.2.1. Dimensions sociales et culturelles du TPL

La catégorie diagnostique TPL, principalement vue comme étant un trouble de la personnalité, est généralement considérée comme étant une pathologie féminine par les institutions psychiatriques mondiales (androcentrisme), ayant principalement une origine biologique héréditaire (anthropocentrisme), et massivement adoptée par les professionnels de la santé mentale (eurocentrisme). Kirmayer (2001) explique que l’appartenance des acteurs à l’intérieur de cette institution, à savoir les professionnels de la santé mentale et les patients, à une même culture n’est pas garant d’un « [...] *culturally appropriate care both because of important individual, family, subcultural, and social class differences and because in the course of professional training some clinicians may distance themselves from or devalue the tacit cultural knowledge they once had* » (Kirmayer 2001 : 26).

Chez les Égyptiens, les symptômes dépressifs fréquemment associés au TPL⁴⁸, sont essentiellement à type d’agitation, de plaintes somatiques et hypochondriaques, de troubles physiologiques, une tendance suicidaire fréquente et un sentiment de culpabilité plus rare (Gawad et Arafa 1980 ; Okasha et al. 1977).

⁴⁸ Encore appelée, dans une dénomination plus ancienne une personnalité caractérielle (Bergeret 1974).

L'une des hypothèses que suggère la présente thèse est que la '*assabeyya*, idiome de détresse retrouvé dans la société égyptienne, comprend, comme le TPL, crises de colères, impulsivité, instabilité émotionnelle, ainsi qu'un attachement excessif voir pathologique aux proches, et de ce fait appartiendrait au même spectre que celui du TPL.

Les critères du TPL⁴⁹ selon le DSM-IV-TR n'ont pas changé dans la nouvelle classification du DSM-5 (Psychomédia 2016), et les critères ci-dessous sont parmi ceux du TPL communément rencontrés dans la '*assabeyya* : Impulsivité marquée ; perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ; automutilations ; instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur ; colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère. Il est rapporté que le TPL s'améliore lors de la quatrième et cinquième décennie, ce qui est à l'opposé de l'évolution des autres troubles de la personnalité (Association Québécoise des Parents et Amis de la Personne Atteinte de Maladie Mentale AQPAMM 2016).

⁴⁹ Les critères du TPL⁴⁹ selon le DSM-5. Ceux en italiques sont parmi ceux du TPL communément rencontrés dans la '*assabeyya* :

Il s'agit d'un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une *impulsivité marquée*, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- (3) *perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi* (ex. retournements brutaux et dramatiques de l'image de soi, avec des bouleversements des objectifs, des valeurs et des désirs professionnels ; des changements soudains de d'idées et de projets concernant la carrière, l'identité sexuelle, le type de fréquentations) ;
- 4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (ex. : dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie).
- 5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou *d'automutilations* ;
- 6) *instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur* (ex. : dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
- (7) sentiments chroniques de vide ;
- (8) *colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère* (ex. : fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

Le diagnostic est porté chez une personne rencontrant au moins 5 de ces manifestations si les symptômes sont sévères et sont présents assez longtemps pour causer une détresse émotionnelle ou des problèmes de fonctionnement dans les relations ou au travail.

Certains auteurs ont mis l'accent sur l'éventuel rôle de la culture dans l'élaboration des composantes impulsives et agressives du TPL (Critchfield et al. 2004 ; Millon 1987). Dans le cas des immigrants hispaniques aux États-Unis, les valeurs basées sur la culture, telles que la suprématie des affiliations interpersonnelles, peuvent-être défiées. En effet, l'interaction de ces prédispositions culturelles (comme dans ce cas, l'importance des liens familiaux) avec les facteurs de stress (dus à l'immigration) peut influencer le développement de la personnalité. Cette interaction peut aussi servir de nid pour les formes particulières prises par les pathologies de la personnalité dans cette population, dont le TPL (Becker 2010 : 5).

Les dimensions sociales et culturelles de la personnalité semblent être cruciales, non seulement pour les manifestations du TPL, mais aussi pour sa genèse. Cette section tente de mettre en évidence l'importance de la cohésion sociale, de la sensibilité sociale et du capital social dans la genèse du TPL, et enfin celle de la culture et de la dimension existentielle :

I know what it's like to want to die. How it hurts to smile. How you try to fit in but you can't. How you hurt yourself on the outside to try to kill the thing on the inside.
(Kaysen 1996).

Dans son ouvrage : *Social Factors in the Personality Disorders: A Biopsychosocial Approach to Etiology and Treatment*, Paris (1996 cité dans Paris et Lis 2012: 147) analyse les différents troubles de personnalité selon l'approche bio-psycho-sociale; l'aspect biologique faisant référence à la notion de tempérament (comme précédemment développé), l'aspect psychologique explorant la présence de violence ou de maltraitance pour le cas du TPL (Hayat 2012) et enfin l'aspect social étudiant l'influence du contexte social et culturel sur le développement et l'expression du TPL (Alarcón et al. 1998 ; Cayleff 1988 ; Wen et Wang 1981 ; Wirth-Cauchon 2001).

Pour Paris et Lis (2012 : 147), les patients souffrant de TPL peuvent être considérés comme étant des victimes de la modernité et de l'intensification des valeurs individualistes. En effet, des évidences indirectes suggèrent que le TPL est socialement sensible, qu'il apparait dans des contextes sociaux spécifiques, et qu'il est plus susceptible de se développer quand

la cohésion sociale et le capital social sont compromis. Cette approche pourrait favoriser la classification du TPL en tant que *cultural concepts of distress* selon la nouvelle nosologie du DSM-5. De plus, Crowe (2004 : 328) met en avant l'aspect crucial de la honte dans le développement du TPL, et, on va le voir dans le chapitre VII, dans celui de la *'assabeyya* aussi ; la honte étant un concept culturel et social par excellence, d'où importance des trois notions sociales abordées dans la section suivante : cohésion sociale, sensibilité sociale et capital social.

III.2.2.1. Cohésion sociale, sensibilité sociale, capital social et TPL

L'importance de la **cohésion sociale** semble cruciale pour le développement du TPL. En effet, Millon (1993) avance les hypothèses suivantes :

- (1) Le TPL se développe en présence de facteurs sociaux de risque, associés aux sociétés modernes et modernisées ;
- (2) Les comportements associés avec le diagnostic de TPL sont supprimés dans les contextes sociaux traditionnels ou peu atteints par la modernisation.

Parmi ces comportements sont notamment évoqués les symptômes impulsifs, caractéristiques du TPL. Ceux-ci voient les conditions de leur développement être limitées par l'existence des structures fortes et des normes qui régissent les sociétés traditionnelles. Par contre, dans les sociétés où il y a une prédominance de valeurs individuelles associées à un manque de soutien social, l'impulsivité peut-être plus marquée (Caldwell-Harris et Ayçiçeği 2006). Par ailleurs, les théoriciens qui étudient le TPL suggèrent aussi que la société moderne rend la modulation de l'humeur dysphorique plus difficile à cause de l'absence d'un support social consistant, support qui joue le rôle de réceptacle contenant pour cette émotion (Linehan 1993).

La plus forte évidence de l'impact des facteurs socioculturels sur toute maladie mentale vient de recherches épidémiologiques démontrant un changement dans la prévalence de la maladie mentale à travers le temps. En effet, Paris et Lis (2012 : 145) avancent que, quand la fréquence d'une maladie augmente en l'espace de quelques décennies, il est alors fort probable que l'explication de cette augmentation soit d'ordre social. Selon Millon (1993),

le changement social rapide, surtout après la seconde guerre mondiale, en interférant avec les mécanismes de soutien sociaux et communautaires, a rendu le TPL plus fréquent et plus prévalent. Rutter et Smith (1995) ont aussi invoqué cette hypothèse en notant une augmentation des comportements impulsifs et de la suicidalité chez les jeunes pendant cette période.

Une autre ligne d'évidences vient d'observations suggérant que les patients qui ne souffraient pas de TPL dans leur pays d'origine peuvent développer cette condition une fois qu'ils immigrerent en Occident (Paris 1996), car la personne ayant grandi dans une société plus traditionnelle se retrouve soudainement dans une nouvelle société où tous ses repères sociaux sont perdus (Paris et Lis 2012 : 146). Ces repères sociaux dans le pays d'origine, et que la personne perd en immigrer en Occident sont : Un comportement social étroitement surveillé ; une stabilité émotionnelle promue par des rôles sociaux bien établis ; et des rôles sociaux bénéficiant du soutien des familles élargies et d'une communauté très soudée.

Les mécanismes par lesquels les facteurs sociaux affectent le développement du TPL pourraient aussi dépendre de la **sensibilité sociale**, un concept qui décrit la probabilité que les personnes répondent symptomatiquement au changement social (Paris 2004 ; Paris et Lis 2012 : 146). Plusieurs conditions socialement sensibles (addiction, troubles du comportement alimentaire, personnalité antisociale, TPL) ont des symptômes qui réagissent fortement au contexte social.

Une autre indication du rôle des facteurs sociaux dans le TPL, c'est que ce diagnostic, ainsi que ses symptômes, commencent à l'adolescence, une étape développementale qui peut être stressante (Paris et Lis 2012 : 146). L'étape de l'adolescence fait naturellement partie de la construction sociale (Furstenberg 2000) puisqu'à travers presque toute l'Histoire, les jeunes adolescents ont assumé les rôles d'adultes tôt dans leur vie. Cependant dans la société moderne, où les adolescents doivent trouver leur propre voie, cette étape peut être stressante, surtout pour ceux vulnérables de tempérament et qui sont plus enclins, de ce fait, à développer des symptômes lors de leur exposition à des adversités psychologiques

et à des conditions urbaines où il y a une faible cohésion sociale, comme dans l'immigration et la marginalisation (Paris 1997 ; Paris et Lis 2012 : 146).

Une autre question, qui se pose ici, est celle de savoir s'il y a une différence de prévalence du TPL entre les zones rurales et urbaines, surtout dans les pays moins développés, car toutes les recherches viennent de centres académiques urbains (Paris et Lis 2012 : 146). Pinto et al. (2000) suggèrent que l'absence de cas reportés ou d'estimation de prévalence de TPL en Inde avant la fin des années 1990 indiquent que la culture et la société indiennes, même urbaines, étaient jusque-là bien soudées, et, de ce fait, protectrices contre le développement de TPL. Les auteurs pensent que, s'ils avaient examiné des patients dans un contexte rural plutôt qu'urbain, ils auraient trouvé moins de cas que pour leur étude plus récente menée à Mumbai, étude où la prévalence de TPL marquait une augmentation importante par rapport aux recherches précédentes (Pinto et al. 2000).

L'accumulation du **capital social** est un autre mécanisme qui peut aider à comprendre la différence dans la prévalence du TPL. Ce concept, introduit en sociologie par Hanifan (1916) et plus tard par Putman (2000), reflète la tradition développée par Émile Durkheim, dont le concept d'anomie décrit l'absence de supports sociaux. Hanifan (1916 : 132) définit le capital social comme :

[...] That in life which tends to make these tangible substances count for most in the daily lives of people, namely, goodwill, fellowship, mutual sympathy and social intercourse among a group of individuals and families.

Le capital social peut être plus élevé dans les communautés rurales que dans les environnements urbains, puisque les membres de populations plus petites sont plus enclins à former des relations importantes et significatives avec les gens qu'ils connaissent et qu'ils voient tous les jours. La cohésion sociale et le capital social, ainsi que le support de la part de la famille nucléaire et de la famille plus élargie, sont reconnus comme étant généralement protecteurs contre la maladie mentale (Gone et Kirmayer 2010 cités dans Paris et Lis 2012 : 147). Giordano et Lindstrom (2010) avancent, par ailleurs, que 'la confiance généralisée' (la confiance en les gens et en la communauté autour de soi), est l'élément du capital social le plus important pour déterminer les conséquences de la santé

mentale, ce sens de confiance étant beaucoup plus entretenu et préservé dans les zones rurales. Ces facteurs expliquent pourquoi le TPL pourrait être plus enclin à se développer dans les milieux moins traditionnels, et pourquoi la guérison peut parfois être problématique, le système de santé mentale pouvant devenir le seul réseau social en quoi les patients chroniques (qui ont perdu tout leur capital social) peuvent avoir confiance (Paris et Lis 2012 : 147).

De là, l'on peut comprendre l'importance de la culture dans le développement du TPL, comme il sera mis en évidence dans la section suivante.

III.2.2.2. Dimensions culturelles du TPL

Le modèle de comportement observé dans le TPL a été identifié à travers le monde. En effet des adolescents et des jeunes adultes ayant des problèmes d'identité (surtout s'ils sont accompagnés d'addiction) peuvent montrer transitoirement des comportements qui, trompeusement, peuvent donner l'impression du TPL. Ces situations sont caractérisées par une instabilité émotionnelle, un dilemme 'existentiel', une incertitude face à la nécessité de faire des choix ce qui provoque de l'anxiété, des conflits à propos de l'orientation sexuelle, et des pressions sociales liées à des décisions de carrière et à la compétition professionnelle (American Psychiatric Association 2013a). Cependant, il est important de voir l'effet de certaines notions culturelles sur le développement du TPL, comme celle d'individualisme (ou idiocentrisme), et de collectivisme (ou allocentrisme). D'autres notions culturelles sont aussi intéressantes à explorer, concernant le TPL, à savoir celles de *cultural-bound syndrome* (CBS) ou de *cultural concept of distress* (CCD), et celles de rites de passage ou rite initiatique. Ces trois notions seront explorées dans les sections qui suivent.

Individualisme et collectivisme et TPL

Les personnes ayant une orientation collectiviste extrême (allocentrique) ou des valeurs individualistes extrêmes (idiocentrique), peuvent être à risque de souffrir de quelques traits de psychopathologie, car les humains ont besoin à la fois d'autonomie et d'interdépendance (Kawabata et al. 2014 ; Paris et Lis 2012). En effet, avoir un style de personnalité qui est

en conflit avec les valeurs de la société où la personne évolue est associé à la présence de symptômes psychiatriques, et est un risque de mauvaise santé mentale. C'est ce que l'étude de Caldwell-Harris et Ayçiçeği (2006 : 355-356) auprès d'étudiants à Boston et à Istanbul démontre, en trouvant que pour ceux vivant dans une société très individualiste (Boston), les scores de personnes ayant une orientation collectiviste étaient positivement corrélés à la dépression, l'anxiété sociale, le trouble obsessionnel et compulsif et la personnalité dépendante ; tandis que les scores de personnes ayant une orientation individualiste étaient négativement corrélés à ces mêmes échelles. Chez les étudiants résidant dans une culture collectiviste (Istanbul), le profil était différent et a montré que les scores chez les personnes ayant une orientation individualiste était positivement corrélés aux échelles de personnalités paranoïde, schizoïde, narcissique, TPL et antisociale.

Cultural-bound syndrome (CBS) ou cultural concept of distress (CCD) et TPL

La question que l'on peut se poser ici est celle de savoir si le TPL est un CBS occidental ou universel ?

Millon (1987), théoricien de l'apprentissage social, avance que le TPL, syndrome *borderline* occidental, est en fait une réponse aux changements culturels en Occident, comprenant l'effritement de la cohésion sociale, des normes et des familles, tandis que Paris (1991) Paris (1991: , psychiatre transculturel, voit, quant à lui, que le TPL peut être une réaction universelle à une désintégration sociale. En effet, et bien que le TPL soit moins fréquent dans les contextes non-occidentaux, il a cependant été décrit dans des pays non-occidentaux développés ou en voie de développement comme le Koweït (Suleiman et al. 1989), le Chili (Cárdenas 1985) et l'Égypte (Okasha et Lotaif 1979) (Peters 1994 : 4 ; traduction libre).

Chaque culture se donne des modèles d'expression des psychopathologies (Linton 1956), Devereux (1956) parle de 'psychoses ethniques' et Yap (1969) de *cultural bound reactive syndromes*. La littérature ethnographique identifie plus de 150 modèles différents de psychopathologies (Hughes 1985 ; Peters 1994 : 2). Tseng and McDermott (1981) définissent *culture related specific psychiatric disorder* (une maladie psychiatrique culturellement liée) comme ayant trois aspects :

- (1) Un ensemble spécifique de symptômes non vus dans d'autres maladies mentales
- ;(2) Communément observé dans certaines zones culturelles mais pas dans d'autres
- ;(3) Manifesté de manière étroitement liée à la culture (Peters 1994 : 2 ; traduction libre).

L'Occident a aussi des CBSs, comme le suggèrent Littlewood et Lipsedge (1986, 1987) et Massé (1995). Dans ce contexte, il est intéressant de mettre en relief la prédominance féminine (3 pour 1 dans les pays occidentaux) dans l'épidémiologie du TPL (Paris 1991), prédominance due, notamment, à des facteurs culturellement liés, comme le stress imposé aux femmes d'être minces, menant à des taux élevés d'anorexie/boulimie (Newman et Halvorson 1982), conditions souvent associées au TPL (Peters 1994 : 4). De même, depuis les siècles derniers, les femmes représentent la majorité des patients psychiatriques (Chesler 1972), et certains troubles (tels que les troubles de la personnalité comme le TPL et la personnalité histrionique et la récente vague d'intérêt pour la 'codépendance') sont tous, sous plusieurs aspects, la réflexion de la réalité sociale féminine occidentale (Nuckolls 1992 ; Ussher 1991).

Comme Chesler (1972) l'indique, la folie ou la pathologie mentale dans la culture occidentale, fonctionne comme une image qui reflète l'expérience sociale féminine et la 'pénalisation' d'être une femme (Peters 1994 : 5 ; traduction libre).

Les féministes ont avancé pendant des années qu'il y avait une relation étroite entre la détresse des femmes et l'inégalité du pouvoir détenu par les hommes (Shaw 2006 : 128). Au-delà des statistiques (75% des personnes diagnostiquées comme ayant un TPL sont des femmes (American Psychiatric Association 1997 : 652)), le diagnostic de TPL est un diagnostic sexué et peut- être examiné dans le contexte de l'inégalité dans les termes suivants :

(1) En plus d'être plus exposées aux expériences de viols et d'abus sexuel (70% des femmes souffrant de TPL ont été abusées sexuellement en étant enfant), les femmes ont systématiquement moins fréquemment accès à l'argent, au pouvoir et aux autres ressources (Shaw 2006 : 128-129) ;

(2) Des émotions comme la colère ou la peur d'être abandonnée sont souvent jugées par un psychiatre comme étant inappropriées ou malsaines, et pose le diagnostic de TPL. La psychiatrie agit aussi en référence à la norme rationnelle, au lieu de tenir compte du contexte lié à l'histoire d'une personne violée ou abandonnée, la soustrayant ainsi de son contexte social, politique, économique et relationnel (Shaw 2006 : 129).

Une perspective intéressante est celle des comportements induits par l'acting *out* de la colère qui peuvent être un exemple, à la fois, de CBSs occidentaux et non-occidentaux. Le point de départ dans les deux cas est le même, et il est représenté par le fait que la personne ne veut pas prendre la responsabilité de ses comportements par peur des représailles de son environnement. De ce fait, elle va rejeter la responsabilité de ce comportement soit sur des entités, soit sur des pouvoirs, les deux étant 'au-delà' de son contrôle (Peters 1994 : 2). La différence entre les CBSs occidentaux et non-occidentaux, dans ce cas, c'est que les 'pouvoirs' dans les sociétés traditionnelles sont les symboles mystiques (être habité par un *guenn* par exemple lors d'un phénomène de transe) ; tandis que dans les cultures contemporaines ces 'pouvoirs' sont les symboles psychiatriques et biomédicaux (comme celui d'avoir un TPL) (Peters 1994 : 2). Ceci explique pourquoi les CBSs sont vus comme étant des 'maladies' en Occident et des possessions dans les sociétés traditionnelles (Littlewood et Lipsedge 1986, 1987 cités dans Peters 1994 : 2).

Un autre exemple de cette différence de perspective pour des comportements et des manifestations très similaires, est celui de la transe, CBS non-occidental, et qui est présentée comme étant une variante culturelle du trouble de la personnalité multiple, CBS occidental conçu à travers les croyances culturelles et psychiatriques de l'Occident (Peters 1994 : 2). Le trouble de la personnalité multiple est psychologiquement similaire aux possessions par des démons, car il implique des altérations de l'identité, des types parallèles d'amnésie dissociative, et un *splitting* de la conscience, comme ceux décrits pendant les trances (Ellenberger 1970 ; Hacking 1992 ; Kenny 1986, 1992 ; Spanos 1986 cités dans Peters 1994 : 2).

Peters (1994 : 3) précise que de nombreux CBSs non-occidentaux ont été assimilés à des syndromes pathologiques occidentaux ; et qu'interpréter les CBSs non-occidentaux, non seulement en dehors de leur contexte socioculturel mais en plus selon des catégories occidentales de maladies, est un préjugé ethnocentrique. En effet, contrairement à leur classification selon la nosologie occidentale, les 'maladies mal identifiées' portent relativement très peu de stigma social dans leur culture d'origine (Peters 1994 : 3). Cette

remarque s'applique parfaitement à l'hypothèse avancée dans cette thèse concernant le diagnostic de TPL dans la situation de femmes atteintes de *'assabeyya* en Égypte.

Il a été aussi suggéré qu'il peut être injustifié de mettre sur le même pied d'égalité plusieurs CBSs non-occidentaux avec les maladies mentales occidentales, dans le sens que les CBSs non-occidentaux initient des processus culturels qui favorisent l'adaptation, et peuvent être un moyen de résoudre les conflits, d'acquiescer un soutien social, de réduire les inégalités sociales (Peters 1978), et font ainsi partie d'un système religieux initiateur (Boddy 1992) (Peters 1994 : 3 ; traduction libre).

C'est cet aspect initiatique des CBSs qui sera abordé dans la section suivante.

III.2.2. Aspect existentiel du TPL et de la *'assabeyya*

III.2.2.1. Rites de passage et TPL

Cette section tente d'étudier la relation entre TPL, CBSs, crises spirituelles et *las communitas*, comme suggéré par Peters (1994 : 6). En effet, Peters (1994 : 1) part de l'hypothèse qu'il y a une relation entre le TPL et l'échec de la société occidentale à fournir un contexte pour des rites de passage significatifs, comme le passage de l'adolescence à l'âge adulte, période propice au développement du TPL. Le but de son étude est de comparer certains symptômes contemporains pathologiques (comme l'automutilation, les troubles du comportement alimentaire, l'addiction et une prédisposition à de fréquents épisodes psychotiques) identifiés par les cliniciens comme étant des signes présumés de TPL, avec les mêmes comportements ayant lieu dans les sociétés tribales pendant les rites de passages (tels que le jeûne et la purge, les mutilations corporelles sous forme de circoncision ou de scarification, et accompagnés d'épisodes d'état de conscience altérée à type de transes, de visions et de pertes de limites) (Peters 1994 : 1).

Les patients ayant un TPL, ont une tendance à des cycles de comportements autodestructeurs. Dans la société contemporaine, ils sont qualifiés de troubles psychiatriques. De ce fait, et comme fréquemment dans cette société, ces comportements se trouvent ainsi dépossédés de leur connotation spirituelle, tandis que dans les cultures traditionnelles, où les 'psychoses hystériques' ou les 'états *borderlines*' sont traités dans le contexte du sacré, ils sont typiquement transitoires et aigus (Peters 1994 : 6). L'on peut avancer que le manque de rites de passage sacrés par la communauté, rites qui aident les

individus dans les phases de la vie critiques et transitionnelles, comme l'adolescence, est un important facteur induisant le TPL (Peters 1994 : 6).

Les mythes et les rites constituent un moyen de prendre conscience de son identité et conséquemment d'ajouter sa propre valeur individuelle au monde (Peters 1994 : 7), et selon la perspective de la psychologie culturelle, leur but est aussi de créer un support social. Ils sont, de ce fait, des outils thérapeutiques, car ils permettent de diminuer l'aliénation, d'encourager l'espoir et la foi qui, à leur tour, diminueraient les risques de dépression et d'anxiété (Frank 1979 cité dans Peters 1994 : 7).

Le manque de rites de passage sacrés par la communauté n'est pas seulement un facteur favorisant le TPL, mais aussi un facteur favorisant la stigmatisation des comportements qu'il induit. En effet, un *acting out* 'impulsif' et ponctuel, sous forme d'épisodes d'automutilation, peut être observé lors de cérémonies initiatiques, chez des personnes dissociées de toute douleur physique. En Occident, un comportement comme celui-ci peut être vu comme étant une psychose hystérique ou un TPL, et non pas comme symptôme initiateur tel qu'il apparaît durant les cérémonies initiatiques (Peters 1994 : 3). Ceci aboutira à étiqueter la personne et à la stigmatiser socialement, et entraînera un sentiment intrapsychique de honte et de culpabilité qu'elle est 'malade', et non pas qu'elle passe par une période transitionnelle initiatique (Grunebaum et Klerman 1967 ; Kernberg 1967, 1975 ; Pao 1969 ; Siomopoulos 1971, 1983 : 100 ; Tupin et al. 1984 cités dans Peters 1994 : 3). L'importance de cette affirmation pour la *'assabeyya* sera évoquée dans le chapitre VIII.

De ce fait, l'étude de la relation entre rites de passage et TPL apparaît être ici très importante : « *Les mythes et les rituels sont des voies vers le transformatif et le transpersonnel. Le mot 'rituel' est d'origine indo-européenne et signifie 's'emboîter' dans le but de créer un ordre* » (Combs et Holland 1996 cités dans Peters 1994 : 8 ; traduction libre). En effet, des CBSs non-occidentaux sont présents dans certains rites de passages ; ces rites, moyen de transiter vers de nouvelles responsabilités sociales ou appel vers une

nouvelle vocation comme dans le shamanisme, induisent conséquemment ‘une amélioration du soi’⁵⁰ (Kennedy 1967 ; Lewis 1989 cités dans Peters 1994 : 3).

Le TPL, quant à lui, bien que touchant principalement les jeunes (qui ont des difficultés à faire la transition aux responsabilités adultes, aux buts, à l’identité, aux valeurs et choix de carrière), et contrairement aux CBSs non-occidentaux, ne s’accompagne pas d’un rite de passage culturel (Peters 1994 : 5). Il est plutôt considéré comme étant une maladie mentale chronique et sévère, avec une récurrence d’épisodes psychotiques chroniques et une impulsivité qui dure des années, parfois des décennies, jusqu’à ce qu’elles disparaissent éventuellement avec l’âge (Paris 1988). L’état *borderline* pour Peters (1994 : 5), au contraire des *ataques de nervios* ou ‘des possessions négatives’ dans les cultures tribales, n’est ni un moyen culturellement accepté de faire face à un stress écrasant, ni un appel à l’initiation, mais plutôt une maladie mentale accompagnée d’isolement social pour la personne souffrante.

Peters (1994 : 5) rappelle que dans les cultures non-occidentales, les CBSs sont considérés comme étant des crises spirituelles, une sorte d’‘urgences spirituelles’. Ce concept acquiert, de plus en plus, une grande importance pour la psychologie et l’anthropologie transpersonnelles, ainsi que pour la nosologie psychiatrique d’aujourd’hui, notamment pour le traitement et la conceptualisation des expériences spirituelles (Grof 1980).

Pour mieux comprendre cette notion d’‘urgences spirituelles’, l’étude de Peters (1994 : 5) décrit les rites culturels de passage qui ont lieu durant les situations de transition dans le cycle de la vie d’un individu, tels que les rites tribaux pubertaires et d’initiation pour les jeunes hommes et les jeunes filles vers les vocations sacrées (comme le shamanisme). Les rites de passage ont trois phases : séparation, transition, et le retour dans le monde. Il s’agit de la **séparation** de l’environnement familial, du style de vie et de l’identité pour rentrer en contact avec le sacré (Eliade 1958) à travers le jeûne et la recherche de visions dans la nature (Foster et Little 1987), le tout résultant en l’éveil spirituel. La seconde phase est une **phase de transition** d’une catégorie sociale à une autre (passage de l’adolescence à

⁵⁰ Cram (2003) estime que le harcèlement peut être à l’origine d’une crise spirituelle.

l'âge adulte) et d'un état d'être à un autre (à travers l'acquisition du savoir sacré, la nouvelle vie est reçue à travers une vision ou expliquée à travers les mythes et les objets sacrés). Pendant les rites de puberté, une opération sacrée est exécutée par les maîtres de l'initiation, typiquement une sorte de mutilation du corps comme la circoncision, une scarification qui symbolise la transition à une nouvelle forme d'être. La **personne renaît** et c'est alors la phase de retour dans le monde (Peters 1994 : 5-6). « *The cognitive function of rites of passage is the "transformation of the model of reality* » (McManus 1979 cité dans Peters 1994 : 6) grâce à l'acquisition du savoir sacré (McManus 1979).

Une autre notion importante ici est *communitas*. Retrouvée durant les rites initiatiques, *communitas* (Turner 1969) est non seulement un espace où la communauté est unie, mais surtout est la précondition à la communauté et à la structure sociale, car c'est grâce à elle, et en elle, que se déroule la période transitionnelle de l'initiation et de la renaissance (Peters 1994 : 6).

Communitas (Turner 1969), et son importance dans les rites de passage, est une notion essentielle pour le TPL. En effet, durant les rites de passage, et selon Turner (1969), *communitas* est un état existentiel d'unité avec les autres, à partir duquel, le sacré est établi chez le novice. *Communitas*, ayant lieu durant la période transitionnelle, signifie 'vivre ensemble' indifférenciés, un sentiment extatique d'unité au-delà de toutes catégories et hiérarchies. [...] *Communitas* est la base existentielle de la société qui transcende toutes les frontières psychosociales, sentiment de notre humanité commune, dénué de toutes les qualités différenciatrices. Selon Durkheim (1957), la fonction sociale du rituel est de créer une telle solidarité sociale et de mettre les gens ensemble dans un état de conscience 'effervescent' (Olaveson 2001) pour célébrer et commémorer leur unité. Cette expérience sociale de communion ressemble à la description que fait Wilber (1979) des expériences transpersonnelles et thérapeutiques de *no-boundary* dans lesquelles la personne apprend, à travers la transcendance du Moi, à prendre soin des autres, non pas parce qu'ils nous respectent, nous aiment, nous sécurisent, nous donnent du support, ou nous reflètent, mais parce que ils sont 'nous' (Peters 1994 : 6-7 ; traduction libre).

Pour Peters (1994 : 7), ces expériences transpersonnelles de communauté et d'unité sont, en fait, ce que les adolescents souffrant de TPL essaient d'atteindre à travers l'utilisation en groupe de drogues (rave party, sorte de transe collective) (St John 2008), les mutilations (*piercing*, tatouage, souvent faits en groupes), et autres comportements autodestructeurs (courses de voitures ou de motos à très grande vitesse), qui finissent par être, au contraire,

isolants et stigmatisés par la société. « *The lack of sacred myth and rites in our culture has led to an erosion of meaning for both sexes* » (Bly 1987 ; Woodman 1987 cités dans Peters 1994 : 7). Selon Moore (1992 : 203), la personne est en souffrance (car privée), et devient symptomatique, quand la culture n'assouvit pas un '*need for myth, ritual and a spiritual life*'. Pour Moore (1992 : 205), les personnes qui se privent de manger jusqu'à l'anorexie évoquent dans leur ascétisme : « [...] *food rituals, vestigial forms of religious practice...[and] as [our] society's symptom, anorexia could be trying to teach us that we need a more genuine spiritual life [...]* ». Ceci n'est pas sans rappeler les symptômes du TPL, eux-mêmes impulsivement ritualistes, qui, bien qu'ils ne soient pas culturellement reconnus, sont en fait remplis de 'signification culturelle' (Peters 1994 : 7).

En effet, il est très important de considérer l'éventualité que les crises de TPL sont des expériences transpersonnelles en quête de transcendance, où les états *borderlines* sont des crises d'annihilation du Moi (comme les rites de passage et les urgences spirituelles) pendant lesquelles les actes et les symboles de vie et de mort sont évoqués : « *Mais ceux-ci, contrairement aux rites de passage, sont privés de toute valeur culturelle, de contexte spirituel, ou d'éducation de transcendance, ce qui retarde ou gêne la potentialité transpersonnelle* » (Peters 1994 : 7 ; traduction libre).

Bien que les thérapeutes échouent à apprécier la nature initiatrice des nombreux comportements addictifs et impulsifs des *borderlines*, ils apparaissent cependant, dans un milieu de mythes et de rites sacrés, comme des tentatives extatiques et angoissantes de réaliser la guérison et la transformation à travers *the dark night of the soul*⁵¹, et peuvent être perçus, de ce fait, comme une expérience de guérison (Grof 1988 ; Grof et Grof 1989, 1990 ; Small 1991 cités dans Peters 1994 : 8). De là, selon Peters (1994 : 8), le *acting-out* des patients *borderlines* peut être vu comme 'un phénomène transitionnel', une régression temporaire qui aide le passage d'un niveau de développement à un autre ; un moyen de gagner une vision et une intégration et pas nécessairement comme une perturbation (Kanter 1957) ; une tentative de séparer, d'atteindre et de réaliser l'identité (Angel 1965 :

⁵¹ La nuit obscure de l'âme, décrite précédemment.

79); et enfin comme un mécanisme adaptatif 'au service du développement progressif', durant le 'deuxième processus de séparation-individuation' de l'adolescence (Blos 1978).

« *The ritual process represents a movement from 'chaos to cosmos'* » (Eliade 1958 ; Turner 1969 cités dans Peters 1994 : 8). La perte des mythes et des rites a contribué à la maladie mentale car elle a rendu nécessaire, pour les individus, la réalisation de leurs propres transitions, transitions qu'ils réalisent seuls et à travers l'utilisation de symboles privés (qui appartiennent à leur vécu personnel) (Arrien 1993 : 6 ; Kimball 1960 ; Peters 1994 : 8). Les épisodes psychotiques de TPL n'ont pas de récipient culturel comme celui qu'offrent les rites culturels de passage aux émotions chaotiques, et à l'intérieur duquel elles sont formées et deviennent ainsi 'contrôlables' (Plaut 1975) ; ils peuvent de ce fait être vus comme étant des essais visant à réaliser identité, transition, et renaissance à travers la mort du Moi (Peters 1994 : 8). Cette voie culturelle, représentée par les rites et illuminée par des mythes et des symboles d'initiation, en offrant un sens transpersonnel et un contexte à des périodes critiques de la vie, aide à former l'identité (Peters 1994 : 10).

Dans plusieurs sociétés non-occidentales, les 'maladies' sont souvent considérées comme étant des crises sacrées et transpersonnelles, impliquant une intense participation de la déité, de la famille et du réseau social. La 'perte de l'âme', la 'possession' et d'autres CBSs typiques ne sont pas considérés comme des problèmes individuels, mais comme des problèmes incluant le réseau social en entier, ainsi que l'équilibre et la relation avec les forces spirituelles du cosmos. Conséquemment le traitement est simultanément psychosocial et spirituel (Peters 1994 : 9 ; traduction libre).

Cette approche demeure, néanmoins aujourd'hui, difficile à envisager car, dans le monde contemporain occidental, psychologie et religion sont souvent séparées, et la cause des problèmes émotionnels est imputée, non pas à la perte culturelle de spiritualité ni à la perte de notre sens d'interconnectivité l'un à l'autre ou au tout, mais à des traumatismes personnels dans la famille ou dans l'enfance (Peters 1994 : 7).

Cependant, de nombreuses études entreprises récemment ont démontré une relation significative et positive entre religiosité, spiritualité et bien-être psychologique, comme cette étude réalisée en Iran par Hafizi et (Hafizi et Tabatabaei 2014) où l'implication religieuse des personnes ayant un TPL est négativement corrélée à de nombreux

symptômes de TPL. Un autre exemple de l'effet positif de la religiosité sur le bien-être psychologique, est le programme nommé 12-steps⁵² dont l'efficacité est supérieure aux autres traitements de l'addiction (Lukoff et al. 1992 ; Peters 1994 : 9). Cette affirmation est relativisée par d'autres travaux, comme ceux de Hassan et al. (2013) et de Kostick (2010), qui suggèrent que la religiosité, selon le contexte lié à la situation, peut être protectrice ou au contraire porteuse de risque.

Pour conclure cette section, l'on peut dire que les 'symptômes' du TPL représentent éventuellement une tentative progressive d'auto-guérison. Ce sont des symptômes égarés dans une culture occidentale souvent dépourvue de contexte spirituel et ritualiste intégratif (Peters 1994 : 1). Le syndrome *borderline*, comme mentionné auparavant, et comme la plupart des autres maladies psychiatriques chroniques et sévères (schizophrénie et dépression), est moins fréquent dans les contextes culturels, car les rites de passage dans ces contextes aident les individus à traverser avec succès les périodes transitionnelles critiques de vie, et ce, en évoquant les expériences transpersonnelles des autres (Peters 1994 : 9-10). La perte des rites de passage et de leur contexte sacré en Occident (et aujourd'hui dans beaucoup d'autres sociétés non-occidentales, dont la société égyptienne) peut être l'un des principaux facteurs impliqués dans la transformation d'un mécanisme de guérison endogène en un TPL chronique (médical/séculaire/profane, conséquemment inapte pour une pratique spirituelle), devenu un problème de santé publique endémique (Peters 1994 : 9-10) :

It is not the *borderline* state itself that is the problem, but cultural and psychiatric phenomenology if it views such radical alterations of consciousness with fear and trepidation, and labels as crazy what may well be endogenous attempts at healing and transformation in need of exogenous social, familial, and psychiatric support, validation, and guidance. (Peters 1994 : 10).

Dans la section suivante, ce sont les dimensions existentielles de la '*assabeyya*' qui seront élaborées.

⁵² Ce programme implique la relation à un 'pouvoir plus grand que nous-mêmes', transpersonnel, ainsi qu'à un réseau social fort et encourageant d'autres membres (Lukoff et al. 1992 cité dans Peters 1994 :9).

III.2.2.2. 'Assabeyya khaldunienne et 'assabeyya idiome de détresse

For him [Ibn Khaldun], 'asabiyya (social solidarity or group feeling) is a specific property of the human soul, a combination of the natural feeling for one's relatives and friends, and the need for defense and means of survival. It cements a group together, dictates the need for a ruler, leads to conflicts with other groups, and generates the power of conquest leading to victory over others. Its initial power determines the extent of this conquest; the fulfillment of appetites and desires; and finally, weakens it and leads to the disintegration of political power. (Khalil 2006: 97).

Pour Ibn Khaldun, pionnier de la sociologie au XIV^{ème} siècle, les lois de la 'assabeyya khaldunienne (solidarité et cohésion sociale), ou *assabiyeh*⁵³, évoluent parallèlement à celles de l'Histoire. Conséquemment, et comme l'Histoire des sociétés passe par des moments de déclin, Ibn Khaldun évoque de manière similaire et concomitante à ce déclin, le déclin et de la perte de la 'assabeyya khaldunienne (Katsiaficas 2014 : 329). En effet, avec la domination du capitalisme occidental, la 'assabeyya khaldunienne a été fracassée. L'argent, valeur expansible, a pénétré toutes les cloisons et déformé toutes les relations, y compris les relations les plus primales (selon Ibn Khaldun), c'est-à-dire les relations de sang (Katsiaficas 2014 : 330). Pour Ibn Khaldun, les groupes possédant un fort sens de 'assabeyya khaldunienne sont destinés à être forts et à régner, au moins aussi longtemps qu'ils sont capables de maintenir leur sens d'identité et de solidarité ('assabeyya khaldunienne). De ce fait, les groupes composés de parents consanguins (comme dans le cas de nombreuses communautés bédouines) ont les liens les plus forts possibles puisqu'ils sont basés sur les liens généalogiques ; alors que les milieux urbains (où les immigrants venant de multiples localités se rassemblent et où l'homogénéité du groupe diminue) prédisposent les habitants urbains à un éventuel affaiblissement du sentiment de groupe (Katsiaficas 2014 : 330), donc à un effritement de la 'assabeyya khaldunienne. Un célèbre proverbe arabe illustre bien cette notion de 'assabeyya khaldunienne basée sur les liens généalogiques et la solidarité sociale : « *Anā we akhoūya 'alā ebn 'ammy we anā we ebn 'ammy 'alā el gharīb*⁵⁴ » (Taymur et Elkhadem 1987). Le patriarcat arabe, autant

⁵³ *Assabiyeh* est l'orthographe utilisé par Katsiaficas (2014).

⁵⁴ Traduction du proverbe : Moi et mon frère unis contre mon cousin, et moi et mon cousin unis contre l'étranger.

aujourd'hui qu'il y a 600 ans, milite contre la construction d'une identité autonome individuelle. De ce fait, à l'intérieur d'un réseau élaboré d'identités familiales et d'obligations culturelles, les individus dans les sociétés arabes restent liés par des formations collectives ; par contre en Occident, le pouvoir de ces formations collectives a été affaibli depuis longtemps (Katsiaficas 2014 : 331). Il est à rappeler qu'Ibn Khaldun était un virulent critique de l'individualisme⁵⁵ sauvage (Katsiaficas 2014 : 332).

Le chapitre IX tente de comprendre le lien entre *'assabeyya* khaldunienne et *'assabeyya* idiome de détresse d'après les références bibliographiques mentionnées dans cette partie, ainsi que d'après l'analyse des résultats obtenus lors de cette recherche.

Après avoir exposé les dimensions sociales, culturelles et existentielles du TPL et de la *'assabeyya*, la section suivante cherche à aborder le trouble identitaire, évoqué par les références bibliographiques passées en revue, existant à la fois dans le TPL et la *'assabeyya*.

III.2.3. Le trouble identitaire dans le TPL et la *'assabeyya*

La dimension identitaire du TPL et de la *'assabeyya* semble être la conséquence directe des trois aspects mentionnés auparavant : social, culturel et existentiel. Jørgensen (2006 : 639) et Paris (2004), mettent en évidence une augmentation de la prévalence du TPL qu'ils attribuent à la dynamique des sociétés modernes actuelles, et à une augmentation de la difficulté des gens atteints de TPL d'évoluer et d'agir avec compétence dans la vie de tous les jours à cause des transformations sociales rapides. Hattar-Pollara et al. (2000, 2002) mettent aussi en évidence l'importance des facteurs sociaux, culturels et existentiels que traverse la société égyptienne, et leur impact sur la formation identitaire des femmes égyptiennes et sur le développement de la *'assabeyya*.

⁵⁵ « Il est important de faire la distinction, ici, entre individualité et individualisme : Individualité fait ici référence à une relation harmonieuse entre un être humain et un groupe de personnes ; individualisme par contre dépeint l'individu comme une unité isolée par des groupes répressifs (groupes auxquels il peut ou ne pas appartenir). Lorsque l'individualisme est combattu de manière efficace, il se métamorphose en individualité, et similairement, le collectivisme peut être transformé en une collectivité consciente. » (Katsiaficas 2014 :331 ; traduction libre).

Pour Johnstone (2000) et Wilkins et Warner (2000, 2001) , il s'agit de comprendre le comportement des femmes et de voir les symptômes qui définissent le TPL, notamment identitaires, non pas comme le résultat d'un trouble de la personnalité, mais comme des réactions adaptatives à des traumatismes relationnels précoces, comme un essai de se donner, face au trauma et au sentiment d'impuissance et de vulnérabilité interne, un peu de maîtrise, de contrôle et une alliance relationnelle avec les autres (Shaw 2006 : 130). Cette approche rappelle celle de la femme *'assabeyya* subissant quotidiennement des abus personnels et sociaux, et fait penser à cette remarque de Suzi dans l'étude de Shaw et Proctor (2004 : 12) :

I cannot understand how the vast majority of perpetrators of sexual violence walk free in this society, whilst the people who struggle to cope with its after effects are told they have 'disordered personalities.

En plus des conditions traumatiques précoces à l'origine des troubles identitaires du TPL, Jørgensen (2006 : 639) rajoute que le besoin d'une identité personnelle forte, stable et mature a été accentué par l'affaiblissement des structures traditionnelles externes qui, jusqu'alors, stabilisaient et donnaient un sens à la vie.

Selon Jørgensen (2006 : 639), les patients *borderline* (et d'autres patients souffrant aussi de problèmes d'identité) n'ont pas développé les ressources psychologiques internes, qui, 'normalement', compensent les conséquences de la disparition des institutions sociales et des pratiques culturelles qui engendrent du 'sens'. Conséquemment, leur besoin de structures sociales durables et de rôles sociaux normatifs pour stabiliser le Soi⁵⁶ est urgent. En effet, la conception du monde chez les patients *borderline* est typiquement basée sur la méfiance, l'absence de confiance. Souffrant de déficience dans la notion de '*basic trust*' (confiance de base) et d'insécurité des attachements formés avec les personnes importantes dans leur vie, dans leurs tentatives de faire face à la complexité sociale qui les envahit, les patients *borderline* n'ont pas accès aux ressources psychologiques essentielles pour ceci.

⁵⁶ Carl Gustav Jung (1915) utilise le terme Soi pour désigner l'archétype de l'entièreté psychique qui distingue une personne au-delà de ce qu'elle perçoit d'abord (cette perception étant le Moi), le Soi (Self) étant social et archétypal. Ce concept du Soi est utilisé en psychologie et en psychanalyse avec des nuances d'acceptions en fonction des courants de pensée. C'est en particulier un des piliers de la psychologie analytique et de la psychologie sociale.

Ils sont alors submergés par la complexité qu'ils expérimentent et ont recours à des mécanismes de défense primitifs et des tentatives contre-productives visant à réduire cette complexité (Jørgensen 2006 : 639). Les notions de trouble identitaire et de marginalisation sociale sont à considérer dans les sections qui suivent.

Bien que, et comme mentionné au début de cette section, des antécédents de trauma puissent contribuer de manière considérable au sens d'incohérence douloureuse associé à des tendances dissociatives retrouvée dans le TPL (et sa relation avec le complexe PTSD, selon le concept de continuum mentionné dans le chapitre II), les caractéristiques du trouble identitaire retrouvés dans la personnalité *borderline*, indépendamment de l'existence d'antécédents d'abus, comprennent aussi : (1) une inconsistance dans les croyances et les comportements ; (2) une sur-identifications avec des groupes et des rôles ; (3) des difficultés à s'engager dans des responsabilités sociales et professionnelles (Wilkinson-Ryan et Westen 2000 : 540). Ainsi, bien plus que les conséquences des antécédents de traumatisme sur le développement de certains symptômes cognitifs ou comportementaux du TPL, qu'il est par ailleurs important de mettre en avant, ce sont surtout les causes du profond trouble identitaire, vocationnel et spirituel, conséquences directes d'un malaise d'origine sociale qu'il est primordial d'explorer.

De nombreux modèles psychanalytique, interpersonnel, cognitif-comportemental ainsi que les expériences cliniques, avancent qu'à la base de la psychopathologie *borderline* se trouvent les perturbations de soi et des autres représentations mentales (Berrocal et al. 2008). De ces perturbations naissent la plupart des manifestations communes du TPL (problèmes d'identité, relations interpersonnelles instables, instabilité affective et impulsivité). La nature des perturbations de la représentation du soi et de l'autre dans la psychopathologie *borderline* sont résumées par Bender et Skodol (2007 : 514) :

- (1) Unstable mental images of self and others, often marked by self-loathing and attributions of malevolence to others;
- (2) Interactions with others organized around a fundamental need for care that is felt to be necessary for basic functioning;
- (3) Fear of others based on expectations of being mistreated and disappointed and/or terror of having one's identity subsumed by another person;

- (4) Difficulty considering multiple and/or conflicting perspectives, with a tendency toward concrete, all-or-none, or black-and-white, thinking and distortion of reality;
- (5) Sadomasochistic interpersonal interactions in which a person alternatively inflicts suffering on others and suffers at the hands of others.

Selon Jørgensen (2006 : 640), jusqu'à présent, les recherches mettaient l'accent sur la vulnérabilité individuelle au TPL, sur la résilience (enracinée dans les facteurs génétiques, tempéramentaux et historiques) et sur les problèmes actuels (incluant les expériences traumatiques, les deuils et les pertes et les transitions développementales normales). Les recherches négligeaient alors les tendances, dans la culture contemporaine, qui affectent la psychologie humaine et empêchent le développement normal de l'identité humaine, limitant notre compréhension des connections entre les éléments de la culture. Jørgensen (2006) recommande de regarder au-delà des problèmes de l'individu *borderline* et d'atteindre les structures sociales qui aggravent et même contribuent à la création de son ou de ses problèmes, tout en reconnaissant l'information inestimable concernant la culture contemporaine que fournit le travail avec les patients *borderline*. Cette approche implique que la théorie clinique et la pratique psychothérapeutique acquièrent (ou réacquièrent) une dimension morale et politique distinctes (Jørgensen 2006 : 640).

Dans ce sens, et tel un véritable mouvement social, des voix s'élèvent aujourd'hui, comme celle de Shaw (2006), qui s'interroge sur l'existence même de ce trouble de la personnalité dans son livre '*Women at the Margins*', dénonçant l'utilisation psychiatrique du diagnostic du TPL et la marginalisation des femmes diagnostiquées comme ayant un TPL, à l'intérieur des services de santé mentale, alors qu'elles sont déjà marginalisées par des expériences de violence, d'abus, de pauvreté et d'autres types d'oppression (Baer et al. 2003a). Ces femmes sont alors poussées aux limites de la société par ce diagnostic (Shaw 2006 : 124), car le TPL est un diagnostic très stigmatisé, avec des conséquences négatives à l'intérieur et à l'extérieur des services de santé mentale (Shaw 2006 : 128). Les services de santé mentale sont remplis de gens qui se battent contre la violence, l'abus et l'inégalité qui caractérisent les sociétés modernes. Poser des étiquettes comme celle du TPL empêche une grande partie de la société d'en prendre conscience (Shaw 2006 : 131).

D'autres voix aussi s'opposent à privilégier le diagnostic psychiatrique en tant que réponse et en tant qu'explication de la détresse mentale, comme celle de Lewis et Appleby (1988 : 8) pour qui le diagnostic de trouble de la personnalité apparaît comme étant un jugement péjoratif durable plus qu'un diagnostic clinique ; et de Kutchins et Kirk (1997) qui avancent que le thérapeute et les compagnies pharmaceutiques profitent de la pathologisation grandissante des émotions et des comportements et que le TPL est un produit de l'industrie grandissante des troubles de la personnalité ayant des motivations politiques et financières.

Être qualifiée de '*assabeyya*, par contre, ne met pas la personne aux frontières de la société, au contraire, ceci la place au centre de la prise de décision, comme expliqué précédemment pour le cas d'Oum Ramadan (Krieger 1998) ou des femmes fonctionnaires (Hattar-Pollara et al. 2000, 2002). Cette marginalisation ne se fait que lorsque les femmes souffrant de '*assabeyya* consultent un professionnel de la santé mentale et que celui-ci applique les nouvelles règles diagnostiques dictées par la 'pathologisation grandissante des émotions et des comportements' et leur collent l'étiquette de TPL. De là, elles passent de femmes ayant le droit de dénoncer les souffrances subies de par leur condition difficile de fille, d'épouse ou de mère, en étant '*assabeyya*, à celle de femme malade, dont le jugement et le comportement sont perturbés, perturbations qui leur font perdre tout droit à la revendication ou même à la plainte. Conséquemment, et de plus en plus, ces femmes en souffrance commencent à manquer cruellement de confiance en les structures sociales de la famille et de leur milieu de travail.

Ce chapitre sur la '*assabeyya* et le TPL s'est proposé de comprendre ce qu'est la souffrance et la détresse psychologique, de mettre en évidence que l'idiome de détresse est une expression de la souffrance, d'identifier les causes universellement communes de la détresse, de révéler les aspects ethnomédicaux de la souffrance psychologique, de développer la notion d'*embodiment* et de somatisation, et de passer en revue les différents types d'idiome de détresse notamment les idiomes locaux, surtout ceux liés aux traumatismes. Ce chapitre s'est également attardé sur les idiomes de détresse associés aux 'nerfs' (*nervoso, nervios, nevra, nerves, niebi, 'assabeyya ou narfaza*) ainsi que sur les dimensions

sociales, culturelles du TPL et de la *'assabeyya* et leurs dimensions existentielles à travers les rites de passages et la *'assabeyya* khaldunienne et identitaires.

Pour conclure, l'on peut retenir que le mécanisme à l'origine de la *'assabeyya* est le même que celui de ses équivalents biomédicaux (TPL et complex PTSD), et même de celui de ses équivalents culturels, tels que le *nervios*, à savoir l'aliénation qui évolue vers l'anomie (Fromm et Bottomore 2004 ; Petrović 1963). Anomie et aliénation sont des termes ayant une portée à la fois philosophique, politique, sociale et psychologique. La relation à soi (perturbée dans l'anomie) et la relation aux autres (perturbée dans le cas de l'aliénation) est à la base de la *'assabeyya*, comme le chapitre IX essaie de mettre en évidence.

Mais avant ceci, le chapitre suivant pose la question principale qui a motivé cette présente recherche et développe ses objectifs ainsi que les hypothèses et les propositions qu'elle soulève.

CHAPITRE IV. OBJECTIFS & PROPOSITIONS DE RECHERCHE

De nombreuses observations cliniques semblent se démarquer de ma pratique quotidienne en tant que psychiatre, corrélées par les références passées en revue dans le chapitre précédent. Les deux principales observations qui ont motivé cette recherche sont, premièrement l'augmentation, surtout chez les femmes, du diagnostic de TPL posé par les intervenants en santé mentale en Égypte (Ghanem et al. 2009) (ce diagnostic de TPL est donné aujourd'hui à des symptômes psychologiques, qui, auparavant, étaient courants et communément acceptés par la culture égyptienne) ; la deuxième observation est la manifestation chez de plus en plus de femmes égyptiennes de l'idiome de détresse 'assabeyya comme expression de leur souffrance et de leur détresse (Hattar-Polara et al. 2000, 2002).

Ce chapitre se propose d'évoquer les objectifs et les propositions de recherche qui en découlent.

IV.1. Objectifs

Suite à une démarche initiale inductive et itérative, la présente recherche s'est posée comme objectif principal d'étudier la détresse émotionnelle ressentie par les femmes vivant dans un quartier du Caire, Maadi. Cette démarche a consisté à étudier le TPL et l'idiome de détresse 'assabeyya chez les Égyptiennes du Caire. Il s'agissait d'examiner l'éventuelle relation existant entre le TPL, l'exposition à la violence et le traumatisme psychologique qu'elle entraîne, et l'idiome de détresse 'assabeyya.

Cet objectif pourrait se résumer à une très brève *question de recherche* : Parmi les différentes modalités d'expression de la détresse émotionnelle chez les femmes cairotés, quels sont l'importance, le contenu et les causes de la 'assabeyya ; et quels sont les liens entre 'assabeyya et TPL ?

Pour répondre à ces questionnements et pour étayer les hypothèses qui en découlent, cette étude a essayé tout d'abord de :

Objectif 1 : Identifier les idiomes de détresse utilisés par les femmes au Caire pour exprimer leur détresse émotionnelle, dont la *'assabeyya*, ainsi que les différentes facettes que prennent ces idiomes ;

Objectif 2 : Retrouver les éventuels points communs entre les différents idiomes exprimés par les femmes interviewées ;

Objectif 3 : Chercher à voir si les idiomes de détresse exprimés sont des symptômes caractéristiques du TPL et/ou de l'ESPT complexe tels que décrits dans le DSM.

IV.2. de la recherche Propositions de recherche

De nombreuses hypothèses découlent des observations évoquées. Elles sont appuyées par la revue de littérature et les concepts théoriques abordés dans le chapitre qui précède :

Proposition de recherche 1 : La *'assabeyya* et le TPL sont liés, ce sont des idiomes de détresse résultant de l'exposition des femmes égyptiennes aux différentes sources de violence qui les entourent et aux traumatismes qui en résultent.

Proposition de recherche 2 : Ces sources de violence sont, entre autres, dues à la perte respectivement de la *communitas* et de la *'assabeyya* khaldunienne induisant TPL et *'assabeyya*.

Proposition de recherche 3 : Assujettissement et *'assabeyya* sont intriqués. Les différents mécanismes de violence auxquels les femmes égyptiennes sont confrontées induisent l'assujettissement du corps-objet. Face à cet assujettissement, c'est l'échec à la fois : de l'évitement, agencéité tactique, décrit dans le concept de victimisation, et de la piété, agencéité éthique qui est la cause de la détresse émotionnelle et de la *'assabeyya*.

Le chapitre suivant est dédié à la méthodologie utilisée sur le terrain par la présente recherche et ce afin d'atteindre les objectifs susmentionnés.

CHAPITRE V. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

V.1. Méthodes

Cette recherche est basée sur une approche qualitative (Bernard 2006 ; Olivier de Sardan 2008) qui a suivi les différentes étapes rapportées par la littérature anthropologique, notamment celles énoncées ici par Olivier de Sardan (1995) :

Le mode particulier de production de données qu'est l'enquête de terrain, en anthropologie (ou en sociologie dite parfois « qualitative »), passe pour l'essentiel par des interactions prolongées entre le chercheur en personne et le « milieu » qu'il étudie. C'est avant tout une question de savoir-faire, s'apprenant par la pratique, et non formalisable. Mais cette configuration méthodologique spécifique n'est pas pour autant sans principes, ni soumise aux seuls aléas de la subjectivité. Une « politique du terrain » soucieuse de répondre à des exigences de plausibilité et de validité doit se donner certains repères, qu'on s'efforce ici de décrire, à travers les quatre grands types de données produites : (a) l'observation participante (observations et interactions engendrant des données de corpus et des données d'imprégnation) ; (b) les entretiens (consultations et récits dans un registre conversationnel, à fonction récursive, relevant de « négociations invisibles ») ; (c) les dispositifs de recensions (procédures systématiques et intensives d'observation et de mesure) ; (d) les sources écrites. À travers ces quatre types de données, le chercheur de terrain tente de construire tant bien que mal une « rigueur du qualitatif » qui navigue autour de quelques principes simples : la triangulation et la recherche empirique de groupes stratégiques, l'itération, l'explication interprétative, la construction de « descripteurs », la saturation de l'information, le groupe social témoin et enfin la gestion des biais subjectifs. (Olivier de Sardan 1995: 71).

Dans cette démarche qualitative, la question de recherche initiale et provisoire consistait à se demander si la *'assabeyya*, de plus en plus exprimée par les *Masraweyyates*, était : (1) un idiome de détresse exprimant une souffrance traumatique secondaire à des violences subies précocement et répétitivement, ou plutôt, (2) un état lié à un trouble de la personnalité limite, tel défini dans le DSM-5, outil diagnostique développé par des chercheurs occidentaux dans un contexte occidental ?

Le choix de la problématique, dans le contexte de la présente recherche, part bien d'une situation concrète (Cefai 2009), à savoir une augmentation statistique des troubles de l'humeur et du diagnostic de TPL chez les femmes égyptiennes, et l'augmentation du

nombre de femmes en souffrance par rapport aux hommes (El-Missiry et al. 2012 ; Okasha et al., 2004).

Le questionnement initial, issu de ma pratique clinique en tant que psychiatre ainsi que de ma connaissance du milieu communautaire cairote, m'a conduit sur le terrain ethnographique, dans le but d'identifier et d'explorer les concepts culturels de détresse qu'utilisent les *Masraweyyates*, les circonstances de leur apparition, leurs causes, les stratégies pour y faire face et, surtout, l'expérience subjective qu'en font les femmes du quartier Maadi. J'ai procédé de façon inductive et itérative (Chevrier 2004) en analysant et collectant des données qualitatives à l'aide d'entrevues avec des femmes du quartier Maadi, des membres de leur entourage (des personnes ressources dans la communauté) et des intervenants communautaires et en santé mentale, comme précisé plus loin.

V.1.1. Choix du terrain

Le choix du terrain a été dû principalement à ma connaissance préalable du quartier de Maadi, région sud du Caire⁵⁷ et à son caractère socio-culturel pluriel (en tant que résidente, clinicienne et ayant contribué à la fondation de l'ONG Wa'y, où je n'y ai plus qu'un rôle consultatif). C'est cette même connaissance préalable qui a suscité en moi le questionnement initial qui a conduit à la présente recherche. Connaitre le quartier a aussi facilité le repérage des lieux publics de rassemblement de femmes (métro, galeries marchandes, rues, lieu de travail, dispensaires, cliniques, églises, mosquées) et des lieux privés auxquels j'ai été conviée. Connaitre le quartier m'a permis aussi de rencontrer plus facilement les éventuelles personnes ressources qui m'ont introduite à des femmes de la communauté et m'ont fait découvrir d'autres lieux de rencontre utilisés par les femmes. Les relations personnelles de confiance représentent un important atout à toute interaction humaine en Égypte, surtout lors de rencontres ethnographiques. Être une femme, familière depuis plusieurs années aux commerçants du quartier, aux professionnels de la santé, et à de nombreuses familles de Maadi, à été un avantage indéniable.

⁵⁷ <https://goo.gl/maps/yEzPGeN9whA2>; <https://goo.gl/maps/PiLVgiDN3y62>

Maadi est un quartier situé au bord du Nil, dans la banlieue Sud du Caire (annexe 1, (Florin 2005)). Sa création remonte aux années 1900, pendant le protectorat britannique. Maadi a été construit initialement du côté bordant le Nil, autour de la caserne militaire britannique de Maadi, pour les familles de militaires, et autour de la ligne de chemin de fer, reliant Helwān, plus au sud, au Caire. Maadi s'est développé au fil des années pour abriter de nombreuses demeures de familles bourgeoises égyptiennes (d'origine égyptienne ou turque et de familles étrangères dans le 'Old Maadi', proche du Nil). Simultanément s'est développé, de l'autre côté de la ligne de chemin de fer, 'Arab el Maadi', quartier populaire commerçant et artisan, habité par des membres de tribus arabes venant des zones désertiques, par des familles nubiennes travaillant dans les demeures du 'Old Maadi' et par des familles du Delta et de Haute-Égypte travaillant dans la construction ou les petits commerces. Les années 1970 ont vu se développer le 'New Maadi', quartier résidentiel à l'Est de Maadi, habité par des employés de multinationales étrangères, notamment pétrolières, dont les sièges se sont installés dans le 'Old Maadi'. Dans les années 1990, 'Zahraa el Maadi', plus à l'est, s'est construit autour d'immeubles communautaires édifiés par la municipalité de Maadi, et abrite des fonctionnaires et des commerçants à revenus modestes. Le développement urbain de Maadi symbolise bien l'évolution urbaine du Caire à travers les époques. Maadi abrite des populations de milieux socioéconomiques et culturels différents, représentatives de la diversité de la population du Caire (figure 3).



Figure 3: Vue Satellite de Maadi
(Source : Google maps)

Les lieux publics (figure 4) que j'ai visités représentent les lieux de rassemblement naturels des femmes de Maadi. Les stations de métro sont des lieux très fréquentés quotidiennement par les femmes de tout bord, avec la présence de compartiments strictement réservés aux femmes. Les galeries marchandes (*malls*) de différents niveaux économiques sont nombreuses à Maadi. Ce sont non seulement des lieux d'achat, mais aussi des lieux de rencontre des femmes et des familles dans les cafés. J'ai visité les magasins de produits esthétiques, de chaussures, d'habillement et de lingerie et rencontré les vendeurs/vendeuses. Le souk de Maadi est le marché du quartier, où les familles viennent acheter les produits alimentaires et où se trouvent aussi les petits commerces. Je l'ai aussi visité ainsi que les grandes surfaces pour produits alimentaires et rencontré les personnes en contact avec les femmes qui les visitent. J'ai veillé aussi à visiter les salons de coiffure et d'esthétique de catégories socioéconomiques différentes ainsi que les clubs de remise en forme, de même que les églises et les mosquées (lieux d'activités sociales et religieuses pour la famille où se rendent souvent les femmes accompagnées de leurs enfants, ou les jeunes filles accompagnant leur mère).



Figure 4: Une des rues marchandes de Maadi (Rue 9)
(Crédit photo : Hafidzo et Scoop Empire)

Les lieux privés où j'ai été conviée à titre personnel ont fait aussi l'objet de mes observations. Les rencontres avec les personnes ressources exerçant dans le milieu médical et de santé mentale en particulier se sont déroulées sur le lieu de leur exercice, selon leur disponibilité et selon les rapports de confiance préétablis avec eux, de par ma familiarité avec le quartier. Les structures médicales visitées ont compris une polyclinique

gynécologique, un cabinet de nutritionniste et un autre de chirurgien esthétique. J'ai veillé à choisir des cabinets dont la clientèle provient de différents niveaux socioéconomiques.

Les structures de santé mentale considérées par cette recherche ont compris :

- **Une structure communautaire** dans le cadre d'une ONG (organisation non-gouvernementale), nommée Wa'y, offrant notamment aux femmes et aux populations économiquement défavorisées des services psychosociaux et de santé mentale. Les intervenants y sont psychiatres, psychologues, assistants sociaux et animateurs ;
- **Un centre de réhabilitation pour toxicomanie** accueillant uniquement des femmes. Les catégories socioéconomiques desservies par cette structure sont diverses. Les intervenants y sont psychiatres, psychologues, assistants sociaux et animatrices ex-toxicomanes ;
- **Une polyclinique médico-psychologique**, offrant des consultations psychiatriques et des services psychologiques, desservant des populations de catégories socioéconomiques diverses. Les intervenants y sont psychiatres et psychologues.

Les endroits où s'est déroulée la recherche font partie de la réalité pour toutes les personnes rencontrées. Ces endroits ont bénéficié donc d'une d'observation attentive et d'une description ethnographique fine car ils forment le cadre où la souffrance psychologique évolue. De même, pour faire plus ample connaissance avec toutes les structures visitées, j'ai consulté toute documentation les décrivant : sites web, brochures, documentaires et j'ai demandé à en visiter les locaux. Ceci a été réalisé afin d'observer les échanges qui se nouent en dehors des lieux formels de réunion ou de consultation, et de rendre compte de ces premières sources d'information, s'inspirant ainsi des approches de Laplantine (1996) et de Geertz (1973), pour qui l'écriture ethnographique consiste à transmettre ce que l'on voit, de manière aussi claire et précise que possible à travers l'écrit, et à interpréter les événements sociaux ou personnels que l'on observe. Pour Kleinman (1997), la présence sur le terrain et l'observation attentive des interactions dans les structures médicales permettent de mieux comprendre la souffrance que l'on étudie.

V.1.2. Collecte de données

The text that follows thus concerns a singular life, apprehended within the particular and constraining frame of an encounter within the physical space and discursive terrain of the psychiatric institution; apprehended as well in the back and forth of an exchange that I attempt to capture in the mode of performance—the only one that might grasp the taking place of an utterance, the said and unsaid of a dialogue, the surprises, discoveries, and moments of opacity, and prove capable of describing the stakes of subjectivity and culture at a moment of crisis and questioning. [...] as no one, psychiatrist, patient, or anthropologist, remains in their assigned places, but is involved as an interested party in the events and their making. (Pandolfo 2008 : 65-66).

Avant d'élaborer sur les collectes de données, je souhaiterais rendre hommage et remercier ces femmes qui ont accepté de partager avec moi des moments de leur vie, uniques par leur richesse, et que j'ai essayé d'observer et de rapporter avec le plus grand respect pour elles.

La population visée par cette recherche comprend des jeunes et des femmes égyptiennes vivant à Maadi et ses alentours proches, ou bien les visitant fréquemment pour causes familiales (visites de membres de la famille qui y résident), professionnelles (leur travail se trouve à Maadi) ou pour demande de soins (la structure de soins visitée se trouve à Maadi). Le seul critère a été leur disponibilité émotionnelle à accepter d'avoir un entretien avec elles, vu qu'elles sont volontaires, car il a été bien précisé qu'il n'y avait aucune compensation financière pour un tel entretien. Les objectifs de ma démarche, à savoir la recherche et non l'intervention, ont été éclaircis dès le début de toute interaction. J'ai précisé aux femmes de la communauté, ainsi qu'aux personnes ressources, que je ne les rencontrais pas dans le cadre de ma profession de psychiatre mais bien en tant que chercheuse en anthropologie, en leur présentant l'approbation du CERUL (Comité d'éthique de la recherche de l'université Laval) et son numéro. Je leur ai fourni aussi, avant d'entamer l'entrevue, une liste de personnes ressources qui pourraient leur procurer un soutien psychologique si elles en éprouvaient le besoin pendant ou après l'entrevue, ce qui me permettait de me détacher ainsi de mon 'chapeau' de psychiatre (voir page 402).

La durée de la recherche a été de neuf mois sur le terrain (de février 2012 à novembre 2012). J'ai réalisé vingt-cinq entretiens individuelles et deux entretiens de groupe (*focus*

group) incluant chacune cinq personnes. Le choix de limiter le nombre d'entrevues à une vingtaine s'appuie sur le *cultural consensus*, qui signifie que retrouver un fait culturel (c'est à dire partagé par plusieurs personnes dans une même culture), chez dix ou vingt personnes en leur posant les mêmes questions, est suffisant à fournir au chercheur la probabilité, assez élevée, que le fait culturel exprimé est 'consensuel' (Ember et Ember 2007 : 335) ou que la collecte de données a atteint le stade de saturation.

Parmi les femmes de la communauté rencontrées en entrevue individuelle, trois habitent à Maadi et les environs, et ont été informées de la recherche par des personnes ressources. Elles ne sont pas des patientes psychiatriques. Une répondante était venue en consultation accompagnée de son mari dans un cabinet gynécologique huppé de Maadi. Elle habite aussi Maadi. J'ai alors demandé à son gynécologue si je pouvais l'interviewer et quand, ce qu'elle a accepté immédiatement, et sans aucune hésitation. Deux répondantes sont des patientes d'une clinique psychiatrique privée de Maadi, informées par un collègue psychiatre. Quatre répondantes sont des toxicomanes en phase de réhabilitation dans un centre de réhabilitation à Maadi. J'ai pu rencontrer quatre autres répondantes qui viennent régulièrement en consultation à l'équipe sociopsychologique de l'ONG Wa'y. Deux d'entre elles sont célibataires, âgées d'une vingtaine d'années, et ont pris connaissance des services psychologiques offerts par l'ONG Wa'y grâce à Internet. Les deux autres répondantes sont venues suite aux recommandations de leurs voisines. Ces deux répondantes s'étaient d'abord adressées à l'équipe soignante de l'ONG Wa'y pour avoir des conseils concernant les difficultés scolaires et les problèmes psychologiques rencontrés par leurs enfants. Les intervenants leur ont alors conseillé de venir consulter aussi pour elles-mêmes, après avoir détecté qu'elles étaient en souffrance psychologique. Trois répondantes bénéficiant des services offerts par une ONG basée à Maadi (*Masr el Mahroussa*) et transférées à l'équipe sociopsychologique de Wa'y, ont accepté de me rencontrer. Ces répondantes emmenaient leurs enfants à des activités offertes par l'ONG *Masr el Mahroussa*, où les animateurs ont remarqué des troubles de l'humeur et du comportement chez ces enfants et ont conseillé aux parents de les emmener consulter à l'ONG Wa'y. De là, les intervenants, comme pour les femmes interrogées mentionnées précédemment, ont aussi jugé nécessaire de prendre en charge les mères, qui étaient aussi

en souffrance, tout comme leurs enfants. Le chapitre VIII reviendra plus en détail sur les motivations de la demande d'aide de ces femmes. Le total des entrevues individuelles a été de 17. Les 8 autres entrevues individuelles ont été effectuées avec les personnes ressources (annexe 12).

La recherche s'est appuyée sur des entrevues avec des intervenants qui exercent dans les structures de santé que visitent les femmes au Caire (un psychiatre, deux psychologues hommes et une psychologue, et un travailleur social) ainsi qu'avec des personnes ressources (une diabétologue-nutritionniste, un gynécologue obstétricien et un chirurgien plastique). Les autres personnes ressources dans cette recherche ont relevé en fait de plusieurs catégories. Ce sont des personnes en contact avec les femmes de par leur profession ou leur commerce. J'ai rencontré celles qui m'ont semblé être les plus significatives pour les femmes du quartier et aussi celles qui ont été les plus accessibles sur le terrain. Parmi les personnes ressources que j'ai rencontrées : des intervenants dans des organismes sociaux ou de développement, notamment ceux s'intéressant aux femmes victimes de violence ; un avocat spécialisé dans les problèmes relatifs aux droits de la personne ; un prêtre dans une importante église à Maadi de tradition chrétienne copte orthodoxe.

Je n'ai malheureusement pas pu rencontrer, comme je l'aurais souhaité, parmi les personnes ressources dont l'activité est située à Maadi, les personnes suivantes : le *maazoun* (homme de religion chargé de mariage et de divorce selon la loi islamique), le sheikh (tradipraticien utilisant les versets de Coran), la *'arrāfa* (femme qui lit la destinée dans le *fengān* (la tasse de café turc)) ou toute personne spécialisée dans la pratique de la magie et en contact avec les *guenns*. En effet, la situation socio-politique, en pleine révolution, pendant laquelle s'est déroulée l'étude de terrain était particulièrement tendue, rendant les personnes très méfiantes, surtout vis-à-vis de recherches provenant d'une université étrangère, effectuée par une femme, et s'intéressant à des sujets aussi délicats que la religion ou les *guenns*. De plus, je n'avais pas de contact direct, ni personnel ni à travers mon entourage professionnel ou personnel avec ces personnes, ce qui a rendu leur rencontre encore plus difficile.

Les personnes ressources que j'ai rencontrées au préalable dans les différentes structures et divers lieux et à qui j'ai fait part de mon désir d'interviewer des femmes du quartier, ont demandé systématiquement aux femmes qu'elles rencontraient, si elles souhaitent participer à la recherche. Quand elles acceptaient, elles me transmettaient leurs coordonnées afin que je les appelle et je demandais à les rencontrer à l'endroit, la date et l'horaire qui leur convenaient le mieux. Je leur expliquais alors le but de la recherche et leur présentais le formulaire de consentement (voir annexes 13, 14, 15) qui explique les objectifs de la recherche et pour obtenir leur accord signé. Aucune réponse n'a été reçue aux courriels envoyés anonymement à une liste de deux cents personnes habitant Maadi comprenant, en attaché, les documents de recrutement en arabe et en anglais.

V.1.2.1. Observation ethnographique

L'**observation directe** et/ou l'**observation participante** sont deux méthodes très utiles pour la collecte de données sur un terrain d'une recherche qui observe des comportements et des liens sociaux ; et le point de départ de la description ethnographique et de la collecte de données. Elles m'ont permis d'établir des liens sur le terrain, d'acquérir une connaissance plus approfondie de la culture (Bogdewic 1992) aux détours de conversations ou d'entrevues informelles, non enregistrées, avec des intervenants, des femmes de la communauté et des personnes ressources.

V.1.2.2. Entrevues formelles qualitatives

(1) **Avec les personnes ressources**, les entrevues ont été ouvertes (*open-ended in-depth interview* ; Schensul et al. 1999 : 101), non-structurées (Van Der Maren 2004 : 103)

(2) **Pour les femmes de la communauté**, elles ont été semi-dirigées (*semi-structured in-depth interview* ; Van Der Maren 2004) et ont compris des questions relatives aux informations personnelles, à la situation sociopsychologique actuelle de la répondante et à l'existence d'expériences traumatiques de victimisation :

Informations personnelles : Âge ; niveau d'éducation ; profession ; revenu ; lieu et type d'habitation ; niveau de salubrité (eau courante, électricité, toiture, routes) ; confession religieuse ; situation familiale ; nombres d'enfants ; relation avec la famille.

Situation sociopsychologique actuelle de la répondante : existence de souffrance psychologique, son état psychologique actuel et si elle a été victime de violence et traumatisée par elle (voir questions en arabe : annexe 5).

En cas d'existence de souffrance psychologiques et de violence actuelle ou passée, les questions ci-dessous ont été alors posées pour explorer :

- La présence de symptômes de TPL : grâce au SCID II/NP (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders Non-patient Edition for axis II* ; First et al. 2007, version arabe dialectal égyptien). Instrument en arabe pouvant être utilisé par des interviewers de formation non-médicale (American Psychiatric Publishing 2011) (annexe 6) ;
- La présence de symptômes de ESPT complexe en se référant aux critères diagnostiques définis par le DSM-IV-TR (et non pas ceux du DSM-5, car au moment de l'étude du terrain, il n'était pas encore publié) (American Psychiatric Association 2000) (annexe 7) ;
- La relation de la répondante à sa souffrance : Les questions ont été inspirées du *Explanatory Model of Illness Short version* (SEMI) (modèle explicatif de la maladie, version courte ; Jacob et al. 1998 ; Kleinman 1980 ; Kleinman et Benson 2006 ; Lloyd et al. 1998 ; Weiss 1997) (annexes 9 et 10) (American Psychiatric Association 2013b). Cette méthode a permis d'éliciter les savoirs culturels de la personne concernant sa maladie (Lloyd et al. 1998 ; Mirza et al. 2006).

L'utilisation transculturelle du *Explanatory Model of Illness* est bien établie (Ünal et al. 2007) chez les personnes souffrants d'état post-traumatique (Pappas 1990) ainsi que de celle du SCID II/NP (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders Non-patient Edition for axis II*) pour le diagnostic du TPL (Yang et al. 2000) et celle des critères diagnostiques définis par le DSM-IV-TR (Ma et Li 2014) (au moment de l'étude du terrain le DSM-5 n'était pas encore publié) (American Psychiatric Association 2000) (annexe 7).

Existence d'expériences traumatiques de victimisation :

-Violence Directe :

L'identification de la personne responsable de la violence (le partenaire (si la répondante est mariée) ou une autre personne de la famille, entourage, employeur) ; la définition du type de violence : physique, sexuelle ou psychologique (voir questions en arabe annexe 5).

-Violence Indirecte :

Les questions posées ont été relatives à : la malnutrition ; les mauvaises conditions socioéconomiques ; l'inaccessibilité des soins de santé ; les structures éducatives inappropriées, l'inégalité des chances d'emploi ; la surpopulation ; la ségrégation par le genre (Patel et al. 1999).

Les entrevues se sont déroulées dans la langue préférée par la personne (arabe dialectale égyptien ou anglais), et ont été enregistrées sur magnétophone, lorsque la répondante l'a permis. Des notes ont aussi été prises. Les questions auxquelles la personne n'a pas voulu répondre ont été abandonnées. Aucune entrevue n'a excédé trois heures (en moyenne la durée était d'une heure et demie à deux heures) et aucune des entrevues n'a été interrompue à la demande de la personne.

(3) L'entrevue de groupe (*focus group*)

Le *focus group* est une entrevue d'un groupe sélectionné selon certains critères. Pour cette recherche j'ai choisi un groupe d'intervenants travaillant à l'ONG WA'Y, comprenant 5 personnes que j'ai rencontrées deux fois. Les participants ont été avisés au préalable et un formulaire de consentement détaillé leur a été présenté. Les questions étaient ouvertes (*open-ended questions*), et relatives aux thèmes de la recherche : aspects de la souffrance psychologique des *Masraweyyates*, ses rapports avec les structures de soins ; leur opinion sur le diagnostic de TPL et celui de ESPT ; leur opinion sur les causes de cette souffrance ; ce qu'ils entendent par violence ; ce qu'ils pensent de la problématique de la recherche et leurs suggestions (Coreil 1994).

Bien que ce projet ne soit pas un projet de type recherche-action, il a toutefois été intéressant d'explorer les modèles explicatifs de la maladie selon les intervenants, et ce, lors d'un *focus group* organisé une fois que toutes les entrevues avec les usagers ont été réalisées. Lors de ce *focus group*, les résultats préliminaires de la recherche ont été présentés, ce qui a permis de recueillir les interprétations spontanées des intervenants (Coreil 1994 ; Tobin 2000). Pour Baum et al. (2006), ceci constitue aussi une source de

*empowerment*⁵⁸ pour les intervenants, notamment dans le domaine de la santé. De plus ce pourrait constituer, pour la présente recherche, une première étape vers des perspectives de développement pratiques dans le sens d'une recherche-action, pour un futur projet.

V.1.3. Analyse des données

L'analyse des données s'est faite selon la *Grounded theory* (Glaser 1978 ; Strauss et Corbin 2004) ou théorisation ancrée, car elle permet d'explorer de nouveaux domaines dans la formation de modèles conceptuels, d'en créer de nouveaux, de délimiter les domaines en facteurs et sous-facteurs les composant. Elle permet une approche inductive et interprétative et comprend différents types de codage :

Le codage ouvert (*open coding*) : Les étapes de l'analyse des données sont passées par la microanalyse de ces données en repérant les phénomènes et les idées récurrents qui en ressortent et les situations de leur apparition, grâce à la décortication minutieuse des données. Ceci a été la première étape et elle a permis d'analyser les données qualitatives selon leurs spécificités, leurs dimensions, leur sens, pour leur assigner des codes.

Ensuite, les données regroupées sous des codes similaires ont été catégorisées en concepts, en fonction de la logique qui les sous-tend, puis les concepts similaires groupés en catégories selon leurs propriétés essentielles (similarités ou différences). Enfin ces catégories ont été comparées et groupées pour former une théorie pouvant expliquer la question de la recherche.

Ce codage de données a été effectué à l'aide du logiciel NUDIST (Non Numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing) (Barry 1998), et s'est achevé lorsque les codes qui émergeaient de l'analyse sont arrivés à saturation.

⁵⁸ *Empowerment* : « [...] processus par lequel un individu ou un groupe acquiert les moyens de renforcer sa capacité d'action, de s'émanciper. Elle articule ainsi deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. » (Bacqué 2006: 107)

Le codage sélectif (*selective coding*) a eu lieu après avoir identifié les théories grâce aux codes ouverts. Il a permis d'analyser les données en fonction des concepts qui ont été retenus, ce qui rend l'analyse plus rapide et plus précise.

Une analyse phénoménologique a aussi été envisagée en tentant d'explorer les associations entre les symptômes psychologiques identifiés, les concepts culturels de détresse et les potentiels mécanismes sous-jacents, afin d'identifier les similarités phénoménologiques communes à l'idiome et au symptôme psychologique (Hinton et Lewis-Fernández 2010b ; Lewis-Fernández et al. 2002).

V.2. Considérations éthiques

Le sujet de la recherche, à savoir la souffrance psychologique, impose le respect strict des règles classiques et traditionnellement admises de la déontologie en recherche sociale, ainsi que dans mon cas, en tant que médecin, le strict respect de la déontologie médicale et du serment d'Hippocrate (Kleinman 1995a). Les considérations éthiques ont été élaborées et présentées au CERUL afin d'obtenir un certificat de déontologie émis par l'Université Laval indiquant que les règles éthiques qui s'appliquent à la recherche auprès des personnes sont respectées. Le certificat du CERUL m'a été émis pour toute la durée du projet (le numéro du certificat est 2011-235 / 06-12-2011).

Ainsi, femmes de la communauté et personnes ressources ont été assurées de la confidentialité de leurs réponses ainsi que de leur anonymat. Toutes les personnes qui le souhaitent ont aussi été assurées d'avoir accès à un exemplaire de la thèse ou à une synthèse de celle-ci et aux publications résultant du projet. Pour les personnes qui ont manifesté le désir de vouloir participer à la recherche, elles ont été avisées du contenu de l'entrevue et des objectifs du projet, ainsi que de leur choix de ne pas répondre à certaines questions. Au début de la rencontre un formulaire de consentement détaillé, expliquant les objectifs de la recherche et en quoi consiste la participation de la répondante, les modalités de l'entretien, la liberté de ne pas répondre, à la confidentialité et l'anonymat lors des résultats, a été lu et signé par toutes les personnes. Pour les *focus groups*, j'ai demandé l'accord écrit des responsables de l'ONG où exercent les intervenants participant aux *focus groups*.

Le chapitre suivant consistera en l'analyse des données recueillies lors de ces entretiens ainsi que celles des observations de terrain, et contiendra des éléments de discussion basés autour des concepts théoriques principaux auxquelles ces données font écho.

**DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION, ANALYSE ET
DISCUSSION DES DONNÉES ETHNOGRAPHIQUES**

CHAPITRE VI. DESCRIPTION DE LA VIOLENCE

This approach could be called biographical, if to do so would not entail presupposing that a life is a coherent trajectory, one that could be recounted and effectively translated into the register of sense. Because here—as, after all, in every life—we are in the presence of fragments, imaginary fragments in some cases, drawn from moments of encounter, confrontation, dispossession, or estrangement. (Pandolfo 2008 : 66).

Ce chapitre se propose d'analyser les données des entrevues de terrain entreprises selon les étapes énoncées dans le chapitre précédent. Les quelques notions démographiques suivantes permettent d'introduire les femmes de la communauté rencontrées. Leur âge varie entre 20 à 45 ans. Les plus jeunes sont célibataires (dont certaines en réhabilitation d'addiction dans la structure privée où je les ai visitées), les autres sont pour la plupart mariées avec des enfants (en moyenne 2 à 3 enfants). Le niveau socioéconomique auquel ces femmes appartiennent est moyen, voir même bas pour certaines, et ce, à une ou deux exceptions près, où ce sont des femmes qui sont issues d'un milieu aisé. Environ la moitié d'entre elles sont des femmes actives, certaines seulement sont diplômées universitaires, le reste ont soit des diplômes moyens, soit savent à peine lire et écrire, voire pas du tout. Nombreuses sont celles originaires ou qui habitent Maadi et ses environs, les autres y travaillent, ou y sont liées par des liens familiaux ou par les structures de soins qu'elles fréquentent (annexe 12).

Dans la première partie de ce chapitre, sera présentée l'analyse des données de la recherche de terrain. Cette analyse met en relief la violence subie par les femmes de la communauté ainsi que les divers types de cette violence, qu'elle soit interpersonnelle (physique, sexuelle ou émotionnelle) ou plus généralisée (symbolique avec les concepts culturels sous-jacents ou structurelle). Cette première partie décrit aussi les répercussions de cette violence, des répercussions physiques (sexuelles et autres), psychologiques (anxieuse, dépressive, addictive, comportementale, troubles de la personnalité, affective et cognitive) ou familiales (sur les conjoints et les enfants). Enfin le développement de plusieurs idiomes de détresse, dont la '*assabeyya*, est l'une des dernières répercussions de la violence qui sera abordée dans ce chapitre. Les récits recueillis identifient les causes de

la *'assabeyya* (des causes sociales et personnelles), ainsi que ses modes d'expression, dépeints à travers les émotions, les comportements, les idées, les symptômes physiques, et même le traitement qu'elle requiert.

En deuxième partie, l'analyse explore le *coping*, ses stratégies (adaptées ou pas), les facteurs le favorisant et ses différentes politiques. Après avoir exposé les divers types d'agencéité (tactique, stratégique, éthique ou même artistique), l'analyse pose la question de savoir si la *'assabeyya* représente l'expression de l'échec de l'agencéité éthique ou tactique des *Masraweyyates* face aux adversités auxquelles elles sont confrontées.

Ce chapitre intègre l'analyse des données (recueillies auprès des personnes que j'ai rencontrées) à la discussion des concepts auxquels elles font échos. Les thèmes abordés dans cette partie seront les différents types de violence subis par les femmes de la communauté rencontrées (et les *Masraweyyates* en général) ainsi que leurs conséquences (notamment psychologiques, telles que la *'assabeyya* et le TPL), puis les stratégies de *coping* utilisées pour faire face à cette violence (ainsi qu'à ses différentes sources) et à ses conséquences évoquées, principalement la souffrance psychologique. L'évocation de ces thèmes sera appuyée par des références commentant l'analyse des données selon le contexte égyptien dans lequel elles ont été récoltées, ainsi que mes propres réflexions.

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2002 sur la violence (Krug et al. 2002) divise celle-ci en trois catégories : interpersonnelle, collective et auto-infligée. Toutefois ces trois catégories sont rarement clairement délimitées sur le terrain, mais sont plutôt, et le plus souvent, enchevêtrées. Par rapport à la violence et à sa classification, les résultats de l'analyse de terrain de cette recherche permettent de mettre en évidence deux points : le premier est l'imposant impact de la violence interpersonnelle subie sous ses différentes formes par les *Masraweyyates* ; le deuxième point est l'importance de la violence symbolique ou culturelle et de la violence structurelle dans leur vie. Il apparaît aussi clairement dans cette analyse que tous les différents aspects que peut revêtir la violence sont très étroitement enchevêtrés.

La violence, concept aussi vieux que le temps, atteint tout être vivant et prend des aspects nombreux et très différents. Ces aspects sont liés aux concepts culturels qui régissent une société donnée, notamment ceux liés au genre et aux rapports de force, et définissent les différents types de violences : culturelle, symbolique (Bourdieu 2004) et structurelle (Farmer et al. 2006).

I share the sentiments of all those who want to see a world in which women do not suffer as much as they do now— whether from hunger, poverty, domestic abuse, sexual exploitation, or practices that compromise their health or dignity. Anyone concerned with women’s well- being must pursue moral and political ideals, however utopian. Yet as a scholar and someone who has lived with the kinds of women most often held up as prime and even exceptional examples of the grossly oppressed, I insist that we must analyze carefully the nature and causes of women’s suffering. A good place to begin is to take seriously the insights of women like Zaynab. (Abu-Lughod 2013 : 11).

Cette recherche s'est proposée d'observer des femmes, comme Zaynab, mais qui vivent au Caire (contrairement à elle qui vit en Haute-Égypte), ainsi que d'étudier les différentes violences qu'elles subissent du simple fait d'être femme dans la société égyptienne. L'on peut citer Tahar Ben Jelloun (1985) dont les mots résument bien la complexité, non seulement de la notion de genre et de ses implications, mais aussi celle du fait même d'exister en tant qu'individu aujourd'hui :

Être femme est une infirmité naturelle dont tout le monde s'accommode. Être un homme est une illusion et une violence que tout justifie et privilégie. Être tout simplement est un défi. (Benjelloun 1985 : 94).

Maitre Nehad⁵⁹ (59 ans, marié, 2 enfants, avocat), activiste des droits de l'homme de longue date, est très tranchant quant au cercle vicieux induit par la violence et à son mode de circulation et de perpétuation : l'oppression sous toutes ses formes. Pour lui : « *La cause essentielle de la souffrance est l'oppression. Il ne faut pas s'attendre à ce que les Égyptiens traitent bien les animaux et les plantes s'ils ne sont pas bien traités eux-mêmes* ».

Les principales sources de violence perçues comme telles par les femmes de la communauté interviewées, les intervenants et les personnes ressources sont les individus,

⁵⁹ Pseudonyme.

les structures sociales et religieuses et les conditions de vie. Seront évoquées ici les différentes sources de violence interpersonnelle que subissent les *Masraweyyates* et qu'elles décrivent dans les entrevues (notamment physique, sexuelle et psychologique), puis les différents types de violence sociale (existant dans la société égyptienne, notamment cairote). Bien que ces violences soient difficiles à distinguer et qu'elles s'inscrivent dans un continuum, elles seront cependant présentées séparément à des fins d'analyse ; de plus c'est ainsi qu'elles ressortent de l'analyse des perspectives des femmes de la communauté rencontrées.

VI.1. Violence interpersonnelle

Les vecteurs de la violence interpersonnelle sont essentiellement les abus physique, sexuel, émotionnel et psychologique. Certaines études mentionnent que le taux de femmes victimes d'agression sexuelle et/ou physique, avoisinerait les 96% dans certains quartiers défavorisés du Caire (Association for the Development and Enhancement of Women 2011).

VI.1.1. Violence physique

'Frapper pour éduquer' est une approche pédagogique partagée par de nombreuses cultures, et ce, jusqu'à très récemment lorsque les spécialistes ont commencé à la remettre en question. Lors des entrevues, une phrase m'a été souvent répétée : « *Dans toute maison, il est normal de frapper* ». Il semble donc que le châtiment physique ne soit pas perçu par beaucoup comme une violence, mais encore comme un moyen accepté, toléré, voire encouragé, d'éducation et de discipline. La violence physique rapportée par les personnes interrogées est souvent dirigée vers les enfants, cibles faciles et 'sous la main', permettant d'extérioriser la frustration des adultes, incluant les femmes. Maha (38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse) nous explique qu'elle pince son fils au bras, et que c'est normal et Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) frappe son fils avec le tuyau « *pour lui faire mal mais sans le blesser* ». Une des mères qui frappent ses enfants rapporte que lorsqu'elle les frappe elle sent que ça y est, ils ne vont plus rien faire, puis elle s'aperçoit qu'ils recommencent encore. Il est important de rappeler que 70 % des mères rapportent frapper leurs enfants d'après l'étude d'El-Zanaty et Way (2006).

La violence exercée par l'entourage familial est généralement due aux figures masculines de la famille (père, frère, mari). En effet, les 'hommes' de la famille sont souvent les auteurs d'actes physiques violents, bien que les figures féminines soient aussi impliquées, principalement la mère. Celle-ci utilise souvent la force physique des hommes de la famille pour imposer ses ordres aux filles de la maison. Le fait d'avoir grandi et d'être devenue une adulte n'empêche aucunement une femme de confronter une violence familiale. Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) raconte : « *Mes frères me frappaient pour m'empêcher de mettre un jeans. Et mon père me frappait avec les claquettes du bain.* » Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) relate aussi son expérience :

« Mon père pense que c'est toujours moi la responsable, il m'engueule' et me frappe beaucoup. Il m'a frappée en troisième secondaire à cause de sa rage, lorsqu'il a découvert que je parlais à un garçon ».

Pour Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) la violence physique était régulière depuis son jeune âge jusqu'à la fin de l'adolescence :

« Jusqu'à l'âge de 17 ans, à chaque fois que je sortais de la maison, mon père me frappait, me criait dessus, m'humiliait pour des prétextes différents comme le fait d'être en retard ou la façon de m'habiller. Il me reprochait que la maison était sale, que je n'accomplissais pas mes obligations ménagères ».

C'est le même prétexte, celui des tâches ménagères, qu'avance le père de Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) pour justifier sa violence physique envers sa fille : « *Mon père me frappait si je sortais ou que je rencontrais mes voisines. Il disait la maison est sale, tu dois cuisiner* ». Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) quant à elle a subi de la violence physique de la part de ses deux parents : « *Jusqu'à l'âge de 20 ans mon père et ma mère me frappaient* ».

Frapper est aussi utilisé comme moyen de contrôle, principalement par le mari, le père, et aussi, étonnamment par la mère (directement ou indirectement en étant l'instigatrice), et ce, pour se faire 'obéir' : « *Ma mère 'chauffe mon père' sur nous et quand il vient nous frapper elle s'interpose* » (Maha, 38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse)⁶⁰. Selon Noha (30

⁶⁰ Ambivalence de la mère, exprimant en même temps amour et violence envers l'enfant dans une dynamique opaque, principale cause psychodynamique du développement de la personnalité borderline.

ans, mariée, sans enfant, psychologue), Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) et certaines personnes ressources, de nombreux maris frappent, humilient et punissent leurs épouses pour calmer leur frustration. C'est ce que nous confirme Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) :

« Je suis frappée sans savoir pourquoi. Il aime crier, frapper pour s'imposer. Depuis le début de notre mariage, il m'a traitée comme une serpillère parce qu'il me détestait. Ma voisine lui disait, pitié, arrête de la frapper. Il m'a tirée par mes cheveux alors que je venais d'accoucher de ma petite fille ».

Cette tendance corrobore bien les chiffres obtenus par la recherche d'El-Zanaty et Way (2006) (à savoir que 30% à 50 % de femmes en Égypte rapportent avoir été victimes de violence domestique ; dans 72 % des cas l'agresseur est le mari, ou le père dans 43% des cas) et celle de Bibars (2001 : 1) qui conclut : « *Wife-battering is a violent and humiliating experience, as stated by the women themselves in their own words* ».

Une phrase revient souvent : « *Mon mari est 'assabeyy.* » Ceci prend l'allure d'une excuse pour justifier l'acte physique violent subi par l'épouse et par là-même le banaliser. Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) raconte : « *Quand on se disputait, il me frappait violemment, pour un oui ou pour un non. C'était les années les plus noires de ma vie* ». La 'assabeyya du mari est étudiée par Hattar-Pollara et al. (2000 : 312) qui rappelle qu'être 'assabeyy est socialement accepté pour les hommes et est souvent utilisé efficacement par ces derniers pour exercer autorité et contrôle. La société aussi, pour empêcher que les hommes ne soient sanctionnés pour leurs comportements antisociaux et abusifs contre leurs épouses, va donner la 'assabeyya comme prétexte.

Une autre excuse est la prise de drogues ou d'alcool, la consommation de ce dernier est fréquente dans certains milieux privilégiés ou en contact avec des 'étrangers' qui boivent, comme le mari de Khadija, qui travaille dans le tourisme en Haute-Égypte, et qui la frappe lorsqu'il boit (Abu-Lughod 2013 : 193). Pour Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer)

l'utilisation par son mari de drogues est la principale raison de son agressivité : « *Il prend des pilules tramadol⁶¹ ce qui le rend violent* ».

Selon Hamdi et al. (2013), la prévalence de l'utilisation de drogues est de 13,2% chez les hommes et de 1,1% chez les femmes sur un échantillon de 44,000 personnes, le hashish⁶² venant en première position des drogues utilisées, et l'alcool en deuxième position loin derrière. Ces chiffres sont estimés par les auteurs comme étant bien en deçà de la réalité, de nombreux répondants n'osant pas avouer leur consommation de drogues (Hamdi et al. 2013). Il est à rappeler qu'une étude internationale faite en 2004 (Bangdiwala et al. 2004) au Chili, Égypte, Inde et Philippines, a montré que la consommation régulière d'alcool par le partenaire est, dans les quatre pays, un facteur de risque pour la violence domestique (entre les partenaires), et que 80% de la violence contre les enfants est imputée à la consommation de drogues et d'alcool par le responsable de la violence.

Et tout comme Khadija (Abu-Lughod 2013 : 193-194), qui, bien que quittant régulièrement sa maison à cause de la violence de son mari, y revient et reprend sa vie conjugale, Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) dit que son petit-ami la frappait, et que c'est la cause de leur rupture, ce qui ne les empêche pas de se remettre ensemble, bien qu'elle s'attende à ce qu'il recommence à la frapper. Comme déjà mentionné, l'abus physique par l'homme est implicitement accepté, toléré, justifié, voire même encouragé et valorisé par l'entourage, surtout féminin (précisément maternel). Peut-on alors encore parler ici de solidarité féminine ?

Tel que déjà mentionné, la violence physique peut aussi incomber aux femmes, notamment les mères, qui utilisent souvent les châtiments corporels pour se faire obéir, comme les gifles, les coups et les pincements. Elles s'associent parfois aux pères pour frapper les enfants, ou, comme cité dans le paragraphe précédent, elles instrumentalisent la force

⁶¹ Drogue à base d'une molécule opioïde en forme de comprimés, très utilisée en Égypte (Bassiony et al. 2015 ; Loffredo et al. 2015).

⁶² Le hashish est un puissant extrait du cannabis (ou marijuana), le bango, lui, étant un type de hashish de moindre qualité et donc moins cher.

physique du père en se plaignant à lui du mauvais comportement des enfants. La mère va aussi instrumentaliser la *hakīma*⁶³ responsable de la circoncision pour opérer un contrôle sur l'honneur de sa fille (et donc de la famille) en s'assurant qu'elle n'ait plus de désir sexuel. En effet, un autre aspect de la violence physique sont les pratiques traditionnelles qui font subir à la femme ou à la jeune fille des souffrances physiques. Un des exemples de cette violence culturelle est la mutilation génitale féminine, qui a pour conséquence l'insatisfaction sexuelle ainsi que d'autres complications gynécologiques. Maha (38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse), se souvient : « *Ils m'ont amenée chez la voisine, la hakīma (aussi appelée la tāhra ou dāya) était là et ils m'ont circonscise, j'avais 8 ans. Qu'est-ce que je pouvais faire !* ». Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) se rappelle, en souriant timidement, de deux violences physiques subies à deux moments distincts de sa vie. L'un pendant son enfance, au moment de subir une excision génitale : « *Ils m'ont caché le visage, j'avais 9 ans, j'ai vu la lame de rasoir, ils l'avaient mise dans de la terre au fond du four* » ; et le second lors de son premier accouchement, qui a nécessité le recours au médecin après la tentative vaine de la *hakīma* de l'accoucher. « *Ma belle-mère a insisté pour que j'accouche à son domicile, comme c'était mon premier accouchement, le dernier jour après les contractions, la hakīma a dit qu'il faut que je sois 'élargie' et que j'accouche avec le médecin* ». De ces situations résultent des souffrances fœtales et des déchirures vulvaires, des prolapsus vaginaux et de nombreuses complications obstétriques.

La violence physique dans les écoles est un phénomène très répandu et assez ancien en Égypte. De nombreuses études révèlent les taux alarmants de cette violence et leurs conséquences (Habib et al. 2013). Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) se rappelle : « *Le professeur me frappait à 13 ans* ». Et encore récemment, Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) se confie tristement : « *La maitresse a frappé mon enfant devant moi encore une fois* ».

⁶³ Mot arabe à la fois dialectal égyptien et littéraire, féminin de *hakīm* qui signifie le sage, et désigne aussi la personne chargée de la circoncision féminine et des accouchements dans les milieux populaires et ruraux (la circoncision masculine étant pratiquée par le *halāk* (le coiffeur), le médecin ou l'infirmier).

Toutes ces violences ont essentiellement pour objectif, conscient ou inconscient, de contrôler l'autre (ici la femme et l'enfant) et son corps. En plus de permettre ce contrôle, la violence interpersonnelle permet aussi de se venger. Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) raconte avoir été au travail de l'amie de son mari et l'avoir giflée et frappée en public : « *Je l'ai frappée à son travail, je lui ai donnée une gifle en passant* ».

En effet, l'« autre femme » est aussi la cible de violence physique de certaines femmes de la communauté dont les maris connaissaient d'autres femmes, ou s'étaient remariés. Et Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), semblant être incapable de prendre sa revanche directement sur la personne qui lui a infligé la violence, à savoir ici le mari, et se venger de sa trahison (par peur de le perdre ou de ses représailles), déplace sa rage vers l'« autre femme ». C'est ce même acte de vengeance déplacé qu'évoque Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) qui dit : « *Les disputes et les violences durant les matches de football sont une façon de se décharger* ». La violence physique pendant les matches de football est un phénomène récent, apparu ces quelques dernières années et en 2012, l'hooliganisme a causé le décès de soixante-douze Ultras *Ahlawy*⁶⁴ pendant un match à Port-Saïd (Abaza 2012 ; El Ghandour 2012 ; Elkamel 2013). Cette violence collective est interprétée par Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) et de nombreux observateurs comme étant une expression de rage, une vengeance des jeunes, souffrant des conséquences de la précarité des conditions économiques (chômage, revenus bas, retard de l'âge de mariage), contre les dirigeants, les parents, la société. Comme la vengeance contre les responsables de leur douleur est presque impossible, ils s'en prennent

⁶⁴ Fans du club de football El Ahly, l'un des clubs cairotes de football les plus importants. (<http://www.theguardian.com/world/middle-east-live/2012/feb/02/egypt-port-said-football-disaster-live-updates>). Il est intéressant de lire cet extrait de la recherche de Abaza (2012) sur les graffitis muraux durant la révolution de 2011 et la symbolique dépeinte par l'une de ces fresques entre les lamentatrices et le décès de ces jeunes : « *Al-Naaehaat, Mourning Women or The Funeral, is a scene depicting ancient Egyptian women accompanying a sarcophagus symbolizing the death of the football Ahli Ultras youngsters who were massacred on 2 February 2012 in the stadium of Port Said. Demotic writing (i.e. ancient Egyptian script) appeared a few meters away. According to Alaa Awad, up to the present ancient Egyptian mourning traditions persist and can still be witnessed in Upper Egypt. Mourning women enact customs identical to Pharaonic ones, such as tearing their clothes, hysterically shaking their bodies, weeping and smearing bodies and faces with mud to let sorrow out. The muses at the top of the mural receive the ascending soul of the martyr. The tiger is the symbol of anger for the 75 young martyrs who died in Port Said. The women carry the black lotus flowers as a sign of great sorrow.* » (Abaza 2012: 11).

alors aux premières cibles accessibles pour décharger leur agressivité et assouvir leur désir de vengeance : les supporters de l'adversaire pendant les matchs de football.

Il est souvent plus simple de déplacer sa rage de vengeance vers des personnes plus faibles (ses enfants, l'autre femme dans la vie du mari, les supporters de l'adversaire) sans prendre le risque de confronter le principal détenteur du pouvoir oppressant, à l'image du geôlier du syndrome de Stockholm.

Frapper peut être utilisé pour exorciser les *guenns*⁶⁵ par les *sheikhs*, supposés soulager la détresse. Ils utilisent des actes spectaculaires pour intimider les personnes qui viennent à eux et les manipulent à travers leur suggestibilité. Plusieurs des femmes rencontrées durant cette recherche rapportent avoir subi des abus physiques par le *sheikh*, et en avoir été traumatisées, selon leurs propres mots : « *Le sheikh a frappé ma cousine au ventre lorsque je l'ai accompagnée chez lui pour qu'il fasse sortir le guenn* » raconte Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) « *Le sheikh m'a jetée un sort et m'a coupée les cheveux* » rajoute Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer).

VI.1.2. Violence sexuelle

L'abus sexuel dans le couple, où le mari oblige l'épouse à avoir des relations sexuelles malgré elle, sans prendre en compte ses désirs et ses préférences (Intimate Partner Violence (IPV) (Elnashar et al. 2007 ; Finkel et Eckhardt 2013), est très fréquemment rapporté par les femmes de la communauté rencontrées, notamment Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) qui confie : « *Mon mari me demandait certaines positions, notamment celles interdites religieusement, et il m'obligeait à les accepter malgré moi* ».

La violence sexuelle n'est pas uniquement présente dans l'espace privé et entre deux individus, mais elle est aussi retrouvée **dans l'espace public** au Caire, et peut impliquer un nombre important d'assaillants sexuels, comme lors des incidents survenus pendant les

⁶⁵ Mauvais esprit.

manifestations politiques durant la révolution de 2011, ou avant celle-ci, pendant les fêtes du *Eid el fitr*, plusieurs années successives.

La violence sexuelle occupe de plus en plus les premières pages des journaux nationaux égyptiens, et ce, depuis la révolution de 2011. En effet, la médiatisation mondiale de la place Tahrīr et des harcèlements sexuels qui y ont eu lieu après les 18 jours initiaux de la révolution de janvier 2011, l'expansion des médias sociaux et la rapidité des moyens de communication, ont fait qu'il n'était plus possible de taire, ni de cacher de telles pratiques comme c'était le cas auparavant (Skalli 2013). Pour Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) la raison de cette violence sexuelle est : « *Lorsque l'homme commence à regarder la femme comme 'une femelle', une 'proie', alors il commence à y avoir risque de violence sexuelle* ». Et Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) confirme : « *Les femmes sont très souvent agressées sexuellement* ».

La violence sexuelle sur les lieux publics est très répandue et extrêmement agressive (Ilahi 2010) (figure 5) et comme le confie Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), avec une ironie désabusée : « *La façon dont on se fait draguer dans la rue n'est pas toujours agréable du tout* ». Et Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) confirme : « *Une fois dans la rue quelqu'un m'a touchée et m'a tenue* ». Il y a une banalisation du harcèlement sexuel dans les lieux publics, banalisation par la famille même de la victime, surtout la mère de la victime qui, comme la maman de Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante), incite la victime au silence : « *Supporte, rien ne s'est passé, ne dramatiser pas les choses* » lui dit-elle, lorsqu'elle lui rapporte en pleurant, alors encore jeune adolescente, qu'un homme lui a touché la poitrine dans le bus. C'est le règne de la loi du silence, car parler signifie prendre le risque de se faire accuser d'avoir instigué le harcèlement sexuel en s'habillant de manière à attiser l'appétit sexuel de l'agresseur (De Koning 2009).



Figure 5 : ‘Le cercle d’enfer’ illustrant le harcèlement sexuel sur les lieux public. Graffiti mural à la rue Mohamad Mahmoud (lieu de combats de rue durant la révolution)
(Source : <http://scoopempire.com/sexual-assault-cairo-university-victim-blaming-egypt/>)

Les transports en commun (bus, microbus⁶⁶, métro) de par leur promiscuité et leur forte densité, surtout pendant les heures de pointes, sont l’un des endroits principaux où la violence sexuelle est propagée : « *Il touche mon coude, et je le repousse* » décrit Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) « *Ma sœur et moi on ne supporte pas le microbus*.

« *Souvent les hommes se collent à nous* » se plaint Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante). Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) et sa sœur, ont dû économiser pendant des années leur argent de poche pour s’acheter une vieille voiture d’occasion pour éviter de prendre les transports en commun. Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) résume la situation en disant : « *C’est un espace où il n’y a pas de respect pour la femme* ». Un film récent, intitulé 678⁶⁷ (Diab 2010) décrit le harcèlement sexuel dans le bus et la violence dont a dû faire preuve l’héroïne pour pouvoir se défendre contre le harcèlement et continuer à prendre le bus.

De même, le harcèlement sexuel est omniprésent dans les rues du Caire et plus précisément celles de Maadi (Azargoshasb 2009 ; Peoples 2008). Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) précise : « *Les mœurs du peuple ont changé, avant les femmes marchaient*

⁶⁶ Petit bus, d’usage public, très prisé partout dans les villes et les villages d’Égypte.

⁶⁷ Mis en scène par Mohamed Diab (2010).

dans la rue en mini-jupe, et personne ne les regardait, maintenant même voilées, elles se font harceler sur les lieux publics ».

Un autre phénomène social lié à la violence dans les rues du Caire a pris une ampleur considérable durant cette dernière décennie : la présence d'enfants de la rue. Leur nombre est estimé entre 500.000 à 1,500.000 (FACE for children in need 2013). La violence sexuelle et physique ainsi que les problèmes d'addiction sont répandus parmi ces enfants et adolescents, qui sont eux-mêmes victimes de violence, et perpétuent celle-ci à l'intérieur de leur communauté et dans la rue (Nada et El Daw 2010).

La violence sexuelle est aussi retrouvée à l'école : « *Mes amis à l'école essayaient de m'embrasser* » se souvient Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Pour Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) qui prenait des cours particuliers avec son instituteur, elle évoque un douloureux souvenir, douloureux car elle avait peur de le révéler à quiconque, et risquer de se faire gronder, car l'instituteur est reconnu comme étant une personne respectable. De plus, le harcèlement a été fréquent et elle a dû se taire longtemps et porter seule ce secret : « *Mon instituteur en 3^{ème} primaire s'est mis derrière moi et s'est collé à moi, je n'ai pas pu le repousser* ».

La violence sexuelle sur les lieux de travail se situe dans tous les domaines et avec la plupart des femmes. Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) raconte être régulièrement harcelée sexuellement par les maris de ses patientes, et en présence de celles-ci. Ceux qui en sont responsables sont le plus souvent des hommes religieusement conservateurs. Elle précise que ce phénomène a augmenté récemment, après la révolution du 25 Janvier 2011. Elle se demande : « *Se permettent-ils ceci avec moi car je suis chrétienne, et donc 'masha''⁶⁸ ?* » Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) souligne que lui aussi subit un harcèlement sexuel de la part de ses patientes, certaines lui proposent même de lui offrir leur faveur en échange de ses

⁶⁸ Avec qui tout est permis, pas respectable.

services chirurgicaux. Ce sont d'après lui des femmes frustrées émotionnellement et sexuellement.

La violence sexuelle dans les lieux privés est très fréquente mais souvent tue. Pour Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), de nombreux hommes de son environnement d'enfant, l'ont abusée sexuellement : son instituteur de religion, le frère de son amie et plusieurs autres. Souheir (20 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi) cite l'ami de son papa qui était aussi leur voisin, elle l'appelait 'ammou⁶⁹ et qui l'abusait sexuellement, ensuite « à 15 ans quelqu'un m'a violée, et j'ai perdu ma virginité » confie Souheir. Pour Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante), à 6 ans, c'est son oncle maternel, puis le mari de sa tante, qui la violaient : « Je n'en ai jamais parlé car je ne comprenais pas, mais quand j'ai grandi et que j'ai compris, j'ai parlé ». Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) rapporte, qu'enfant, quelqu'un l'a abusée sexuellement mais ne se souvient pas qui c'était, et pour Hala (19 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) : « J'avais 12 ans et lui 21 ans, il m'a violée, depuis je suis traumatisée de tous les hommes », et enfin Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) révèle : « Je restais souvent chez ma grand-mère. J'ai été harcelée sexuellement, à répétition, dès l'âge de 5 à 6 ans ».

Les causes de la violence sexuelle sont nombreuses. Selon Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste, spécialiste en nutrition, chrétienne copte) la *shahwaneya*⁷⁰ est beaucoup plus forte chez les hommes musulmans par rapport aux hommes chrétiens. Elle ajoute que *al fetna al tā'efeya*⁷¹ accuse la façon qu'ont les femmes de s'habiller, d'être la cause de l'incitation au harcèlement sexuel, ce qui augmente l'animosité contre les femmes dites 'libérales', surtout si elles sont de confession chrétienne.

Récemment, et pendant plusieurs années consécutives, pendant la fête du petit baïram (fête de *Eid el fitr* qui survient après le jeûne du ramadan), des jeunes ont agressé les jeunes filles sorties se promener dans les parcs ou au cinéma. Ceci a soulevé la question de la

⁶⁹ Tonton.

⁷⁰ Important appétit sexuel.

⁷¹ Le nouveau discours religieux intégriste visant à exciter l'animosité entre chrétiens et musulmans.

frustration sexuelle des jeunes hommes pendant le ramadan où il y a abstinence sexuelle et jeûne du lever du jour au coucher de soleil, et de l'abstinence sexuelle en général hors mariage, comme l'ordonne la religion islamique et chrétienne. En effet, l'âge de mariage a été considérablement retardé à cause des conditions socioéconomiques que traverse l'Égypte. Les parents de la jeune fille demandent une dot qui dépasse de loin les moyens financiers du jeune homme. Ils demandent aussi que le couple soit propriétaire d'un appartement, et qu'il soit entièrement meublé avant de venir demander la main de la jeune fille. Selon l'avis de nombreuses personnes ressources et des femmes de la communauté interviewées, ceci est très difficile pour tout jeune homme, âgé d'une vingtaine d'années, de condition modeste voire même moyenne, ce qui retarde l'âge du mariage jusqu'à la trentaine voire la quarantaine, le temps qu'il puisse économiser en travaillant deux ou trois boulots, ou en allant émigrer dans les pays du Golfe (Elyas 2013 ; Schielke 2009). Toutefois, il est important de signaler que cette situation n'empêche pourtant pas les relations sexuelles prémaritales, surtout chez les jeunes hommes par le biais du concept du *gawāz el 'orfi*⁷² qui permet de contourner les restrictions imposées par la religion sur les relations sexuelles prémaritales et sur les relations avec les touristes étrangères (Abu-Lughod 2013 : 195), ou par celui de certaines pratiques sexuelles qui permettent de préserver la virginité de la jeune fille (comme la sodomie, fréquemment pratiquée bien que bannie par la religion musulmane).

L'argument de la frustration sexuelle est donc ici à relativiser. L'agression des jeunes femmes semble, en fait, être davantage liée à la dévalorisation de la femme en tant que femme et au contrôle de son corps par une société masculine et par une religion masculinisée, c'est-à-dire interprétée essentiellement par des hommes.⁷³

⁷² Mariage coutumier religieux nécessitant la présence de deux témoins, non-légalisé dans les registres de l'État chez le *maʿzoun* (notaire religieux représentant de l'État qui rédige les contrats de mariage et les divorces suivant les règles de la *chari'a*, loi islamique, responsable du mariage officiel (religieux et civil)).

⁷³ Il est à noter cependant que l'Islam n'interdit pas aux femmes l'exercice exégétique (Mekki-Berrada 2010 : 175). En effet, Aïcha (l'épouse du prophète), occupe une place centrale dans les hadiths, leur diffusion et leur interprétation. La masculinisation interprétative des textes canoniques de l'Islam relève d'enjeux sociaux et de pouvoir.

En effet, la violence sexuelle est souvent due à cette vision du corps de la femme et aux coutumes traditionnelles qui en résultent, comme l'excision (sorte de viol infligé à la jeune fille, entraînant sa mutilation physique et sa souffrance psychologique à cause des traumatismes psychiques engendrés par l'acte lui-même et les problèmes sexuels qui en résultent notamment la dyspareunie, l'absence de désir sexuel et le vaginisme). L'on reviendra plus loin sur l'excision plus en détail. « *Je vais circoncire ma fille pour qu'elle se calme* » dit (Maha, 38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse). Pour elle, que sa fille ait un désir sexuel représente un fardeau, car ceci la rend encline à des tentations sexuelles qui peuvent déshonorer la famille, et être la cause d'accusation portées à la mère par la société, notamment celle d'être une 'mauvaise mère' (Yount 2002).

Une forme indirecte de violence sexuelle sont les interdits sexuels culturels, les tabous et l'absence d'éducation sexuelle, comme il sera détaillé dans la partie réservée à la violence culturelle. Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) raconte sa souffrance la nuit de ses noces :

« *El dokhla*⁷⁴ était un jour noir. Elle a eu lieu dans la maison de mon oncle paternel à Helwān. Il y avait une quinzaine de personnes : mon oncle paternel et sa femme, la nièce à sa femme qui est mariée à mon beau-frère était là aussi, ma tante paternelle, mes cousines. Mais rien ne s'est passé. Il m'a frappée le lendemain, il me courait après pour m'attraper, puis il a perforé mon hymen avec son doigt. On a fait l'acte sexuel après, mais j'avais mal. Depuis ce jour, je déteste ça. Que veux-tu, un ignorant et une ignorante, que veux-tu qu'ils fassent leur nuit de noces ? J'avais besoin qu'il s'y prenne doucement avec moi. Mon mari est *sunni*⁷⁵, il écoute les *mashāyekh*⁷⁶ toute la journée. *Fīn ha' rabbena*⁷⁷ dans sa façon de me traiter ? Est-ce que ce sont des exercices qu'ils font, rien de plus ? Il écoute le Coran toute la journée, j'en suis arrivée à ne plus supporter entendre le Coran ni la vue des *mashāyekh* ».

VI.1.3. Violence émotionnelle et psychologique

« La violence non-visible, on ne peut pas en parler car on n'a pas de preuves. L'interférence de la famille est très importante, et les membres de la famille pensent qu'ils font du bien à la fille ou à la femme, et qu'ils prennent soin d'elle, en fait ils

⁷⁴ La nuit de noces.

⁷⁵ Terme en dialecte Égyptien signifiant musulman orthodoxe.

⁷⁶ Prêcheurs.

⁷⁷ Où est le droit de Dieu ?

ne la laissent pas tranquille » explique Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée).

Les termes utilisés par les personnes interviewées en dialecte arabe égyptien pour désigner l'abus psychologique sont: *El kahr*⁷⁸, *el zolm*⁷⁹, *el tahakoum*⁸⁰, *el zol*⁸¹ (Barlow et Schrader 2010 ; Centers for Disease Control and Prevention 2008). « *La femme égyptienne est opprimée* » est une phrase répétée par de nombreuses femmes de la communauté rencontrées, par les intervenants et les personnes ressources.

La violence émotionnelle et psychologique est de loin la plus citée des violences subies, celle qui a l'impact le plus fort et semble exister dans tous les milieux socioéconomiques. Elle apparaît être liée à la culture égyptienne qui prône la culpabilisation, la comparaison, la critique, l'humiliation, la menace, le chantage, la terreur, l'intimidation et le *bullying*⁸², et ce, pour contrôler la personne à travers une seule arme : la peur ! Les interactions, qu'elles soient sur les lieux privés ou publics, comprennent toujours la notion de dominant et de dominé, et tous les moyens sont bons pour être le dominant. Le langage qui prévaut parmi les habitants d'une même maison, ou ceux travaillant sur les mêmes lieux, ou marchant dans les mêmes rues, est le même : la domination, et l'utilisation de tout pouvoir en la possession de la personne à des fins de contrôle. Les différentes stratégies de violence émotionnelle et psychologique telles qu'elles ressortent en fonction des récits recueillis sur le terrain seront passées en revue dans la partie suivante.

Hausser le ton et intimider sont deux moyens communément cités de faire peur, mécanismes du 'terrorisme affectif'. Hausser le ton précède souvent la menace verbalisée puis l'acte physique violent lui-même (coups, gifles, expulsion, jet d'objets, destruction d'objets), comme dans un ballet bien orchestré, où l'expression corporelle et vocale semblent être incrustées dans l'inconscient même du dominé et du dominant, et acceptées par les deux.

⁷⁸ L'oppression.

⁷⁹ L'injustice.

⁸⁰ Le contrôle.

⁸¹ L'humiliation.

⁸² Terme anglais couramment utilisé en Égypte et signifiant 'intimidation'.

De nombreuses femmes interviewées rapportent que leur père, leur mère, et les personnes ayant de l'autorité sur elles (instituteurs, professeurs, belles-mères) haussent le ton pour s'imposer, ce qu'elles le font aussi elles-mêmes, automatiquement avec leurs propres enfants (en plus d'insulter et de frapper). Comme ceci a été évoqué pour la violence physique, le cycle de la violence se perpétue et les victimes (ici, les femmes de la communauté) deviennent les persécutrices de leurs propres enfants. Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) avoue : « *Je m'énerve sur les enfants* ». Cette attitude semble être généralement acceptée par la société égyptienne. Souvent, hausser le ton est accompagné d'insultes. Ces deux pratiques sont vectrices de violence émotionnelle et psychologique. La plupart de ces pratiques ont lieu dans le milieu familial : « *Mon père me crie dessus tout le temps. Il m'a dit après la prière je vais finir par t'achever, puis il m'a dit de disparaître d'ici* » se rappelle Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée). Il est important de noter que la violence émotionnelle est presque toujours accompagnée de violence physique, dans un même continuum de dynamique de violence. Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) précise qu'il est très fréquent que les parents haussent le ton pour les plus petites bêtises des enfants. C'est ce point que soulignent Krieger (1989) et Hattar-Pollara et al. (2003) qui décrivent le déplacement de la frustration subies par les mères à cause du mari et des pressions économiques et sociales, vers leurs enfants. De nombreuses personnes ressources et femmes de la communauté interrogées précisent que les maris arrivent en général *metdāye*⁸³ et *za lān*⁸⁴ du travail, et se défoulent sur leurs épouses en haussant le ton et en s'énervant sur tous ceux présents à la maison⁸⁵.

L'intimidation (*bullying*) est la deuxième arme de violence psychologique citée par les femmes interviewées et par les personnes ressources, et est utilisée par tous les membres de la famille : père, mère, mari, enfants, fratrie, beaux-parents. L'enjeu de la menace est

⁸³ Stressé, mal à l'aise.

⁸⁴ Fâché.

⁸⁵ Il est intéressant de rappeler que les personnes victimes de traumatisme sont très sensibles au bruit et sursautent facilement, ceci étant un des signes important de l'état de stress post-traumatique (American Psychiatric Association, 2013e), le sens de l'audition représentant l'un des premiers moyen de détection du danger le plus éloigné (l'on peut entendre un son jusqu'à quelques kilomètres de distance), première étape dans l'initiation de la réaction du *'fight or flight'* face au danger (Crowley et Santos 2015 : 184). Ceci n'est pas sans lien avec le TPL et la *'assabeyya*, comme ce sera précisé plus loin.

souvent quelque chose qui fera honte, qui révélera à la communauté le caractère 'moindre, faible, sali' de la personne. « *Mon père m'a dit je vais t'achever après la prière. Je sens qu'il me met de la pression au lieu de me parler doucement : comme si c'était un officier de police et qu'une fille a fait un crime horrible* » (Salwa, 35 ans, veuve, 2 enfants, employée).

Le père de Salwa, comme les pères de nombreuses femmes interrogées, utilise l'intimidation contre ses enfants ou contre leur mère, et ceci, pour se faire respecter. Cette dernière lui retourne cette intimidation soit directement en le menaçant, ou indirectement en la déplaçant sur les enfants (ce qui donne parfois à la mère un pouvoir sur les enfants que le père peut ne pas avoir). La mère de Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante), à l'instar de nombreuses mères citées par les femmes interrogées, utilise la menace, la peur et la honte pour faire accepter, par sa fille, le prétendant qu'elle lui a choisie « *Ma mère me disait : " si tu refuses ce mari quelqu'un d'autre va venir qui risque de te faire du mal". Elle me fait peur que quelqu'un me voie et aille demander ma main* ». La mère de Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée), quant à elle, a utilisé une autre technique pour contrôler les décisions familiales, notamment celles-liées au mariage de Alia, et la faire plier ainsi que toute la famille à ses exigences, et ce, en menaçant de ne plus faire partie de l'unité familiale : « *Ma mère a quitté notre maison et elle est allée chez ma tante quand mon fiancé a insisté pour habiter dans l'appartement qui ne plaisait pas à maman. Elle voulait qu'on rompe les fiançailles* ».

L'intimidation peut aussi passer à la deuxième génération, et l'on peut voir que le frère (qu'il soit aîné ou non) peut intimider sa sœur « *Mon frère était fâché contre moi* » (Alia, 23 ans, célibataire, sans enfant, employée), et la sœur peut intimider aussi sa fratrie et sa sororie : « *Maha, ma sœur m'a dit tu vas le regretter* » (Rana, 21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante).

Les beaux-parents tout comme les parents, peuvent utiliser les menaces, le chantage et la terreur pour contrôler les femmes ; non seulement la belle-mère comme l'on peut le supposer et comme le confie Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *J'avais envie*

de m'enfuir de chez ma belle-mère tellement elle me menaçait », mais aussi le beau-père, comme pour Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte) : « *Mon beau-père fait tout. Il est avocat, très nerveux et autoritaire. C'est surtout lui qui met la pression sur mon mari et indirectement sur moi* ».

Toutefois, la principale source de menaces et d'intimidation, et la plus fréquemment mentionnée, est le mari, et l'impact de cette menace est très fort : « *Mon mari a mis en pratique depuis le premier jour de notre mariage cette fameuse expression populaire Égyptienne : edbah lahā el outta*⁸⁶ ». Le mari de Faiza, *sunni*, très pratiquant, la menace que si elle ne lui obéit pas, Dieu la maudira, comme précisé dans de nombreux versets du Coran prônant l'obéissance au mari, et précisant que 'l'obéissance du mari équivaut à l'obéissance à Dieu'⁸⁷. Le mari, ou même le fiancé, utilisent comme moyens de domination et d'obéissance plusieurs thèmes de menace, comme la répudiation (ou l'annulation des fiançailles) ou l'expulsion de la maison familiale, voire la destruction de son *guéhaż*⁸⁸ : « *Pour la moindre des choses que je fais ou dis, je peux être dans la rue* » confie Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Cependant ce qui fait le plus mal à ces femmes, c'est la menace que fait l'époux de se remarier (« *Il me menace qu'il va se remarier* » se plaint Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer)), surtout en utilisant comme arguments des défauts en elle en tant que femme, et en tant que partenaire sexuelle. Ceci affecte doublement le narcissisme et l'estime de soi de l'épouse par rapport à son image publique (en dégradant son rôle d'épouse devant la société) et privée (en préférant une femme qui le satisfasse mieux sexuellement) : « *Il me menace et me dit je vais me marier avec une qui est 'étroite' (qui a le vagin étroit)* » (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage).

Faire honte par le moyen de la culpabilisation, de l'accusation, de la comparaison, de l'humiliation et de la critique méprisante est une forme de violence psychologique et émotionnelle subie par les femmes interrogées, très fréquente et très destructrice de

⁸⁶ La traduction littérale est : 'Tue lui la chatte' et signifie montre lui dès le début (en s'adressant au mari) que tu ne succombes pas à ses caprices, et que c'est ta parole qui compte (Taymur et Elkhadem 1987).

⁸⁷ « *Tā'a el zawj men tā'a Allah* » (Hadith du prophète Mohammed).

⁸⁸ Meubles achetés par l'épouse (en général payés grâce à l'argent du *mahr* (la dot), faisant partie de son trousseau de mariage). En général, le mari apporte les appareils électro-ménagers et la mariée les meubles, tapis, porcelaine etc.

l'estime de soi. Les humiliations et les moqueries peuvent provenir de personnes de l'entourage familial ou extra-familial et être dirigées vers la personne ; ou bien elles peuvent être internalisées par la personne (tant elle les a entendues toute sa vie, provenant de personnes ayant une importante influence sur elle comme sa famille, ses enseignants) ou elle se les dit à elle-même, telle Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) en parlant de son mari : « *Je me suis dit je suis une mauvaise personne car je n'arrive pas à être gentille avec lui* ».

Dans le milieu familial, l'utilisation de plaintes et de lamentations par la mère, et les accusations portées contre la fille (à savoir, par exemple, qu'elle est la cause de tel ou tel problème familial), sont évoquées par de nombreuses femmes interrogées, dont Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) qui raconte : « *Ma mère est fallāha⁸⁹. Quand je lui ai dit je ne voulais pas épouser mon cousin paternel comme la famille le désirait, latamet⁹⁰ et elle m'a dit 'tu vas me faire honte devant les sa 'ayda⁹¹ (la famille paternelle vient de Haute-Égypte), tu veux sortir de la famille en épousant un étranger ?'* ».

Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante), de son côté, se plaint et décrit les suppliques de sa maman qui demande à Dieu de la prendre. Cette demande est fréquemment dite par les mères pour faire plier leurs enfants par le biais de la culpabilisation. Alors que les hommes de la famille ont recours à la menace par la violence physique ou par des actions brusques et violentes pour se faire obéir, la mère utilise elle la religion et la culpabilisation pour que ce qu'elle veut soit réalisé. La mère de Rana menace régulièrement sa fille et lui dit : « *Si à la faculté tu manques à tes devoirs envers moi, ou que tu me lèses de mes droits sur toi en ne réussissant pas bien après avoir sacrifié ma vie pour te payer tes études, je ne te le pardonnerai jamais* ».

Les mères de nombreuses femmes interrogées ont souvent été décrites comme utilisant les plaintes, et donc la culpabilisation, contre des personnes responsables de leur souffrance

⁸⁹ Paysanne.

⁹⁰ Se gifler soi-même, pratique essentiellement féminine, fréquente, culturellement acceptée, exprimant la honte, la peine, le désarroi et le sentiment d'impuissance.

⁹¹ Les habitants et les personnes originaires de Haute-Égypte.

(et qui est souvent leur mari), comme un moyen de contrôle et de pression sur toute la famille, surtout sur leurs enfants: « *Ma mère se plaint de la nervosité et de l'irritabilité de papa, et indirectement nous rend responsable de son 'malheur' car c'est à cause de nous qu'elle reste avec lui, et donc comme elle se sacrifie pour nous, nous lui devons obéissance* » (Rana, 21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante). C'est la même plainte qu'exprime la mère de Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée), par rapport au père de Alia qu'elle juge injuste par rapport à elle et à ses enfants et qui les a lésés financièrement : « *Ma mère a commencé à crier : ton père dilapide nos droits en tout, avec ton fiancé et avec ses frères* », pour justifier ainsi le fait qu'elle refuse le fiancé de Alia. En effet, elle estime que le père a été trop conciliant avec le fiancé au détriment de sa fille, comme il l'a été avec ses propres frères au détriment de ses enfants et de sa femme. Cette dernière (la mère) culpabilise Alia de ne pas lui obéir et de ne pas rompre ses fiançailles, car elle estime que ce qu'elle fait, (en quittant la maison et en faisant pression pour que Alia n'épouse pas ce fiancé), c'est pour le bien de la famille, et que s'ils ne voient pas ça, c'est qu'ils sont injustes et ingrats envers elle.

La violence psychologique prend aussi l'aspect de critiques, de comparaisons et d'accusations ayant lieu essentiellement en milieu familial. La mère en est le plus souvent l'instigatrice, et bon nombre de femmes interrogées décrivent la façon qu'ont leurs mères de les traiter, comme utilisant beaucoup de critiques et d'accusations. Les thèmes de ces critiques et de ces accusations sont essentiellement l'honneur (et conséquemment la relation avec le sexe opposé) ; l'obéissance aux coutumes familiales et sociales ; le rôle attendu d'elle en tant qu'épouse, maîtresse de maison, mère ; et enfin son identité même de femme et d'être humain. Pour la moitié des femmes interviewées : « *La plupart de ses paroles sont négatives* », en se référant à leur mère. Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) en décrivant ce qu'elle subit de sa mère, résume le genre d'interactions existant entre de nombreuses femmes interrogées et leurs mères :

« Tout ce que je fais n'est pas accepté par elle, il y a toujours quelque chose qui manque, toujours des critiques. En tant que mère, il faudrait que son cœur ne lui permette pas de se comporter comme ça avec moi. Si je ne réalise pas ce dont elle rêve, alors qu'elle dépense pour moi, elle sent que je suis négligente. Elle me rend responsable de tous ses problèmes ».

*El mokaranāt*⁹² et les *entekadāt*⁹³ sont un autre aspect de la violence psychologique. Dans le milieu familial, et c'est encore souvent la mère qui l'utilise, en comparant la jeune fille ou jeune femme à sa fratrie (sœur ou frère), et aux autres filles ou femmes de la famille et de la société, et ce, en critiquant tous ses faits et gestes. Si cette comparaison est faite le plus souvent dans l'intention de la pousser à faire des efforts et à ressembler au maximum à l'image idéale de la jeune fille aux yeux de la mère, en réalité, l'impact qu'elle a sur sa fille est le plus souvent dévastateur, résultant en un effet contraire, car la fille perd confiance en elle. Souvent aussi les caractéristiques que la mère relève chez les autres et qu'elle aimerait retrouver chez sa fille, ont plus de retombées bénéfiques pour la mère que pour la fille, c'est à dire des demandes que l'on pourrait qualifier d'égocentriques. Un exemple de celles-ci est la remarque d'Amina (21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi) qui dit : « *Ma mère est plus tendre envers ma sœur, car elle dit que ma sœur est plus tendre avec elle que moi* ». La mère de Farida compare aussi sa fille avec sa fratrie (avec ses frères cette fois-ci) : « *Ma mère me disait tu n'as aucune valeur, tu ne sers à rien, les garçons sont mieux que toi* » explique Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer), perplexe. Il en résulte une discrimination entre la fratrie qui laisse un goût d'amertume chez Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *Ma mère discrimine entre nous, ses enfants. Elle considère certaines gens comme des élites* ».

Le père peut aussi être violent psychologiquement en utilisant la **comparaison** comme le papa de Hala (19 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) : « *Mon père me disait tu seras comme ta tante qui a raté sa vie* », ou les accusations comme le père de Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *Mon père pensais toujours que c'est moi la responsable de tous les problèmes familiaux* ». Le frère peut aussi être source de critique et de violence psychologique pour sa sœur comme le relate Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée). Son frère a l'habitude de lui dire, si elle tarde le soir avant de rentrer à la maison après avoir quitté son travail : « *Tu m'as rendu la risée des gens. Tu n'as pas été éduquée, tu n'as pas de valeurs morales* ».

⁹² Les comparaisons.

⁹³ Les critiques.

Traditionnellement, la belle-mère est une source d'autorité et de contrôle sur son fils qui lui a été pris par l'autre femme' (sa belle-fille). Tous les prétextes sont bons pour assoir sa domination sur elle, la rabaisser et secouer sa confiance en elle. Les moyens les plus utilisés sont la critique, les comparaisons et les accusations. Les thèmes récurrents sont en relation avec son identité et son intégrité en tant qu'être humain, femme, épouse et mère. La belle-sœur, tout comme la belle-mère, utilisent les mêmes techniques de domination et les mêmes thèmes. Selon Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante), la belle-mère « *se sent supérieure aux autres* » et pour Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) « *ma belle-mère me compare toujours aux autres femmes de la famille* ». La maladie et la souffrance psychologique sont une arme de la violence psychologique utilisée par la belle-famille. En effet, Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) a énormément souffert du mauvais traitement de sa belle-famille : « *Ils m'ont convaincue que j'étais malade. Ils ont propagé une rumeur qu'il y a un guenn qui m'habite et qui vole des choses à la maison, alors que c'était mon beau-père qui volait* ». La maladie a aussi été un thème utilisé par la belle-famille de Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) pour fragiliser sa confiance en elle « *Ils font croire aux gens que je suis malade. Ma belle-mère pensait que je n'étais pas une femme bien* ». Pour Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Ma belle-mère me disait : tu es bizarre et tu as un mauvais caractère* ». Être une bonne ou mauvaise mère ou épouse, est une arme souvent brandie sous le nez de la belle-fille, par la belle-mère et même la belle-sœur, et ce, surtout si le choix de l'épouse s'est fait sans leur bénédiction : « *Ils me disent : tu n'as pas su éduquer tes enfants. Ma belle-sœur critique ma cuisine* » se plaint Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Les belles-sœurs participent à la violence émotionnelle, car elles se doivent de porter allégeance à leur mère comme le rapporte Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) qui se plaint de celles-ci en disant : « *Elles se débrouillent pour que j'apparaisse comme fautive devant les autres* ». Cette arme est révélée avec grand fracas à son mari, afin d'assoir sur elle leur emprise, et ce, en la rabaisant à ses yeux et conséquemment en cherchant à se grandir elles-mêmes. Très affectée, Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) révèle : « *Sa famille lui dit ta femme a fait ceci ou cela. Ils se plaignent de moi. Ma belle-sœur me dit : Tu es une mauvaise personne, tu es égoïste et ma belle-mère m'insulte tout le temps, et me dit les paroles les plus sales qui soit* ». L'enjeu ici est l'influence que les figures féminines appartenant à la

famille d'origine du mari ont sur leur 'homme', car elles estiment que cet homme leur appartient du fait des liens de sang qui les unit, et qu'à présent c'est une étrangère qui 'l'influence'⁹⁴ et qui l'a pris grâce au pouvoir sexuel qu'elle peut avoir sur lui :

« Si j'avais le malheur de m'habiller, me parfumer, me maquiller pour mon mari elle me faisait une scène et me critiquait. C'est la fin du monde si je prends mon bain et que je me maquille, ma belle-mère me critique. Ma belle-mère me compare avec ma belle-sœur toujours, en me rabaissant par rapport à elle. » (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage).

Ceci expliquerait la raison pour laquelle souvent, la mère en choisissant une épouse pour son fils, opte pour les jeunes filles de sa propre famille, se garantissant ainsi le fait d'être obéie de celles-ci par obligations familiales. Il est intéressant de remarquer que même dans les milieux socioéconomiques favorisés, la même dynamique entre la belle-fille et la belle-mère est retrouvée : « *Ma belle-mère me dit : Comment ? Tu ne sais pas cuisiner ?* » révèle Noura, journaliste réputée (42 ans, mariée, 2 enfants). Belle-mère, belle-sœur ou épouse, riche ou pauvre, éduquée ou illettrée, toutes à un moment de leur vie, subissent l'abus psychologique d'une belle-mère ou d'une belle-sœur, dans une guerre annoncée ou tacite, entre femmes d'une famille (unie par l'alliance du mariage), et dont le terrain de bataille est la vie familiale, avec comme enjeu principal l'influence que chacune peut avoir sur son homme (fils, frère ou mari) ; guerre subie et reproduite indéfiniment, par celles-là mêmes qui en sont ou en ont été les victimes.

Les principaux thèmes des critiques par le mari sont retrouvés de manière similaire à ceux prononcés par la mère et la belle-mère et sont : le rôle d'épouse, de femme de maison, de mère, son identité même en tant que personne. De nombreuses femmes interviewées relatent l'attitude critique de leur mari envers elles, et comment cette attitude influence négativement leur image d'elle-même : « *Mon mari me dit : Tu es une épouse nekadeyya*⁹⁵ *pourquoi tu me fais la tête et tu 'tords' ton visage ? Avec une personnalité comme ça, il n'est pas judicieux que je te dise tout ce que j'ai sur le cœur* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) et Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) renchérit : « *Il n'arrête pas*

⁹⁴ *Betmashi kalamha* (elle impose son opinion sur lui).

⁹⁵ Bougonne, grincheuse, morose.

de me dire : Tu n'es pas comme les femmes, tu ne t'occupes pas de moi. Tu es en train de devenir comme ta mère ».

Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) décrit ce qu'elle subit de son mari :

« Il me dit : 'La femme de mon copain est magnifique. Tu n'es capable de rien, fais attention à ta maison et à tes enfants'. Mon mari et moi on s'insulte beaucoup. Quand mon mari m'insulte et hausse le ton, moi aussi je hausse le ton et l'insulte. Il me dit tu es nulle. Il a fait comprendre aux gens que je suis malade mentale, que je suis 'assabeyya. Il est jaloux de moi car moi je travaille, je suis une journaliste reconnue et réussie, et lui ne travaille pas. Il reste à la maison, fait la grasse matinée tous les jours alors que moi je sors tôt le matin travailler. Il critique mon travail et me démotive en disant que je suis une mauvaise épouse et un mauvaise mère ».

Le récit de Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) est tout aussi poignant :

« Il a commencé à me faire sentir que je ne suis pas comme les femmes. Les hommes blessent et ne s'en rendent pas compte. Ils dégradent et rabaissent les femmes. Jusqu'à présent mon mari me dit : tu n'es pas chanceuse, tu es insignifiante, ta cervelle est vide. À chaque fois que mon mari m'insulte c'est comme s'il faisait rentrer un couteau dans mon ventre. Il me dit Dieu va être fâché de toi. Il déplore et condamne tout. Il ressasse le passé ».

L'avis de Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste), sur l'attitude **critique** des **maris** (Jackson et al. 2003 ; Yount et al. 2011) est très ferme :

« Si les femmes de la classe moyenne supérieure font quelque chose pour elles, leurs fils et leur mari les culpabilisent. Et en même temps, le mari de l'obèse qui vient me voir pour perdre du poids, l'humilie verbalement sur son poids et critique sa silhouette. Ce qui blesse énormément aussi les femmes interviewées ce sont les critiques sur leur féminité. Les femmes qui portent le *niquāb*⁹⁶ et qui sont obèses sont abusées verbalement par leurs maris à cause de leur poids. Le mari de l'une d'elle lui a dit je ne peux pas approcher de toi tant que tu es obèse ».

L'une des causes d'humiliation les plus fréquemment citées et douloureuses est la présence d'adultère et éventuellement d'une seconde épouse : « *Les femmes prennent leur estime de soi de leur mari, et leur mari ne la leur donne pas. La chose la plus dure c'est quand la femme qui s'est mariée après une grande histoire d'amour soit blessée par son mensonge et sa trahison* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). Le fait que le mari cache et

⁹⁶ Voile intégral.

mente est ce qui blesse le plus les *Masraweyyates* : « *Il a vu ailleurs. Je l'ai attrapé avec ma copine. Son dernier problème avec moi c'est qu'il a écrit une feuille de mariage "orfi" et qu'elle est avec lui au bureau* » (Rahma, 40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer). Il y a un manque de respect de l'espace et de l'identité de l'épouse par le mari comme le souligne les intervenants et les personnes ressources telles que Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) et Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) qui font la même réflexion : « *L'homme est infidèle à son épouse et la maltraite puis il vient tapoter sur son épaule, en faisant comme si de rien n'était, ou s'il est pris en flagrant délit, en niant tout* ». Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) renchérit : « *Les hommes ne pratiquent pas l'adage 'traite les gens comme tu voudrais qu'on te traite'. Le mari exige honnêteté et respect de la part de sa femme mais lui ne la traite pas comme ça* ». La maltraitance de l'épouse par son époux, sous forme d'humiliation, mensonge et adultère est la principale cause de plaintes par les femmes interrogées, et ce, sans distinction d'âge, ni de statut social ou culturel. Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) est profondément affectée en disant : « *Il peut même se remarier sans informer les familles. Il ne m'a pas rendue justice dans tout ce qu'il m'a fait* ». Pour plusieurs femmes interviewées, l'époux a une seconde épouse ou encore une relation extraconjugale, et cette femme est la source de détresse émotionnelle et de violence psychologique pour nombreuses d'entre elles, car elles sentent que le mari ni ne les défend ni ne les protège de cette femme ou des commérages des *el nāss*⁹⁷:

« Son remariage m'a fait du mal pendant longtemps. Le mari représente l'idée, le concept, de support et d'appui. Je sens un manque de soutien dans ma vie après son remariage. La femme que mon mari a connue m'a insultée. Elle lui a dit des choses sur moi, et lui ne m'a pas défendue ». Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer).

Une dernière précision de Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) :

« Il y a une différence entre hommes chrétiens et musulmans en ce qui concerne la fréquence de l'adultère. Récemment le mari d'une patiente m'a draguée devant elle, ceci humilie énormément la femme. Il y a plus d'adultère chez les musulmans orthodoxes en apparence. Cependant, tous les hommes sont les mêmes, les chrétiens sont comme les musulmans, mais il y a moins de sentiment d'insécurité

⁹⁷ Les gens, la société.

chez la femme dans les couples chrétiens parce qu'il n'y a pas de divorce, bien que les hommes chrétiens, comme les musulmans, soient responsables d'abus verbal. »

L'utilisation des **critiques** comme moyen de domination et de violence psychologique est aussi présente dans le milieu extra-familial, comme le travail et l'école. **Au travail**, Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) nous décrit la relation avec sa supérieure hiérarchique au travail : « *Elle a découvert mon point de faiblesse et elle appuyait dessus* ». Pour Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) aussi, les collègues de travail étaient sources de violence psychologique : « *Je ne savais pas dire certains mots, et mes collègues se moquaient de moi* ». À l'école, les **critiques** et les comparaisons font souffrir les élèves et les parents. Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) parle de l'institutrice qui insultait son fils en l'insultant elle-même : « *Fils de danseuse orientale* ». Et Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) se souvient : « *Je n'ai pas aimé qu'on me dise que je suis fille de maîtresse* ».

Enfin, **humilier, se moquer, diminuer**, est aussi une forme de violence psychologique et émotionnelle subie par les femmes interrogées. Les humiliations et les moqueries peuvent provenir de personnes de l'entourage familial ou extra-familial et être dirigées vers la personne ; ou bien elles peuvent être internalisées par la personne et elle se les dit à elle-même.

Culpabilisation, accusation, comparaison, humiliation et critique visent tous à instiller un sentiment de honte chez les *Masraweyyates*, à les rabaisser, à diminuer leur estime d'elles-mêmes, et ce, pour mieux les influencer et les dominer. Il y a une dégradation systématique de leurs caractéristiques d'épouse, de mère et de femme. Ce sont les moyens qu'utilisent toutes personnes envers les *Masraweyyates*, qu'elles soient dans une position d'autorité (parents, beaux-parents, enseignants) ou pas (fratrie, sororie, époux).

En plus de rabaisser les *Masraweyyates*, on peut complètement les anéantir en les ignorant, les excluant, les niant, les rejetant et les invalidant. Ces mécanismes peuvent être d'autres armes de la violence émotionnelle et psychologique. Le vide affectif, le manque de validation, de reconnaissance et de présence sont essentiellement les plaintes qu'expriment

la plupart des femmes interrogées. L'un des principaux mécanismes de ce type de violence émotionnelle, et le plus destructeur psychologiquement, est l'invalidation : Tout ce qu'est l'autre, dit l'autre, demande l'autre, pense l'autre, est nié. Le droit de choisir son mari et ses études, le droit de comprendre, le droit d'être informée, d'être soutenue, et d'être libre sont reniés, ce qui fait souffrir profondément les *Masraweeyyates*. C'est souvent le cas pour les parents qui omettent de voir la réalité de leur fille et ignorent ses besoins, comme l'explique Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *Mes parents m'ont obligée à me marier, moi je ne voulais pas* ». Pour Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante), c'est le choix de ses études qui a été bafoué : « *Je voulais faire pharmacie et ils m'ont obligée à rentrer en faculté de commerce* ».

La violence émotionnelle résulte de la négligence des besoins élémentaires de l'individu à savoir : attention, affection, respect. Les entretiens recueillis de plusieurs femmes interrogées ont montré l'importance et la fréquence de cette sorte de violence qui néglige les besoins affectifs et intellectuels de la personne en tant que femme et en tant qu'individu à part entière, et ce, depuis l'enfance. Le manque de présence et de surveillance parentale pendant l'enfance revient souvent dans les propos, notamment dans ceux de Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) : « *Quand j'étais petite j'avais besoin que quelqu'un me parle, m'explique, mais personne ne le faisait. Personne ne me surveillait* », et de Souheir (20 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi) : « *Si j'avais été surveillée je n'aurais pas fait tout ce que j'ai fait, si ma mère ne voyageait pas et si mon père était présent* ». Souheir et Hala sont toutes deux addictes et ont beaucoup souffert de l'absence de leurs parents respectifs.

L'absence parentale n'est pas uniquement physique. En effet, ce peut être une absence émotionnelle résultant en un sentiment d'être des étrangers, tel qu'exprimé par Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) en ces quelques mots : « *Personne ne connaît vraiment l'autre à la maison* » ; ou un manque affectif comme l'explique simplement Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *Il n'y a pas d'amour entre nous* ». Un autre mot est utilisé notamment par Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) pour exprimer cette affection manquante : le mot tendresse. « *Je sens que depuis toute petite je n'ai pas tout*

pris et le plus simple de mes droits est la tendresse ». En effet, « *J'ai un manque de tendresse* » est l'expression qui est très souvent revenue, ce qui interpelle beaucoup dans une société orientale réputée pour être très accueillante et chaleureuse. On en vient à se poser la question sur l'efficacité affective de cette chaleur orientale par rapport à la formation de liens émotionnellement nourrissants entre les membres d'une même famille. Ces derniers peuvent-être en apparence physiquement très liés (en sortant, prenant leur repas ou en voyageant ensemble) mais émotionnellement étrangers les uns aux autres. Ce cas de figure où il y a un 'enmeshment' physique sans attachement émotionnel est le plus 'pathologisant' de par son ambivalence. En effet l'individu ressent profondément le manque affectif de par l'absence de satisfaction affective, alors que les faits et gestes montrent le contraire, d'où une tendance souvent retrouvée chez de nombreuses personnes dans ce genre de situation à nier leurs propres sentiments de manque affectifs, et à les invalider eux-mêmes, il y a alors un décalage à trois niveaux : entre le manque affectif profondément ressenti par la personne, la présence physique 'stérile' des parents (qui 'normalement' est suffisante pour subvenir à ces besoins), et l'auto-suggestion que ce manque affectif est puéril, pas important, et que les parents sont là, donc il n'y a pas de raison de ressentir ce manque. « *Si ma mère pouvait juste m'écouter et me sentir* » murmure les larmes aux yeux Amina (21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi). Ne pas être à l'écoute de l'autre, ne pas sentir l'autre, ne pas être *attuned* (ne pas être sur la même longueur d'onde) est l'expression de cet isolement affectif, pas uniquement avec les parents, mais avec chaque membre de la famille, comme si chaque individu était enfermé dans sa propre bulle de souffrance et de frustrations. Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) le dit clairement : « *Mes enfants et ma famille ne m'aident que si je pleure ou m'effondre complètement, ils ne me sentent pas* ». C'est la même plainte que verbalise Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) « *Ma famille sont ignorants. Tout ce qu'ils me disent c'est comment vas-tu ? Vis ta vie. Ils ne savent pas me guider, ils ne sentent pas ce dont j'ai besoin* ». Cette négligence peut être traumatique si elle survient lors de circonstances importantes dans la vie de la jeune fille comme sa nuit de noces. Et Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage), souffre jusqu'aujourd'hui de ne pas avoir été encadrée affectivement par sa famille : « *Le jour du mariage personne ne m'a expliquée*

quoi faire. Chaque fois que je me rappelle que ma mère ne m'a rien dit pour la nuit de noces, je suis très triste ».

Pour chaque parent indépendamment, les attentes de leurs filles diffèrent. Le manque d'amour, d'attention et de tendresse de la mère est une plainte récurrente de la part de nombreuses femmes interviewées. C'est avec la mère que la souffrance et la détresse de ces femmes sont les plus vives, car les attentes qu'elles en ont sont les plus importantes. La mère est supposée être la principale source de tendresse et d'affection, et lorsque la mère est absente, négligente, voire violente, les conséquences émotionnelles sur les femmes interrogées sont plus intenses. La maman de Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) était souvent absente pour cause de travail, nécessitant de longues absences en dehors du pays, et Manal se trouvait alors souvent seule à la maison, et ce depuis qu'elle est très jeune. Elle estime ne pas avoir été entourée suffisamment par sa mère : « *Je restais seule à la maison, je lavais mes habits, je mangeais seule uniquement des choses nashfa⁹⁸, je mettais la clé autour de mon cou, je dormais seule et je restais seule longtemps* ». Dans des milieux plus aisés, la famille tente de combler l'absence de la mère par la présence de 'nounous', de gouvernantes⁹⁹, et Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) raconte : « *J'ai été élevée par les femmes de ménage car ma mère travaillait beaucoup et elle était divorcée de mon père* ».

La relation d'Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) avec sa maman demeure chargée de beaucoup de souffrance car Alia perçoit sa mère comme étant injuste et négligente envers elle, par rapport à ses obligations maternelles :

⁹⁸ Pas fraîches : conserves, pain, biscuits.

⁹⁹ Récemment, les jeunes égyptiennes trouvent dégradants de travailler comme femmes de ménage ou comme gouvernantes ou *baby-sitter*. Les familles aisées ont alors recours (calqué sur la mode existant dans les pays du Golfe), aux employées de maison venant d'Asie du Sud-Est grâce à des compagnies de recrutement plus ou moins légales, ayant des succursales à Dubaï ou Beyrouth (Moukarbel 2009). Les Philippines et les Sri-lankaises étaient les plus prisées au début, mais la hausse du dollar a fait que les Indonésiennes les ont remplacées car plus 'abordables' et surtout étant de religion musulmane ce qui est devenu un atout important dans la société égyptienne récemment, car ceci garantirait la transmission de valeurs islamiques aux enfants. Pour les budgets plus modestes, les réfugiées (venant de pays en crise comme le Soudan du sud, l'Érythrée, l'Éthiopie, la Syrie, ou de pays africains plus éloignés comme le Ghana ou le Nigéria) sont embauchées comme employées de maison en attente d'économiser un peu d'argent leur permettant de quitter l'Égypte.

« Ma mère ne m'a pas aidée dans mes études, elle ne m'a pas acheté des livres 'extérieurs' (manuels extrascolaires). J'avais besoin de lunettes, elle ne me les a pas achetées. Quand mes frères viennent, ma mère leur fait à manger, leur offre des cadeaux, et elle est toujours près d'eux. J'en veux à ma mère pour la rupture de mes fiançailles ».

Ne pas se sentir écoutée ni comprise par sa mère donne à de nombreuses femmes interrogées le sentiment d'être des étrangères à leur propre mère. Il n'y a pas cette intimité physique et émotionnelle qui caractérise la relation mère-fille « *Si ma mère pouvait juste m'écouter et me sentir* » regrette Amina (21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi). La mère ne représente pas pour de nombreuses femmes interviewées le refuge, le réconfort dont elles ont besoin lorsqu'elles sont en situation de souffrance, et ce qui les peine encore plus, c'est que souvent la mère nie les effets négatifs que le manque d'intimité avec sa fille peut avoir sur cette dernière. Et au lieu d'entendre et de comprendre la plainte de sa fille, elle se justifie et se défend, ce qui n'aide pas à la résolution de la situation, mais au contraire ne fait que l'aggraver. Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) explique :

« Ma mère n'est pas convaincue qu'elle me fait du mal avec son comportement avec moi et que je suis malade. Elle dit : 'c'est normal, ça arrive à toutes les filles'. Je ne peux pas aller courir me blottir dans les bras de ma mère ».

Toujours concernant le fait de sentir ses demandes affectives négligées ou invalidées, les attentes par rapport au père (ou au grand-père en cas d'absence du père) sont différentes. L'absence du père peut être physique (à cause d'un travail très prenant, ou situé loin du domicile familial nécessitant de longs trajets, ou même dans un autre pays). Le père peut aussi être ressenti comme absent émotionnellement de par sa non-disponibilité (« *Mon père s'est beaucoup remarié, au moins quatre fois. Je ne sais pas où il est* » (Hala, 18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante)), son manque de soutien aux études (en sortant sa fille de l'école pour la marier) et enfin de par son manque d'encouragement à son indépendance financière (en ne l'aidant pas à avoir un métier, une carrière, un travail stable). Cette absence émotionnelle donne à de nombreuses femmes interrogées le sentiment d'être négligées et mal comprises, comme Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *Mon père m'a sortie de l'école pour que je travaille aux champs et à la maison* ».

Le père est souvent celui qui facilite l'accès aux soins médicaux à sa fille, d'abord en lui permettant de sortir, et surtout en lui donnant l'argent pour se déplacer et aller consulter,

payer les honoraires du médecin et des médicaments s'il y a lieu. Lorsque le père n'entend pas les plaintes somatiques ou psychologiques de sa fille, celle-ci sent que l'un des besoins les plus cruciaux, à savoir celui d'être soignée, est invalidé, renié, minimisé, et ce, surtout si la plainte est psychologique et donc sans aucune preuve matérielle et visible de la souffrance. Le père donne souvent comme prétexte que c'est du *dala ' banat*¹⁰⁰, que les filles dramatisent toujours tout et que c'est de l'exagération, et qu'en fait elle n'a rien : « *Mon père est toujours absent, je ne le vois pas. Il me dit tu n'es pas folle, pourquoi tu vas te soigner ?* » (Alia, 23 ans, célibataire, sans enfant, employée).

« *Le manque d'attention, la négligence sont pires que les coups. Être négligée est pire que d'être frappée* » explique Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) en parlant de son mari, et en exprimant sa souffrance profonde due au comportement de son mari. L'indifférence est une sorte d'invalidation, de déni de l'existence même de l'autre, pouvant aboutir à son aliénation psychologique, sentiment de détachement et de perte d'identité, retrouvé fréquemment dans l'état de stress post-traumatique complexe (Herman 1992).

Il y a beaucoup de souffrance dans le ton et la mimique faciale des femmes interrogées lorsqu'elles évoquent le manque de présence affective et de soutien de leur époux :

« Si je me plains et je lui dis j'ai eu un jour difficile, il me répond j'ai eu un jour encore plus dur. La femme ne sent rien et n'apprécie rien de la vie si son mari ne vient pas s'excuser et lui demander pardon. Je vais chez le médecin seule, je vais seule circoncire mon fils, je vais seule à l'école voir les maitres. Mon fils en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} préparatoire s'évadait de l'école, il n'a jamais pensé aller voir les professeurs. À la fête des mères il ne donne pas d'argent aux enfants pour m'acheter un cadeau ». (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage).

Le mari (tout comme le père et la mère) est très souvent mentionné par les femmes interrogées comme source majeure de violence émotionnelle par son absence affective, sa négligence des besoins émotionnels de son épouse, son manque de considération et de respect pour ses besoins en général : « *Que le mari soit là mais en fait il n'est pas là, c'est pire que s'il était mort. Il a 'sa main dans de l'eau froide'* » (Nagat, 30 ans, mariée, 2

¹⁰⁰ Chouchouteries de petite fille gâtée.

enfants, au foyer)¹⁰¹. Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) souligne un point important : « *La femme veut sentir que son mari est à la fois comme son père et son mari* ». Lorsque le père ou même la mère (par leur absence ou leur négligence) ne subviennent pas aux besoins affectifs de leur fille comme précisé plus tôt, les femmes interrogées déplacent ces attentes affectives inassouvies (qu'elles avaient par rapport à leurs parents) vers leur futur mari, et espèrent que ce dernier les comble complètement dès qu'elles se marient. Elles sont de ce fait très souvent déçues, car ce n'est pas ce qui se passe dans la plupart des cas, le mari ayant d'autres attentes du mariage et attend de sa femme que ça soit elle qui satisfasse ses besoins émotionnels. Les deux se retrouvent donc respectivement en situation de demande affective, et les deux se sentent lésés et traités injustement par l'autre partenaire : « *Je ne suis pas dans le cercle de ses intérêts, je ne lui viens pas à l'esprit. Il me repousse, il ne m'écoute pas. La vie consiste à manger, boire et dormir. Ce qui me peine et me fatigue, c'est qu'il ne me considère pas comme étant un être humain physiquement et psychologiquement, mais comme un objet* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). Le manque d'appréciation est mis en exergue par les intervenants, les personnes ressources et les patientes comme l'explique Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) : « *Il y a un manque d'appréciation, et la femme est comme acquise, et ceci lui fait sentir qu'elle est victime* ». Dr. Mariam précise (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) : « *Ils [les hommes] prennent les femmes pour acquises, ils ne leurs font pas de gestes de gentillesse, et leur donnent juste des ordres : ' Il faut que tu balaies, nettoies et cuisines' »*. Bien que Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) ne reçoivent pas d'ordres de son mari, elle a le même sentiment de ne pas être appréciée pour tout ce qu'elle fait pour la maison, et de ce fait ne sent pas que son mari l'apprécie : « *Mon mari ne demande pas après moi, il n'est pas intéressé par ce que je fais, ce que j'aime* ». Les personnes ressources confirment le manque de soutien émotionnel offert aux épouses par leur mari. Selon Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) : « *Le mari néglige souvent la femme émotionnellement, ce qui la fâche énormément* » au point que selon Noha, psychologue : « *Lorsque la femme ne sent pas l'intérêt du mari pour elle, elle peut quitter la maison et lui laisser les enfants* ». Négliger

¹⁰¹ Expression commune signifiant qu'il est passif et ne fait aucun effort dans son foyer.

la femme affectivement est défini par les femmes interrogées par ces quelques mots : Ne plus dire des mots d'amour, ne plus avoir des gestes de tendresse qui la font sentir protégée, ne plus la prendre dans ses bras, et comme le dit simplement Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) : « *Il ne me sent pas* » ou selon Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) : « *Il ne s'intéresse pas à moi* », entre autres sexuellement¹⁰².

En effet, la dégradation de l'intimité sexuelle est perçue par les femmes interrogées comme un des premiers signes de la négligence affective du mari. La vie sexuelle du couple est souvent décrite comme étant inexistante ou routinière, sans éducation sexuelle ni émotionnelle par rapports aux besoins sexuels et émotionnels non seulement de la femme mais aussi de l'homme, et ce, depuis la nuit de noce qualifiée de 'noire' par Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage). L'absence de désir et de préliminaires font que l'acte sexuel devient un acte routinier pour bon nombre de femmes. N'eût-été l'Islam qui encourage les époux à honorer sexuellement leur épouse dans un délai inférieur à 4 mois entre chaque rencontre sexuelle¹⁰³, Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) estime que son mari ne l'aurait plus touchée, ni Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) d'ailleurs. Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) se plaint aussi du manque de soutien affectif du mari et de la précarité de leur vie sexuelle :

« Mon mari est souvent absent. Il est dans un monde et moi je suis dans un autre. Si je ne me sens pas bien, mon mari ne se rend pas compte que ce dont j'ai besoin c'est de changer d'air. J'aime vivre en famille, lui il est *saye* '¹⁰⁴ il aime être dans la rue et manger dehors. Je ne veux pas qu'il m'achète des habits, je veux qu'il s'occupe de moi. La mesure du bonheur pour lui c'est avec ce qu'il achète, non-pas avec l'amour qu'il me donne. Je sens *ellet el heela* '¹⁰⁵ à changer son comportement ou son caractère. Cependant, rester avec lui était pour moi mieux que d'aller chez ma mère ».

Pour d'autres femmes rencontrées, les besoins financiers sont des besoins importants comblés par le mari. L'homme en ne subvenant pas aux besoins matériels de sa famille est responsable d'une violence émotionnelle envers la famille, en la privant du sentiment de

¹⁰² Il serait intéressant de noter, toutefois, que cette situation n'est pas particulièrement caractéristique des couples en Égypte mais est aussi fréquemment retrouvée en Occident.

¹⁰³ Verset 19 de Sourate Al Nissa' (les Femmes) du Coran.

¹⁰⁴ Dévergondé.

¹⁰⁵ Sentiment d'impuissance.

sécurité et de stabilité. Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) dont le mari s'est remarié dit en pleurant : « *Il dépense son argent sur les deux maisons. Mon mari m'a laissée entre la vie et la mort. Il a refusé de m'amener à l'hôpital pour ne pas payer les frais d'hospitalisation* ». L'avarice du mari, son remariage ou ses aventures extra-conjugales sont source d'inquiétude pour les épouses qui craignent que leur mari ne subvienne plus à leurs besoins financiers à elles, mais plutôt à ceux de la 'nouvelle' femme : « *Il est paresseux, il travaille peu et en plus il dépense son argent 'autre part'*¹⁰⁶ » se plaint Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer). Le manque d'ambition professionnelle du mari donne à la femme le sentiment qu'il ne prend pas en compte ses besoins matériels à elle et à ses enfants, et donc ne fait pas l'effort d'améliorer son revenu, ce qui oblige la femme à prendre elle-même en charge sa famille comme le fait Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) : « *Mon mari n'a pas d'ambition. Il ne porte pas la responsabilité. C'est moi qui pense à tout et qui me débrouille pour augmenter notre revenu* ». Le fait d'avoir des dettes et une mauvaise gestion financière sont aussi vus par l'épouse comme preuve de négligence du mari pour son besoin de sécurité financière à elle et sa famille. C'est le cas de Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) qui explique pourquoi elle souffre de ne pas se sentir en sécurité financièrement : « *J'ai été choquée qu'il ait des dettes. Il ne m'a jamais rien dit sur son état financier, il me cachait tout, et je l'ai découvert par hasard* ».

Les femmes interrogées mentionnent aussi avoir des attentes de leurs enfants, comme l'explique Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) : « *La femme attend de la tendresse de ses enfants comme elle aurait voulu en recevoir de son mari ou de sa maman, mais ses enfants ne lui en donnent pas* ». Cette attente est injustifiée car elle révèle encore un déplacement des attentes du mari, qui ne sont pas assouvies vers les enfants, et ceci fait peser un poids psychologique important sur ses derniers.

Le témoignage de Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) résume tous les mécanismes de violence psychologique mentionnés précédemment et exercés par le mari, à savoir, l'invalidation, la négligence, la comparaison et l'humiliation :

¹⁰⁶ Sur d'autres femmes.

« Mon mari m'a laissée entre la vie et la mort et il est descendu. J'étais fatiguée, il ne m'a pas aidée, il a juste demandé avec nonchalance, qu'est-ce que tu as ? En plus, il ne m'a pas rendue justice avec ses parents. Il parle aux autres dehors et pas moi. Les autres se sont les femmes, et toujours sa sœur et sa mère. S'il leur parle, c'est qu'elles sont à ses yeux, mieux que moi ».

En plus des membres de la famille, les femmes rencontrées sentent que la société (ou *el nāss*, littéralement les gens) aussi ne subvient pas à leurs besoins psychologiques et émotionnels comme le précise Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) : « *Les gens ne voient pas la femme* », et Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) explique : « *Personne ne me traite comme un être humain ayant des sentiments* » (Alia, 23 ans, célibataire, sans enfant, employée). Le Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe) précise : « *Les gens dans la même maison ne se regardent pas, s'ignorent* ». Souvent les femmes interrogées se plaignent que non seulement leurs besoins psychologiques ne sont pas assouvis, mais en plus ils sont niés, rabaissés par *el nāss* comme Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) : « *On me dit remercie Dieu que ton mari est bien. Tu as tout, il t'amène tout et tu dis qu'il n'est pas bien !* ». Le manque de reconnaissance par la société de la souffrance personnelle est ce qui touche le plus Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) : « *Personne ne va me comprendre, me sentir et dire elle est makhnou'a*¹⁰⁷ ».

Le Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe) conseille aux personnes qui viennent le consulter dans sa paroisse : « *Même s'il n'y a pas d'amour et d'acceptation de la part de la famille, pense plutôt où est ton droit et va le chercher* ». Ceci est une incitation à l'identification de ses besoins et à les assouvir soi-même sans être tout le temps en état d'attente et de dépendance par rapport aux proches et aux gens en général ; et cette dépendance rend la personne vulnérable, chroniquement insatisfaite, la confinant dans le rôle de victime.

Le mécanisme de violence psychologique qui suit, identifié d'après les rencontres avec les personnes ressources et les femmes interrogées, est **l'isolement** de la personne par les

¹⁰⁷ Suffoquée.

personnes en contact avec elle, et dont elle a des attentes, la privant d'avoir un accès à des ressources extérieures pouvant l'aider à assouvir ses divers besoins, ce qui aboutit à son dépérissement. Dans le contexte égyptien, les parents isolent souvent les enfants en les surprotégeant et en les obligeant à suivre des directives strictes qui les empêchent de s'épanouir et de devenir indépendants, comme l'explique Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *Les parents en Égypte ne laissent pas les enfants explorer la vie* ». C'est ce que confirme Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) qui se plaint : « *Pour mes parents, il n'y avait que les études qui comptaient, et j'étais coincée à l'intérieur du contexte de mes études* ». L'isolement est le fait de restreindre l'espace de la personne et ses déplacements et de l'empêcher d'avoir des contacts et une vie sociale. Ceci peut être dû aux parents, au mari, au frère, à la société en général, qui jusqu'à aujourd'hui, limite la liberté de circulation de la jeune fille ou de la femme. Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) précise que ceci s'appelle *el doghout*¹⁰⁸. Réciproquement, pour contrer cet isolement, l'épouse va lui 'couper ses plumes' comme le dit Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Il faut lui donner beaucoup d'enfants pour le coincer financièrement et l'empêcher de s'envoler du nid en allant voir ailleurs. S'il n'a pas d'argent et que tout son argent est consommé à la maison, il n'aura plus de quoi pour sortir* ».

Dénier qu'il y a eu violence, retourner la situation puis en blâmer la victime (à travers le *double-standard*, alors que dans une situation similaire, il peut être donné raison à une autre personne), est l'une des facettes les plus évidentes de la violence émotionnelle et psychologique. De nombreux exemples de ce déni (souvent conscient et intentionnel) imposé par différents membres de la famille, de la belle-famille et de toute la société sont mentionnés, comme celui-ci par Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), qui soulève un point important, à savoir la tendance de toute la société à préserver à l'homme de la famille son 'orgueil masculin' aux dépens de la vérité et du droit des autres: « *Leur frère (qui est mon mari) peut-être fautif dans une situation avec moi et, à mes détriments, il peut*

¹⁰⁸ Les pressions sociales voire les oppressions sociales.

m'accuser à tort, ses sœurs jamais ne le confrontent qu'il a tort, et elles m'avouent qu'il a tort lorsqu'il descend de la maison».

Une autre violence faite aux femmes interrogées est non seulement l'absence de satisfaction de leurs besoins par les personnes qui auraient dû y subvenir, mais encore leur **exploitation** par ces mêmes personnes, les lésant doublement : une première fois en les privant de leurs besoins, et une deuxième en leur demandant de donner d'elles-mêmes alors qu'elles n'ont pas été nourries affectivement pour pouvoir donner. Et pour couronner le tout, lorsque les femmes interrogées se plaignent ou souffrent, elles sont déniées, invalidées dans leur souffrance et même accusées d'ingratitude et d'être trop gâtées.

Le **manque d'appréciation** par la société pour les femmes est ressenti comme une violence par les femmes interrogées et les personnes ressources, comme une exploitation. Il est toujours demandé plus à la femme comme l'explique Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) :

« La société demande aux femmes des choses qui sont au-dessus de leur capacité, et malgré leur ignorance, comme être des parfaites mères, épouses, maitresses de maison alors que personne ne leur a jamais rien appris ».

Et Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) rajoute : « *La société met de la pression sur la femme* ». De nombreuses femmes interrogées ont ce même ressenti et Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) résume cette image : « *Je sens que je suis superwoman. Je dois faire tout, la vaisselle, la maison, mon travail à l'extérieur de la maison, les enfants* ».

Les hommes sont accusés d'exploitation, le plus souvent sexuelle, par les femmes interviewées, comme Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) qui se souvient douloureusement :

« Il s'est moqué de moi au nom de l'amour. Il m'a exploitée. Il a demandé de l'argent et je le lui ai donné. Tous me promettent le mariage et après ne m'offrent rien ».

« *La femme est vue comme une proie sexuelle* » selon Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer), vision partagée par de nombreuses personnes dans la société égyptienne, notamment Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) : « *Il y a une croyance que les hommes peuvent abuser et arnaquer les femmes facilement* ». Cependant une personne ressource voit que parfois l'exploitation se fait de la femme vers l'homme, surtout financièrement. Pour Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) : « *L'homme est un 'portefeuille' qui travaille et qui revient à la maison dormir* ».

Les amis aussi sont perçus comme source d'exploitation par certaines : « *Ils se rapprochent quand ils ont besoin de moi et moi quand j'ai besoin d'eux je ne les trouve pas* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). La famille est également accusée par nombreuses femmes interrogées d'exploitation, tous les membres compris, en commençant par le **père**. Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *J'allais au lac de Fayoum¹⁰⁹ laver et planter les légumes qui sont dans le champ, je m'occupais du bétail, et mon père m'accusait que je ne faisais rien* ». Faire travailler la fille ou lui usurper son héritage est un thème qui revient souvent parmi les femmes interrogées : « *Mon père a pris tout l'or que ma mère m'avait léguée* » (Alia, 23 ans, célibataire, sans enfant, employée). **Le mari** est aussi accusé d'exploiter la répondante (tout en niant sa maltraitance), une exploitation financière, comme pour Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires), Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) (toutes deux ayant une carrière réussie et un bon revenu, et subvenant presque entièrement aux dépenses de la famille) ; ainsi que pour Maha (38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse), de condition plus modeste : « *Je vendais du maïs grillé dans la rue et de la soubya¹¹⁰, il ne m'aidait pas* », (et c'est cette rentrée d'argent qui faisait vivre la famille sans que lui ne fasse le moindre effort). Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) et Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) estiment aussi être exploitées par leur mari car elles assument le rôle du père dans la famille par rapport à ses obligations paternelles : « *Je porte une responsabilité qui n'est pas la mienne, une responsabilité d'homme* » dit Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). **La mère** peut aussi être responsable d'exploitation de sa fille comme pour Rana (21 ans, célibataire, sans

¹⁰⁹ Ville située à une centaine de kilomètres au sud du Caire.

¹¹⁰ Boisson populaire à base de lait.

enfant, étudiante) : « *On aidait notre mère en tout, et elle niait qu'on faisait quoi que ce soit à la maison et se plaignait tout le temps de nous* ». **La belle-famille** dans certains cas est la cause de cette exploitation comme le révèle Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *Je m'occupais de tout, les 10 enfants, les beaux-parents et la grand-mère, et ils n'ont jamais apprécié ni été reconnaissants* ». Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) raconte sa mésaventure :

« Je savais que les cinq bracelets de ma dot n'étaient pas en or mais de la pacotille, et que ma belle-mère nous avait leurrés. Ma mère a pensé que j'étais chanceuse. J'ai pris les bracelets et je suis rentrée à la salle de bain pleurer. Je n'ai rien dit à personne pendant huit ans. Je ne voulais pas peiner ma mère et l'humilier devant les gens. C'était sa première joie. Mais ça m'a vraiment fait mal ».

Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) relate aussi son expérience de ce qu'elle conçoit comme avoir été une exploitation par sa future belle-famille :

« Il m'a dit : 'Je n'ai d'argent que pour louer un appartement avec la nouvelle loi de location', alors qu'il avait promis en venant se présenter pour me marier d'amener un appartement avec la loi ancienne de location¹¹¹».

La société égyptienne en entier interfère dans la vie des uns et des autres, phénomène appelé *enmeshment* (le non-respect de l'individualité), et c'est cette interférence qui crée cette entité englobant toutes les gens qui jugent et pensent de manière identique appelée *el nāss*. « *Les gens interfèrent dans la vie intime des autres* » selon Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires). Cette ingérence dans l'espace privé de la personne est perçue par beaucoup comme étant une violence psychologique. Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) explique : « *Chacun rentre l'un dans l'autre. C'est culturel, il n'y a pas d'intimité* ». D'autres femmes interrogées confirment ; « *Je n'aime pas que quelqu'un me demande des choses sur ma vie privée que je ne veux pas dire* » (Rana, 21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante).

¹¹¹ La loi ancienne de location, depuis la période nassérienne permet de payer un pas de porte et d'avoir un contrat de location de période indéterminée ainsi qu'un loyer très faible (quelques dizaines de livres égyptiennes pour un grand appartement de 3 à 4 pièces), alors que la nouvelle loi de location entrée en vigueur depuis une vingtaine d'année ne permet qu'un contrat de bail à période déterminée et de loyer élevé.

Le contrôle et l'*enmeshment* sont présents dans presque tous les récits. Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) explique la notion de contrôle en disant : « *La personne plus élevée que toi ou qui a une autorité sur toi peut t'imposer n'importe quoi et tu dois t'y plier* ». C'est souvent la famille qui exerce le contrôle comme l'affirme Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *La famille et les gens interfèrent pensant qu'ils doivent décider pour leurs enfants quoi faire et quand, et ils ont toujours un mot à dire sur leur vie et c'est en général le dernier mot* ». De nombreuses femmes interrogées le confirment comme Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) : « *Je me trouve bloquée parmi ma famille, sans issue de sortie* ».

Le père et la mère contrôlent les choix décisifs de la vie de la répondante : « *Parfois mon père insiste sur des choses qui sont très personnelles, il va et revient et dit que ce qu'il dit est juste* » explique Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée). Concernant la mère qui contrôle aussi les choix et la vie entière de certaines femmes interrogées, Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) explique : « *Ma mère et mon mari aiment dominer et ça les satisfait* » et elle rajoute au sujet de son mari : « *Il n'aime pas que j'aie un kayān¹¹² et que je fasse quelque chose de ma vie* ». Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) évoque la même remarque au sujet de son mari. Enfin, la belle-famille est classiquement accusée de contrôle. Une célèbre actrice, Mary Mounib (Darwish et al. 2008 ; Jawdat 1952), est souvent évoquée comme symbole de la belle-mère dominante : « *Elle aime ce qu'elle a élevé elle-même, c'est-à-dire elle ne peut aimer ses petits-enfants que si c'est elle qui les élève* » (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage). La belle-mère est accusée de son ingérence dans toutes les affaires domestiques : la cuisine, le budget, l'éducation des enfants, et ce, même si elle n'habite pas dans la même maison ou dans le voisinage. En effet, dans ce cas-là, elle fera en sorte d'appeler régulièrement au téléphone sa belle-fille pour lui poser des questions, et être tenue au courant de tout ce qui se passe dans la maison de son fils, comme s'en plaignent Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte), Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) et Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer).

¹¹² Une identité propre, avoir une existence, être une entité à part entière.

Il semble primordial ici, de mettre en relief, en conclusion de cette partie sur la violence psychologique et émotionnelle, l'importance pour le dominant d'asseoir son autorité, que cette autorité soit parentale ou conjugale, et ce, en utilisant la culpabilisation. La culpabilisation fait naître alors, chez la personne dominée, des sentiments de honte, de peur, voire de terreur, sentiments qui la prennent en otage et l'emprisonnent.

VI.2. Violence généralisée (symbolique, culturelle et structurelle)

La violence qui règne de manière diffuse, étendue et généralisée dans une société, utilise certaines des dynamiques citées dans la violence interpersonnelle (violence physique, sexuelle, psychologique) mais à une échelle plus vaste, à savoir celle de toute la société (Abdelhakim 2010). Elle comporte aussi d'autres types de violences, telles que la violence symbolique (Bourdieu 1990) et la violence structurelle (Galtung 1969). La violence culturelle, quant à elle, a été étudiée par de nombreux auteurs (Galtung 1990 ; Laplantine 1976) et définie par Galtung (1990) comme :

Cultural violence is defined here as any aspect of a culture that can be used to legitimize violence in its direct or structural form. Symbolic violence built into a culture does not kill or arm like direct violence or the violence built into the structure. However, it is used to legitimize either or both [...] (Galtung 1990 : 291).

La violence culturelle, à travers la violence symbolique construite dans cette culture, permet donc, selon cette définition de Galtung (1990), de légitimer toutes les différentes formes de violences, qu'elles soient directes (physique, sexuelle, psychologique) ou structurelle, à l'échelle interpersonnelle ou à l'échelle de toute la société.

L'on prendra cette définition de Galtung (1990) pour interpréter, dans la partie qui suit de la thèse, les données recueillies auprès des femmes interrogées et des personnes ressources, et qui renvoient aux notions de violence symbolique et culturelle, et de violence structurelle.

Il est important de faire remarquer que ce sont plus les témoignages des personnes ressources (praticiens, intervenants, membres de la communauté) qui évoquent la violence symbolique et structurelle dans leur description et leur analyse de la '*assabeyya*, alors que les femmes interrogées sont plus ancrées dans leur souffrance directe et personnelle.

Selon les personnes ressources, la violence culturelle est transmise à travers les traditions : « *Ce sont les manières avec lesquelles les gens sont élevés* » comme la définit Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat). Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) explique que ces traditions, *el 'orf wal takalid*¹¹³ qui induisent de la violence culturelle, sont des héritages et des legs culturels convoyant plus largement la notion d'*el sah*¹¹⁴ et *el 'eib*¹¹⁵. Les traditions affectent de manière équivalente l'homme et la femme. En effet, les frustrations rencontrées par les deux sont en rapport avec le concept même de leur identité de genre et avec son expression, frustrations dues à l'incapacité de réaliser complètement leur potentiel intellectuel, émotionnel et sexuel ; et la violence réside en cette privation. La violence culturelle regroupe des pratiques communes basées sur différents types de violence (physique, sexuelle, émotionnelle et psychologique), comprenant divers thèmes et concepts (honneur, liberté, sexualité, travail, études, féminité, maternité, couple etc.), et véhiculés par différents vecteurs sociaux (la famille, les parents, souvent même la mère plus que le père ou le mari), l'école et toutes les institutions et les structures sociales. C'est cette dynamique et ces structures sociales qu'Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) identifie comme étant la *manzouma*¹¹⁶ et il explique :

« La *manzouma* est incriminée. Le mari ne veut pas que la femme sorte de la *manzouma* et des limites imposées par la société et la famille. Il n'est pas dans son intérêt ni dans celui de la famille que la femme soit bien, épanouie, car ça la sortira de la *manzouma*. »

Pour Ahmed, les retombées négatives de cette *manzouma* sont essentiellement sur la femme, car comme l'explique Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) : « *La femme égyptienne est opprimée. On lui met de la pression, elle est une citoyenne de seconde catégorie* ». Cette réflexion de Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) fait

¹¹³ Les us et coutumes : La notion de famille dans la culture égyptienne, et les valeurs qu'elle représente, a une influence très marquée sur les concepts et les pratiques de la justice et de la religion. En effet, les engagements informels (*el 'orf* ou loi coutumière) prédominent par rapports aux engagements contractuels, expliquant le recours à la médiation et à la réconciliation pour résoudre les conflits au lieu du recours aux actions légales officielles (Barakat 1993).

¹¹⁴ Ce qui est comme il faut.

¹¹⁵ Ce qui est honteux, tabou.

¹¹⁶ Le système social, les structures sociales et religieuses.

référence à la notion de machisme¹¹⁷ (Daoud 2003 ; Ghoussoub 1987 ; Kasturirangan et al. 2004 ; Salem et al. 1973). Il est intéressant de noter que la femme, ou la jeune fille, sont rarement vues par la société égyptienne comme des individus indépendants. En effet, pour la plus grande majorité de la société, la femme n'existe que de par son rattachement à une figure masculine de la famille à laquelle elle appartient. En effet, elle est définie par le fait d'être *bent foulan*¹¹⁸, *merat foulan*¹¹⁹, *oum foulan*¹²⁰, *okht foulan*¹²¹, ce qui la met souvent et de manière automatique dans une position de subalterne et non pas d'égale (quoiqu'elle utilise très souvent ses nombreuses et efficaces ressources de survie afin d'inverser cette dynamique comme le précise Abu-Lughod (2013) et comme les prochains chapitres de la thèse l'évoqueront). Il n'en demeure pas moins que la société égyptienne a de nombreuses idées préconçues sur la femme, son rôle, ses devoirs, ses obligations et les restrictions qui lui sont imposées. Ces idées n'évoluent pas nécessairement parallèlement au développement économique de la société, car elles continuent de représenter, jusqu'à aujourd'hui, des pressions, des contraintes et un manque de considération pour la femme de la part d'une grande majorité de la société. Ces idées sont, selon les divers entretiens, identifiées comme étant principalement représentées notamment par le concept d'*el soura el namateyya lel mar'a*¹²². La société tout entière (*el nāss*) met des restrictions et des limites (*el sah* et *el 'eib*, les tabous) sur la liberté 'd'être' des femmes selon cette *soura el namateyya lel mar'a*, notion conceptuelle de l'image que devrait avoir la femme égyptienne basée sur *al 'orf wal takalīd*. La famille (*el 'eila*¹²³) est la première (et celle ayant le plus d'influence) parmi ces structures sociales (*el manzouma*) à être vectrice de cette notion, et à travers cette dernière, la famille est aussi vectrice de la violence culturelle. En effet, les parents (souvent plus la mère que le père, et même plus que le mari) vont utiliser leur position dans la famille pour imposer leur contrôle et leur suprématie et

¹¹⁷ Idéologie fondée sur l'idée que l'homme domine socialement la femme et que, à ce titre, il a droit à des privilèges de maître ; comportement conforme à cette idéologie (Larousse 2016b).

¹¹⁸ La fille d'untel.

¹¹⁹ La femme d'untel.

¹²⁰ La mère d'untel.

¹²¹ La sœur d'untel.

¹²² L'image culturelle stéréotypée de la femme.

¹²³ La famille, la structure familiale.

appliquer rigidement cette *soura* à l'intérieur des cadres socioculturels préétablis, à savoir la *manzouma*.

Suprématie et hégémonie semblent être les maître-mots de ces pratiques culturelles, car comme le fait remarquer Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat), en tant qu'homme de loi et défenseur des droits de l'Homme : « *En Égypte, et au sein de cette culture, même les hommes ne bénéficient pas de leurs droits* » et il confirme : « *Il n'y a pas de notion de justice dans la société égyptienne* ».

Les prochaines pages vont explorer les **concepts de base** émergeant des entrevues, dont principalement ceux de *kawwāma-tou al rajoul 'alā al mara'a*¹²⁴ et de *sharaf*¹²⁵. L'éthique des valeurs humaines et des vertus (la sérénité, la paix et l'honneur) (La Boetie 2002) sont à l'origine de la création de ces deux concepts de base. Cependant, *el 'eib* (ce qui est honteux et inacceptable par la société) a mené à leur déviation de leur but initial et à leur perversion en des concepts stériles et figés, basés sur la honte et la terreur. Cette version pervertie des deux concepts de base (*kawwāma-tou al rajoul 'alā al mara'a* et de *sharaf*) est utilisée, par les principaux **acteurs de la manzouma** (et qui sont, paradoxalement, ceux qui essentiellement jouissent de la suprématie : *el nāss*, *el ahl*¹²⁶, *el shoyoukh*), comme armes subtiles de la violence culturelle. Ces acteurs de la *manzouma* traduisent ces deux concepts de base en des **pratiques culturelles néfastes**, voire destructrices, directes (*el tār*¹²⁷, *khitān el banat*¹²⁸) ou structurelles (*al 'orf wal takalīd*, *el ta'asloum*¹²⁹). Le but final de ces pratiques est de dépeindre et d'imposer, une image superficielle stéréotypée et édulcorée unidimensionnelle de la femme (*el soura el namateyya lel mar'a*). Et alors que *al mar'a* devait en être la victime ultime en étant enfermée par cette image, elle n'est malheureusement pas en réalité la seule à en pâtir, car les retombées disgracieuses de ce

¹²⁴ L'autorité de l'homme sur la femme comme définie par le Coran [4 : 34], verset 34 de Sourate Al Nissa' (Les Femmes) : « *Les hommes ont autorité sur les femmes, en raison des faveurs que Dieu accorde à celles-ci, et aussi à cause des dépenses qu'ils font de leurs biens.* »

¹²⁵ Honneur, et si l'honneur est plus celui d'une femme, l'expression la plus commune est *'ard el mar'a*.

¹²⁶ La famille étendue.

¹²⁷ Crimes d'honneur.

¹²⁸ Excision féminine aussi nommée *el tahāra*.

¹²⁹ Se prétendre être musulman religieux et pratiquer, et l'afficher par des comportements visibles sans en respecter l'essence ni les enseignements

type de violence s'étendent au-delà de la sphère féminine, pour atteindre la sphère masculine, voire toute la société. Le concept de violence culturelle dans cette analyse représente, selon la définition de Galtung (1990), les aspects de la culture égyptienne utilisés pour légitimer la violence sous sa forme directe, notamment interpersonnelle comme déjà vu dans la partie précédente, ou sous sa forme structurelle, comme ce sera abordé plus loin avec l'exploration de la *manzouma*. La violence symbolique (représentée ici entre autres par les habitus que sont *al 'orf wal takalīd, el ta 'asloum, el tār et el soura el namateyya lel mar'a* (Abu-Lughod 1989)) construite à l'intérieur de la culture égyptienne est utilisée pour légitimer la violence directe et/ou structurelle.

Les parties suivantes vont donc se structurer autour des éléments culturels constituant la violence symbolique et qui sont : les **concepts culturels** de base ; leurs dérivés pervers qui dessinent la **représentation** de la femme dans la culture égyptienne ; les différents **acteurs** de la *manzouma* ; et enfin les **pratiques culturelles** destructrices directes et structurelles aboutissant à la violence directe et structurelle et qui sont basées sur les éléments de la violence symbolique incorporés dans la culture.

VI.2.1. Violence symbolique et culturelle

VI.2.2.1. Les concepts culturels de base et leurs dérivés pervers

Chacun des concepts culturels de base autour desquels se structure la violence symbolique dans la culture égyptienne comporte deux facettes : l'une représentant l'aspect 'sain' de la culture égyptienne, et l'autre sa facette 'pervertie', développée par les **acteurs** de la *manzouma*, détenteurs du pouvoir, dans un but de subordination des personnes sur lesquelles ces concepts culturels seront appliqués. Ces concepts, basés sur *el 'orf wal takalīd*¹³⁰, sont : *el tadayyoun*¹³¹ et *el ta 'asloum*¹³², *el sharaf*¹³³ et *kawwāma-tou al rajoul*

¹³⁰ Les us et coutumes.

¹³¹ La spiritualité et l'importance des valeurs religieuses.

¹³² Se prétendre être musulman religieux et pratiquer, et l'afficher par des comportements visibles sans en respecter l'essence ni les enseignements.

¹³³ L'honneur.

'alā al mara'a (*ebn el balad* et *Si El-Sayed*¹³⁴). Ils sont mis en pratique dans des comportements induisant violence et subordination, non seulement des *Masraweyyates*¹³⁵, mais aussi des *Masreyyates*¹³⁶. Ces comportements sont nombreux, mais ceux qui sont apparus comme proéminents dans l'analyse des données sont : la violence directe physique et sexuelle, *el tār*¹³⁷ (crimes d'honneur), *el taḥāra*¹³⁸, la stigmatisation des plaintes psychologiques, et enfin le concept culturel qui regroupe toute ces pratiques dirigées de manière spécifique contre les *Masraweyyates* et les *Masreyyates* : *el soura al namateyya wal taklīdeyya lel mar'a*¹³⁹.

Le premier de ces concepts culturels est *el ta'asloum*, l'autre facette du *tadayyoun* mentionnée par les intervenants, les personnes ressources ainsi que les femmes interrogées comme étant un moyen important d'imposer l'autorité (Nehaoua 2010). La religion et les pratiques religieuses occupent une importante place dans la culture égyptienne, que ce soit la religion musulmane ou chrétienne, et ce, dans la vie quotidienne des Égyptiennes (Abu-Lughod 1993 ; Ghannam 2002). *El ta'asloum* utilise la religion pour imposer des règles abusives, plus culturelles que religieuses ou spirituelles. Il est basé sur une interprétation abusive des écrits religieux. Pour Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) :

« Il est communément admis dans la société égyptienne, à cause du *ta'asloum* de beaucoup de personnes, que si une femme est abusée, physiquement, sexuellement ou même verbalement c'est qu'elle le mérite, car elle est mal élevée et qu'elle a une attitude qui incite à ça. Et donc, elle doit se cacher entièrement pour ne pas susciter les instincts sexuels des hommes. »

Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) a beaucoup souffert et souffre encore de l'extrémisme religieux de son mari. Elle exprime sa colère en s'adressant au *mashayekh*¹⁴⁰ qui ont influencé son mari :

¹³⁴ Héros de la trilogie du Caire de Naguib Mahfouz, symbole du machisme oriental exercé sur Amina, son épouse (Gohar 2015 ; Mohamed 2015 ; Ouzgane 1997).

¹³⁵ Les Cairotes.

¹³⁶ Les Égyptiennes.

¹³⁷ Crimes d'honneur et revanche pour sauver *el sharaf*.

¹³⁸ Circoncision.

¹³⁹ L'image culturelle stéréotypée de la femme.

¹⁴⁰ Ou *shoyoukh* : Les hommes de religion en Islam.

« Où est la sunna dont vous parlez ? Où est le droit de Dieu là-dedans ? Les prières sont-elles des exercices physiques uniquement ? Est-ce que ce sont uniquement des services que vous donnez et c'est tout ? »

Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) explique comment la société égyptienne a évolué par rapport à l'image de la femme et à sa sexualité :

« Avant la femme était respectée même si elle était en micro jupe dans la rue, maintenant, même si elle est voilée, elle est sexuellement attaquée sur les lieux publics. Ceci explique l'hypocrisie de cette nouvelle tendance du *ta 'asloum*, qui ne prend que l'aspect extérieur et superficiel de la religion, en omettant son essence et son contenu réel. »

Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) confirme aussi la recrudescence de l'agression contre les femmes parallèlement à la montée de l'islamisation de la société :

« Toute notre vie on a été en contact avec les hommes, mais cette attitude envers les femmes est nouvelle. Chez les musulmans orthodoxes, les hommes sont plus agressifs sexuellement, ils font des avances sexuelles plus franches aux autres femmes surtout si elles sont chrétiennes. Pourquoi le fait que je sois chrétienne me rendrait *masha*¹⁴¹ ? »

Ceux-ci sont les propos d'une intervenante médecin nutritionniste de confession chrétienne, approchée par le mari religieux d'une de ses patientes *monakkaba*¹⁴² en sa présence : « *Leur cas me peine beaucoup* » comme elle l'avoue. Beaucoup d'hommes se remarient avec ou sans l'accord de la première épouse. Ils utilisent souvent la menace : « *Les hommes pensent que c'est ok, ils interprètent mal la religion* » (Samia, 42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer). Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) explique que son mari utilise le droit à la polygamie dans l'Islam pour la terroriser : « *Mon mari me dit : ' Si tu ne maigris pas ou si tu n'as pas de relations sexuelles avec moi, je vais me remarier'* ». Mais la polygamie obéit à des lois et des règles bien définies dans le Coran qui lui consacre de nombreux versets notamment dans *Sourate Al Nissa'* (Les Femmes). Une autre interprétation 'pervertie' des préceptes islamiques est relative à l'utilisation de la punition

¹⁴¹ Communément accessible.

¹⁴² Portant le niquāb ou voile intégral noir couvrant tout le corps et ne laissant entrevoir que les yeux à travers une fente.

physique du mari à sa femme. Le mari de Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) l'utilise abusivement et elle s'en plaint : « *Mes jours les plus noirs c'est quand mon mari me frappe pour un oui ou un non* ». Bien qu'il soit culturellement et religieusement accepté que le mari frappe sa femme selon certains versets coraniques,¹⁴³ il est d'abord mentionné de les exhorter, puis de s'en éloigner. De nombreuses interprétations coraniques spécifient bien que frapper ici, signifie juste une petite intimidation avec un brin de *sewak*,¹⁴⁴ car comme le précise une autre sourate : « *Mais ne les retenez pas pour leur faire du tort : vous transgresseriez alors et quiconque agit ainsi se fait du tort à lui-même. [...] s'il y a impossibilité de vie commune, il est préférable de les divorcer plus tôt que de les maltraiter* »¹⁴⁵ (Coran 2 : 231).

De même, certains *sheikhs* malveillants utilisent les versets du Coran qui disent que le Coran contient la guérison pour tous les maux¹⁴⁶, pour soit soutirer de l'argent ou pour obtenir des faveurs. Ils peuvent utiliser des techniques de suggestions et de terreur allant jusqu'à frapper la personne : « *Un sheikh m'a frappée sur mon ventre* » confirme Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) et, dans certains cas, à la violer. Le Coran leur donne donc un pouvoir de guérison dont ils abusent comme dans l'expérience de Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer).

« Mon mari m'a amenée chez un sheikh pendant six mois pour que je tombe enceinte, et je ne suis pas tombée enceinte, puis j'ai arrêté de le voir pendant quelques temps puis je suis retournée le voir car je vomissais ; dès qu'il m'a vue il m'a donné de l'eau et du sel sur lesquels il avait lu du Coran, mais en fait j'étais tombée enceinte et je ne le savais pas. »

¹⁴³ Le Coran [4 :34], Verset 34 de Sourate Al Nissa' (Les Femmes) : « *Les hommes ont autorité sur les femmes, en raison des faveurs que Dieu accorde à ceux-là sur celles-ci, et aussi à cause des dépenses qu'ils font de leurs biens. Les femmes vertueuses sont obéissantes [à leurs maris], et protègent ce qui doit être protégé, pendant l'absence de leurs époux, avec la protection de Dieu. Et quant à celles dont vous craignez la désobéissance, exhortez-les, éloignez-vous d'elles dans leurs lits et frappez-les. Si elles arrivent à vous obéir, alors ne cherchez plus de voie contre elles, car Dieu est certes, Haut et Grand !* »

¹⁴⁴ Bâton d'*arak* utilisé comme « brosse à dent » naturelle.

¹⁴⁵ Le Coran [2 :231], Verset 231 de Sourate Al-Baqarah (La Vache).

¹⁴⁶ « *Ô gens ! Une exhortation vous est venue, de votre Seigneur, une guérison de ce qui est dans les poitrines, un guide et une miséricorde pour les croyants* » (Sourate 10 Verset 57).

Le *sheikh*, après avoir vu la personne, diagnostique la présence de *guenn* ou de *sehr* (magie, sorcellerie). *Guenn* et *sehr* sont acceptés et reconnus par la plupart dans la culture égyptienne¹⁴⁷, du fait qu'ils soient mentionnés dans le Coran. Le *sheikh* donne alors, comme explication de la souffrance psychologique pour laquelle la personne est venue consulter, qu'un '*amal*'¹⁴⁸ lui a été fait. Le *sheikh* va donc le défaire¹⁴⁹ grâce à la lecture de versets de coran et à quelques pratiques ésotériques, comme le décrit Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Un sheikh m'a jetée un sort et m'a coupée mes cheveux* ». Il serait intéressant de remarquer que de nombreux prêtres chrétiens (Frankfurter 2001 ; Henderson 2005) utilisent les mêmes pratiques que les *sheikhs*, pour guérir et défaire les mauvais sorts, et les clients de chacun sont de manière similaire, musulmans et chrétiens, les musulmans allant chez tel prêtre connu pour exceller dans un domaine particulier de magie, et le chrétien allant chez tel autre *sheikh* renommé pour guérir spécifiquement une certaine maladie ou défaire un certain type de sort.

El sharaf (l'honneur) est le deuxième concept culturel clé selon *el 'orf wal takalīd* (us et coutumes) de la société égyptienne, très largement exploré dans la littérature anthropologique de la région (Abu-Lughod 1999 ; Gilmore 1987 ; Goodwin 1994 ; Peristiany 1965 ; Peristiany et Pitt-Rivers 1992). Il semble être un important concept dans différentes autres cultures, notamment la culture marocaine, comme mis en évidence dans cet extrait de l'article de Pandolfo (2008) racontant l'impact traumatique de la nuit de noce sur la vie entière de Ruqya :

And there is the fear of how others will view you. The mother insists that Ruqya be returned to her husband. If they refuse to return her, she says, people will say that Ruqya was actually not a virgin. (Pandolfo 2008 : 85).

¹⁴⁷ Le Coran [16 :98-100], Versets 98-100 de Sourate An-Nahl (les Abeilles) « *Demande la protection d'Allah contre le diable banni. Il n'a aucun pouvoir sur ceux qui croient et qui placent leur confiance en leur Seigneur. Il n'a de pouvoir que sur ceux qui le prennent pour allié et qui deviennent associateurs à cause de lui.* »

Le Coran 58 :10 (Verset 10 de Sourate 58 *Al Moujadala* (La Discussion)) : « *Mais il (le diable) ne peut leur nuire en rien sans la permission d'Allah. Et c'est en Allah que les croyants doivent placer leur confiance.* »

¹⁴⁸ Un sort a été jeté.

¹⁴⁹ *Yefokk el 'amal*.

L'hymen de la femme est le garant de l'honneur des hommes de sa famille, d'où l'importance de la tradition du mouchoir blanc qui porte la preuve de la virginité de l'hymen, et qui est passé de main en main à tous les membres de la famille debout derrière la porte des jeunes mariés la nuit de leurs noces, comme illustré par Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) qui raconte sa nuit de noces :

« Mon oncle paternel, sa femme, la nièce de sa femme, ma famille (environ dix à quinze personnes) ont passé la nuit avec nous pendant la nuit de noces pour attendre le tissu blanc taché du sang de la perforation de l'hymen, et il ne s'est rien passé. Je le fuyais la nuit des noces, le lendemain on l'a 'fait' (il y a eu une relation sexuelle complète), il m'a frappée pour pouvoir le 'faire', et ça m'a fait très mal : nous deux ignorants. Une femme ignorante et un homme ignorant, comment tu veux que ça se passe ? »

L'hymen dans ce contexte, comme le précise Abu-Odeh (2011 : 12) a une double fonction : celle d'être une marque biologique de la virginité et celle de délimiter les limites sociales du corps de la femme. Toute action de la femme est dictée par la nécessité absolue d'éviter tout ce qui pourrait conduire à une activité sexuelle hors-mariage, et donc au déshonneur et au risque d'être l'objet d'un crime d'honneur. De plus, sa propre définition en tant que sexe féminin n'est structurée qu'autour des interdits qui lui sont imposés, interdits concernant essentiellement sa 'virginité'. Pour Abu-Odeh (2011 : 12) être une femme arabe signifie s'engager dans des pratiques quotidiennes dont une partie importante de celles-ci consiste à demeurer vierge jusqu'au mariage :

La fonction de ces demandes prohibitives envers la femme, n'est pas uniquement de préserver la virginité anatomique de celle-ci, mais aussi et surtout de produire un effet public, visible socialement, de sa virginité. La performance pratique du genre féminin couvre les trois rôles et les trois significations que revêt l'hymen (vaginal, physique et social). Celui-ci est déplacé de son lieu biologique (le vagin), vers le corps tout entier qu'il 'hyménise' produisant ainsi le corps appelé 'femelle' (rôle physique de l'hymen). Puis, lorsque l'hymen est déplacé vers l'espace social où le corps de la 'femelle' est autorisé à être et à se mouvoir à l'intérieur des frontières de cet espace qu'il encercle, l'hymen acquiert alors ici un rôle social. (Abu-Odeh 2011 : 12 ; traduction libre).

Toute action de l'homme est dictée par la nécessité absolue d'éviter que toute femme dont il est 'responsable', ne perde sa virginité, et si ceci arrive, la tuer (*el tār*) et tuer aussi celui qui l'a salie, est la seule façon pour lui de récupérer son identité d'Homme, identité définie à partir de son autorité sur la Femme 'dépendant' de lui (Abu-Odeh, 2011 : 13) (figure 6).

Tout comme l'espace de la femme est limité par la nécessité de préserver la virginité de son espace social, l'espace de l'homme est aussi limité par la nécessité de respecter l'Honneur des autres hommes et ceci en préservant la virginité de l'espace des femmes dépendant d'eux (Abu-Odeh 2011 : 14). Le résultat de cette restriction spatiale des hommes aboutit à leur virginité à eux aussi, quoiqu'elle ne soit pas une nécessité religieuse ou sociale¹⁵⁰ (Abu-Odeh 2011 : 15).



Figure 6. Masraweeya durant la revolution brandissant une pancarte où est écrit : « Control your sons not your daughters. »
(Source : <http://www.madamasr.com/>)

*Ebn el balad*¹⁵¹ est une représentation populaire de la *shahāma*¹⁵² de l'homme égyptien, portant les notions d'honneur et de courage, notamment par rapport à la façon de se comporter avec les femmes (El-Messiri 1978) et de les protéger ; il est alors qualifié de *shahm* et de *gada*¹⁵³, attributs très respectés, l'honneur et sa préservation étant des valeurs clés selon *el 'orf wal takalīd*¹⁵⁴ de la société égyptienne traditionnelle, comme déjà précisé par différents auteurs (Abu-Lughod 1986 ; Casimir et Jung 2009 ; Cassar 2005 ; Gilmore 1987 ; Peristiany et Pitt-Rivers 1992). La danse des bâtons (*el tahtīb*), danse folklorique de

¹⁵⁰ Théoriquement, sur le plan de la normativité théologique, l'homme est aussi sensé être vierge jusqu'au mariage, mais la masculinisation de l'Islam y voit autrement.

¹⁵¹ Le fils du pays, signifiant le galant et le courageux.

¹⁵² Esprit chevaleresque et galanterie en arabe littéraire, caractéristique culturelle de l'homme dans les cultures de la région.

¹⁵³ Les deux adjectifs signifient galant, protecteur de la femme, courtois.

¹⁵⁴ Us et coutumes.

Haute-Égypte, datant de l'Égypte antique, symbolisant le combat entre deux hommes défendant leur *sharaf*, illustre ces notions (figures 7 et 8).



Figure 7 : La danse des bâtons (*el tahtīb*) dans l'Égypte Ancienne, tombe de Nakht (Crédit photo : Barbara Athanassiadis)



Figure 8 : La danse des bâtons (*el tahtīb*) aujourd'hui (Source : www.sport.upmc.fr)

Cependant, il semble que la *shaḥāma* dont se prévaut *ebn el balad* soit aujourd'hui une qualité et un comportement de plus en plus rare selon certaines des femmes interrogées, dont Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *Maintenant où est la shaḥāma ? Si une femme est attaquée, personne ne va la protéger, ni la défendre. Les hommes restent debout à regarder* ».

En effet, ces derniers utilisent aujourd'hui la notion de *kawwāma-tou al rajoul 'alā al mara'a* ('supériorité des hommes sur les femmes') plus dans un but de domination masculine ou de machisme que dans un esprit d'honneur et de galanterie ; et face à la déchéance du rôle de *ebn el balad* on assiste à la montée de celui de **Si El-Sayed**, symbole du machisme à l'égyptienne, selon la trilogie de Naguib Mahfouz (Mahfouz 1992 ; Saliba 1995 : 133). Ce machisme à l'égyptienne se justifie à travers le filtre d'une interprétation masculinisée, non seulement de l'Islam, mais aussi du Christianisme, car comme le précise Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) : « *Les musulmans et les chrétiens ont les mêmes traditions culturelles, notamment concernant la soumission de la femme à l'autorité masculine* ». Il est important de préciser ici le machisme à l'égyptienne, car bien que les différentes formes de machisme retrouvées notamment dans le pourtour méditerranéen et les cultures latines aient en communs les mêmes règles, elles revêtent néanmoins des teintes variables en fonction des cultures respectives (Bourdieu 1998 ; Bourdieu 2004 ; Haddad 2012 ; Machillot 2010). De même, il serait aussi intéressant de rappeler ici que, c'est dans les sociétés les plus répressives politiquement que le machisme est le plus présent (Cairo Institute of National Planning 1996). Ahmad (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) confirme aussi la prédominance du machisme à l'égyptienne qui régit les pratiques culturelles de la société : « *Nous sommes dans un mogtama' zokouri*¹⁵⁵. *Les hommes ne donnent pas leurs droits aux femmes* ». Et Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) rajoute : « *Les hommes font tout pour que ça soit elle la fautive* », tandis que pour Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) c'est un autre aspect de la femme que le machisme met en avant pour la dominer : « *La société traite la femme comme faible et fragile* ». Les intervenants et les personnes ressources (dont nombreuses sont des hommes) identifient *kawwāma-tou al rajoul 'alā al mara'a* comme étant l'un des concepts de base sur lequel est fondée cette image de la femme. Selon le verset 34 de Sourate *Al Nissa'* du Coran cette soumission à l'autorité masculine se fait « *...en raison des faveurs que Dieu accorde à ceux-là (les hommes) sur celles-ci (les femmes), et aussi à cause des dépenses qu'ils font de leurs biens* » (Coran 4 : 34). Parmi ces faveurs que cite le Coran, se trouve la force physique dont

¹⁵⁵ Société machiste.

l'homme jouit et que l'on retrouve, si utilisée à bon escient, dans la notion de *shahāma* (de *ebn el balad*), expression culturelle de l'obligation de protection et de support de l'homme envers la femme (dont il est responsable), comme le dicte ce verset du Coran. *Kawwāmatou al rajoul 'alā al mara'a* est donc ici non pas un droit (que s'attribue culturellement l'homme pour dominer la femme), mais est plutôt une obligation morale et religieuse de la protéger et de prendre soin d'elle. « *Il n'y a pas de justice chez les hommes. L'entêtement et l'obstination sont leurs moyens de s'imposer* » affirme tristement Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). D'autres *Masraweyyates* rencontrées expliquent aussi : « *La plupart de ce qui est dit par la société et dans la société est négatif par rapport aux femmes* » selon Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) précise que cette pratique l'est à tous les niveaux, publics et privés : « *La fille est sous pression à la maison* » ce que confirme la plupart des personnes interviewées. Pour Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) cette attitude machiste est représentée, comme pour beaucoup d'Égyptiens par le personnage de Si El-Sayed qui traitait sa femme Amina avec dédain et condescendance : « *Je n'aime pas l'image de Si El-Sayed* » profère-t-elle (figure 9). Récemment une chanson de la superstar de la chanson Égyptienne, Tamer Hosny, icône des jeunes, intitulée '*Ana Si El-Sayed*'¹⁵⁶ (en coopération avec une star américaine de la hip-hop), a soulevé de nombreuses controverses parmi les jeunes filles égyptiennes, car elle a été perçue comme une confirmation de la recrudescence des traditions machistes parmi les jeunes hommes égyptiens qui, en apparence, donnent l'impression d'être modernes, mais qui semblent ne pas avoir abandonné ces pratiques. Et Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) confirme : « *Mon problème, ce sont les hommes autoritaires. Et il y en a beaucoup dans notre société* ».

¹⁵⁶ Je suis Si El-Sayed.



Figure 9 : Si-El Sayed dans le film 'Kasr el Shawk' adapté de la trilogie de Naguib Mahfouz
(Source : Hassan El Imam)

VI.2.2.2. Les différents acteurs de la *manzouma*

Après avoir vu les différents concepts issus de *al 'orf wal takalā*¹⁵⁷, cette section essaiera à présent de découvrir les **acteurs de la *manzouma*** qui sont impliqués dans la création, l'élaboration et l'**exécution** de ces pratiques culturelles destructrices et abusives. **La mère** est un de principaux acteurs de cette *manzouma*¹⁵⁸. Elle est souvent la mère nourricière du machisme que l'on vient de voir. En effet, ce machisme est le plus souvent maintenu et encouragé par la mère, classiquement désignée comme la gardienne des traditions, bien qu'elle en soit elle-même la première victime (Yount 2005) : « *Ma mère aime les garçons plus que moi. Ma mère ne veut rien changer, elle a des choses fixes comme si c'était une religion* » déplore (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). Cette attitude maternelle nourricière du machisme est aussi décrite par Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) « *Quand mes frères viennent, elle est toujours près d'eux, elle leur fait à manger. Ma mère me dit : Tu n'as aucune importance, tes frères, les mâles, les garçons sont mieux que toi* ». Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) trouve que face à cette discrimination, les femmes sont assez passives : « *Les femmes se plaignent et c'est tout* ».

¹⁵⁷ Les us et coutumes.

¹⁵⁸ Le système social.

Parmi les différents acteurs de la *manzouma*, l'on retrouve aussi *el nāss*¹⁵⁹, *el 'eila* (ou *el ahl*)¹⁶⁰, et *el shoyoukh*¹⁶¹. La structure familiale et l'entourage immédiat (*el 'eila* ou *el ahl*) sont en première ligne de la violence culturelle. Ils sont responsables de violence interpersonnelle directe à travers l'utilisation, comme déjà vu dans la partie précédente, de violence physique, sexuelle ou psychologique (menace, comparaison, critique, invalidation, isolement, négligence) dont la trame est basée sur la violence culturelle et les concepts de bases qui la composent. Certains de ces acteurs sont les concepteurs de cette image (comme le mari, le sheikh, la mère, la belle-mère notamment) et d'autres en sont les exécutants (le frère, le fils, l'oncle par exemple). L'autorité familiale est exercée par *el ahl* qui comprend les parents, la fratrie, les oncles et leurs épouses, les tantes et leurs époux, les cousins, les grands-parents etc., et *el ahl* est l'autorité suprême, gardienne du *sharaf*¹⁶² (concept clé de la culture égyptienne). Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) se plaint en parlant d'*el ahl* : « *Ils mettent leur nez partout* » et selon l'expression de Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) : « *Kollo dakhel fe badou, ma fish khosouseyya*.¹⁶³ ». Ceci est appelé en anglais *enmeshment* ou enchevêtrement comme précédemment mentionné. Chaque membre de la famille, à travers le pouvoir et l'autorité qui lui sont impartis, de par sa position dans la famille, est la source de différents types de pratiques abusives. L'ensemble de ces pratiques abusives constitue les éléments de la violence culturelle, et bâtit autour d'elles les critères et les règles régissant les différents rôles que doit jouer la femme. Le thème commun à tous ces rôles est l'honneur, *el sharaf* : celui de la famille, du père, du mari, du frère, du fils parmi la société et face à la société (Abu-Lughod 2011b ; Abu-Odeh 2001 ; Casimir et Jung 2009 ; Cassar 2005 ; Gilmore 1987 ; Peristiany et Pitt-Rivers 1992). L'autorité parentale est mise en exergue par de nombreuses femmes interviewées, autorité souvent pratiquée par les moyens de la menace et de la culpabilisation. Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée), après la mort de son mari, a fui son village de Fayoum pour venir au Caire avec ses enfants, elle affirme : « *Si je retourne chez ma famille ils vont m'emprisonner* ». Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans

¹⁵⁹ Les gens.

¹⁶⁰ La famille.

¹⁶¹ Les sheikhs, le clergé.

¹⁶² Honneur.

¹⁶³ Tout est enchevêtré parmi les membres de la famille, il n'y a pas de vie privée.

enfant, psychiatre) confirme : « *La liberté de la femme est limitée.* » Le pouvoir de la famille n'est pas seulement physique, à travers la restriction de déplacements ou les interdictions, mais il est beaucoup plus subtil, car la famille a une influence sur la façon de réfléchir ainsi que sur les décisions de la personne, comme le constate Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) : « *Ahli*¹⁶⁴ *ont une influence, un impact et un pouvoir importants sur moi* ». *El ahl* (*el 'eila*) a été mentionnée par la majorité des femmes rencontrées de la communauté, des personnes ressources et des intervenants, comme étant la première source de violence affectant les *Masraweeyates*. Celle-ci exerce le plus souvent une violence d'ordre culturel (Yount et Agree 2004). Les recherches ethnographiques confirment en effet l'importance de la famille au Caire, d'un point de vue économique et politique, lui conférant ainsi cet important pouvoir dont elle jouit dans la société égyptienne, et qui s'exerce sur tous ses membres, notamment les femmes (Singerman 2006):

[...] family is the center of social organization and constitutes the dominant social institution through which persons and groups inherit their religious, class, and cultural affiliations. It also provides security and support in times of individual and societal stress... [and is] the basic unit of production and economic activity. (Barakat 1993 : 98).

La puissance de la structure familiale donne à la personne possédant l'autorité, d'importants moyens, parfois utilisés à mauvais escient contre les membres même de la famille, notamment contre ceux perçus comme les plus vulnérables, tels que les femmes. Les règles et coutumes familiales (*el 'orf wal takalīd*) représentent des contraintes imposées par les membres de la famille les plus influents sur les autres membres de la famille, contraintes qui revêtent des allures de diverses sortes de violence, comme mentionné dans la partie précédente, et qui seront reprises dans le cadre de leur appartenance à *el 'orf wal takalīd*. **La mère** est certainement l'un des membres les plus puissants de la structure familiale. De nombreuses personnes l'ont citée comme étant la source majeure de la violence d'origine familiale. L'intensité de la violence qu'elle exerce a aussi été souvent rapportée et les types de violence qu'elle fait subir nombreux : émotionnelle, psychologique, verbale, physique (Benzakour-Chami 1996). **Le père** est

¹⁶⁴ Les miens, ma famille.

responsable dans beaucoup de cas de violence physique et verbale, plus rarement de violence émotionnelle. Le système patriarcal de la société égyptienne semble souvent instrumentaliser la violence physique du père au service de l'exécution indirecte des désirs de la mère. Les crimes d'honneur, encore fréquents dans de nombreuses régions, surtout de Haute-Égypte, sont le symbole extrême de cette violence paternelle à l'égard de la fille, et ce, au moindre soupçon concernant sa chasteté. Il n'est pas permis qu'il y ait des ragots ou des insinuations touchant l'honneur de la famille dont elle porte le nom. La chasteté des filles de la famille est le gage de l'honneur des hommes de cette famille. Et lorsque la mère recherche l'intervention du père pour réprimander sa fille, l'argument de l'honneur du père et donc de la famille, est ce qu'elle avance pour l'inciter à prendre action (Abu-Odeh 2011 ; Ghossoub 1987 ; Kaplan et al. 2011).

Dans les systèmes familiaux où le père est absent ou passif, la mère a souvent recours aux fils, souvent le fils aîné, pour discipliner la fille. Pour ce, il utilise les différents types de violence sus mentionnés. Les sœurs aussi peuvent exercer une violence directe ou indirecte, à travers la préférence de la mère pour l'une en particulier ou par leur comparaison.

Un célèbre dicton populaire dit : *el bent le 'ammetha*¹⁶⁵, la fille ressemble inmanquablement à sa tante paternelle. Si la tante paternelle a une disgrâce quelconque, un problème physique ou psychologique, la famille n'aura de cesse de comparer la personne à sa tante paternelle. La tante paternelle joue aussi fréquemment un rôle dans les conflits entre les membres de la famille de son frère et elle-même, tournant autour de l'héritage, du qu'en dira-t-on, du contrôle du père de famille (son frère). Souvent il y a un sentiment d'appropriation du frère par la sœur surtout si elle n'a pas elle-même d'homme pour la prendre en charge, et la violence est souvent ici émotionnelle. La famille de la mère est souvent la plus proche des enfants, surtout des filles. Les tantes maternelles sont les gardiennes de la tradition familiale par rapport à l'éducation des filles, et les conseillères de la mère ou même sa surveillante quant au respect de ces us et coutumes familiaux. En l'absence du père ou si le père n'est pas l'aîné, les oncles paternels représentent les

¹⁶⁵ Tante paternelle.

défenseurs de l'honneur familial, et c'est eux qui décident des alliances des familles et ceux pour préserver les terres ou les propriétés ou les commerces. Si le père est absent et qu'il n'y a pas d'oncle paternel, le mari de la tante peut défendre les intérêts de la famille. Lorsque les parents ne peuvent pas prendre en charge les enfants, surtout matériellement, ce sont les grands-parents, et plutôt les grands-parents maternels qui les élèvent. Le grand père, surtout si c'est le grand-père paternel, est le patriarche de la famille. Sa parole n'est jamais remise en question. De même le mari de la grand-mère lorsqu'il est puissant financièrement, peut dicter à toute la famille les directives qu'il voit comme justes. La belle - famille est souvent source de nombreux conflits, notamment ceux liés aux mauvaises interprétations des faits et gestes de chaque membre des familles respectives, aux comparaisons entre les familles sur différents thèmes comme la richesse, l'influence, le pouvoir, l'honneur, la beauté des femmes etc. Dans la belle-famille, la belle-mère représente pour la belle-fille très souvent un important facteur de violence surtout émotionnel travers les critiques, les comparaisons. Le beau-père quant à lui, lorsqu'il a le contrôle financier sur son fils (l'époux de la répondante), contrôle ainsi toute la famille du fils. Et lorsque le fils travaille dans la compagnie familiale, il contrôle de ce fait aussi sa profession et son revenu. Les *salayef*¹⁶⁶ jouent le même rôle que la belle-mère, que celle-ci soit présente ou absente, par les critiques, les comparaisons qu'elles prononcent à l'égard des femmes de la communauté. Le mari est rapporté par plusieurs personnes comme étant source importante de tous les types de violence. Comme déjà remarqué, ce qui est le plus souvent noté comme traumatisme pour l'épouse est l'adultère du mari, ses relations extraconjugales ou son second mariage (qu'il soit officiel ou '*orfi*¹⁶⁷). Dans ces cas, l'autre femme (la concubine ou la maitresse) suscite la jalousie et la médisance. Violences émotionnelles, psychologiques voire même physiques sont alors rapportées par les deux femmes, réciproquement. La responsabilité de la maison et des enfants est aussi décrite comme étant un fardeau par toutes les femmes interviewées ayant des enfants sans exception, l'égoïsme ou le narcissisme d'une personne de l'entourage représente une source de violence psychologique et émotionnelle surtout si cette personne est supposée donner à l'individu de l'attention et de l'affection. Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au

¹⁶⁶ Les belles- sœurs (les épouses des frères des maris et les épouses des frères) et les belles-filles.

¹⁶⁷ Mariage coutumier, religieux mais non enregistré ni annoncé publiquement.

foyer) notamment, lors de l'entrevue, a parlé longuement du caractère égocentrique de son époux, principale cause, selon elle, de sa détresse émotionnelle et de sa peine.

La violence issue de l'**entourage immédiat** (les autres femmes, les voisines, les amis) prend l'aspect de commérages et de comparaisons subis, affectant très souvent les personnes interrogées, comme le précise Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer), ainsi que de trahison par les amis du même sexe ou du sexe opposé selon Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Enfin *el nāss* sont des facteurs de stress et de pressions, importants et régulièrement mentionnés lors des entretiens, et outils très puissants de la violence culturelle. Il en est de même des *shoyoukh* : « *Je déteste les shoyoukh*¹⁶⁸ » dit obstinément Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) dont le mari est un salafiste¹⁶⁹ pratiquant, qu'elle juge être influencé par les *shoyoukh*, notamment sur sa façon de la traiter.

VI.2.2.3. Les pratiques culturelles destructrices directes et structurelles

Parmi ces pratiques que mettent en exécution les acteurs de la *manzouma* selon les concepts culturels d'*el 'orf wal takalīd*, interprétés dans une optique de domination et d'abus, l'on retrouve : la violence directe physique (notamment domestique) et sexuelle, les pratiques liées à la préservation de l'honneur (*el tār* (crimes d'honneur) et la *tahāra*¹⁷⁰), la stigmatisation des plaintes psychologiques et, enfin, *el soura al namateyya wal taklīdeyya lel mar'a*.

Darb el habīb zay akl el zebīb (les coups de la personne aimée sont comme manger les raisins secs), est un proverbe égyptien qui de manière indirecte justifie l'**abus physique** (Khoury-Tadié 2002) entre les personnes de la même famille et entre les époux. L'abuseur physique ou harceleur sexuel peut être un proche de la famille, ou un étranger dans les lieux publics ou les transports en commun, et même les lieux de travail comme le rapporte

¹⁶⁸Pluriel de *Sheikh* et qui fait référence à l'ensemble des hommes de religion en Islam, sorte de clergé islamique, différents des sheikhs qui pratiquent la médecine traditionnelle.

¹⁶⁹Musulman orthodoxe, ultra-conservateur.

¹⁷⁰Circoncision.

Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) médecin nutritionniste : « *Les harceleurs sexuels sont nombreux. Le mari d'une patiente a essayé de me harceler sexuellement dans mon cabinet* ». Le *sheikh*¹⁷¹ a frappé Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée), la répondante pour sortir le mauvais esprit. L'exorcisme des mauvais esprits (cause de nombreux maux selon les traditions locales) nécessite fréquemment des pratiques violentes, telles que l'abus physique pouvant déborder en abus sexuel.

La sexualité, opprimée par les traditions culturelles et religieuses des sociétés arabes en général et égyptienne en particulier, est souvent accusée d'être à l'origine des incidents **d'harcèlement sexuel** publics, en nette recrudescence durant cette dernière décennie. L'âge de mariage retardé pour les filles et les garçons à cause des contraintes financières imposées par les familles aux jeunes époux, l'accès facilité aux sites pornographiques et la recrudescence des discours islamistes oppresseurs, semblent être tous des facteurs pouvant expliquer cette recrudescence. Le film 678¹⁷² (Bhaskar 1989) déjà cité, relate le combat quotidien d'une jeune femme dans les transports publics. Il a été le premier à parler exclusivement et ouvertement de ce fléau dans la société égyptienne.

L'abuseur sexuel n'est pas nécessairement un homme car la *dāya*¹⁷³ est très souvent mentionnée par les femmes rencontrées comme étant une source majeure de douleur et de souffrance psychologique et physique, de par la brutalité des interventions qu'elle entreprend, sans anesthésie même locale et sans antiseptiques, et de par les conséquences traumatiques qu'elle induit. La vie sexuelle et maritale s'en trouve ultérieurement très affectée (Gaffney 1991 ; Turner 1998).

Par ailleurs, les jeunes sont de plus en plus exposés à la mondialisation, aux médias sociaux, aux sites pornographiques sur internet (l'Égypte est un des pays ayant le plus grand nombre d'internautes fréquentant ces sites (Charbel 2016 ; Wells 2012)), aux exigences

¹⁷¹ Guérisseur par le Coran.

¹⁷² <http://www.youtube.com/watch?v=COesFcvkXaE>.

¹⁷³ Sage-femme et exciseuse traditionnelle.

professionnelles et économiques de la vie moderne, surtout dans une mégalopole comme Le Caire. En même temps, ils sont tenus de respecter la culture conservatrice orientale et les préceptes de l'islam. Une des conséquences de ces facteurs combinés, est le retard de l'âge du mariage pour les deux sexes, et une augmentation de la pratique du sexe par pénétration anale (pour préserver la virginité) et du mariage '*orfi*'¹⁷⁴ (afin de ne pas se sentir coupables religieusement), selon les témoignages cités auparavant par de nombreuses femmes interrogées ainsi que mes observations de personnes n'ayant pas voulu participer à la collecte de données. Les besoins sexuels sont des instincts primitifs qui doivent être reconnus, exprimés sainement et être satisfaits par des moyens adéquats et socialement acceptables, au lieu d'être opprimés par des pratiques et des coutumes pseudo-religieuses où les besoins sexuels sont assouvis d'une manière perverse et cachée. Ceci rappelle le recours à des stratégies parallèles dans l'ombre, implicites, mais connues et utilisées de tous, comme le système parallèle à l'enseignement officiel que sont les *dorouss el khouseya*¹⁷⁵, *el rashawy*¹⁷⁶ et *el sou' el souda*¹⁷⁷ qui permettent de subvenir, de manière officieuse, aux besoins d'éducation ou de consommation non assouvis de manière adéquate par les structures officiellement établies.

Comme mis en évidence précédemment, le harcèlement sexuel a récemment pris des proportions considérables en Égypte. Harceler une fille, ou une femme, c'est défier directement les hommes sous l'autorité desquels elle évolue, car ceci représente une atteinte directe à leur honneur. De façon plus générale, le harcèlement sexuel est un acte de défi à l'autorité. Le défi à l'autorité, tout comme la puissance sexuelle, sont les seuls moyens que possèdent de nombreux hommes égyptiens leur permettant de cultiver leur estime d'eux-mêmes (Allon 2005 ; Boddy 1992 ; Brenner 2011 ; El Cheikh 2005 ; Ilkcaracan 2002 ; Joseph 1993 ; Kaya 2009 ; Khater et Nelson 1988 ; Mahmood 2012 ; Munir 2002 ; Nagel 1998 ; Nelson 1974 ; Newcomb 2006 ; Rassam 1986 ; Sakr 2002 ; Wassef 2001). En effet, dans de nombreux cas, les hommes égyptiens, en raison de la situation socioéconomique précaire en Égypte, n'arrivent pas à se projeter dans leurs

¹⁷⁴ Coutumier.

¹⁷⁵ Les cours particuliers.

¹⁷⁶ Pots de vin.

¹⁷⁷ Marché noir.

réalisations ni à obtenir leur estime d'eux-mêmes à partir de leur réussite, car celles-ci sont constamment compromises. Ce sont alors les louanges, souvent irrationnelles de leur mère quant à leur puissance et à leur importance (issues du seul fait d'être un homme), qui viennent 'booster' leur estime d'eux-mêmes. Ceci les rend alors incapables de recevoir toute critique de la part de leur supérieurs hiérarchiques, de leurs enseignants ou de leur partenaire, et les rend aussi incapable de reconnaître leur responsabilité en cas d'échec scolaire, professionnel ou relationnel.

*El tār*¹⁷⁸ quant à lui, symbolise la violence poussée à l'extrême, jusqu'à atteindre l'homicide pour défendre *el sharaf*¹⁷⁹ de la famille que la femme symbolise. Une autre pratique traditionnelle basée sur la notion de préservation du *sharaf* est la *tahāra*¹⁸⁰. La *dāya* ou *hakīma*¹⁸¹ est celle qui pratique **l'excision**, et elle est aussi chargée de l'accouchement à domicile. L'excision se fait en général de la pré-puberté à la puberté, en famille (plusieurs jeunes filles de la même famille sont excisées en même temps), sans anesthésie, ni stérilisation des instruments opératoires (les outils, le plus souvent sont une simple lame de rasoir mise à chauffer sur le brasier du four), ni désinfectant (on met du café directement sur la plaie). L'excision vise la vulve et le clitoris à des degrés divers. Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) rapporte que le spectacle est dégoûtant, elle l'a subi à 14 ans et Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) se souvient : « *Elles m'ont cachée mon visage, j'avais 9 ans, elles ont amené des cendres du fond du four pour cautériser la plaie* ». Les conséquences, les suites de l'excision sont en général très traumatiques. Physiquement elles induisent infections, douleurs, adhésions, troubles sexuels à type de dyspareunie, vaginisme, troubles du désir sexuel, anorgasmie etc. Psychologiquement, les conséquences sont nombreuses et se traduisent principalement en syndrome de stress post-traumatiques, et divers troubles de l'humeur à connotation anxieuse et dépressive dont souffre Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *On m'a excisée à 9 ans (rires embarrassés). Je ne savais pas qu'on allait m'exciser. Ma mère m'a amenée à la maison des voisins où la hakīma m'a excisée* ». Certaines femmes de la

¹⁷⁸ Vengeance ou revanche surtout en Haute-Egypte suite à des crimes d'honneur.

¹⁷⁹ Honneur.

¹⁸⁰ Circoncision.

¹⁸¹ Sage-femme traditionnelle.

communauté sont étonnées et offensées de l'insistance de leur famille à les exciser, tandis que d'autres l'acceptent et perpétuent même la tradition à leurs propres filles : « *Ma fille, je vais l'exciser pour qu'elle se calme* » Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer). Le but de l'excision est de supprimer tout désir sexuel chez la jeune fille, et ce, afin qu'elle ne soit pas tentée d'avoir des relations sexuelles en dehors du mariage.

L'accouchement à domicile est aussi une pratique traditionnelle fréquente, visant aussi à préserver *le sharaf* de la famille, comme se rappelle Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) : « *Ma belle-mère m'a dit : ' tu dois accoucher le premier enfant à la maison' . Elle m'a laissé accoucher seule pendant 3 jours* ». C'est la *dāya* qui pratique l'accouchement, elle est souvent presque un membre de la famille et elle en partage tous les secrets. Le *sharaf* de la famille peut être terni par le fait d'exposer le corps de la femme (*'awratou el mar'a'*¹⁸²) pendant l'accouchement à des étrangers si elle va accoucher 'dehors'. Une autre justification de l'accouchement à domicile est de préserver le nouveau-né (surtout si le premier est un garçon) du mauvais œil. Ce n'est que si l'accouchement est difficile, et qu'il nécessite que la femme *tetwassa*¹⁸³ que la famille l'accompagne à l'hôpital pour accoucher.

La **stigmatisation des plaintes psychologiques** est une autre pratique culturelle relative à la souffrance psychologique intéressante à explorer, surtout qu'elle peut atteindre le degré de la non-assistance à personne en danger. Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) explique : « *La culture produit des réflexions et a des attitudes ghaybeyya*¹⁸⁴ *par rapport aux plaintes psychologiques* ». Hassan (29 ans, célibataire, sans enfant, psychologue) déplore fortement cette attitude de la culture par rapport à la détresse psychologique de la femme : « *Si je dis à la femme qu'elle est anormale et qu'elle doit se faire traiter elle va penser que je l'insulte* ». En effet, jusqu'à aujourd'hui dans la société égyptienne, la souffrance psychologique et la maladie mentale sont très stigmatisées, et c'est ce que confirme Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) : « *Mon père n'est pas convaincu*

¹⁸² Les parties intimes de la femme.

¹⁸³ Que la femme subisse une épisiotomie.

¹⁸⁴ Non pragmatique, non rationnelle.

*de ma maladie. Il me dit tu n'es pas magnouna*¹⁸⁵». La résistance au traitement psychologique vient aussi, et le plus souvent, de la famille, qui craint que la personne ne soit 'influencée' par le (ou la) psychiatre ou le (ou la) psychologue, et qu'elle ne se rebelle contre l'autorité familiale et s'en libère, surtout si la personne se plaint du mauvais traitement de la famille, comme Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) : « *J'ai été malade pendant un an et demi et je n'ai rien pu dire à ma mère. Mes parents sont responsables à 90% de ma maladie* ». La mère de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) résiste farouchement au fait que sa fille puisse souffrir psychologiquement, et surtout que cette souffrance soit à cause d'elle : « *Ma mère n'est pas convaincue qu'elle me maltraite et que je suis malade* ». Cette mère, illettrée, refuse que le médecin ne s'interpose entre elle et sa fille, et qu'il ne remette en question toutes les pratiques disciplinaires qu'elle impose à ses enfants jusqu'à présent, bien qu'ils soient tous des adultes. Elle ne peut pas concevoir que toutes les valeurs et les pratiques héritées de sa famille de Haute-Égypte et qu'elle a veillé à préserver coûte que coûte après l'arrivée de la famille au Caire et l'installation à Helwān, banlieue sud de Maadi soient remises en question et encore plus abandonnées. Après l'abandon de son mari, pour élever seule ses 7 enfants (dont 6 filles élevées avec l'aide disciplinaire du fils aîné, le frère de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer)), elle a dû travailler beaucoup, surtout dans des petits boulots.

Comme mentionné précédemment, la dynamique relationnelle de la société en Égypte est basée sur la notion de suprématie, de domination d'une entité sur une autre. Les parents et la famille de la personne en souffrance pensent que si elle consulte et qu'elle demande l'aide d'un professionnel de la santé mentale, ce dernier va utiliser son pouvoir médical pour la contrôler grâce au pouvoir de persuasion et de manipulation mentale que la famille lui attribue, étant donné que son domaine d'expertise est la santé mentale. De même, pour la famille, tous les médicaments prescrits par les psychiatres, sont néfastes car ils rendent la personne dépendante et de ce fait assoient la domination du psychiatre sur ses patients comme l'explique (Marwa, 38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *Mes parents ont une mauvaise idée des médicaments, surtout de leurs effets secondaires, principalement la*

¹⁸⁵Folle.

dépendance ». Il y a une idée générale chez beaucoup de personnes dans la société égyptienne que tous les médicaments prescrits en psychiatrie induisent de la dépendance et que la personne qui en prend devient addictive à ces médicaments, l'addiction étant de plus inacceptable pour une femme encore plus que pour un homme, car ceci présuppose qu'elle puisse être sous l'effet d'une drogue, et que celle-ci lui fasse perdre contrôle d'elle-même et de ce fait qu'elle se laisse aller à ses pulsions sexuelles et devenir *monhalla akhlākeyan*¹⁸⁶, ou qu'elle soit une cible facile à tout abus sexuel si elle n'est pas totalement 'éveillée'. En fait, ceci n'est souvent pas le cas, car dans certains troubles psychiatriques comme la schizophrénie, il y a une perturbation biochimique au niveau du système dopaminergique qui nécessite la prise de médicaments antipsychotiques, qui ne créent pas de dépendance car ils représentent un traitement de fond de la pathologie et non pas un traitement symptomatique. Une autre inquiétude des parents par rapport au traitement psychiatrique, notamment médicamenteux que peut recevoir leur fille, c'est l'attitude de la future ou actuelle belle-famille, plus encore que celle du futur prétendant ou de l'actuel beau-fils. Ne risquent-ils pas d'insulter leur fille en la traitant d'anormale car elle suit une thérapie et prend des médicaments, et qu'ils la répudient ? Et si elle n'est pas encore mariée, qui voudra d'elle si on sait qu'elle se fait soigner ? On dira qu'elle est folle. La plupart du temps, si vraiment la jeune fille est obligée de prendre ses médicaments, ceci est caché au prétendant et à sa famille, et ce, même après le mariage. L'on reviendra sur ce point plus loin dans le texte.

El soura al namateyya wal taklīdeyya lel mar'a est le concept culturel qui regroupe toutes ces pratiques culturelles. Elles sont le plus souvent abusives, et dirigées de manière spécifique contre les *Masreyyates* en général, pas uniquement la *Masraweyyates*. Ces pratiques culturelles abusives sont pensées et agies par les acteurs de la *manzouma*. La raison principale de cette violence culturelle et symbolique est le fait même d'Être Femme'. Cette image stéréotypée de la femme égyptienne est ressentie par de nombreuses femmes rencontrées comme leur faisant violence, car leur besoin d'être respectées comme un *bany adam*¹⁸⁷ et celui de compter pour les autres (famille, médecin, société) est un besoin

¹⁸⁶ Littéralement femme ayant des mœurs légères.

¹⁸⁷ Expression en arabe dialectal égyptien signifiant « simple 'être humain' comme les autres ».

souvent dénigré par l'environnement des *Masraweyyates* et des *Masreyyates*. Cette violence symbolique est instrumentalisée à travers, notamment, les différentes stratégies de violence émotionnelle interpersonnelle passées en revue dans la partie précédente. Certains des exemples qui y ont été évoqués seront repris ici afin de les replacer en tant qu'éléments constitutifs du cadre de cette image stéréotypée.

Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) exprime clairement la violation du droit d'être *bany adam* qu'elle subit au quotidien :

« Mes besoins sentimentaux, psychologiques et émotionnels, pas uniquement physiques et matériels, ne sont pas respectés, par mes parents, surtout par ma mère et par mon mari. Je n'ai pas eu la liberté d'aimer, d'avoir une relation amoureuse, de me marier par amour. Et pour mes besoins sexuels, je n'ai pas le droit d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, et même après le mariage, je n'ai pas le droit d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes. »

Les paroles de Farida rejoignent quasiment mot pour mot ce qu'ont dit la plupart des femmes de la communauté ainsi que les personnes ressources que j'ai rencontrées, à une ou deux exceptions près. En recueillant les récits des *Masraweyyates* interviewées, les principales raisons de la violence, identifiées à l'unanimité, sont leurs besoins sentimentaux, psychologiques et émotionnels, mais primordialement, le premier besoin humain absolu : la liberté d'être Femme et le respect de sa personne. Farida s'est longuement exprimée sur la souffrance qu'elle subit de par la limitation ressentie de sa liberté :

« La femme a sur elle des *koyoūd*¹⁸⁸, sur son humanité même : géographique car je n'ai pas le droit de voyager, d'aller à la mer, à la gym ; psychologique, mon mari m'oblige d'être dans une certaine humeur alors que je me sens *makhnou'a*, ou m'oblige à manger des choses que je n'aime pas ou pour me donner ce que je veux il m'humilie ; et enfin matérielle : il me laisse rarement acheter, c'est lui qui sait mieux que moi toujours, je ne peux pas m'habiller comme je veux ».

La liberté même d'être Femme est la cible de violence, en étant niée et bafouée. La liberté de choisir, le droit de choisir, en allant du plus simple choix, s'habiller comme elle le souhaite, au choix de son métier, ses études, son avenir, ses rêves, tous lui sont refusés. De même, le droit de choisir son partenaire, si sa famille le refuse, ou s'il y a des différences

¹⁸⁸ Restrictions, entraves, chaînes humaines.

socioéconomiques entre les deux familles, lui est formellement interdit. La liberté de se déplacer, de sortir n'est pas octroyée aux *Masraweyyates* et aux *Masreyyates*. Elles sont absentes, par exemple, de nombreux lieux publics, comme la *'ahwa*¹⁸⁹ : « *Quelle est la place des femmes au café ? Si elles en sont absentes, que nous dit cette absence sur leur place et la perception de leur place dans la société* » (Lescaux 2006). La spontanéité lui est aussi interdite, comme l'exprime Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) : « *Nous ne sommes pas libres d'être, comme les enfants : libre de jouer, de se comporter* ». De même, il ne lui ait pas facilement accordé d'acheter ou de vendre librement ce dont elle a besoin ou envie. Ce n'est pas tant le conseil ou la présence d'un homme auprès d'elle, lors de transactions commerciales importantes, mais plutôt la permission qu'elle se doit de lui demander. La liberté de la femme semble être la cible de toutes les violences, sous leurs différents aspects en commençant par la violence interpersonnelle (physique, sexuelle, émotionnelle) instrumentalisée au service de la violence culturelle et structurelle. En effet, le but ultime de toutes ces formes de violence est d'éradiquer l'individualité et la créativité de la Femme et de transformer l'Égyptienne (ou la Cairote), et ce qu'elle soit fille, élève, épouse, employée, mère, musulmane (ou chrétienne), en consommatrice, captive des normes imposées par les systèmes respectifs auxquels appartient chacun de ces rôles dans lesquels elle est confinée (que ce soit le système familial, éducatif, professionnel, judiciaire, religieux, politique ou économique).

Le roman d'Ihsan Abdoukoddous (Iḥsān'Abdalquddūs et Le Gassick 1978) dont le titre est *ana hurrah*¹⁹⁰ me revient ici à l'esprit. Ce roman étudié par de nombreux anthropologues dont Nelson (1968) et ayant fait l'objet d'un film (figure 10) aujourd'hui appartenant à l'histoire du cinéma égyptien (Rastegar 2013), exprime le cri de toute une génération de femmes des années 50 du siècle dernier, cri qui s'est éraillé dans les années 70 avec la montée de l'islamisme culturel (Elyas 2013) et politique et qui reprend de l'ampleur depuis la révolution de 2011.

¹⁸⁹ Le café populaire. Il est cependant à souligner que la présence féminine est de plus en plus fréquente et acceptée surtout dans les cafés se trouvant dans les quartiers les plus modernes.

¹⁹⁰ Je suis libre (en arabe littéraire et dialecte égyptien).

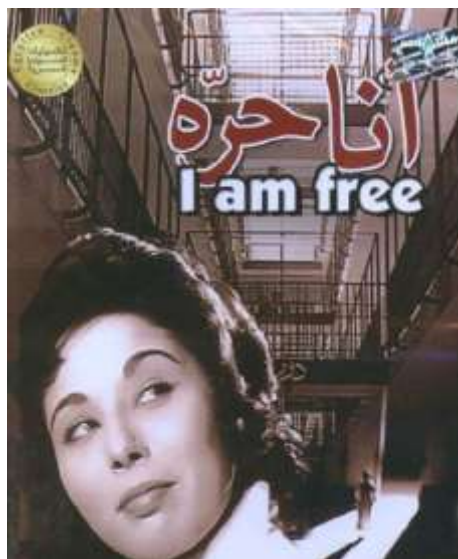


Figure 10: Affiche du film *Ana Hurra* du réalisateur Salah Abou Seif
(Source : Salah Abou Seif)

Aujourd'hui, et notamment pour les femmes rencontrées, le vent de liberté ne souffle plus de l'Occident. Aucune de ces femmes n'avait de pensées pour l'Occident, ni pour ce que pense l'Occident d'elles. L'Occident n'est plus une référence ¹⁹¹ aussi imposante qu'à l'époque de leurs mères ou de leurs grand-mères. Ce qui leur importe, c'est leur propre vie. Il y a quelques décennies, notamment dans les années 50, les femmes égyptiennes, même dans les milieux les plus modestes, s'inspiraient pour leurs tenues vestimentaires et leur coiffure des stars du cinéma égyptien (Tahia Carioca¹⁹², Faten Hamama, Souad Hossni, Hind Rostom et tant d'autres), italien (Sophia Loren, Gina Lollobrigida), français (Anouk Aimée et Brigitte Bardot) ou américain (Grace Kelly, Ester Williams, Lauren Bacall et Rita Hayworth)¹⁹³. Elles représentaient un idéal de 'liberté' que les *Masraweeyates* et les *Masreyyates* aspiraient à imiter tout en préservant leurs traditions. L'on peut penser aussi

¹⁹¹ Les séries américaines (comme 'Sex in the city' ou 'Friends') n'ont d'impact que sur les jeunes filles de catégorie sociale élevée. Mais ce sont les héroïnes turques, indiennes ou libanaises qui les inspirent plus, après les brésiliennes et les mexicaines d'il y a quelques années. L'on reviendra dans les paragraphes suivants sur cette influence grandissante et son impact sur les *Masreyyates*. Il est à noter, en effet, que ces cultures partagent de nombreux concepts culturels communs à ceux qui prévalent dans la société égyptienne tels la famille, l'honneur, la virginité, l'appartenance au clan etc.

¹⁹² L'on y reviendra plus longuement.

¹⁹³ Leurs films étaient projetés le samedi soir à la télévision sur la seule chaîne publique, sous-titrés en arabe, mais précédés par une introduction très attendue de critiques de cinéma très érudits, ou dans les cinémas, même dans les petites salles de quartier ou celles à la campagne. Aller au cinéma représentait une des activités favorites que la famille pouvait s'offrir, même parmi les plus démunies.

que les actrices égyptiennes de cette époque ont réussi à créer un équilibre entre une certaine modernité à l'orientale et une 'égyptianité' très authentique, équilibre respecté et apprécié de tous les Égyptiens, même des plus traditionalistes. Ces actrices égyptiennes demeurent jusqu'à aujourd'hui des modèles que les jeunes filles contemplent avec fascination et avec un brin d'envie (Buskirk 2015). L'influence de l'Occident se faisait donc à travers l'art. Le cinéma, la chanson, la mode, la littérature (Simone de Beauvoir était traduite en arabe) offrant aux *Masraweyyates* et aux *Masreyyates* une fenêtre vers le monde, vers la vie, vers l'espoir. Aujourd'hui, l'influence artistique de l'Occident n'exporte plus de symboles féminins qui pourraient inspirer ou faire envie aux femmes égyptiennes. En effet, les actrices américaines ne représentent plus le prototype de la femme, et ce, de par leur nombre élevé ainsi que par l'invasion des médias sociaux par les vedettes des télé-réalités (ex : Kim Kardashian (Jones 2015)) et par les *fashionistas*¹⁹⁴ sur Instagram. Toutes les femmes sont devenues des stars à leur manière, grâce à l'invasion de l'inconscient collectif féminin par l'image. L'image s'est popularisée et de ce fait les modèles aussi. Il n'y a plus de 'vraies stars', icônes des femmes, ni égyptiennes ni occidentales, mais ce qui reste c'est cette lutte entre le désir de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) d'Être Femme et *el soura al namateyya wal taklīdeyya lel mar'a*¹⁹⁵ que lui imposent son mari, sa mère et son frère aîné

Cette *soura el namateyya wal taklīdeyya lel mar'a* telle qu'elle est dépeinte à travers les entrevues effectuées, apparaît comme une usurpation socio-culturelle de l'identité féminine. La première des valeurs féminine usurpées par cette image culturelle stéréotypée de la femme égyptienne, c'est le choix de **la vocation**. De par ce schéma culturel, toutes les notions de liberté de s'exprimer, de penser, d'étudier, de travailler, d'être tout simplement, n'ont de valeur que du fait qu'elles puissent éventuellement aboutir à ce que la femme joue le rôle qui lui est imparté dans la société, comme le décrit Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Les gens ne me voient bien que dans les tâches ménagères* ». Il lui est alors demandé des concessions comme d'abandonner ses études ou son travail,

¹⁹⁴ Mot emprunté à l'anglais, et utilisé tel quel en arabe dialectal égyptien (et même en français), très à la mode dans les milieux urbains et parmi les jeunes en Égypte, et signifiant : « Femme toujours à la pointe de la mode, qui suit constamment les nouvelles tendances vestimentaires. »

¹⁹⁵ L'image culturelle stéréotypée de la femme.

dans le but d'assumer ce rôle, comme se plaint Rana 21 ans (célibataire, sans enfant, étudiante) : « *Avant de me marier je veux finir mes études et travailler* ». Il est aussi demandé à la jeune fille, selon le niveau socioéconomique dont elle est issue, de ne finir que le collège ou l'école primaire, si elle vient d'un milieu modeste. En effet, la famille préfère faire sortir de l'école la fille et y garder le garçon, bien que l'école soit obligatoire pour les filles et les garçons jusqu'à la fin de l'école primaire. Si elle est d'un milieu plus aisé, elle peut finir ses études secondaires voire universitaires, mais dans tous les cas, il lui est imposé de se marier tout de suite. Et lorsque la jeune fille travaille, ce n'est nullement dans la perspective d'acquérir une indépendance matérielle par rapport au père ou au mari plus tard, c'est le plus souvent dans la perspective d'aider sa famille si elle en a besoin, ou d'économiser pour acheter son *gué haz*¹⁹⁶. Elle va alors travailler, en général, une fois fiancée, pour ne pas être vue comme une fille "libre". Il y aussi une restriction de la société quant au choix des études et de la carrière à poursuivre. Certaines carrières sont plus acceptées par la société, étant plus 'féminines' que d'autres. La société exerce alors une pression sur la jeune fille afin d'avoir tel ou tel pourcentage aux notes de baccalauréat et pouvoir ainsi rentrer dans les facultés élitistes ou dans celles plus adaptées aux filles : « *Je voulais entrer en pharmacie et on m'a dit d'étudier économie* » dit Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) et Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) se souvient : « *Pendant la sanaweya 'amma*¹⁹⁷ *j'ai été très mal, j'ai eu une hāla nafseyya*¹⁹⁸ ».

Les restrictions de la société s'étendent à la plus simple des **expressions de la féminité**, se faire *helwa*¹⁹⁹, et ce à travers les interdits imposés sur ses habits par les hommes de sa famille et par sa mère, afin que le *sharaf* de la famille ne soit pas souillé si un homme 'la regarde de travers' à cause d'un jean trop serré même si elle est voilée ou même à cause d'un short pour une petite fille. Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) était triste en disant : « *Mes frères me frappaient si je mettais un jean* ». Rana (21 ans, célibataire,

¹⁹⁶ Trousseau.

¹⁹⁷ Baccalauréat égyptien. Comme précisé antérieurement, le système de *sanaweyya 'amma* est très mal vécu par beaucoup de jeunes égyptiens, car l'orientation se fait seulement selon les notes du baccalauréat et les places disponibles, et non pas sur les dispositions et le désir de l'étudiant (Mostafa 2008).

¹⁹⁸ Une crise psychologique.

¹⁹⁹ Belle, jolie, coquette en arabe dialectal égyptien.

sans enfant, étudiante) explique cette attitude de la société par rapport aux habits de la femme : « *Si un homme voit la femme en tant que (femelle) il va l'agresser* ». Je dois avouer que j'ai été très choquée par la remarque de Rana, et je suppose qu'elle a répété la justification que lui a donné sa famille pour lui interdire de porter les habits qu'elle aurait aimés. Le voile est donc apparu pour tous, comme la solution à tous les maux, dans ce climat de 'prédation' perpétuelle latente jugée comme étant inexorable par la société, vu la nature biologique de l'instinct sexuel de l'homme (*gharizat al rajol*) qui échapperait à toute maîtrise, si ce n'est par l'absence absolue de stimulation féminine externe. Pour reprendre le fameux slogan collé sur tous les murs de la ville par les activistes islamistes des années 70, *al islam howa el hal*²⁰⁰, l'on peut dire ici que la société égyptienne a trouvé que *el higāb*²⁰¹ *howa el hal*²⁰². *El higāb* (le *hijab*) semble revêtir à présent l'aspect d'un code vestimentaire social, plus imposé par la société que par la religion, car même les jeunes femmes chrétiennes le portent dans certains quartiers pour éviter de se faire harceler.

Il semble donc que le *higāb* puisse avoir plus de nuances qu'il ne peut y paraître, peut-être même une cinquantaine²⁰³ (Croutier 1989 ; Mahmood 2009). En effet, le voile est un reliquat de la *tarha*²⁰⁴ d'il y a quelques années, qui se mettait sur la *galabeyya*²⁰⁵ noire ou fleurie. La *galabeyya* était le signe d'appartenance à la classe pauvre, aux *fellahīn*. Les différents types de voiles sont une sorte d'expression de l'urbanisation et de la modernisation (Gökariksel et McLarney 2010: 10). Le foulard est à présent, même dans les sociétés rurales, un signe de distinction visant à différencier une fille *baladi*²⁰⁶ d'une fille plus éduquée ou appartenant à une meilleure catégorie sociale (Early 1993). Il y a de nombreux types de voiles en Égypte (le simple foulard, le *higāb*²⁰⁷, le *ezdāl*²⁰⁸ et le

²⁰⁰ L'Islam est la solution.

²⁰¹ Hijab en arabe dialectal égyptien.

²⁰² Le voile est la solution.

²⁰³ '*The fifty shades of veil*' en référence, un peu provocatrice certes, au titre du livre '*The fifty shades of grey*' que j'utilise ici pour faire allusion à l'intrication continue dans la notion culturelle du *higāb* entre voile et sexualité.

²⁰⁴ Longue écharpe traditionnelle couvrant la tête jusqu'aux épaules et la poitrine.

²⁰⁵ Longue robe traditionnelle égyptienne.

²⁰⁶ Fille d'un niveau socioculturel modeste.

²⁰⁷ Hijab.

²⁰⁸ Genre de large *jellaba* à capuche très ample couvrant tout le corps de la tête au pied mais pas le visage.

*niquāb*²⁰⁹) portés selon les modes les plus récentes, et exposés dans les vitrines nombreux magasins spécialisés dans la mode du *el zayy al islami*²¹⁰ ainsi que dans les défilés des *designers* de mode.



Figure 11: Voiles des *Masraweeyates*
(Source : www.en.qantara.de)

Certaines femmes, plus ‘débrouillardes’ que Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer), bien qu’obligées de porter des habits cachant leurs formes ou leurs cheveux, trouvent des alternatives ; et, tout en respectant les surfaces cachées, utilisent des combinaisons de couleur, des superpositions de couches d’habits, des textures de tissus, et des façons originales de nouer le voile pour toujours paraître *helwa*²¹¹ (Abu-Lughod 1998b ; Afifi et al, 2003 ; Amin 1985 ; Duboc 2013 ; Macleod 1991 ; Mernissi 1987 ; Najmabadi 1993 ; Weber 2001 ; Zuhur 1992) (figure 11). Abdel-Fadil (1980), bien que publié il y a une trentaine d’années, semble toujours d’actualité, car il illustre bien les nuances socioéconomiques du *higāb* :

The *higāb*-while initially, in the late 1970s, mostly a form of political action by intelligent university women, usually the first in their families to be educated-has now spread down to working women of the lower middle classes and up to a few rebellious upper-class adolescents and movie stars. In rural areas, educated girls declare their difference from their uneducated kinswomen, without jeopardizing their respectability by means of this form of dress. Adopting the *higāb* now has an extraordinary number of meanings and co-implications that need to be distinguished. (Abdel-Fadil 1980).

²⁰⁹ Tissu couvrant le visage.

²¹⁰ Costume islamique.

²¹¹ Jolie.

La **liberté d'expression** est aussi parmi l'une des libertés des femmes et qui sont opprimées comme l'explique Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) : « *La femme égyptienne n'a pas d'activité où évacuer les tensions et l'oppression imposées sur elle. Elle n'a pas de plaisir personnel* ». C'est ce que confirment les femmes interviewées : « *Il n'y a pas de créneaux d'expression culturelle, sportive, scientifique, tout est fermé. Il n'y a pas de secteur, d'espace où la femme puisse s'exprimer* » se plaint Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) spécifie : « *Dès que j'ouvre la bouche pour m'exprimer on me dit 'eib'²¹² : c'est honteux, on ne fait pas ou on ne dit pas ça* ». Elle n'a surtout pas le droit de s'opposer au système ni aux traditions. La question qui se pose aujourd'hui : Y aurait-il encore une voie pour la voix des opprimées ? Après l'apogée des écrivaines²¹³ et artistes avant-gardistes et féministes des années 60, les femmes égyptiennes ont déserté la place artistique (si ce n'est quelques actrices de cinéma ou chanteuses voire quelques danseuses plantureuses dont la production artistique a été essentiellement conçue afin de nourrir l'appétit des consommateurs richissimes des pays du golfe). Elles ont été remplacées par les prêchuses islamiques²¹⁴ sur les chaînes satellites (utilisant les techniques télévisées des néo-évangélistes). La révolution de Janvier 2011 a vu ressurgir un climat révolutionnaire et militant, notamment inspiré du nassérisme, accompagné d'un renouveau artistique, notamment parmi les femmes, avec l'apparition de jeunes femmes activistes à travers les médias sociaux. Parallèlement, la chute de l'islam politique a jeté un voile de disgrâce sur son projet islamique social dans son ensemble, et ce, aux yeux d'une grande partie de la société égyptienne, notamment parmi les jeunes. En effet, un nombre croissant de jeunes filles commence à ôter le voile, et même les anciennes actrices 'repenties', reprennent le chemin des studios, (certaines voilées, comme la chanteuse Mona Abdelghani, ou portant une perruque, pour ne pas montrer ses cheveux, comme l'actrice Sabrine, ou sans voile comme Abeer Sabry) (Primo 2015).

²¹² La traduction littérale de 'eib est tâche, faute, souillure, imperfection, et veut dire 'c'est honteux'.

²¹³ En référence à des écrivaines comme Fathiyya Al-Assal et Nawal El-Saadawy.

²¹⁴ La référence ici est aux actrices reconverties (Abdel-Fadil 1980), et à Heba Kotb (Kotb 2004) (<http://www.hebakotb.net/>) animatrice d'émission sur la sexualité s'appuyant sur les versets Coraniques (El-Assal 1993 ; Poulantzas 1971).

Parmi les derniers pans d'el *soura el namateyya lel mar'a*²¹⁵, l'on retrouve deux des plus importants acteurs de la *manzouma* (le système social en égyptien dialectal) sociale, à savoir *el ahl* et *el nāss*, les deux interagissant à l'intérieur de la *manzouma*, selon *el orfwal takalīd* (us et coutumes), dans une des plus importantes pratiques socio-culturelles de ces derniers temps : *el gawāz* (le mariage en égyptien dialectal). *El gawāz*, *el ahl* et *el nāss* sont une sorte de trio explosif dévastateur dans la destinée des *Masraweyyates* et des *Masreyyates*. En effet, le mariage est l'un des thèmes importants qu'utilise la société pour faire pression sur la femme. Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) nous explique : « *Si la jeune fille ne se marie pas à 30 ans, toute la société lui pose des questions et lui met la pression : Pourquoi tu ne te maries pas ?* », et Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) confirme :

« Les gens demandent pourquoi tu repousses les prétendants ? Dès que quelqu'un me voit et que je lui plaise, il demande le numéro de ma mère pour venir se présenter, et je refuse. Ma mère me dit : "Tes cousines vont se marier et pas toi. Tu vas commencer à refuser des bons prétendants jusqu'à ce que quelqu'un vienne et te fasse du mal" ».

Un feuilleton comique a eu un énorme succès récemment sur les chaînes de télévision arabes tiré du livre autobiographique de l'écrivaine Ghada Abdel Aal (2010) (ayant récemment ôté le voile) dont le titre est 'Je veux me marier'. Il raconte les aventures d'une trentenaire (l'actrice tunisienne Hend Sabry) ayant fait de hautes études, mais qui ne trouve pas de prétendants. Si une jeune fille ne reçoit pas de prétendants on lui dit *bakhtaha 'ala 'adahha*²¹⁶ et Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) explique : « *Ma mère me dit : 'Sois intelligente comme les femmes pour attirer les hommes'* ». Cependant, le prétendant doit recevoir la bénédiction de la famille et gagner la sympathie de tous les membres, sinon il est refusé : « *Dès que mes parents ont su que je connaissais un garçon, ils ont refusé de le rencontrer et que l'on se fiance* » se plaint Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée). Parmi les femmes de la communauté interviewées, la culture imposait certaines obligations concernant le mariage. La première obligation est pour la fille d'épouser *ebn el 'am*²¹⁷ (comme dans beaucoup de familles d'origine rurale): « *Mon cousin*

²¹⁵ L'image culturelle stéréotypée de la femme.

²¹⁶ Elle n'a pas de chance.

²¹⁷ Cousin germain paternel.

paternel est le seul à qui on pouvait me donner » (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage). La deuxième obligation est celle d'épouser quelqu'un qui ne soit pas d'un niveau socioéconomique inférieur à celui de la famille. Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) explique ce que cela veut dire pour sa famille : « *C'est-à-dire quelqu'un dont la famille n'est pas moins que la nôtre* ». Et enfin l'obligation la plus primordiale, est celle d'épouser la personne que la famille juge adéquate, même si la jeune fille n'a pas de penchant affectif envers le prétendant, comme Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *Je n'aime pas mon mari, je vis avec lui malgré moi. On m'a obligée à l'épouser* ». Pour le prétendant aussi, le choix de l'épouse est imposé par la famille comme raconté par Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) :

« Je n'étais pas la femme de ses rêves, mais comme il est mon cousin germain et que mon père est mort, je devais rester dans la famille paternelle, car nous venons de Haute-Égypte. Son frère est venu demander ma main quand mon père est mort. Si mon père était vivant je ne me serais pas mariée avec lui ».

La famille interfère aussi dans la préparation du **logement** où le jeune couple va se marier. Le choix de l'endroit où va habiter le couple est souvent en rapport avec la proximité du logement des parents. De même, la qualité et la valeur de l'ameublement doit convenir aux critères des familles respectives. Ceci est la cause de beaucoup de conflits entre les familles pouvant faire annuler le mariage. Et enfin, le type de régime de location de l'appartement, qu'il soit selon la nouvelle ou l'ancienne loi des logements. L'ancienne loi des logements, datant de l'époque nassérienne, donne des droits quasi-illimités au locataire, en plus du loyer très modeste, faisant de lui presque un propriétaire. La dot, sa valeur et son choix est aussi un élément important dans le déroulement du processus de mariage.

L'absence d'**éducation sexuelle** pour les jeunes filles (et les jeunes hommes) fait aussi partie de la violence symbolique que la société impose sur les *Masraweyyates* et les *Masreyyates*, violence par négligence de son éducation sur un besoin vital, crucial et très problématique dans la vie d'une jeune femme et d'un jeune homme : sa sexualité. Cette pudeur familiale et sociale à parler de 'choses sexuelles' n'est pas uniquement la panacée de la communauté musulmane en Égypte, mais aussi celle de la communauté chrétienne. Comme le précise Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe) : « *Les*

couples qui viennent se confesser peuvent mettre deux ans avant de m'avouer qu'il y a un problème sexuel ». Selon *el 'orf wal takalīd* qui régissent *el gawāz*, il y a beaucoup de pression sociale sur l'homme afin qu'il aboutisse à une pénétration complète et à la défloration la nuit de noces, et souvent, cette pression peut entraîner son impuissance sexuelle. L'insatisfaction sexuelle est l'une des causes de la *'assabeyya* pour l'homme (comme mentionné plus loin dans de nombreux entretiens) ainsi que pour la femme (comme rapporté dans d'autres parties que l'on verra plus tard). Les facteurs affectant négativement l'homme qui se dit souvent 'frustré sexuellement' sont : le manque d'éducation sexuelle, la persistance de tabous sexuels, les pressions culturelles concernant la performance sexuelle et les 'preuves' exigées d'honneur (pour la jeune fille, la virginité) et de virilité (pour le jeune homme, être capable de déflorer l'hymen la nuit des noces).

Un autre aspect du *gawāz*, souvent cité par les femmes de la communauté rencontrées comme étant très difficile à supporter par elles, est ce portrait qu'elles dressent de **leur mari** comme étant **traditionnel**, et traditionnellement, la relation entre mari et femme est basée sur la suprématie de l'homme, suprématie financière et culturelle. La culture encourage complètement cette domination, comme l'explique si bien le conseil donné à tout époux au début de son mariage (*edbahlaha el otta*²¹⁸) (Burckhardt 2010). **Le second mariage**, pratique souvent évoquée par les personnes rencontrées est fréquemment un choc pour la première épouse. Comme déjà précisé, elle peut en être avertie (et la loi Coranique le recommande), mais souvent il est tenu secret ou il est uniquement *'orfi* (non officialisé dans les papiers administratifs mais uniquement religieux, par le *ma 'zoun*²¹⁹).

Les notions de **fécondité et de maternité** sont d'autres moules culturels et sociaux retrouvés dans *el gawāz* (Hasna 2003), comme le décrit Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *À cause de la pression familiale, les jeunes mariés vont arriver au troisième mois de mariage chez le gynécologue pour faire des procédures de fertilisation in vitro. La pression des deux familles les pousse à cette démarche* ». Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) continue de rapporter ce que les

²¹⁸ Égorge-lui la chatte, signifiant fait lui peur.

²¹⁹ Notaire des actes de mariage musulmans.

familles disent au jeune couple : « *Es-tu tombée enceinte ou pas ? Et pourquoi ? Tu dois consulter. Ce retard n'est pas normal* ». C'est ce que décrit Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) : « *Ma belle-mère me disait constamment : On veut nekhawy²²⁰ ton enfant, on est sa'ayda²²¹* ». En général, les familles demandent toujours à la jeune femme de retomber enceinte pour avoir un enfant du sexe opposé à celui de l'enfant présent : « *À chaque fois j'écoutais ce que me disais ma belle-mère et j'allais enlever le stérilet et je tombais enceinte* » (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage).

La belle-famille, comme déjà cité est source de nombreuses violences, mais vivre avec elle, en ville ou à la campagne (maison familiale), l'est encore plus, surtout si le mari est loin pour le travail, c'est ce que le récit de Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) relate :

« *Personne n'a pris mon avis. Ma belle-mère m'a vu en train de faire du pain et elle est allée demander ma main à ma mère. Puis elle est venue habiter avec nous. Elle m'a dit d'accoucher le premier enfant à la maison, et elle m'a laissée accoucher pendant trois jours. Elle m'a dit que je cuisinais mal* ».

Et Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) pleure en parlant de sa belle- mère et de la douleur qu'elle lui a causée :

« *J'avais envie de m'échapper de l'emprise de ma belle-mère. Mon mari ne m'a jamais défendue face à elle. Ya weely²²², c'était la fin du monde si ma belle-mère, qui habitait avec nous, me trouvait maquillée ou habillée avec des dessous attrayants. Elle me criait dessus* ».

En plus des restrictions imposées par la société aux *Masraweyyates* et aux *Masreyyates*, il leur est aussi imposé des **obligations morales et économiques**, entre autres, envers la famille et la société, et selon Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) : « *La société leur impose des obligations, mais elles souffrent d'ignorance et d'un manque de moyens d'assumer ces obligations, et n'ont donc pas le potentiel de les assumer* ». Par exemple si le mari ou le père sont absents du village (partis à l'armée, ou ayant émigré), tenir le commerce ou assurer les travaux des champs et de l'élevage, deviennent la

²²⁰ Lui donner un frère ou une sœur.

²²¹ Originaire de Haute-Égypte.

²²² Malheur à moi.

responsabilité de la fille et de la mère : « *Les femmes travaillent à l'intérieur et à l'extérieur. Mon père m'a sortie de l'école pour que je travaille dans les champs de maïs et de tomates et que je donne à manger au bétail* » se souvient Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée). Dès que les femmes se marient, elles sont sous la pression des responsabilités de la maison et des enfants : les hommes et la société les oppriment : « *Tout le fardeau des enfants est sur elle* » déplore Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer). Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) précise que la société impose ces mêmes obligations et pressions sur l'homme : « *L'homme a des pressions, des obligations, surtout matérielles, financières. Les femmes utilisent la loi de ahwāl el shakhseya²²³ pour 'sortir les yeux des hommes'²²⁴* ». De nouvelles lois ont été instaurées durant la présidence de Hosni Moubarak et inspirées par son épouse Suzanne Moubarak (Singerman 2005), sur l'obligation de pension à payer par l'homme, et ce même si la femme demande le *khol'*²²⁵, pas souvent appliquées, mais qui peuvent imposer de lourdes charges financières sur l'homme.

Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) a mentionné durant notre entretien un droit dont elle se sent lésée, celui d'être libre de se déplacer là où elle veut et quand elle veut. Il semblerait que cette limitation soit un concept de base dans la notion d'*el soura el namateyya lel mar'a* dont la traduction culturelle serait le concept de *harem*, qui se définit par rapport aux notions culturelles de base que nous avons évoquées, à savoir entre autres *el sharaf* et *kawwāma-tou al rajoul 'alā al mara'a*. L'on peut reprendre ici cette expression de Schick (2010) définissant le *harem* comme étant un *gendered space* pour évoquer l'emprise de la structure familiale sur les femmes égyptiennes et essayer de la décrire. Le mot *harām* en arabe littéraire signifie à la fois l'interdiction et le sacré : la *Ka'ba* à la Mecque est appelée la 'Maison sacrée' (*al bayt al-harām*). Le terme *harām* est l'opposé de *halāl* (ce qui est permis religieusement). Le mot *harem* (*harīm*) vient de la même racine arabe, et signifie que l'épouse est sacrée et interdite à tout autre que son époux. Conséquemment le *harem* est un lieu interdit où séjournent les épouses. Dans une mosquée, la salle de prière est désignée sous le nom d'*el harām*. Le *harem* représente au-delà d'un

²²³ Code d'état civil.

²²⁴ Expression signifiant 'mener la vie dure'.

²²⁵ Droit conforme à la Shari'a (loi islamique) où la femme éprouvant de l'aversion pour son mari obtient son accord pour le divorce, en échange d'un bien quelconque.

simple espace (Graham-Brown 1988), un idiome (symbolisant l'exclusion des femmes par la société arabe et la culture musulmane), comme l'explique Elie (2004), où les femmes sont, paradoxalement, exclues et gardiennes de la tradition islamique, de l'honneur des hommes de la famille et de toute la société :

'The harem syndrome', a complex ensemble of ideas and of nearly indelible images that have constituted a kind of doxology informing the discourse on gender in the Middle East as a whole. This ensemble of ideas includes the cult of domesticity of women that certain verses of the Quran seem to have sanctioned. [...] Today the cult is associated with women's relative exclusion from the public sphere and seclusion in the more modest abodes of present-day Muslim societies. This is coupled with the perception of women as the custodians of the Islamic tradition, values, and cultural authenticity as well as of men's honor. The latter role seemed to have justified the elaboration of a "code of modesty" as a mean of social control aimed at preventing women from betraying men's honor. In sum, this has led to the widespread and persistent view of women in the Middle-East as quintessential victims of Arab society and Islamic culture. (Elie 2004 : 139-140). Elie 2004

En plus du rôle religieux, social et culturel du *harem*, et de même que la structure familiale possède un pouvoir politique important en tant que sphère d'influence et de production, le *harem*, l'espace féminisé de la sphère familiale, en possède un tout aussi important et influant (Croutier 1989 ; Grosrichard 1979). En effet, bien que limité spatialement, l'influence du *harem* s'étend bien au-delà de ses limites géographiques (Dakhliya 1999) comme cela sera développé dans le dernier chapitre. Et là l'on peut évoquer la possibilité de définir Le Caire comme étant '*a gendered space*', selon la même conception du *harem*, mais à l'opposé de celui-ci, Le Caire est un espace non-accueillant pour les femmes, et plutôt abusif, car théâtre de la mise en scène de toute la *manzouma* et de toutes ses pratiques destructrices culturellement. Les deux espaces demeurent toutefois restrictifs à la fois pour les femmes et les hommes.

Toutefois, la situation économique que vit l'Égypte, surtout depuis 1967²²⁶ a poussé de nombreuses Égyptiennes, toutes classes socioéconomiques confondues, à sortir du *harem*, et à investir les espaces jusqu'alors réservés aux hommes, voire même à émigrer dans les pays du Golfe, notamment les femmes travaillant dans les domaines de l'enseignement et

²²⁶ Guerre des six jours.

de la santé (Tucker 1976), entraînant un conflit profond à l'intérieur de la notion de *harem* défendue par la structure familiale. En effet, c'est cette même famille qui, poussée par le besoin, accepte, voire même encourage ses femmes à travailler, contredisant ainsi la valeur essentielle sur laquelle est construite le *harem* et la famille : *el sharaf*. Le besoin économique est vu alors comme le premier adversaire de l'honneur de la famille, car le travail obligé de la femme (notamment dans une structure citadine remplie d'«étrangers», pouvant éventuellement l'agresser) est ressenti comme un échec des hommes à subvenir aux besoins de leur famille, voire une source d'humiliation. À cet égard, cet extrait de Cowell (1989a) donne, à mon sens un résumé très précis de la situation :

There is no emotional relationship that ties them [men and women]. Instead, there is a new language of money, self-interest, usury. [...] Oil and Economic Upheaval [...] The Islamic revival has been prompted by economic decline and a sense of a social transition. It has also given more authority to men, permitting them to use Islam's strictures on the modesty of women as a brake on advancement for women, despite Koranic injunctions and other Muslim rulings stressing sexual equality. President Sadat freed Egyptian men to travel to the oil-producing states of the Persian Gulf to seek a slice of the oil wealth that followed the price increases of the early 70's. And that had an impact on the women who were left behind. ' In the same period, a migration from the countryside to places like Cairo and Alexandria swelled Egypt's urban population. Women "lost their well-defined role in the fields and in the home"[...] "The Egyptian woman, and the Eastern woman in general, is suffering from a role conflict," said Dr. Madiha el-Safty, a professor of sociology at the American University in Cairo. "On one hand, she is the modern working woman and on the other, she is still the traditional housewife." (Cowell 1989a).

Cette confusion de rôle mentionnée dans l'article de Cowell (1989a) serait-elle en train de bousculer inmanquablement *el soura el namateyya lel mar'a* car imposée par une situation économique pressante, situation qui ne donne plus à la société les moyens financiers et pratiques de maintenir ses 'habitus' ? Et là, il serait peut-être important que l'on se pose la question de l'effet psychologique de cette confusion de rôles et de cette transition vers de nouveaux 'habitus' en devenir sur les *Masraweyyates* et les *Masreyyates* car, cette fois-ci, si ce ne sont pas *el'orf wal takalid* qui écrivent le script de la *manzouma*, quels en sont les nouveaux acteurs, les nouvelles composantes et les nouvelles pratiques qui en découlent ? Et ces dernières, échapperont-elles à la tentation de la reproduction d'une nouvelle dynamique de violence culturelle et symbolique, mais cette fois-ci jouée différemment, peut être sur un théâtre plus large, appelé la globalisation ? Et cette transition est-elle en

relation avec l'augmentation de la *'assabeyya* et du TPL en Égypte ? C'est à tous ces questionnements que l'on essaiera de réfléchir dans les parties qui suivent. Il est important de souligner que, le fait que cette transition ait été imposée par une situation matérielle extérieure issue d'une crise économique, et non pas le résultat d'une évolution culturelle interne de la société égyptienne, donne à cette transition un caractère traumatique qui laisse présager que ses implications sur les *Masraweyyates* et les *Masreyyates* à l'échelle individuelle et personnelle le soient aussi. En effet, les *Masraweyyates* et les *Masreyyates* seraient alors en train de passer d'une *manzouma* préétablie et connue à une *manzouma* nouvellement constituée. La *manzouma* préétablie, quoique traumatisante de par toutes les violences qu'elle contient, elle l'est de manière chronique, bien définie et connue des *Masraweyyates* et des *Masreyyates*, ce qui leur a permis de développer des stratégies socioculturelles d'adaptation pour y survivre, qui seront abordées plus loin. La *manzouma* nouvellement constituée, et à laquelle elles ont été confrontées de manière brutale, ne leur a pas donné le temps de mettre en place ni même de créer de nouvelles stratégies d'adaptation qui lui sont spécifiquement destinées. La brutalité de la transition, le manque de définition de la 'nouvelle *manzouma*' et l'absence d'identification de ses acteurs font d'elle, de ce fait, une source hautement traumatisante pour les *Masraweyyates* et les *Masreyyates*, en ce qu'elle contient de violence symbolique beaucoup plus subtile que celle d'*el'orf wal takalīd* (Wacquant 2016: 65). Pour illustrer ce dernier point, l'on peut évoquer les feuillets, et les médias en général, ainsi que la publicité qui y est faite, promouvant une certaine image de la femme idéale. Ceux-ci ont été reconnus, essentiellement par les personnes ressources et les intervenants, comme étant source de pression et de violence symbolique, non seulement sur les *Masraweyyates* et les *Masreyyates*, mais sur toute la société égyptienne. Les feuillets égyptiens (qui étaient prédominant sur les chaînes locales avant l'arrivée des satellites de télévision au début des années 2000), ont été remplacés sur les chaînes satellites par les feuillets brésiliens et mexicains, puis les feuillets syriens et surtout turcs qui les ont envahis tout récemment (Abu-Lughod 2005). Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) explique : « *Depuis trois ans, la Turquie est devenue une source d'influence culturelle importante pour l'Égypte, conséquence de*

certaines conditions²²⁷. Cette culture assouvit de nouveaux besoins émergents dans la culture égyptienne, et que la société égyptienne n'a pas les moyens, notamment économique, de combler ». Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) précise : « *La femme égyptienne se compare aux héroïnes des feuilletons turcs* », et il va plus loin : « *Les feuilletons turcs, la télévision, les médias, Pepsi, promeuvent une certaine culture et certains besoins. Et toi en tant qu'homme tu dois les assumer* ». Ahmed fait allusion aux nouvelles tentations économiques que dispensent ces informations transmises à travers les feuilletons étrangers et la publicité. Mais pour Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien), les pressions ne sont pas uniquement sur l'homme : « *Les demandes faites sur les individus sont plus importantes dans les villes très actives, avec un style de vie compétitif* ». Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) précise : « *Il est demandé aux femmes beaucoup de choses alors qu'elles sont ignorantes, les femmes souffrent plus dans ce cas-là des attentes qu'on a d'elles par comparaison aux attentes de la société par rapport aux hommes* ». Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) estime que le style de vie consumériste prôné par les médias, ainsi que les pressions imposées aux Égyptiens de se conformer à une image idéale ayant tel 'look ' et consommant tels produits et habitant à tel endroit, ont modifié la personnalité des Égyptiens : « *Aujourd'hui les mœurs ont changé. Les Égyptiens ne sont plus tayyebīn²²⁸. Selon le fameux dicton, 'les gens qui boivent du Nil y reviennent', maintenant avec ce changement de mœurs, les gens ne vont plus revenir en Égypte* ».

VI.2.2. Violence structurelle et *el manzouma*

Ruqya will invoke her poverty countless times—that of her father, and her own, as well as the poverty of her abused femininity, the poverty of women in a world ruled by men. (Pandolfo 2008 : 85).

La deuxième violence généralisée à laquelle doivent faire face les *Masraweyyates*, et les *Masreyyates*, est la violence structurelle qui, telle que précédemment définie, et tout comme la violence directe, est basée sur les éléments de la violence symbolique incorporés

²²⁷ Pendant la présente recherche de terrain (2012), le gouvernement égyptien de mouvance islamiste avait de nombreuses coopérations notamment culturelles avec son homologue turc de la même mouvance. Cependant, les séries indiennes ont remplacé les feuilletons turcs depuis parallèlement à la détérioration du climat politique entre l'Égypte et la Turquie.

²²⁸ Bons, gentils, généreux.

dans la culture (habitus). Ces éléments renvoient à des **concepts culturels** de base et à leurs dérivés pervertis, et qui dessinent, non seulement la **représentation** de la femme dans la culture égyptienne, mais aussi celle de tout membre de la société. Ces concepts sont ‘véhiculés’ par les différents **acteurs** de la *manzouma*, et agis en tant que **pratiques culturelles** destructrices structurelles (et directes). Dans cette *manzouma*, les structures sociales, culturelles et religieuses (récipient des éléments culturels constituant la violence symbolique), sont ensuite instrumentalisées au service de ces éléments culturels, et ce, en les amplifiant, en les perpétuant, tout en y rajoutant encore de nouveaux éléments de violence, mais cette fois-ci, une violence d’ordre politique et économique. La violence structurelle comprend donc, en plus d’éléments d’origine culturelle néfastes (pour les *Masraweyyates*, les *Masreyyates* et pour toute la société), d’autres tout aussi destructeurs, issus de la situation politique et économique que traverse la société (Foucault 1979).

L’un des effets négatifs central de la violence structurelle provoquée par les structures ou par les institutions égyptiennes est l’obstacle qui empêche les individus de se réaliser, comme exprimé par Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) : « *Nous vivons dans une nation où nous avons uniquement des devoirs, et pas de droits. En tant qu’Égyptiens, nous avons besoin du droit élémentaire à la survie* ». L’institutionnalisation en Égypte, notamment de l’élitisme, du racisme, du sexisme, entre autres, en sont des exemples, comme cela sera abordé par la suite (Galtung 1974).

Parmi les composantes de la violence structurelle, sources de violence et de pression sur les femmes de la communauté et sur toutes les personnes ressources, se trouvent : le système de santé, le système éducatif, les systèmes autoritaires (religieux, familial (*el bēt*)²²⁹ et policier) et enfin, le système financier. Le tout constitue un ensemble appelé *doghout el hayā*²³⁰ par Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) et Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat).

²²⁹ La structure familiale : Le foyer, la maison et aussi la famille.

²³⁰ Le stress des conditions de vie.

El bēt (structure familiale) est représenté par les obligations familiales, les tâches ménagères et les pressions du mari, et est souvent perçu comme étant source de pression et de violence, comme déjà vu dans la partie précédente : c'est l'institution du *gawāz* (mariage).

Et comme précisé auparavant aussi, deux systèmes pâtissent considérablement en Égypte : le système de santé et le système éducatif. Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) est catégorique : « *La société défigure le système de soins* ». Le système d'assurance médicale est précaire, les hôpitaux surpeuplés, insalubres et principalement situés dans les grandes villes. De même, les facultés de médecine et les facultés paramédicales sont surchargées, le niveau d'enseignement en détérioration perpétuelle et les salaires des employés à tous les niveaux, insuffisants et inadaptés au coût de la vie (Le Marcis 2005).

Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) raconte :

« Mon père est atteint de la maladie de Parkinson. Il est tout le temps nerveux et fatigué. La maladie de mon père nous a beaucoup affectés. C'est une maladie chronique. L'amener régulièrement à l'hôpital pour consultation, attendre des heures avant que son tour ne vienne, lui faire faire ses exercices de rééducation, payer ses médicaments : tout ça est très lourd à porter. »

Et Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) rajoute :

« Ma belle-mère m'a laissée trois jours accoucher à la maison. Ils ont refusé de m'amener à l'hôpital pour accoucher. Il fallait payer 30 livres d'assurance pour le grand hôpital d'Atfeeh²³¹ et personne ne voulait payer. »

Le système de santé défectueux et l'absence d'assurance santé pour tout le monde a un impact négatif sur le coût des traitements et leur manque de disponibilité (notamment l'interféron pour le traitement de l'hépatite C, un des taux d'infection les plus élevés au monde, et les soins de dialyse pour les insuffisances rénales extrêmement fréquentes), ainsi que l'insuffisance de soins infirmiers (la famille s'occupe elle-même des soins infirmiers du patient). De même, les maladies chroniques représentent un fardeau social, psychologique et économique très lourd (Sholkamy et Ghannam 2004).

²³¹ Ville du Gouvernorat de Gizeh, à quelques dizaines de kilomètres du Caire.

Le système éducatif soulève depuis des décennies la polémique. De nombreuses personnes citent la détérioration du niveau éducatif en Égypte, l'absence de terrain de sport et d'activités culturelles, la dégradation des bâtiments scolaires et la violence sous forme de harcèlement et de corruption. Selon un intervenant, Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) :

« Il y a une surpopulation d'écoliers dans les classes, une absence de fenêtres dans les classes, une absence de cours de récréation, de terrains de sport, comme dans certaines écoles à Dar el Salam (banlieue de Maadi). »

De même, le système d'orientation après la *sanaweyya 'amma*²³², se fait non pas sur les dispositions personnelles et les notes, mais sur les places réparties par le bureau des examens (Mostafa 2008). Le système éducatif souffre de nombreuses lacunes : manque de structures, manque d'enseignants, leur faible niveau et un système d'enseignement archaïque. La *sanaweyya 'amma* symbolise toutes les défaillances de ce système : « *L'orientation après la sanaweyya 'amma m'a traumatisée* » se plaint (Alia, 23 ans, célibataire, sans enfant, employée). Pour Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) cette étape a été très traumatisante : « *À la sanaweyya 'amma, je n'ai pas eu la note que je voulais pour rentrer à la faculté dont je rêvais, j'ai eu une pelade à cause du stress* ». Et Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) résume le problème de l'enseignement en Égypte : « *Le système éducatif dans les écoles et universités du gouvernement ne leur apprend pas comment penser, ceux qui savent comment penser quittent le pays pour de meilleures opportunités* ». De plus, dans les écoles en Égypte le phénomène de harcèlement ou de *baltaga*²³³ est très fréquent, entre les élèves et des enseignants sur les élèves (de nombreux incidents ont fait la une des médias relatifs dus à des enseignants qui frappent ou humilient les écoliers, incidents dont la violence peut atteindre le degré d'homicide, comme celui d'un élève à Alexandrie, tué récemment par son maître d'école à coup de règle) (Habib et al. 2013). Un autre exemple de l'abus de pouvoir et de la *baltaga* est donné par les femmes de la communauté, les personnes ressources et les intervenants, celui du professeur à la faculté qui, pour donner de bonnes notes aux étudiantes, leur demande des faveurs.

²³² Examen de fin des études collégiales préparant à l'entrée à l'université.

²³³ Terme en dialecte égyptien signifiant harcèlement pouvant être moral ou physique.

Les systèmes autoritaires (religieux, familial, policier, judiciaire, financier) sont une importante source de violence structurelle et d'oppression. Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) compare l'autoritarisme de sa mère « [...] à celui des Frères Musulmans, autoritarisme qui donne un sentiment de ellet el *hīla*²³⁴ »²³⁵. De plus, elle sent que Dieu n'est pas juste avec elle, comme les frères musulmans ne sont pas justes dans leur jugement et leur façon de gouverner alors qu'ils parlent au nom de l'Islam, et comme sa mère n'est pas juste avec elle alors qu'elle est très religieuse et pratiquante. De même Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) rapporte que son mari, un *sunni*²³⁶ est sa principale source de souffrance (Weber et al. 1993).

Le système policier est le deuxième système autoritaire mentionné par les personnes ressources et les femmes de la communauté. En effet, **la répression politique**, très présente en Égypte, et instrumentalisée par les policiers, a été souvent mentionnée. Elle se manifeste dans la vie quotidienne où les policiers peuvent utiliser leur pouvoir afin d'obtenir des gains personnels financiers ou moraux, système de corruption institutionnalisé appelé *al rashwa*²³⁷, *al fasād*²³⁸ ou *al kōsa*²³⁹. Le pouvoir absolu de la police est un phénomène dont se plaint la société égyptienne (Waterbury 1976). Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) évoque un incident traumatisant pour elle et toute sa famille : « *Le policier a accusé mon fiancé à tort qu'il était trafiquant de drogue, et il l'a mis en prison* ».

Le système judiciaire est, quant à lui, l'un des plus importants aspects de la violence structurelle mis de l'avant, surtout en ce qui a trait à la non application des lois et de la *Shari'a*²⁴⁰ (Lombardi 1998), comme l'exprime Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Mon mari ne m'a pas encore donnée mes droits après qu'il se soit remarié sans me dire* ».

²³⁴ Impuissance.

²³⁵ L'entretien avec Farida a eu lieu en 2012 pendant la présidence des frères musulmans à l'Égypte.

²³⁶ Musulman orthodoxe en dialecte Égyptien, sens différent de celui en Arabe classique qui signifie de confession Musulmane Sunnite.

²³⁷ Corruption, en arabe littéraire (Larousse 2008).

²³⁸ Terme en arabe littéraire, plus général que corruption signifiant la décadence de tout le système (Larousse 2008).

²³⁹ Courgette en dialecte égyptien, signifiant corruption (Abdennour 2007 : 62).

²⁴⁰ Loi islamique, corpus normatif.

». Et Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) explique : « *Mon mari ne prend pas en charge mon fils financièrement, alors que légalement, il est son père, et il est obligé d'assumer ses dépenses* » (Rehman 2007). Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) dit laconiquement : « *Encore faut-il qu'il y ait une loi pour commencer* ». Une variante du point précédemment cité, est la mauvaise application de ces lois du fait de leur multitude, leur complexité, et de la lenteur des procédures. Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) en tant qu'homme de loi explique : « *Les femmes utilisent la loi d'el ahwāl el shakhseyya²⁴¹ et font souffrir les hommes* ». Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) s'interroge : « *Les droits ? On ne sait pas maintenant si après le 25 janvier, il reste un peu de akhwanat el dawla²⁴², pour que les Frères Musulmans et leurs sympathisants aient des positions clé. La société civile a peur de ce qui va se passer après* ». Ces propos ont été recueillis en 2012, date à laquelle il y avait un gouvernement de mouvance islamiste au pouvoir.

Enfin le quatrième système porteur de la violence structurelle est le **système financier**, dont l'avènement des facilités de crédits offertes par les banques a fait augmenter la consommation et a créé des faux-besoins chez des personnes dont les ressources sont déjà limitées. Les endettements conséquents ont conduit à l'emprisonnement de nombreuses personnes (Abaza 2006). De plus, plusieurs banques égyptiennes à vocation islamique ont usurpé des sommes colossales de leurs clients dans les années 80-90 du siècle passé (après leur avoir promis des taux d'intérêt extraordinaires et des facilités de crédits illimitées), suite à la fuite de leurs fondateurs (les sheikhs *Al Rayan* et *Al Saad*), aboutissant aux suicides de plusieurs des personnes qui y avaient déposé toutes leurs économies (Cowell 1989b ; Talhami 1996 : 39).

Il est important de mettre en évidence, ici, que la situation financière des femmes sur le marché du travail est assez critique comme le montre ce récent rapport de UNWOMEN en Égypte, faisant d'elles un des maillons les plus faibles de la structure financière de la société :

²⁴¹ Le code personnel.

²⁴² La domination des postes clés de l'État par les Frères Musulmans.

Women's participation's in the labor market in Egypt is among the lowest in the world. Young women (aged 18-29) represent 18.5% of the total Egyptian workforce compared to over 50% representation of young men. The informal sector currently represents the main source of employment for new labor market entrants. Women's engagement in the informal sector differs from men, however; whereas most men in the informal sector are either wage-workers or employers, women are primarily non-wage workers contributing in various ways to household income or a family business, but with minimal safety nets. Egyptian women are undermined and constricted by cultural and social norms and conditions which make them poorer, less able to benefit from the rewards and protection of labor markets, and are more burdened by unpaid work that often goes unsupported and invisible to the state and its social policies. (UNWOMEN 2016).

Cette situation financière et économique précaire des *Masraweyyates* et des *Masreyyates* laisse supposer qu'elles sont de fait les plus vulnérables aux aléas économiques qui peuvent surgir brutalement surtout dans un contexte de globalisation et de crise économique mondiale depuis 2008.

*Doghout el hayā*²⁴³, source de violence et de pression sur les personnes rencontrées, est, comme précédemment mentionné, un ensemble **constitué de composantes de la violence structurelle** (le système de santé et le système éducatif entre autres). Dans un système de contrôle social (Foucault 1979), ces composantes de la violence structurelle sont mises en action par les systèmes autoritaires (religieux, familial (*el bēt* ²⁴⁴), policiers et financiers, et à leur profit, au détriment même de la plupart des personnes rencontrées (femmes de la communauté, personnes ressources ou intervenants). Le Caire, est pour cette thèse, '*the gendered space*', le théâtre²⁴⁵ où se jouent *doghout el hayā*, où le théâtre et son fonctionnement sont les structures, le script de la pièce (représentant les concepts culturels et les données politico-économiques) étant écrit et mis en scène par les systèmes détenant l'autorité et le pouvoir, et où les répondants (personnes ressources, intervenants et femmes de la communauté) sont soit les acteurs secondaires, les machinistes ou les spectateurs de cette *manzouma* (les rôles étant interchangeable et la dynamique très fluide selon les

²⁴³ Les pressions et les difficultés de la vie.

²⁴⁴ La structure familiale : Le foyer, la maison et aussi la famille.

²⁴⁵ Cette métaphore théâtrale est inspirée du vocabulaire foucauldien (Foucault 1975a, 1975b, 1977) mais aussi de Jenson (1991) dont la publication a une portée féministe et politique.

lieux, les circonstances, et les enjeux 'politiques')²⁴⁶. Pour appuyer cette vision l'on peut se référer au concept de pouvoir qui selon Foucault (2001a : 424) :

Il est vrai, me semble-t-il, que le pouvoir est "toujours déjà là".[...] Je suggèrerais plutôt (mais ce sont là des hypothèses à explorer) : - que le pouvoir est coextensif au corps social ; il n'y a pas, entre les mailles de son réseau, des plages de libertés élémentaires - que les relations de pouvoir sont intriquées dans d'autres types de relation (de production, d'alliance, de famille, de sexualité) où elles jouent un rôle à la fois conditionnant et conditionné ; - qu'elles n'obéissent pas à la forme unique de l'interdit et du châtement, mais qu'elles sont de formes multiples ; - que leur entrecroisement dessine des faits généraux de domination, que cette domination s'organise en stratégie plus ou moins cohérente et unitaire ; que les procédures dispersées, hétéromorphes et locales de pouvoir sont réajustées, renforcées, transformées par ces stratégies globales et tout cela avec les phénomènes nombreux d'inertie, de décalages, de résistances ; qu'il ne faut donc pas se donner un fait premier et massif de domination (une structure binaire avec d'un côté les "dominants" et de l'autre les "dominés"), mais plutôt une production multiforme de rapports de domination qui sont partiellement intégrables à des stratégies d'ensemble.

Doghout el hayā comme décrits par de nombreuses personnes interviewées sont dus à de multiples facteurs : les conditions économiques, les nouvelles obligations financières, la situation politique et les médias, bref la vie même au Caire avec la surpopulation, la pollution et le manque d'infrastructures urbaines. L'on découvrira les effets de ces *doghout el hayā* sur les *Masraweyyates* à travers les rencontres réalisées auprès des personnes ressources, des intervenants et des femmes de la communauté, puis chacun des facteurs identifiés par ces personnes comme faisant partie de *doghout el hayā* seront explorés pour enfin découvrir les caractéristiques du théâtre où elles se jouent, à savoir le Caire, cet espace genré (Borghi 2012).

La première à se plaindre de sa propre condition de femme et de médecin vivant et exerçant au Caire, est Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste), professeur de médecine renommée, bien qu'issue d'un milieu socioéconomique aisé, ressent les mêmes *doghout el hayā* que les autres *Masraweyyates* rencontrées et qui sont de condition moins favorisée. Elle explique : « *Les femmes travaillent à l'intérieur et à*

²⁴⁶ Ou encore un théâtre d'opération chirurgicale comme dans cette intéressante publication prenant comme référence Foucault, pour utiliser une métaphore plus médicale (Riley et Manias 2002).

l'extérieur de la maison. Je sens que je suis superwoman. Je passe à la télé et je fais la vaisselle ». C'est ce que confirme Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) : « *Il y a des pressions sociales sur la femme de porter de nombreuses responsabilités, entre autres celles des enfants* ». Comme mis en exergue précédemment, le machisme et la discrimination par le genre sont profondément ancrés dans la culture égyptienne, et traduits puis exprimés à l'intérieur de tous les systèmes qui structurent la société égyptienne (Perry et Albee 1998), ce que rappelle Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) : « *Les hommes ne donnent pas aux femmes leurs droits* ». Parmi les droits dont les *Masraweeyyates* sont privées figure le droit d'expression et de création. C'est ce que confirme Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) : « *Il n'y a pas d'exutoires où les femmes puissent évacuer la pression qui pèse sur elles et l'oppression qu'elles subissent* ». En effet, les nouvelles obligations économiques et sociales obligent les femmes à travailler pour subvenir aux besoins de la famille de leurs parents (avant qu'elles ne se marient) et aux besoins de leur propre famille après leur mariage. Cependant, elles ne sont octroyées ni les droits ni les moyens qui lui permettraient d'assumer ces obligations sans se sentir opprimée et sous pression. Ces témoignages sont l'expression des pratiques culturelles et structurelles destructrices, qui affectent non seulement les *Masraweeyyates*, mais toute la société égyptienne, et dont la cristallisation est la vie au Caire. Pour Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat), la violence structurelle ne se limite pas au sexisme : « *Même les hommes ne reçoivent pas leurs droits et ont sur eux des pressions financières. Les gens ne trouvent pas de quoi manger : doghout el hayā* » (figure 12).



Figure 12 : *Doghout el haya*. Hommes transportant des bombonnes de gaz a plusieurs sur une même moto au Caire
(Source : <http://www.shorouknews.com>)

Pour en revenir au système financier, les obligations financières représentent une des principales sources de pressions, sur toutes les personnes interviewées, hommes ou femmes, incluant les personnes ressources, les intervenants et les femmes de la communauté. La situation économique depuis la révolution s'est considérablement détériorée²⁴⁷, et Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) fait noter : « *Le taux de chômage a beaucoup augmenté surtout chez les hommes après la révolution* »

. Même les salariés dans la fonction publique se plaignent de la faiblesse des salaires par rapport au coût de la vie, comme le fait remarquer Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) dont le salaire de professeur à la faculté de médecine reste dérisoire. Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) explique : « *L'homme est comme un portefeuille. Il travaille, il revient à la maison, et il dort. Son épouse veut sentir qu'il est non seulement un mari, mais un support, comme un père pour elle* ». C'est ce que confirme aussi Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) :

« Les pressions financières sont surtout sur l'homme. Dans une conférence que l'association Wa'y avait organisé à el Marg²⁴⁸ pour les hommes et la violence domestique, les hommes ont dit qu'ils étaient obligés de travailler toute la journée et une partie de la soirée, et à cumuler deux et trois boulots pour subvenir aux besoins de la famille et régler toutes les dépenses du foyer. »

²⁴⁷ La brutale dévaluation de la livre égyptienne en novembre 2016 face au dollar américain et à l'euro n'a fait qu'accentuer cette tendance (Torchia et Aboulenein 2016).

²⁴⁸ Banlieue populaire nord du Caire.

Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) se souvient de son défunt mari, et du poids des obligations financières sur sa santé déjà fragilisée par une maladie chronique qui a abouti à sa mort prématurée :

« Il travaillait au Caire et revenait chaque semaine au Fayoum, mais personne ne lui disait rien. De toute façon, il n'acceptait de ne rien entendre de qui que ce soit, il arrivait très fatigué. Mon mari voulait montrer à sa famille du Fayoum qu'il ne s'était pas trompé quand il les a quittés, qu'il a abandonné les terres de la famille et est allé vivre seul au Caire, en nous laissant au village. C'est pour cela qu'il travaillait beaucoup pour bien gagner sa vie. »

La situation financière du père, du fiancé ou du mari a des répercussions sur la femme : « *Il me donnait dix livres par jour pour acheter des pâtes et de la molokheya²⁴⁹, et je devais me débrouiller et nourrir six personnes* » avoue Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage). « *Maintenant, j'ai un problème financier à cause du manque de revenus de mon mari, et je ne trouve plus d'argent pour la fin du mois* » se plaint Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer). Maha (38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse) explique ce qu'elle a dû faire pour aider financièrement son mari : « *Pour aider mon mari, je faisais tout : Je grillais le maïs dans la rue, vendais la soubiya²⁵⁰ devant les écoles et les cinémas, je n'avais pas le temps de m'occuper des besoins personnels de mon mari* ».

Alia, 23 ans (célibataire, sans enfant, employée) est sous la pression de ses parents pour accélérer son *gawāz* (mariage) mais : « *La situation financière du père de mon fiancé est modeste, c'est ce qui retarde notre mariage* ». Ce dernier fait est reconnu par Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) et par Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe) comme étant un grand problème affectant la société égyptienne, conséquences des pressions économiques pesant sur les familles : « *Le retard de l'âge de mariage est un phénomène important dans la société, surtout au Caire* ». De plus les conditions et les structures de travail demeurent difficiles : « *Il y a des pressions dues au travail* » explique Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) et qui l'affecte aussi personnellement dans son cabinet, surtout depuis la révolution, pour des raisons politiques. Le mari de Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) travaille comme

²⁴⁹ Plat populaire à base de corète potagère.

²⁵⁰ Boisson populaire égyptienne à base de lait et de riz bouilli.

ouvrier, et son usine passe par une crise financière depuis la révolution, avec une menace quotidienne d'annoncer sa fermeture, ce qui met Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) et son mari constamment sous tension : « *Mon mari revient toujours avec des mauvaises nouvelles du travail* ». Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) explique :

« Il n'y a pas de système au travail, pas de description des tâches à accomplir, pas d'impôts : tout le système est corrompu. Même dans les multinationales implantées en Égypte, il n'y a pas de système. Les femmes ont des problèmes pour le congé de maternité. Je vais déposer une plainte contre la banque américaine où travaille ma femme, car s'ils étaient en Amérique, ils auraient respecté la loi pour son congé de maternité. »

Être dans le besoin économique a été souvent cité comme la principale source de souffrance par de nombreuses personnes interrogées notamment les personnes ressources comme Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) qui se plaint : « *Les pressions économiques sont très importantes et il y a une grande difficulté yakoul 'eish²⁵¹, el fa' r wehesh²⁵²* ».

D'autres composantes de *doghout el hayā²⁵³* sont l'abus de pouvoir, très fréquemment exercé par les supérieurs hiérarchiques (notamment sur les femmes) et certains collègues, auxquelles s'ajoutent les conditions de travail déplorables (avec de longues heures de travail, l'absence d'horaires adaptés aux mamans et aux femmes et l'absence prolongée des pères) ; tout ceci met énormément de pression sur les *Masraweyyates* (Barsoum 2010 ; Hattar-Pollara et al. 2003). Dans le monde du travail, la femme est traitée comme étant inférieure. Le salaire du fonctionnaire ne suffit pas à subvenir à tous les besoins du foyer. Et même lorsque le salaire est important, comme dans certaines compagnies étrangères, les conditions de travail demeurent abusives surtout par rapport aux femmes qui ont des obligations familiales et sont mères et épouses : il y a rarement des crèches sur le lieu de travail et il est très difficile pour une femme de garder son emploi et son poste si elle demande un congé de maternité. Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique)

²⁵¹ À gagner sa vie.

²⁵² La pauvreté est moche.

²⁵³ Les pressions et les difficultés de la vie.

spécifie que les étrangers venant travailler en Égypte, et plus spécifiquement à Maadi (qui comprend de nombreuses compagnies pétrolières américaines et des compagnies multinationales), sont des modèles modernes des négociants blancs ou *white traders*, et abusent souvent de leur pouvoir s'ils emploient des fonctionnaires égyptiens. Bien que les salaires offerts dans ces compagnies soient largement supérieurs à ceux offerts dans les compagnies égyptiennes, les horaires de travail sont souvent abusifs, et la distribution des tâches n'est souvent pas conforme à la description de la position telle que l'avait acceptée la personne à son embauche. À l'encontre des autres pays où se trouvent des éventuelles branches de ces multinationales, et où le département des ressources humaines joue un rôle important pour le respect des droits et du bien-être des fonctionnaires selon le code éthique de la compagnie.

Par ailleurs, et comme déjà mentionné, les médias sont un facteur très important contribuant à aggraver *doghout el hayā*. Les médias, la publicité, les chaînes étrangères captées par satellites ainsi que les produits de consommation (notamment les produits alimentaires) mettent la pression sur les hommes qui doivent pouvoir acheter ces produits, ainsi que sur les femmes pour ressembler aux top modèles et aux actrices selon Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) et Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) : « *Les femmes veulent être à l'image des actrices dans les feuilletons turques, ce qui met sur elles et sur les hommes une grande pression* ».

La situation politique agitée en Égypte durant la collecte des données a été pressentie comme extrêmement stressante par de nombreuses personnes, de même que l'impact socioéconomique de cette agitation sur la population égyptienne, comme l'exprime Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) : « *La révolution et le changement d'un régime autoritaire militaire à un autre régime autoritaire, celui des Frères Musulmans, est une sorte de violence que nous subissons* ». Et Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) précise pour expliquer la précarité des infrastructures publiques dans certaines zones : « *Les régions comme la Haute-Égypte, le Sināi et certaines zones dans les grandes villes d'Égypte comme le Caire et Alexandrie, sont négligées par le pays surtout après la révolution du 25 Janvier 2011* ». En effet, les **infrastructures publiques**

dans les zones nommées, sont défectueuses et la surpopulation galopante aggrave chaque jour un peu plus la situation : insalubrité et rareté des logements publics, inaccessibilité des routes, désordre et manque de sécurité des transports publics et pollution. Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) se plaint : « *Je suis fatiguée dans ce pays, fatiguée du manque de logement. Les jeunes ne peuvent pas se marier, et donc ne peuvent pas avoir une vie stable s'ils ne s'installent pas dans leur propre appartement* ». En parlant de la vie au Caire, et notamment de la **surpopulation et des routes**, Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) dit :

« *El hayā morra*²⁵⁴. Il n'y a pas de rues asphaltées dans certaines rues de Maadi. Dans certaines zones de Maadi, comme le quartier Bassatīn, les habitations sont surpeuplées, mal aérées, collées les unes aux autres et les ruelles ne sont pas asphaltées le plus souvent, comme en Chine. Les pressions de la vie augmentent avec la modernité et le développement. *El balad*²⁵⁵ en lui-même est synonyme de pression. Plus les villes sont grandes et actives, plus il y a de pressions. »

Les rues, le métro et tous les endroits publics sont bondés de gens. Le trafic est très dense et il est très difficile de stationner : « *Il me faut une heure pour me garer* » précise Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). La violence au volant est un phénomène très fréquent dans les rues du Caire, et c'est une violence souvent physique par le moyen de la voiture sur les autres voitures : « *Dans la rue en conduisant on braque sur moi* » précise Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer), s'y ajoute la violence sexuelle dans les transports publics ; « *Ma sœur et moi on ne supporte pas le microbus à cause du harcèlement sexuel* » (Rana, 21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante).

De même, **la pollution**, qu'elle soit visuelle, auditive ou atmosphérique, est un facteur qui ajoute au sentiment de stress ressenti à cause de la violence omniprésente au Caire sous toutes ses formes (sexuelle, physique, verbale, etc.) sans citer la chaleur, plus ressentie encore à cause du manque d'espaces verts, de la pollution par les véhicules anciens et défectueux, par la promiscuité des habitations (le Caire a un des taux de densité de population les plus élevés au monde : 19,376 habitants par kilomètre carré (World Population Review 2016)).

²⁵⁴ La vie est amère.

²⁵⁵ Le pays, mais ici désigne Le Caire.



Figure 13: Vue satellite du grand Caire
(Source : Google Maps)

Et maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) résume la vie au Caire :

« Il n’y a pas de trottoir pour les humains. On manque de tout, des besoins vitaux, à commencer par l’air même que l’on respire, qui est pollué. Les gens ont besoin qu’on les traite au moins comme des êtres humains. Et à cause de ce stress, on se bat pour tout. »

Doghout el hayā au Caire, ville genrée, comme évoqués dans cette partie, font référence à la notion de violence structurelle (incluant la violence urbaine) qui pourrait être approfondie en l’appliquant au Caire et à ses habitants. Cette violence structurelle et urbaine (McIlwaine 2013;Winton 2004) atteint aussi bien les ‘*ashwaiyyāt*²⁵⁶’ des exclus que les ‘*compounds*’ des nouveaux-riches, et est l’expression condensée de toutes les violences évoquées, le théâtre de cette expression violente étant la ville du Caire (Abaza 2014 ; Bayat 2007 ; Ghannam 2013 ; Nada et El Daw 2010).

La structure urbaine du Caire est composée de quartiers juxtaposés où les habitants sont regroupés selon leur niveau socioéconomique ou leur appartenance ethnique. Le quartier de Maadi en est un exemple, lui-même délimité en sous-quartiers selon les critères socioéconomique ou ethnique de ses habitants (Barakat 1993 : 62). Les habitants du Caire, comme ceux du quartier de Maadi, sont soit des citoyens de longue date ou plus récents, ou

²⁵⁶ Les bidonvilles.

bien des immigrants ruraux de fraîche date. **Les citadins** ou *hadar* comme appelés par Ibn Khaldun (1986) ont, depuis des siècles, des rôles bien définis selon lui (certains assurent l'approvisionnement en aliments, le gîte et l'habillement des habitants de la ville et d'autres le commerce et la fabrication) (Barakat 1993 : 61).

Abdel-Fadil (1980) a divisé les citadins égyptiens de la fin de l'ère de Nasser en quatre classes: la grande bourgeoisie, qui durant cette période a consisté en la couche supérieure des hauts fonctionnaires de l'état, des grossistes, des entrepreneurs capitalistes et des entrepreneurs-bâisseurs et l'élite des professions libérales (médecins, avocats) ; la petite bourgeoisie composées des artisans possédants leur propre échoppe, les petits commerçants, les employés non-manuels (les technocrates, les fonctionnaires moyens, les enseignants d'école, les soldats professionnels, et les étudiants) ; la troisième classe est celle des travailleurs salariés ou des travailleurs prolétaires ; et la dernière classe est celle des lumpenproletariat (travailleurs occasionnels, vendeurs de la rue, colporteur, domestiques et sans-emploi, c'est-à-dire les masses des parias et des déshérités (Barakat 1993 : 74-75 ; traduction libre).

La plupart des habitants du Caire en général, et de Maadi en particulier, sont des **immigrants originaires de régions rurales**, le plus fréquemment de Haute ou de Basse Égypte. Janet Abu-Lughod (1961), en décrivant l'évolution de la population urbaine dans les grandes villes d'Égypte notamment celle du Caire, parle d'une « [...] *urbanization of large segments of [...] peasant folk* » et de « [...] *continual ruralization of the cities* » (Abu-Lughod 1961 : 22-23 citée dans Barakat 1993 : 60), ce qui suggère qu'un certain degré d'intégration de cette population a constamment lieu. Les villageois plus éduqués rejoignent les rangs de la classe moyenne comme fonctionnaires de l'État, ouvriers salariés, propriétaires de magasins, enseignants, professionnels et officiers de l'armée, mais une vaste masse de paysans pauvres s'est convertie en *lumpenproletariat*²⁵⁷, composé d'ouvriers journaliers, vendeurs de rue, porteurs, cireurs de chaussures, ramasseurs d'ordures, domestiques, chauffeurs, soldats, qui habitent les zones des bidonvilles surpeuplées, bondées, entourant les villes (Barakat 1993 : 60).

« *What the tribe is to the bedouin and the extended family is to the village, neighborhoods and institutions are to the city* » (Barakat 1993 : 62). En effet, les habitants de la ville, dans

²⁵⁷ Terme marxiste signifiant 'prolétariat en haillons' (Encyclopedia Universalis 2016).

leur quête d'appartenance et de restructuration sociale, après avoir quitté leur structure sociale d'origine, échangent la tribu (pour ceux d'origine bédouine) ou la famille élargie du village d'origine (pour les autres), par les voisins (définis comme étant ceux habitants la même *hāra*²⁵⁸) et par les institutions de la ville qui l'encadrent (la mosquée ou l'église, l'école, le marché, et pour les plus chanceux le club sportif). De ce fait, les valeurs dans les '*ashwaiyyāt*²⁵⁹ et la culture de la pauvreté sont très différentes des valeurs urbaines de la *hāra*, des quartiers populaires traditionnels du Caire comme l'on verra plus loin. Dans les '*ashwaiyyāt*, le voisinage est en perpétuel mouvance, avec l'arrivée et le départ constants de nouveaux migrants selon qu'ils trouvent ou pas de travail régulier et de logement stable. De même les structures sociales y sont inexistantes, ou si elles existent ce sont des structures 'parallèles' aux structures 'légales' ou officielles, mentionnées précédemment, une sorte de culture du marché noir, de loi coutumière des '*ashwaiyyāt* car beaucoup de commerces, de prestataires de services n'y ont pas d'autorisations officielles d'exercer. Dans la *hāra* « [...] *members of the two sexes in the hara treat each other with familiarity similar to that existing among members of the same family* » (Barakat 1993 : 63). Il est à préciser que Maadi, le quartier où cette recherche a pris place, contient des zones populaires traditionnelles pauvres comme '*arab el Maadi* et des zones '*ashwaiyyāt* à sa périphérie.

Il est intéressant de constater que les quartiers du Caire ressemblent à des villages juxtaposés. D'ailleurs le Caire est appelé en dialecte égyptien *Masr*, ce qui signifie Égypte, comme si tous les villages d'Égypte étaient représentés au Caire, et que le Caire, comme l'Égypte, les contenait tous. Barakat (1993 : 59-60) souligne que les valeurs retrouvées dans ces quartiers cairotes, sont des valeurs traditionnelles issues de ces villages, très estimées par la culture égyptienne, et qui sont notamment la simplicité, l'humilité, la

²⁵⁸ Signifie allée en dialecte égyptien et désigne l'espace entre deux habitations dans les quartiers populaires ou un petit groupe d'habitations du voisinage, terme rendu célèbre par le roman du prix Nobel de littérature Naguib Mahfouz (*Awlad Haretna*) (Mahfouz 2009).

²⁵⁹ Bidonvilles.

*hameimeyya*²⁶⁰, l'hospitalité, l'endurance et *el sabr*²⁶¹ (Barakat 1993 : 59-60)²⁶². Plus spécifiquement, les '*ashwaiyyāt*, ces formations rurales ou semi-rurales aux confins des grandes villes comme Le Caire, sont très nombreuses et surpeuplées, d'où l'utilité de comprendre la personnalité du *fallah*²⁶³, du *sa'idy*²⁶⁴ ou du *badawy*²⁶⁵ qui demeure quasi-intacte après son installation au Caire, et ce, afin d'avoir une idée de la complexité des valeurs culturelles qui nuancent ces comportements. L'attachement à *el ard*²⁶⁶ et à *el beit*²⁶⁷ semble être à la base de plusieurs émotions et comportements, ainsi qu'à la base de différents aspects de la personnalité du migrant au Caire, tels que la dignité, le sentiment de sécurité et d'appartenance, et la notion de *sharaf*²⁶⁸ vue au préalable. D'autres **valeurs familiales** dans la culture paysanne portent de nombreuses caractéristiques, comme les notions de maternité (qui symbolise fertilité et une infinie générosité), fraternité, respect des parents et des personnes âgées, obéissance, patience, spontanéité, simplicité, coopération, voisinage (cette dernière notion est plus valorisée dans la culture paysanne) (Barakat 1993 : 58).

Les valeurs religieuses des paysans sont issues de leur environnement immédiat plutôt que des textes ou des institutions religieuses, et de l'expression concrète de la foi plutôt que des notions philosophiques abstraites. Leur religiosité profonde est centrée sur les saints, les sanctuaires, et les rituels. Elle sert de structure et de mécanisme qui leur permet d'être en relation avec leur environnement, et de faire face aux problèmes quotidiens. (Barakat 1993 : 59 ; traduction libre).
L'une des valeurs religieuses les plus dominantes dans le village est la *baraka* (Mekki-Berrada 2013) « [...] *car la vie des villageois est naturellement liée aux récoltes saisonnières et à l'exposition directe aux forces environnementales. D'autres valeurs sont*

²⁶⁰ Sentiment d'intimité et de chaleur humaine, à mon sens très caractéristiques de la culture égyptienne, et dont la disparition à cause du rythme accéléré de la vie moderne peut être liée au développement de souffrance psychologique comme la '*assabeyya*.

²⁶¹ La patience.

²⁶² À l'opposé, certains écrits tels que ceux de Critchfield (1978) décrivent la culture du fellah comme un collage d'images orientalistes juxtaposées, découpées, plagiées de l'œuvre du père Ayroul (1938), ne mettant en relief que l'aspect négatif de cette culture, images nées de l'intérêt soudainement porté à l'Égypte, après la rébellion des populations rurales du Moyen-Orient entre les deux guerres (Mitchell 1990 :130).

²⁶³ Paysan du Delta de la Basse-Égypte.

²⁶⁴ Paysan de Haute-Égypte.

²⁶⁵ Bédouin de la péninsule du Sinaï ou du Sahara Occidental et des oasis comme Siwa.

²⁶⁶ La terre.

²⁶⁷ La maison.

²⁶⁸ Honneur.

*très similaires à cette approche, à savoir le dévouement, la patience, le respect, et le contentement*²⁶⁹ » (Barakat 1993 : 59 ; traduction libre). Ces valeurs, comme le précise Barakat (1993 : 59 ; traduction libre) : « [...] *ne doivent pas être confondues avec les notions de soumission ou de résignation, souvent attribuées, à tort, à la culture paysanne* », et le confirme Ghannam (2013).

Il serait intéressant d'explorer l'effet du développement des nouvelles valeurs qui pourrait éventuellement émerger spécifiquement des *'ashwaiyyāt* (ce que certains appellent la culture de la pauvreté) et leur effet sur la santé mentale (Muggah 2012). Pour de nombreux académiciens et chercheurs, le nombre croissant de bidonvilles est une maladie sociale, et est l'une des causes principales de la disparition de la moralité et des valeurs familiales ainsi que de la production d'une culture de la violence et d'un style de vie anormal. C'est aussi l'avis de Bayat et Denis (2000 : 185 ; traduction libre) concernant le Caire qui est actuellement perçue : « [...] *comme une cité géante et étouffante par la surpopulation, probablement due à l'afflux de fallahīn*²⁷⁰, *ce qui est dit menacer sa configuration urbaine et la transformer en une ville de paysans. De même son écologie est transformée par l'expansion des 'ashwaiyyāt qui 'ruralisent' les centres urbains égyptiens* ». Pour les auteurs, il y a une inquiétude grandissante durant les dernières décennies : « [...] *que la migration rurale ait jeté les bases d'une explosion sociale majeure à cause de la prévalence de la pauvreté et du chômage et de l'ébranlement des relations familiales, et qu'elle soit à l'origine du développement d'une maladie sociale et d'un comportement 'anormal' comme le manque d'intimité, la surpopulation, la violence, et la prévalence de l'immoralité* » (Bayat and Denis 2000 : 185-186 ; traduction libre).

Les différentes sortes de violence vécues par les habitants des *'ashwaiyyāt* et des quartiers défavorisés du Caire sont à l'origine de cette culture de la pauvreté. Lewis (1998 : 7 ; traduction libre) explique que : « [...] *les personnes dans la culture de la pauvreté ont un fort sentiment de marginalité, d'impuissance, de dépendance et de non-appartenance. Ils se sentent étrangers dans leur propre pays, et sont convaincus que les institutions en place*

²⁶⁹ El reda.

²⁷⁰ Les paysans.

ne servent pas leurs intérêts ni leurs besoins ». Certaines caractéristiques résultant de la culture de la pauvreté sont prises en charge, aux États-Unis, par des professionnels de la santé mentale, comme l'explique Lewis (1998 : 9), mais pour lui ceci n'est pas possible dans les pays en voie de développement, vu le nombre élevé de personnes souffrant de cette culture ; et selon lui « [...] *ce n'est plus tant l'amélioration des conditions de vie qui serait un remède mais plutôt une idéologie révolutionnaire* » (Lewis 1998 : 9 ; traduction libre), peut-être comme celle qui sera vue plus loin.

Cairo Institute of National Planning (1996) précise que durant les dernières années, Le Caire a connu un processus de ruralisation avec la croissance de plusieurs formations rurales et des ensembles semi-ruraux aux frontières de la ville. Conséquemment, plusieurs nouvelles sous-populations dans la ville ont un style de vie distinct qui les caractérise, et elles se déplacent en circuits fermés, comme dans des îlots isolés. Les auteurs trouvent « [...] *déconcertant que 20 % de toute l'Égypte et plus de la moitié du grand Caire, qui vivent dans des 'ashwaiyyāt, soient considérés des étant des outsiders, vivant dans des conditions 'anormales'* » (Bayat et Denis 2000 : 197 ; traduction libre).

Tout comme les 'ashwaiyyāt sont considérées comme des zones d'exclusion, les nouveaux *compounds*²⁷¹, sont une autre forme d'exclusion de la ville, où les habitants des deux zones demeurent séparés les uns des autres (Al-Mékkawi 2015 ; Stadnicki, 2012). Pour Bayat et Denis (2000 : 199 ; traduction libre) :

[...] ce qui est 'anormal', plus que les 'ashwaiyyāt, ce sont les villes privées opulentes avec des villas luxueuses équipées de piscines et d'équipements sportifs. Cette tendance marque la transition du Caire d'un modèle européen d'une ville compacte comme Londres à un modèle américain de développement spatial vaste et étendu comme Los Angeles où l'identité, l'histoire, la mémoire et le symbolisme (du centre-ville) sont perdus au profit des sous-centres diversifiés. [...] Ce n'est plus Zamālek ni Maadi qui sont les symboles de prestige mais plutôt ces cités privées. Le discours politique relatif aux 'ashwaiyyāt a aussi contribué à l'émergence de ces villes privées dont les habitants gardent leur distance de la sévérité de la pauvreté, de la violence et de l'islam politique qui semblent avoir atteint leurs anciens lieux d'habitation.

²⁷¹ Groupement d'habitations luxueuses situées dans des villes privées.

Une des conséquences de la culture de la pauvreté est le refuge dans les liens familiaux et la religiosité, et parfois la combinaison des deux entraîne l'adhésion à des groupes intégristes qui prennent le relais de la famille (Barakat 1993 : 65). C'est ce que confirme Singerman (2006), en mettant en exergue le rôle primordial des valeurs de la famille, fait utilisé par les islamistes pour assoir leur emprise sur les populations défavorisées. Dans ce contexte, la famille fait partie intégrante de la société civile, qui est elle-même une aire politique très importante :

Cependant, il est pertinent de préciser que la violence islamique, notamment politique, n'est pas portée par les victimes de 'la culture de la pauvreté' (et de ce fait représente un phénomène beaucoup plus complexe au-delà du fait d'être la directe et simple conséquence de la pauvreté et de l'ignorance), mais elle est plutôt véhiculée par de jeunes intellectuels, ne souffrant pas des caractéristiques de la culture de la pauvreté (Bayat et Denis 2000 : 199 ; traduction libre).

Par ailleurs, la culture des *'ashwaiyyāt* a engendré un nouveau genre musical appelé *mazziket el maghraganāt*²⁷² ou simplement *el maghraganāt*, une sorte de musique techno d'origine *sha 'bī*²⁷³, un sujet qui intéresse beaucoup les chercheurs étudiant l'évolution anthropologique du Caire. Cette musique semble représenter un tournant dans la culture urbaine du Caire, jouée partout dans les *toktok*²⁷⁴ des ruelles bondées des *'ashwaiyyāt*, dans les microbus, sur les petites felouques colorées du Nil. Elle semble envahir la totalité de l'espace sonore public urbain depuis la révolution, d'où l'expression utilisée par García (2014) *From El Hāra to El Midān*, en référence à Midān Al-Tahrīr et à la portée révolutionnaire de cette musique qui a dépassé les frontières de la musique du *sha 'bī*. Cette invasion par *mazziket el maghraganāt* de l'espace sonore public urbain égyptien s'est faite d'une manière tentaculaire, un peu comme cette violence urbaine dont elle est le produit, comme on peut le percevoir à travers le rythme saccadé et les paroles agressives hachées racontant *doghout el hayā* (Benchouia 2015). Il serait intéressant de découvrir comment les femmes sont représentées dans ce genre musical symbolisant l'émergence de cette culture *Masraweyya*, surtout que les jeunes filles, bien que voilées, mais en jean, n'hésitent pas à danser dans les lieux publics sur le rythme de cette musique (El-Falaky 2015 ;

²⁷² La musique des festivals.

²⁷³ Populaire.

²⁷⁴ Petit véhicule à trois roues d'origine indienne.

Ghannam 2013). Il semble que l'émergence de cette musique, son adoption par la culture urbaine et son appropriation par les jeunes *Masraweyyas* (filles et garçons), comme moyen de se libérer des ruelles étroites des *'ashwaiyyāt* et des *doghout el hayā*, pourrait représenter une réponse au questionnement de Bhabha (1990) :

So where do we turn, we who see the limits of liberalism and fear the absolutist demands of fundamentalism? (Bhabha 1990 cité dans Fischer 2002 : 62).

Il semblerait que les jeunes, notamment les jeunes femmes aient été séduites par cette musique issue du *sha 'bī*, et non pas *gharbi*²⁷⁵, ce qui aurait risqué de l'exposer aux critiques de son entourage de ne pas être fidèle à sa culture, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, cette musique est disponible partout, et la danse sur ses sons n'est pas montrée du doigt car les jeunes des deux sexes la dansent de la même façon. De plus, la fille peut la danser même voilée car elle n'est pas composée de mouvements pouvant être taxés de sexuellement provocateurs, ce sont juste des mouvements saccadés du corps comme ceux dans la danse techno ou *trance* des jeunes occidentaux, ou ceux des femmes durant le *zār*, faisant de cette danse peut-être un aspect urbain et moderne de la transe (Gregorian 2013). De cette danse l'on pourrait s'inspirer pour explorer le sens du corps dans le contexte de cette recherche, selon Butler (1989), Fanon (2008), Foucault (1975a, 1975b, 1977) et Martin-Baro (1994) pour qui, il est le lieu où s'inscrit la politique du pouvoir, notamment celle du libéralisme, du fondamentalisme et du racisme: « *The body is [...] directly involved in a political field; power relations have an immediate hold on it; they invest it, mark it, train it, torture it, force it to carry out tasks, to perform ceremonies, to emit signs.* » (Foucault 1977 : 25-26). L'on pourrait ajouter que le corps de ces jeunes *Masraweyyates*, qui dansent dans les espaces publics, est le lieu où s'inscriraient le post-modernisme et le post-colonialisme représentés par cette musique et par son émergence depuis la culture des *'ashwaiyyāt*, sorte de révolte contre tous ces 'ismes'. La révolte des *Masraweyyates* à travers leur danse 'transe' dans les espaces publics sur les sons des *maghraganāt* peut avoir été enclenchée par le fait que leur corps, tout comme celui des femmes occidentales, a été assailli par la société de consommation et qu'elles sont en train de devenir victimes de *the tyranny of fashion* (la tyrannie de la mode) expression de Lila Abu-Lughod (2002b)

²⁷⁵ Étranger, occidental.

par laquelle elle veut rappeler que même les femmes aux États-Unis ne sont pas libres du choix de leurs habits, et qu'elles sont sous l'emprise de la mode, de la société de consommation et de certains critères corporels très strictes de poids et de mensurations corporelles (Abu-Lughod 2002b : 785-786). À l'autre bout du spectre des modes et des pourcentages de surfaces corporelles cachées, l'Occident dresse une image caricaturale des pratiques musulmanes comme étant les forces envahissant et emprisonnant le corps de la femme, ce qui est une vision simpliste et réductionniste. En effet, comme le précise Lila Abu-Lughod (2002b : 785-786) et comme déjà mentionné, le voile revêt différentes formes et remplit différentes fonctions, se voiler se définissant presque comme un acte politique. Le voile est devenu en Égypte, un signe d'appartenance sociale et culturelle et non pas religieuse, car comme déjà mentionné, certaines femmes chrétiennes mettent aussi le voile pour se protéger du harcèlement sexuel dans les rues de leur quartier, pour échapper aux critiques de leur concitoyens les accusant de manque de piété et de religiosité si elles ne sont pas voilées, pour passer inaperçues et échapper aux attaques éventuelles d'intégristes islamiques (Mahmood 2001). C'est ce que confirme Lila Abu-Lughod (2002b : 786) pour qui la signification des voiles est différente, allant au-delà de la simple caricature qui associe voile à manque d'agencéité et à victimisation. En effet, pour elle, le voile peut être un signe de respect et de maintien de l'honneur de la famille en étant 'morale' devant les anciens de la famille, notamment dans la culture bédouine, et c'est un choix propre à la femme de se couvrir le visage devant tel ou tel autre. Et contrairement à de nombreuses idées préconçues, le modeste voile islamique moderne, comme porté par de nombreuses femmes éduquées aujourd'hui dans de nombreux pays islamiques depuis la moitié des années 1970, est perçu comme un signe de piété et de sophistication urbaine intellectuelle, une sorte de modernité culturellement située (Abdel-Fadil 1980 ; Abu-Lughod 1998a ; Brenner 1996 ; Harris 1995 ; Kotb 2004 ; Macleod 1991 cités dans Abu-Lughod, 2002b : 786). De plus, comme Mahmood (2001) le précise dans son ethnographie des femmes dans le mouvement des mosquées en Égypte, le voile pour certaines femmes, notamment en Égypte, fait partie de moyens corporels qui aident à cultiver la vertu et la piété, un symbole de leur identité, comme le turban chez les sikhs ou la kippa chez les juifs orthodoxes (Landry 2010 : 226). Dans certaines régions du monde, comme en Afghanistan, au Pakistan

et en Égypte, se couvrir permet à la femme de se déplacer au-delà des zones à l'intérieur desquelles elle est habituellement recluse (Abu-Lughod 2002b : 785) (figure 11).

La deuxième pratique culturelle qui peut avoir envahi le corps des *Masraweyyates* est ce que l'on pourrait appeler la 'mcdonaldization' du voile. En effet ce deuxième aspect de l'investissement du corps par la politique du pouvoir se profile depuis quelques années avec l'émergence simultanée des mouvements islamiques et du consumérisme capitaliste néolibéral, dans différents lieux et circonstances, aboutissant à des manifestations nouvellement articulées et contextuellement différentes caractéristiques du 'capitalisme islamique'. Un nouveau marché de commodités, de médias et de publicité a émergé et des segments de consommateurs identifiés comme islamiques ont aidé à la création d'une nouvelle culture industrielle : « *Muslim women have been identified as a niche market with particular needs and desires, mostly attributed to an essentialized Muslimness.* » (Gökariksel et McLarney 2010 : 2). En effet, dans leur publication, Gökariksel and McLarney (2010) expriment très précisément les enjeux que représente le corps de la femme musulmane. Ce corps, à travers le voile ainsi qu'à travers toutes les industries et les concepts marketing qui gravitent autour, représente une véritable niche de consommation pour la femme musulmane, ainsi qu'un territoire où le capitalisme a pris le pouvoir en y imposant ses règles. De ce fait, les femmes musulmanes, dont le corps est devenu le territoire de la nouvelle guerre planétaire pour le pouvoir, comme décrit dans 'Jihad versus McWorld' (Barber 1995), se trouvent contraintes de définir leur identité et leur image de femme (plus spécifiquement de femmes pieuses) à travers deux filtres : celui du capitalisme et celui des pratiques et de la culture islamique (Gökariksel et McLarney 2010 : 3). Les jeunes *Masraweyyates* quant à elles dansent et 'transent', et ont de ce fait choisi un troisième filtre, celui du techno *sha'bi*, avec tout ce qu'il représente comme moyen de résistance au *doghout el hayā* et de libération corporelle de toutes les violences subies, violences dont les conséquences sur leur corps et leur psyché (dont la '*assabeyya*') sont innombrables comme l'abordera le paragraphe suivant.

CHAPITRE VII. CONSÉQUENCES DE LA VIOLENCE

Durant la rédaction de cette thèse, le feuilleton *Segn Al Nessa* ' (la prison des femmes) (Khalil 2014), basé sur la pièce de théâtre écrite par Fatheya El-Assal (1993) (écrivaine féministe et militante gauchiste), mise en scène par Kamla Abou Zekry (El Nosseiry 2016 ; Telmissany 2016) et dont l'équipe de tournage est essentiellement féminine, a été visionné sur toutes les télévisions du monde arabe à travers les chaînes satellites avec un immense succès. Ce feuilleton raconte les trajectoires de femmes les ayant amenées à commettre des crimes, notamment des meurtres. Ceci est une image symbolique de la violence dont les femmes sont victimes dans la société égyptienne, faisant d'elles des criminelles (El-Assal 1993), et reflète l'ampleur et l'intensité du spectre que peuvent avoir les conséquences de ces violences subies par les femmes en Égypte, ampleur et intensité proportionnelles à celles des violences qui les ont induites. Les paragraphes suivant décrivent, d'après l'analyse des entretiens avec les intervenants, les personnes ressources et les femmes de la communauté, les répercussions secondaires à tous les types de violence subie par ces femmes et éventuellement par les *Masraweeyates* en général. Ces répercussions sont soit physiques (sexuelles et autres), psychologiques (à type de tendance anxieuse, dépressive, trouble de l'image du corps, addictive, comportementale, troubles de la personnalité, affective et cognitive), familiales (sur les conjoints et les enfants) ou peuvent prendre la forme d'idiomes de détresse tels que la '*assabeyya*. Les récits recueillis identifient les causes de la '*assabeyya* (sociales et personnelles), comment elle est exprimée (à travers les émotions, les comportements les idées, les symptômes physiques), et enfin son traitement.

Il est utile de préciser ici que les répercussions de la violence seront évoquées et analysées sur le plan individuel puis élargies au spectre social, selon mes observations de la société égyptienne et de celles des personnes ressources. Ces observations seront émaillées de références de la littérature mettant en évidence, notamment, la relation entre : (1) La violence (interpersonnelle ou plus étendue, directe ou indirecte telle que la violence symbolique ou culturelle) ; (2) Le contexte culturel (Kirmayer 1996) ; (3) Le développement de symptômes d'état de stress post-traumatique complexe (complexe PTSD, évoqué dans le chapitre II, comme étant caractéristique des personnes subissant

chroniquement des violences diverses et intenses (Cloitre et al. 2009 ; Roth et al. 1997) ; et (4) Le développement du TPL (personnalité *borderline*) (Zanarini 2000 ; Zlotnick et al. 2002) et de l'idiome de détresse '*assabeyya*, objet de cette recherche.

VII.1. Répercussions physiques de la violence

Les troubles sexuels individuels (les plus fréquemment cités parmi les plaintes physiques des femmes de la communauté rencontrées ainsi que celles notées par les intervenant et les personnes ressources) sont, en général, une répercussion directe de toutes sortes de violences subies par les femmes rencontrées, qu'elles soient des violences physiques (excision, abus sexuels ou physiques) ou psychologiques (comparaison, humiliation, menace), comme évoqué précédemment dans la partie consacrée à la violence interpersonnelle. Les troubles sexuels individuels seront d'abord évoqués, puis l'accent sera mis sur les troubles sexuels ayant une dimension sociale.

Les troubles sexuels individuels présents dès la nuit de noces et évoqués par les répondants, sont notamment à type de vaginisme et de dyspareunie, et souvent secondaires à de la violence psychologique ou sexuelle. Les excisions et les accouchements à domicile, en entraînant des complications génitales (telles que des déchirures vulvaires ou une mauvaise cicatrisation), déclenchent des douleurs pendant l'acte sexuel qui devient alors traumatique, entraînant plus tard perte de désir sexuel, anorgasmie, et insatisfaction sexuelle globale. Le récit de Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) en donne une idée très complète en décrivant la dyspareunie, l'absence de désir et l'anorgasmie :

« J'ai eu très mal, des douleurs vaginales pendant la pénétration le jour de la nuit de noce, puis quand il a pénétré j'étais trop étroite²⁷⁶. Sexuellement, je ne suis satisfaite avec personne. Peut-être ce sont les effets secondaires des médicaments : J'étais traitée par un psychiatre, et le traitement que je prenais le soir me faisait dormir, donc je ne sentais rien. »

L'expérience de Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) est un peu particulière et très intense, l'intensité de sa souffrance sexuelle est proportionnelle à celle de la violence qu'elle continue de subir de la part de son mari et de sa belle-famille. Elle a été

²⁷⁶ Probablement symptôme d'une dyspareunie.

diagnostiquée comme souffrant de pseudo-épilepsie hystérique, causant une énurésie lors de moments de stress, incluant le moment même de l'acte sexuel, probablement due aux traumatismes sexuels qu'elle avait subi depuis le début de sa vie sexuelle et qu'elle revit à chaque fois que son mari l'approche. Elle raconte :

« Depuis le début du mariage, il y avait un problème dans *el jamā*²⁷⁷. J'ai eu une incontinence urinaire pendant l'acte sexuel : Je sentais que c'était mal élevé d'uriner pendant l'acte sexuel. Il n'a rien fait, il a juste pleuré. J'ai eu des déchirures vulvaires après l'accouchement à domicile qui ont 'agrandi' l'endroit et il n'était plus content. »

Pour Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) 'être étroite' a souvent été mentionné comme étant un important atout pour satisfaire sexuellement son mari. Comme elle ne l'était plus à cause des incidents qu'elle a subi pendant l'accouchement, c'était un argument que le mari utilisait souvent pour la menacer de se remarier, ce qu'il a fait éventuellement, et qui a causé à Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) un grand choc pour lequel elle est venue consulter à la structure communautaire de santé mentale. Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) précise que les troubles sexuels touchent aussi les hommes « *Il y a un grand problème de sexualité chez les hommes aussi. Ils n'ont pas de satisfaction sexuelle, émotionnellement et physiquement. La société égyptienne a un grand problème de sexualité* ». Ces troubles sexuels sont à type de troubles érectile et d'éjaculation précoce, le plus souvent dus, non pas à une violence physique qu'ils ont subis, mais à une violence d'ordre culturel, due notamment à *el 'orf wal takalīd*, car bien que l'homme (et sa partenaire très généralement) souffre d'un manque d'information et d'expérience sexuelles, il y a une grande pression sur lui des deux familles (la sienne et celle de l'épouse) pour être performant la nuit de noce, ce qui le stresse et peut entraîner les troubles cités auparavant. De plus, l'épouse a souvent peur cette nuit-là, vu son manque d'expérience, ce qui augmente la pression sur le mari, compromet encore plus sa performance sexuelle et a des répercussions sexuelles et psychologiques sur sa partenaire. La nuit de noces pour Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage), comme pour Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) et Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer),

²⁷⁷ L'acte sexuel.

a été traumatique, et a de ce fait influencé la vie sexuelle entière de ces femmes et de leurs partenaires. Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) très touchée raconte :

« Mon mari n'a pas eu de *entessāb*²⁷⁸ le jour de la nuit de noce et il a dû rompre l'hymen avec le doigt. J'ai des douleurs pendant l'acte sexuel. Je ne sentais le plaisir qu'une fois par an. »

La sexualité, souvent l'expression la plus révélatrice des maux d'une société semble être, en Égypte extrêmement perturbée, les perversions observées dans certaines pratiques sexuelles reflétant les perversions de certaines mentalités. Un exemple en serait le tourisme sexuel des magnats des pays du Golfe en Égypte qui a introduit des pratiques perverses, telles que le mariage de vieillards avec des jeunes filles vierges pour la durée d'un été en échange d'argent pour la famille (Lavergne 2012 : 3) ou encore la pédophilie. D'autres pratiques, perverses aux yeux de la société égyptienne, sont l'échangisme, les rapports sexuels avec de multiples partenaires simultanément, l'homosexualité masculine et féminine.

De plus, bien qu'il n'y ait pas de statistiques officielles, vu la sensibilité du sujet, des collègues urologues, andrologues et gynécologues-obstétriciens rapportent une augmentation fulgurante des taux d'impuissance sexuelle. Un célèbre film à ce sujet a été produit il y a une quinzaine d'années ayant pour principal acteur le célèbre Adel Imam. Intitulé *'El noum fel 'asal*²⁷⁹, le film, basé sur un texte du célèbre écrivain Wahid Hamed, faisait une analogie directe entre une épidémie d'impuissance sexuelle et l'oppression politique (Gawad 2015). Selon l'expression de Guattari (1975) le cinéma pour la société égyptienne semble être vraiment 'le divan du pauvre' (Guattari 1975) où les tabous notamment sexuels, religieux, voire politiques sont mis en scène et sublimés à travers généralement l'humour (l'Égyptien étant connu pour être *ebn nokta*²⁸⁰ (Leimdorfer 1997).

²⁷⁸ Érection en arabe littéraire.

²⁷⁹ Traduction littérale : Sommeil dans le miel, mais l'expression signifie dormir sur ses lauriers, en égyptien dialectal.

<http://adelimamfilm.com/id-26-viewar-%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%88%D9%85%20%D9%81%D9%89%20%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%B3%D9%84.html>.

²⁸⁰ Expression dialectale égyptienne signifiant que l'Égyptien a un sens de l'humour très aiguisé, omniprésent dans la vie quotidienne pouvant avoir des accents d'auto-dérision et de cynisme.

Les problèmes **d'infertilité** sont aussi retrouvés dans cette analyse, répercussion directe des problèmes sexuels et physiques (dus aux violences physiques et sexuelles subies) évoqués dans le paragraphe précédent. Les violences émotionnelles et psychologiques sont aussi incriminées dans l'infertilité, surtout lorsqu'elle prend la forme d'une interférence perpétuelle de la famille dans la vie du couple, le poussant à procréer au plus vite. Le stress que cette interférence engendre chez le couple induit en fait à une infertilité inexplicée. Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) explique :

« La pression psychologique affecte la fertilité : Après trois mois de mariage elles vont venir consulter à cause de la pression sociale. De nombreuses femmes une fois qu'on lève la pression sur elles tombent enceintes. »

De même, **les troubles digestifs** sont très symptomatiques de l'état de stress vécu par la personne, stress induit par les différents types de violence subies. Des troubles coliques à type de 'côlon irritable' ont été rapportés par Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) : « *J'ai des problèmes coliques sévère, j'ai été diagnostiquée comme souffrant de kawloun 'assabey*²⁸¹ ». Et Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) nous confie souffrir de troubles gastriques : « *J'ai constamment la nausée* ». De même, certains problèmes **neurologiques** peuvent être induits par la mise sous tension de la personne comme le rapporte Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *Je souffre de migraine continue* ». L'expression corporelle de la souffrance, comme déjà mentionné, est communément présente dans la culture égyptienne et arabe (Seif el Dawla 2003). Parler directement de la violence subie ou de ses répercussions psychologiques n'est pas facilement acceptable par l'entourage de la personne en souffrance psychologique, alors que parler de ses plaintes physiques, qui en sont souvent la conséquence directe, et demander de l'aide pour elles, l'est plus facilement.

VII.2. Répercussions psychologiques de la violence

« *Toutes les femmes sont ta 'bana nafseyan*²⁸² *ici, et à tous les niveaux socioéconomiques* » révèle d'emblée Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social). Les conséquences psychologiques de la violence sont, comme l'on peut le supposer, nombreuses. Celles qui

²⁸¹ Côlon nerveux en traduction littérale.

²⁸² Souffrent psychologiquement, en arabe dialectal égyptien, littéralement : 'fatiguées psychologiquement'.

ressortent de l'analyse des entrevues sont des conséquences à type de tendance anxieuse, dépressive ou addictive, troubles de l'image du corps, troubles du comportement ou de la personnalité et enfin troubles cognitifs. Les causes de la souffrance psychologique, notamment dans les études faites sur les cultures de la région du Moyen-Orient, sont essentiellement l'oppression comme rapporté par Al-Krenawi et Graham (2000) et Sayar et Kose (2012). Une femme en détresse psychologique est définie selon la célèbre psychiatre et auteure féministe Nawal Al-Saadawi :

[...] a person becomes psychologically distressed when s/he encounters difficulties in adapting with (mainly) his/her internal tranquility, in relationships with others, or in both [...]. In contrast, a "normal" woman is the one who never encountered any psychological symptoms which make her consider consulting a doctor, taking sedative or sleeping pills, prescribed or other. (Al-Saadawi 1993 : 19, 22)

VII.2.1. *El 'ala', el tawattour*²⁸³

La tendance anxieuse (*el 'ala', el tawattour*) est la souffrance psychologique la plus fréquemment exprimée par les femmes de la communauté interviewées. Ses symptômes sont : angoisses, craintes diverses, cauchemars, plaintes psychosomatiques. Toutes les personnes ressources rencontrées ainsi que les intervenants confirment cette donnée. Cependant il est intéressant de remarquer que pour les deux personnes ressources qui ont le plus développé ces notions d'anxiété sont Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) et Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste), dont la majorité des patients sont des femmes, et pour qui les angoisses de celles-ci sont en rapport avec leur corps et indirectement avec leur relation conjugale. Durant les nombreuses entrevues et rencontres, ce que l'on peut retenir sur ce point c'est que c'est souvent la peur de ne pas 'tomber' enceinte, les syndromes prémenstruels 'gênants' pour le mari, l'arrivée des premiers symptômes de la ménopause ou les complications gynécologiques et obstétriques qui pourraient gêner le mari, et la rendre 'non-fonctionnelle' à ses yeux, ce qui motive la visite au cabinet du gynécologue. En plus de cette peur, Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) rajoute : « *Pendant l'anamnèse et la consultation, parce que beaucoup ignorent tout de leur physiologie et anatomie, les femmes sont nerveuses. Elles viennent consulter en ayant des*

²⁸³ L'anxiété, l'angoisse en arabe littéraire et dialecte égyptien.

craintes ». Cette remarque laisserait supposer que pour les *Masraweyyates*, il semble y avoir une relation ambivalente avec son corps. En effet, alors que paradoxalement elles n'ont pas beaucoup d'informations au sujet de leur corps, il est pour elles un moyen important de négociation du pouvoir, notamment dans leur relation avec leur partenaire. En fait, c'est grâce à ce corps qu'elle peut avoir des enfants et donc assumer le rôle qu'il lui est demandé de jouer selon *el soura el namateyya lel mar'a* et selon ce qu'*el nāss* et *el manzouma* attendent d'elle, tout en lui permettant d'échapper aux critiques, à l'humiliation et la comparaison dont elle peut être la cible si elle ne joue pas ce rôle comme on l'attend d'elle. Lors de ma visite au cabinet de Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien), j'ai rencontré Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte), et lors de notre entrevue, bien qu'elle soit issue d'un milieu socioéconomique aisé, et bien qu'elle soit architecte, j'ai retrouvé cette même ambivalence par rapport à son corps, où ses informations relatives à sa physiologie et sa sexualité étaient floues ainsi qu'à sa sexualité, tout en ayant conscience de son importance par rapport à sa vie d'épouse. Il est à préciser que Mervat est chrétienne, ce qui laisse à supposer que le rapport qu'elle peut avoir à son corps n'est pas en rapport avec le contexte religieux où elle évolue.

La tendance anxieuse des *Masraweyyates* par rapport à leur corps et leur relation avec leur partenaire a aussi été mise en évidence par Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) qui explique : « *Les hommes ayant beaucoup d'aventures féminines causent aux épouses de la souffrance psychologique, et la femme a peur qu'il la quitte* ». Et elle explique que les femmes, pour apaiser cette peur, viennent la consulter pour suivre un régime alimentaire et maigrir, et ce, afin de continuer à plaire physiquement au mari. Il est à noter que l'incidence de l'obésité en Égypte est parmi les plus élevées au monde (Musaiger 2004), affectant les femmes plus que les hommes, surtout dans les grandes métropoles comme le Caire et Alexandrie. Cette obésité peut être liée à de la malnutrition, car elle prédomine plus parmi les populations urbaines des *ashwaiyyāt* dont les habitudes alimentaires à l'occidentale est plutôt composée de *junk food* et de *fastfood*, qui sont pour ces populations des signes d'ascension sociale. Un autre facteur favorisant l'obésité est le manque d'activité physique (Aitsi-Selmi et al. 2012), dû au manque d'infrastructures pouvant encourager celle-ci (absence de trottoirs dans les rues des

quartiers défavorisés, harcèlement sexuel dans les espaces publics, absence de structures sportives de proximité à petit budget pour les femmes, invasion par la télévision et les feuilletons du quotidien des femmes au foyer (Abu-Lughod 2005), même celles dans les régions rurales, avec une inversion de leur rythme circadien, longues veillées télévisées et des grasses-matinées à rallonge (Yount 2005). J'ai rencontré Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) au cabinet de Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste), venant consulter pour son diabète et pour l'obésité qui l'accompagne. Elle a accepté de s'entretenir avec moi, je dirai avec enthousiasme et fierté, comme si elle était contente de parler à quelqu'un qui s'intéressait à elle. Femme au foyer, elle passe beaucoup de temps à la cuisine pour préparer les repas de toute la famille. Elle vient juste d'atteindre la quarantaine, son diabète de type II a été déclenché par sa prise de poids progressivement croissante durant les dernières années à cause du manque d'activité physique, des longues heures passées seule à la maison alors que le mari est au travail et les enfants à l'école ce qui l'a fait grignoter beaucoup pour combler son ennui, sa solitude et ses angoisses, et enfin à cause du stress lié aux obligations financières pour élever quatre enfants avec le salaire de petit employé de son mari (Galal 2002). Sa décision de venir voir le médecin est motivée par le besoin de stabiliser son diabète, très fluctuant selon son humeur et conséquemment ses habitudes alimentaires mais aussi, et surtout, celle de maigrir pour « *devenir comme les actrices que mon mari trouve belles.* » Comme déjà mentionné *el soura el namateyya lel mar'a* est de plus en plus influencée par les médias sociaux (Facebook, Youtube, Instagram, et ce pour toutes les *Masraweyyates* quels que soient leur âge et leur appartenance socioéconomique) ; Haifa Wehbe, célèbre artiste Libanaise étant pour Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) la star à imiter (Meskaoui 2008). Rahma est voilée, juste un foulard discret, assorti à sa longue tunique de couleur claire unie sur une jupe droite longue, et sa référence à Haifa Wehbe m'a fait l'interroger sur sa vision de sa stratégie à atteindre son but de lui ressembler. Elle m'a juste expliqué que c'était important qu'elle se fasse belle à la maison pour que son mari n'ait envie de ne regarder qu'elle, même pas Haifa (Abdel-Nabi et al. 2004) et que c'était sa façon à elle de remédier à ses angoisses et craintes que son mari ne la quitte pour une autre.

Le diabète de Rahma est le reflet de son anxiété. Il y a cependant de nombreuses (et diverses) autres expressions des symptômes anxieux ressentis et révélés par, non seulement les femmes de la communauté rencontrées et qui fréquentent les structures de santé mentale, mais aussi par celles rencontrées dans d'autres contextes, et même parmi les personnes ressources et les intervenants. Ces symptômes expriment tout d'abord, et très souvent par de nombreuses femmes interviewées, la **peur des parents**, de leur autorité et de leurs réprimandes, une peur née pendant leur enfance et qui les hante jusqu' à présent. Elles décrivent leur sentiment d'insécurité à la maison, et le fait de se sentir être comme « [...] *dans un endroit étranger* » (Maha, 38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse). L'anxiété est d'autant plus profonde, prolongée et étendue que la personne instigatrice de la peur est la maman, comme pour Farida qui, bien qu'adulte aujourd'hui, révèle : « *J'ai un sentiment permanent d'insécurité. J'ai peur de ma mère. Elle est très sévère et cruelle* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). L'insécurité que ressent Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) et qui a déclenché son anxiété chronique était l'absence répétée de sa mère et son sentiment d'être abandonnée, sentiment aussi traumatisant que la violence de la mère de Farida. Pour se rassurer Hala se rappelle qu'elle « [*Je*] *prenais le pyjama de ma mère dans mes bras et je mettais le Coran* ». Cette angoisse profonde et cette peur constante peut aussi être induite par le sentiment continu d'être en danger, d'être sous la menace, d'être critiquée, humiliée. C'est ce même sentiment que ressent Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer), sentiment dû à sa crainte permanent de subir un mauvais traitement physique, sexuel et émotionnel de **son mari** : « *Lorsqu'il me crie, je suis debout et je tremble. Je me comporte avec lui avec peur (en se référant au mari). J'ai peur de prendre la responsabilité de n'importe quoi car j'ai peur qu'il me crie* ». Ces symptômes rappellent ceux de l'état de stress post traumatique complexe observés chez les personnes vivant dans des situations de captivité ; qu'elles soient physiques et réelles comme les personnes prises en otage ou psychologiques lorsque la personne est victime de toutes sortes de violences induites par des proches et qu'elle se trouve dans l'incapacité de rompre ce lien qui bien souvent est d'ordre familial, subissant de ce fait des traumatismes continus multiples et complexes (Cloitre et al. 2009) (annexes 7 et 8). Comme précédent mentionné dans le chapitre II, ces symptômes sont :

[...] les effets des traumatismes multiples et complexes se manifestent bien au-delà du trouble de stress post-traumatique et se révèlent à travers une multitude de troubles de santé mentale, notamment l'anxiété et la dépression, la dissociation, les problèmes de régulation émotionnelle et relationnelle, les distorsions cognitives, la somatisation, l'automutilation, les perturbations sexuelles, la toxicomanie et les troubles alimentaires. En bref, ces multiples expériences de traumatismes entraînent des perturbations émotionnelles et comportementales graves (Baker et al. 2006), qui se manifestent par des déficits au plan de l'attachement, de la régulation des affects et du développement de compétences (Blaustein et Kinniburgh 2010). (Milot et al. 2013 : 2).

La peur que les parents ressentent est souvent transmises à leurs enfants, sous la forme de surprotection, de menaces, ou d'expression de leurs propres craintes : « *Ma mère a peur que je prenne un taxi. Mon père revient toujours avec des mauvaises nouvelles du travail et ça me fait ressentir de la peur* » explique Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante). De même, la menace de la punition et la peur qu'elle induit sont les principaux outils de discipline (dans le sens large du terme) car ils sont utilisés par toute la société égyptienne, que ce soit la discipline civique ou religieuse. Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) nous explique que son mari, *sunni*, la discipline en lui faisant peur de la colère de Dieu si elle ne lui obéit pas : « *Quand il me dit Dieu sera fâché de toi, c'est comme s'il me faisait rentrer un couteau dans le ventre.* » Cette dynamique en plus de la peur et de l'angoisse, engendre aussi de la culpabilisation (qui sous-tend la menace de la colère divine), culpabilisation à la base du développement du sentiment dépressif qui accompagne souvent la tendance anxieuse, ou pouvant entraîner la tendance inverse de la dépression, à savoir l'agressivité secondaire à la mise en place d'un mécanisme de défense appelé 'identification' avec l'agresseur' (Freud 1936), où la personne victimisée devient elle-même agressive pour ne plus subir de violence, comme l'explique Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer).

Lorsque l'évènement traumatique (la perte d'une personne chère, une rupture ou par un comportement abusif isolé d'une personne proche) est plus ponctuel, récent et non répétitif, la personne peut développer des symptômes de stress post-traumatiques.²⁸⁴ Bien qu'elles

²⁸⁴ Les symptômes de stress post-traumatique sont de quatre types : la reviviscence, l'évitement, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, l'hyper-réactivité.

aient subies de nombreuses violences de diverses natures, et ce depuis leur enfance, l'événement le plus souvent identifié comme traumatique et qui revient le plus souvent dans les propos des femmes de la communauté rencontrées est surtout d'ordre affectif, et en général lié au mari : sa violence, son échec professionnel, sa trahison ou son remariage. Elles qualifient cet événement de *sadma*²⁸⁵ : « *Le premier choc était le choc causé par mon mari et qui a abouti à mon évanouissement* » se souvient (Samia, 42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer). L'évanouissement est un symptôme dissociatif, retrouvé dans les symptômes d'évitement, et qui caractérisent l'état de stress post-traumatique (American Psychiatric Association 2013c). Pour Freyd (1994), la trahison²⁸⁶ est considérée comme étant un événement traumatique (Freyd 1994 ; Freyd et al. 2005). Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) exprime ce sentiment de *sadma*, de trahison et de détresse émotionnelle : « *Je l'avais cru. Il me fait sentir de la peur. Il me casse. Les hommes sont toujours responsables des grands chocs dans ma vie* ».

Les symptômes les plus décrits après l'exposition à un événement traumatique sont essentiellement la détresse émotionnelle et les cauchemars. La détresse émotionnelle, lors de l'exposition à un stimulus interne ou externe rappelant la *sadma*, est exprimée dans les récits des personnes ressources ou des intervenants qui ont été témoin de la souffrance de femmes traumatisées : « *Que Dieu soit avec elles, mon cœur me fait mal pour elles, leur souffrance est énorme* » (Dr. Mariam, 46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste). Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) explique que l'intensité de la *sadma* est tellement grande que « [...] *les patientes bipolaires ont un 'break-down' à cause de la trahison du mari* ». Les femmes interviewées décrivent leur souffrance actuelle et les conséquences profondes de ce choc émotionnel sur leur vie à type de perte de confiance en soi, en leur jugement, en les autres, de désespoir, de fragilité émotionnelle, de rumination de l'incident traumatique. « *C'est à la fois de l'amour et de la*

²⁸⁵ Trauma en arabe littéraire et dialecte égyptien, et peut signifier choc nerveux (*sadma* 'assabeyya si on parle de la réaction de la personne au trauma).

²⁸⁶ Pour Freyd (1994) la trahison est le fait que la personne ne puisse pas s'imaginer que l'autre personne à laquelle elle est émotionnellement liée, en qui elle a confiance ou qu'elle croit être sincère, puisse avoir un comportement donné inattendu, (comme être violent, infidèle, ou malhonnête), et dont les conséquences peuvent être négatives sur elle, et qu'il ait ce comportement malgré le lien émotionnel qui les lie et malgré le fait qu'il sache que ses conséquences seront néfastes sur la première personne.

haine à cause de la douleur qu'il m'a infligée. Ce n'était pas vraiment de la haine, mais plutôt des troubles, des perturbations » décrit Souheir (20 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi).

Tous les symptômes du syndrome de stress post traumatiques sont retrouvés dans l'analyse des plaintes de femmes ayant subi des traumatismes notamment affectifs : la reviviscence, l'évitement, les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur, et l'hyper-réactivité. Les signes évoquant la reviviscence sont essentiellement le fait de revivre la douleur de l'évènement, comme une plaie qui s'ouvre de nouveau dès qu'il y a le moindre signe qui rappelle la *sadma* : un nom, un lieu, une odeur, une couleur : « *Si je vois son nom jusqu'à présent, ça me fait souffrir, si j'entends le nom de sa fille* » pour Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) évoquant sa rupture traumatique avec l'homme qu'elle a aimé²⁸⁷. D'autres personnes traumatisées choisissent l'évitement pour ne pas prendre le risque revivre le trauma : « *Je déteste notre village à cause de ce qui s'était passé là-bas, et je n'y vais plus* » explique Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) ayant subi de successifs traumatismes affectifs infligés, après la mort soudaine de son mari, par ses parents et beaux-parents qui, au lieu de la soutenir elle et ses enfants après ce drame, ont tenté de lui imposer de nombreuses restrictions et obligations. Elle a décidé de les fuir en prenant ses enfants avec elle, et de quitter son village de la région de Fayoum pour venir vivre seule au Caire et y travailler. Cette décision courageuse, à la fois rare et très inattendue venant d'une femme de sa condition sociale et économique, laisse supposer que la souffrance qu'elle a endurée était tellement intense qu'elle n'a pas hésité à braver l'inconnu avec ses enfants et à aller dans une grande ville comme le Caire et commencer une nouvelle vie loin du lieu où elle a subi cette *sadma*.

Les altérations négatives persistantes dans la cognition suite à la *sadma* citées sont essentiellement des troubles de mémoire, mais celles qui sont le plus évoquées sont les altérations négatives persistantes de l'humeur, et ce, par la majorité des femmes interviewées ayant reconnu avoir subi la *sadma*. Ces perturbations de l'humeur et de

²⁸⁷ Certaines des personnes rencontrées, à l'évocation de l'évènement traumatique, ont pleuré, d'autres se sont mises en colère ou tues et enfin certaines ont interrompu l'entretien.

l'affect sont décrites, comme étant très profondes, notamment par Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *Si je n'avais pas été profondément touchée, je n'aurais pas autant souffert et je ne serais pas allée me soigner* ». En effet les femmes de la communauté décrivent ces perturbations comme une fêlure qui n'arrive pas à cicatriser, *enheyār 'assabey*²⁸⁸ intérieur selon Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). La persistance de la tendance affective négative et son intensité indiquent l'existence d'une atteinte psychologique profonde caractérisant le traumatisme psychologique : « *Je deviens anxieuse, irritable, m'inquiète et rumine la chose de nombreuses fois* » explique Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte). Et Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) précise que « [...] *les aspects de la souffrance après la sadma sont une vie désorganisée, oubli et 'assabeyya* ». La *'assabeyya* dans ce contexte semble faire référence à l'hyper-réactivité retrouvée dans le syndrome post-traumatique, l'on y reviendra plus loin dans la partie réservée à la *'assabeyya*.

Une des caractéristiques du syndrome post-traumatique est la présence de cauchemars, de rêves récurrents dont le contenu est lié à l'incident traumatique, c'est souvent le sentiment d'être *makhnou'a*²⁸⁹ qui revient dans les récits : « *J'ai un cauchemar que quelqu'un m'étrangle et que j'étouffe* » tel que décrit Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte) et Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Je sens que j'étouffe, et dans le rêve j'ai des cauchemars que quelqu'un m'étrangle.* » Il est intéressant de remarquer que souvent chez les personnes traumatisées, et selon la médecine énergétique (plus particulièrement la psychologie énergétique (Gallo 2002)) et la tradition ayurvédique (pour qui cette zone est celle de la chakra 5 (Cross et Charman 2006)), l'énergie dans cette zone de la gorge est 'bloquée' énergétiquement par le choc de l'évènement traumatique, comme si la personne voulait crier son effroi et sa douleur, mais la surprise et l'intensité du choc affectif la prend de cours, l'immobilise et toute réaction se trouve interrompue, comme un arrêt sur image. De nombreuses personnes victimes de traumatismes deviennent parfois aphones après l'évènement traumatique, ont des difficultés à s'exprimer, commencent à bégayer ou à

²⁸⁸ Un effondrement ou un choc nerveux, en arabe littéraire et dialectal égyptien.

²⁸⁹ Suffocante.

avoir des symptômes physiques à répétition comme des angines ou des laryngites (Curtis et al. 2004).

VII.2.2. *El za 'al, el hozn, el ekte'ab*²⁹⁰

De nombreuses femmes de la communauté rencontrées souffrent de symptômes dépressifs (*el ekte'ab*), et ce, qu'elles soient sous traitement dans l'une des structures de soins ou pas, comme en témoignent les récits des répondants (dont les personnes ressources et les intervenants), où les symptômes affectifs négatifs caractéristiques du syndrome dépressif (American Psychiatric Association 2013e) se manifestent chez elles par des pleurs, un sentiment d'impuissance et de désespoir, un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante), une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, un isolement social et enfin des troubles physiques et des perturbations des fonctions physiologiques (comme l'appétit et le sommeil parmi d'autres). Ces symptômes tels qu'ils ressortent des commentaires des personnes ressources et ainsi que quelques récits phares pour chaque symptôme seront passés en revue. Ce qui était palpable dans presque toutes les entrevues, y compris celles avec les intervenants, c'est un sentiment général de 'à quoi bon', comme une démission de la vie en latence que l'on ne peut pas qualifier de passivité, car la plupart des personnes sont actives et productives, mais plutôt comme une illustration de ce proverbe égyptien : « *Fais ce que tu dois faire et laisse Dieu se charger du reste* » (Khoury-Tadié 2002). Était-ce une réflexion d'un sentiment de lassitude générale qui avait envahi toute la société pendant la période où s'est déroulée l'étude du terrain (2012), et s'est terminée quelques mois avant l'ébullition de Mai 2013 (mentionnée plus loin) et qui a déclenché la seconde révolution en Juin 2013 ? Il est important de rappeler ici que les symptômes dépressifs sont avec les troubles anxieux les répercussions les plus fréquemment rencontrées chez les victimes de violence (Van der Kolk et al. 2007).

Pour commencer par les symptômes dépressifs l'on peut citer les pleurs qui ont une grande présence dans l'expression de la tristesse dans la culture égyptienne, comme en témoignent

²⁹⁰ Tristesse, désespoir et 'dépression'.

les nombreuses références historiques aux lamentatrices, développées plus en détail un peu plus loin dans le texte. Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) confie : « *Beaucoup de gens viennent au cabinet pleurer. J'ai de la compassion pour eux, mon cœur me fait mal pour eux* ». Nombreuses femmes interrogées décrivent les pleurs comme étant un moyen d'exprimer leur peine et leur souffrance sans nécessairement en tirer un réel soulagement quant à l'incapacité de pleurer, comme pour Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *Avant je pleurais un peu et puis j'allais mieux, maintenant je ne sais même plus* ». Les pleurs peuvent être aussi une indication d'un sentiment de désespoir et de détachement encore plus profond que la détresse émotionnelle initiale. Ce sentiment d'impuissance et de désespoir est évoqué comme suit par Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Je me désiste de la situation* ». Les autres femmes interrogées décrivent, chacune avec ses propres mots, ces sentiments dépressifs, dont la perte de confiance en la vie, en les gens, en soi, surtout chez les femmes interrogées jeunes, comme Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) : « *J'ai perdu confiance en mes frères et sœurs. Si je ne travaille pas pour sortir de ma douleur, je déprime. J'ai grandi avant terme* ». Il y a un sentiment de perte de repères par rapport à la vie, à soi, aux autres, une impression de destruction comme le décrit Souheir (20 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi) : « *Il y a un écroulement à l'intérieur de moi, un effondrement. Il n'y aucun crédit pour rien à l'intérieur de moi* ». Ce sentiment d'impuissance face à la souffrance est aussi évoqué par Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « *El alam el nafsi²⁹¹ s'est accumulé. Je suis complètement détruite. Je suis triste au moment où il faut que je sois contente* ». Cependant Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) bien que souffrant de crises de désespoir, ne perd pas espoir que son mari, qui est aussi son cousin germain (qu'elle rend responsable de sa souffrance), puisse un jour avoir de la compassion pour elle et mieux la traiter : « *La plupart du temps je me laisse aller à la douleur psychologique, je sens que je suis finie. Je me mets à crier par désespoir et impuissance pour que mon mari comprenne* ». Le mari de Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) la dévalorise tout le temps en la critiquant, en plus de la culpabiliser pour tout, pour des choses qu'elle a faites et des choses qu'elle n'a pas faites. À s'entendre dire toute

²⁹¹ La douleur psychologique.

la journée qu'elle ne vaut rien et qu'elle ne sait rien faire, elle a fini par se forger cette image d'elle-même et à y adhérer, à se sentir moins que rien et à culpabiliser pour tout, y compris pour le fait d'exister. Les personnes ressources expliquent : « *L'estime de soi est secouée chez les Masraweeyates victimes de toutes ces violences* » explique Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien), le sentiment de dévalorisation est permanent : « *Je me sentais humiliée. Je me détestais, je pleurais pendant une semaine. J'étais très attachée à ces hommes qui me laissaient* » (Nagat, 30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer).

Associé à ce sentiment de honte et d'infériorité, le sentiment de culpabilité est quasi-omniprésent : « *La femme égyptienne se sent coupable si elle prend du temps pour elle-même, pour se faire plaisir, coupable même d'exister, d'être elle-même* » (Dr. Mariam, 46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste). La culpabilité est dirigée vers les deux plus proches personnes et celle qui en général lui inflige le plus de violence c'est-à-dire la mère : « *Avec ma mère, je me sentais coupable si ma mère pleurait* » (Rana, 21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante), et le mari : « *Je m'en veux, pourquoi il est parti* » (Marwa, 38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). La culpabilité, comme déjà vu, étant l'un des moyens les plus puissants utilisés par l'abuseur pour assoir son contrôle sur la victime. C'est très pénible d'entendre dire une jeune fille de 18 ans ces quelques mots : « *Qui suis-je ? Une série d'échec. Une grande déception pour tous les gens qui comptent pour moi* » (Manal, 18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante).

La diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, pour toutes ou presque toutes les activités, est un des symptômes dépressifs concernant les *Masraweeyates* que relève Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) et Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) et qui se traduit par le fait que : « *Il n'y a pas de hobbies qui les satisfassent* ». Les témoignages des femmes interrogées sont nombreux et très riches en diverses expressions de ce manque d'intérêt qui touche l'envie de sortir, voir du monde, aller au travail ou à la faculté, s'occuper de la maison ou des enfants ou même se marier et, pour le décrire, Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) explique : « *La souffrance psychologique est un obstacle au travail* ». Ce manque d'intérêt pour la vie s'accompagne

d'un isolement affectif même des plus proches comme pour Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Jusqu'à présent, les enfants vont à l'école sans petit-déjeuner. Je ne fais pas l'effort de me lever pour eux* ».

Cet isolement que quelques femmes interrogées qualifient même d'aliénation (« *À l'école et à l'université je me sentais détachée et aliénée* » explique Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante)), envahit constamment la personne qui se sent isolée même chez elle : « *Je sens que je n'ai pas de foyer. Je ne ressens pas de paix intérieure à la maison* » confie Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer).

Toujours parmi les symptômes dépressifs, des troubles physiques et des perturbations des fonctions physiologiques ont été citées dans les entretiens comme une perte ou un gain de poids significatif (5% du poids) en l'absence de régime, ou une diminution ou une augmentation de l'appétit, comme pour Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) qui décrit sa relation à la nourriture pendant son épisode dépressif : « *Avant quand je me fâchais et que j'étais triste, j'arrêtais de manger* ». Parfois manger excessivement comme dans la boulimie, avec ou sans vomissements, est un symptôme dépressif. Le sommeil se trouve aussi souvent affecté. La perturbation du sommeil est un important symptôme de dépression, à type d'insomnie ou d'hypersomnie, où la personne fuit la vie et la souffrance psychologique dans le sommeil : « *Si je me fâche, je dors. Je m'échappe dans le sommeil* » (Nagat, 30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer).

Le ralentissement psychomoteur, le sentiment de fatigue ou de perte d'énergie est un indicateur pour les femmes interrogées souffrant de dépression de la gravité de celle-ci (« *Ma mère m'a amenée chez le docteur. C'était comme si j'étais dans un coma* » décrit Rana, (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante)), tout comme la diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer, ou l'incapacité de prendre une décision due à un manque de confiance en soi, en son jugement : « *J'ai un sens de perte de contrôle de ma vie, je ne sais plus prendre de décisions* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer).

Les causes des symptômes dépressifs, selon les intervenants voyant des *Masraweyyates* en souffrance psychologique, sont résumées par Noha (30 ans, mariée, sans enfant,

psychologue) : « *La femme égyptienne subit des violations, mais elle ne réagira pas à la violation par un acte violent, elle deviendra plutôt dépressive, car elle n'est pas encline à se venger et à prendre sa revanche* ». Tandis que pour Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social), la solitude est une importante cause de dépression chez la femme : « *La femme qui reste à la maison, dont le mari travaille en général deux boulots, se sent seule. La solitude a un mauvais effet sur elle. Il n'y a personne qui la console et lui tape sur l'épaule* ». Une cause très particulière de la dépression est évoquée par Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) qui pense que l'une des raisons de sa dépression c'est aussi le fait qu'elle ne se soit pas lamentée ni qu'elle ne se soit giflée lors des obsèques de son père : « *Quand mon père est mort ma latamtash*²⁹² ». Il est très commun que les femmes se donnent des gifles pendant les funérailles, et il y a même des femmes, appelées *el naddaba* ou *el me'addeda*²⁹³, qui sont 'louées' pendant l'enterrement et les funérailles par la famille du défunt pour hurler, pleurer et se donner des gifles, dans les zones rurales et les quartiers populaires du Caire. Il semblerait que leur présence inciterait les autres femmes à s'épancher en pleurs et en manifestation de chagrin. *El walwala*²⁹⁴ et *el latm*²⁹⁵ font partie de ce rituel funéraire décrit à plusieurs moments de l'histoire de l'Égypte. En effet, la tradition des lamentatrices (ou pleureuses professionnelles) a été retrouvée sur les hiéroglyphes de l'Égypte ancienne (figure 14) et persiste jusqu'aujourd'hui (figure 15 et 16) : « *D'autre part, on rencontre au sein du cortège funèbre un groupe de femmes exprimant leur peine de façon ostentatoire* » (Feldman 2001 : 174 ; Fletcher 2001) . Elles sont décrites aussi plus tard, au début du siècle passé (Werbrouck 1938) dans plusieurs ouvrages :

[...] La fonction des pleureuses est aussi d'antique tradition. Un fellah est mort. Aussitôt les cris des femmes l'annoncent à tous les environs. [...] Ces plaintes semblent improvisées ; elles ne le sont pas plus que les larmes de ces professionnelles, enveloppées de grandes *mélayas* destinées à cette cérémonie, le visage noirci ou bleui en signe de deuil, la tête couverte de boue. Elles mènent la macabre sarabande, se lèvent, battent des mains, se balancent et retombent épuisées, ralentissant, puis reprenant leurs cris, parmi les femmes. Ici, les femmes priment [...]. (Ayrouet et Allix 1938 : 123).

²⁹² Je ne me suis pas giflée.

²⁹³ Les lamentatrices.

²⁹⁴ Les hurlements.

²⁹⁵ Se donner des gifles.

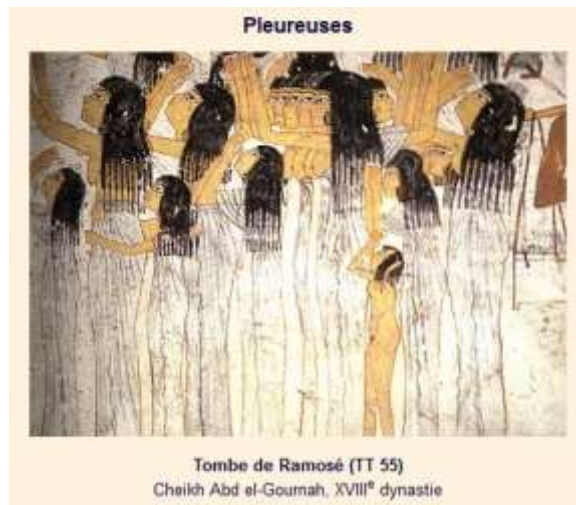


Figure 14 : Les pleureuses (La Tombe de Ramosé, Vallée des nobles)
(Crédit photo : Jean-Marc Onkelinx)



Figure 15: Le cortège des pleureuses de Karnak
(Crédit photo : George Legrain)



Figure 16. Les pleureuses en Égypte aujourd'hui
(Source : www.flickr.com)

VII.2.3. *El ghell, el ghayz, el korh, el entekam* (Haine, rage intérieure, rancune et vengeance)

La violence, subie à tous les niveaux par les nombreuses femmes interrogées et ce dès leur plus tendre enfance, peut faire naître un sentiment différent de ceux précédemment mentionnés. Elle fait naître en elles un sentiment diffus de haine et de rancune accompagné souvent d'un désir de vengeance, qui envahit toutes les relations (Van der Kolk 2005). La haine devient un langage commun à toutes les dynamiques personnelles comme le dit si bien Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) : « *Je tends à la haine pas à l'amour* ». Cette haine est dirigée contre les membres de la famille et les proches qui ont causé cette violence, comme la mère de Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) : « *Je sens que je hais ma mère. Je ne la supporte pas* ». La haine et la rancune peuvent aussi être dirigées contre l'homme responsable de l'abus, et c'est le cas Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) qui a été victime de viol : « *Je l'ai détesté et j'ai détesté tous les hommes* ». Pour Maha (38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse), ce que son mari lui a fait subir comme peine (due à son comportement abusif), est, selon elle, la cause de ce sentiment : « *Je n'ai jamais su ce que le mot détester et haine signifiait que quand je me suis mariée* ». Le désir de vengeance est toujours sous-jacent à cette haine et cette rancune comme l'exprime Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) en parlant aussi de son mari : « *Je voulais me venger de lui* ».

La haine s'étend à toutes les personnes responsables de la violence, dans le cas de Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) pour qui ce sont les *mashayekh*²⁹⁶ qui sont responsables d'influencer son mari (à travers les *dorous el din*²⁹⁷) dans sa façon abusive de se comporter avec elle et lui disent de ne pas bien traiter sa femme: « *Je déteste les mashayekh* ». Maha (38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse) résume ce que toutes ces femmes rencontrées ont exprimé, pour expliquer ce sentiment de rancune : « *Je voulais mettre en valeur mes capacités et prouver mon potentiel. Mais je n'ai pas pu. Je leur en veux à tous, ma famille et à mon mari, car c'est eux qui m'en ont empêchée* ».

VII.2.4. Troubles du comportement

Les troubles du comportement, conséquences de la violence subie, sont très fréquents et très marqués. Principalement nourris par la colère voire la rage, ils expriment l'agressivité sous forme d'impulsivité, de tendance à l'automutilation et à l'autodestruction ou de comportements à risque. Les conséquences de la violence subies peuvent se manifester sous la forme de troubles du comportement sexuel ou alimentaire.

En général l'**agressivité** résulte de la violence subie et l'identification avec l'agresseur (Frankel 2002), une dynamique bien connue en psychanalyse où la victime d'une violence s'identifie avec son agresseur afin de se donner un semblant de contrôle sur sa vie démantelée et de se forger une structure pour son identité. Elle adopte alors le même comportement agressif de l'agresseur et passe du rôle de victime à celui de bourreau. Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) confirme : « *Il y a une agression des femmes contre les hommes* », c'est à dire que poussée à bout, la femme si elle est victime de violence par un des hommes de son entourage, peut retourner cette violence contre lui. Les femmes de la communauté décrivent les aspects que peut revêtir leur agressivité : crises de colères, 'explosion' décrite comme étant sous forme de vengeance avec des mots et un ton menaçant, destruction d'objets, gestes physiques soudain (comme taper sur quelque chose,

²⁹⁶ Pluriel de sheikh en arabe littéraire et en dialecte égyptien.

²⁹⁷ Cours de religion offerts dans les mosquées et les maisons, très en vogue depuis quelques années, et ce, parmi toutes les catégories socio-économiques, hommes et femmes peuvent y assister ensemble. L'affluence dépend de la notoriété du Sheikh. Les femmes donnent aussi des cours religion, et peuvent avoir accès à des formations offertes par le ministère des affaires religieuses et par el Azhar pour donner des cours et transmettre la *da'wa* (prédication).

claquer une porte, casser une vitre) : « *J'explose* » résume Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). La violence peut atteindre le degré de meurtres (évoqués précédemment) comme celui commis par plusieurs femmes à la suite (Samiha, Rabaa et Mona, dans un phénomène de mimétisme), ayant décapité leur mari, puis dépecé, celui-ci avant de le mettre dans des sacs de poubelle au congélateur :

It is such legislation [the marital law], said Dr. Nawal el-Saadawy, a leading feminist, that lies behind the spate of husband-killings. "Rabaa killed her husband when she found no other way of stopping him marrying another woman after 13 years of marriage," she said, referring to the woman who decapitated her husband. [...] Dr. Saadawy said. "But now life is changing. Women slaves are revolting and asking for some of their rights." In Egypt, the traditional role of women, which has confined many to chores like drawing water from a pump in Horania Village is changing. A series of killings of husbands by their wives has stirred debate over many social issues, including the lot of women. (Cowell 1989b).

Le comportement violent et agressif de certaines femmes est décrit par les intervenants et les personnes ressources comme étant : « [...] *un moyen de décharger les tensions qu'elles peuvent ressentir d'être opprimées* » selon Hassan (29 ans, célibataire, sans enfant, psychologue). Pour Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien): « *La shisha*²⁹⁸ *est une façon d'exprimer la colère de la femme. Le message qu'elle donne aux hommes : je suis comme vous* », c'est un autre aspect que peut revêtir l'agressivité de la femme. Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) quant à lui, voit que l'agressivité chez l'homme a d'autres causes : « *L'homme devient un monstre s'il se sent impuissant* » explique-t-il, et Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) rajoute : « *La femme pousse à bout l'homme et lui dit pourquoi tu te tais, pourquoi tu ne réponds pas, jusqu'à ce qu'il explose* ». En conclusion Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) explique que dans tout comportement agressif, que ce soit de l'homme ou de la femme : « *Le résultat est le même. L'abus de la personne en face de toi* ».

L'**agressivité** peut-être **interpersonnelle** (notamment des mères contre les enfants) comme avouée par les femmes interrogées et décrite par les intervenants et les personnes ressources. Comme expliqué précédemment, l'identification avec l'agresseur est une

²⁹⁸ Narguilé.

dynamique très fréquente : « *Quand le père crie il est entendu et respecté par les enfants, donc elle crie aussi* » (Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social). Pour Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) la femme agressive contre ses enfants « [...] *utilise la vengeance contre son mari aussi* ». Les femmes interrogées embarrassées avouent frapper leurs enfants : « *Je peux frapper mes enfants. Je frappais avec le tuyau, ça fait mal mais ça ne blesse pas* » Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée), et le cycle de violence continue, les enfants ayant subi la violence de leurs parents grandissent et développent de la rancœur contre eux et ne pensent qu'à une chose, se venger : « *Je veux punir mon père et ma mère, leur éducation pour moi a été mauvaise, ils me frappaient* » dit Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante).

La violence conjugale est aussi très présente, de l'homme envers la femme et même de la femme envers l'homme, comme le souligne Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) : « *Elle peut frapper son mari* » et Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) confirme qu'elle est agressive contre son mari : « *J'explose contre lui* ». Souvent la violence est réciproque : « *On s'accroche ensemble en criant. Chaque fois que je me révolte contre lui il me menace qu'il va me sortir de la maison* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). La violence peut être banalisée dans le couple : « *On explose au visage l'un de l'autre sans aucune raison* » avoue Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste). Un cas particulier d'agressivité, est celui de l'épouse légitime contre la maîtresse, comme le relate Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), en parlant de la femme avec laquelle son mari la trompait : « *Je suis allée la voir et je l'ai frappée. Je l'ai attaquée. Il fallait que je lui donne une gifle. Je l'ai frappée à son travail, je lui ai donné une claque en passant* ».

Une autre illustration de l'expression de cette agressivité est lorsque celle-ci est retournée contre soi-même, et prend l'aspect d'impulsivité, de tendance à l'**automutilation** et à l'**autodestruction**. Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre), psychiatre explique : « *L'automutilation arrive quand la personne est soit déprimée ou très en colère* ». Les témoignages ici des femmes rencontrées illustrent le second cas, où elles sont en colère, et comme elles ne peuvent pas l'exprimer ouvertement contre la personne qui leur a fait du tort (le mari, les parents) ou même Dieu, elles retournent cette colère contre elles-

mêmes. Durant l'entretien, arrive un moment où Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) est très émotive et pleure en se rappelant le temps où elle voulait se faire du mal :

« *Ba Altoum*²⁹⁹. Je disais à mon mari tu as deux choix : soit je me suicide et je m'immole, soit je m'enfuis de la maison et je te laisse la maison et les enfants. Avant d'avoir mes enfants, j'allais me suicider quand il m'avait humiliée, j'allais prendre des comprimés et j'ai égrainé tout une boîte, je suis rentrée dans ma chambre, il a cassé la porte, mais l'idée est restée dans ma tête jusqu'au lendemain. Ce qui m'empêche de me tuer c'est Dieu ».

De nombreux autres témoignages révèlent l'intensité et la fréquence des comportements auto-mutilants et autodestructeurs comme celui de Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) : « *À 15 ans j'avais des accès de colères et à 17 ans je me suis mutilée le corps* ». Les comportements auto-mutilants agressifs s'échelonnent de la simple idée de se faire du mal : (« *Je veux me faire souffrir* » Souheir (20 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi)), aux menaces de se faire du mal : « *Devant lui je fais semblant de me couper avec le couteau comme dans les feuilletons* » comme l'avoue Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer). Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) aussi menace de se suicider si sa mère ne revient pas, mère qui avait quitté la maison lorsqu'elle s'était fiancée à un jeune homme que la mère ne voulait pas, elle me dit : « *Je me suicide si elle ne revient pas* ». Certaines femmes interrogées décrivent de réelles tentatives de suicide : « *J'ai tenté de me suicider avant en me coupant la main* » (Nagat, 30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Cependant, ce qui est le plus fréquemment mentionné par les femmes de la communauté rencontrées, et observé par les intervenants et les personnes ressources, c'est l'attitude rapportée par plusieurs dont Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) : « *Parfois j'espère dormir et ne pas me réveiller. Je déteste la vie, je refuse la vie, mais je ne peux pas me suicider* ».

Il est à rappeler que l'automutilation et les comportements suicidaires sont présents dans les états de stress post-traumatiques complexes et dans le TPL (Herman 1992 ; Brodsky et

²⁹⁹ Je me donne des claques.

al. 1995 ; Santa Mina et Gallop 1998), ainsi que les comportements à risque. Tous sont vus comme étant une réaction contre la violence subie (Bayat 2002).

Les données épidémiologiques laissent penser qu'en Égypte, il y a une transition de l'hystérie vers les attitudes parasuicidaires, transition qui serait vers les TPL. En effet le profil de la personne qui a des tendances parasuicide est celui d'une personne ayant un TPL (El-Missiry et al. 2012).

Certains théoriciens considèrent les **troubles du comportement alimentaire** (important symptôme du diagnostic du TPL tel qu'établi dans le DSM-5, dont se plaignent beaucoup les femmes interrogées rencontrées et que les personnes ressources et les intervenants mentionnent souvent comme problématiques pour de nombreuses *Masraweeyyates*), comme étant des conduites auto-mutilantes et d'agression retournée contre soi (Favazza et al. 1989; Van der Kolk et al. 1991). Il est important de relever que la boulimie (avec ou sans vomissements) ainsi que l'anorexie, isolées ou dans le cadre du tableau symptomatique d'un trouble dépressif ou de TPL, sont souvent rapportées comme étant l'une des répercussions de l'exposition à la violence (Nait-Brahim 2012). La boulimie représente une sorte d'exutoire à la violence pour les femmes en Égypte : « *Le grignotage compulsif de chocolat est très fréquent. C'est difficile de le prévenir car c'est le seul moyen de coping qu'elles ont contre le stress* » explique Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste). En effet, les femmes décrivent trouver refuge dans l'alimentation : « *J'ai grossi de 30 kg, je mange beaucoup, tout le temps et n'importe quoi. 'Je projette ma détresse sur ce que je mange'*³⁰⁰ » (Ghada, 40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) (Nasser 1988). Comme mentionné auparavant, l'augmentation du poids moyen ces dernières années des femmes égyptiennes est devenu un sérieux problème de santé publique (Musaiger 2004). La perte d'appétit peut être aussi considérée comme étant une conséquence de l'exposition à la violence dans le cadre d'un syndrome dépressif, comme pour Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *Je n'arrive plus à manger* ». L'anorexie, comme la boulimie (d'ailleurs les deux pathologies peuvent alterner chez la

³⁰⁰ بأطلع همي في الأكل (expression en dialecte égyptien).

même personne), qualifiées de comportement auto-destructeur, sont souvent secondaires à une violence sexuelle, allant de l'harcèlement sexuel jusqu'à l'inceste (Campbell 2002). Maigrir excessivement, comme l'explique Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) plus loin, ou grossir énormément comme Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires), est un moyen de ne plus 'être femme', de perdre ses attraits sexuels féminins, pour ne pas attirer l'instinct sexuel des hommes (Zlotnik 1996), soit en perdant beaucoup de poids et en devenant cachectique, ou en devenant obèse : « *J'ai beaucoup maigri car je ne voulais pas que les gens me veulent uniquement pour le sexe* » explique Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante). Ces troubles du comportement alimentaire sont considérés être des conduites autodestructrices car la femme se fait violence à elle-même en malmenant son corps, en pervertissant son appétit et en déniait sa féminité et son instinct sexuel (Diop-Sidibé et al. 2006).

Les troubles du comportement sexuel sont aussi retrouvés comme conséquences des violences subies, principalement sous la forme de relations extraconjugales et de comportements sexuels déviants selon les normes de la société égyptienne (Kadri et al. 2007). Les personnes ressources et les intervenants expriment bien l'importance de ces comportements de par leur intensité, leur fréquence et la perversité de leur tendance. Les médecins interrogés hommes ou femmes, ont été eux-mêmes victimes de comportement sexuels déviants de la part de leurs patients/patientes et des époux de leurs patientes : « *Les patientes me draguent. Quand je leur refais les seins, elles deviennent plus entreprenantes* » me dit Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique), et Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) subit la même chose que son confrère de la part de ses patientes : « *Les maris des patientes me draguent* ».

Selon les personnes ressources et les intervenants, les hommes dans la société égyptienne ont des comportements sexuels déviants, abusent du cybersexe et entretiennent des relations extra-conjugales comme l'expliquent Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) : « *Les hommes après le mariage courent vers des relations extraconjugales* » et pour Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *Les hommes*

*utilisent énormément le chat*³⁰¹, et les sites pornographiques ». Les comportements sexuels déviants révélés lors des entretiens apparaissent être très choquants vu le caractère conservateur de la société égyptienne : « *J'ai fait des choses pas bien* » confesse Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante), de même le comportement d'une femme mariée comme Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), celui d'avoir de **multiples relations sexuelles**, est un comportement très choquant pour la société égyptienne. C'est sa manière à elle d'exprimer sa colère et sa rébellion contre les diverses violences qu'elle a subies, qu'elles soient de sa famille, de son mari ou de la société tout entière :

« J'aimais trois hommes à la fois. Je cherchais la tendresse dans les hommes. J'ai connu dix hommes pendant mon mariage. J'ai eu des relations sexuelles avec eux. Tous m'exploitaient. Je pouvais être avec deux hommes à la fois. J'ai quitté mon ami d'une façon inappropriée. J'ai couché avec un autre. Pendant la relation sexuelle je suis détachée. J'ai eu plein de partenaires sexuels d'une nuit, mais à 90% des fois, c'était du gâchis. Mais je n'ai jamais senti de plaisir avec qui que ce soit. »

Les **pathologies sexuelles** sont très fréquentes dans les couples, mais le plus souvent tuées comme le révèle Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) : « *Beaucoup de mes patientes ont des problèmes sexuels avec leur mari* », l'impotence étant le plus fréquent : « *Ils n'avouent pas même au prêtre, puis l'épouse ou le mari lui avouent après longtemps qu'il est sexuellement impotent* » regrette Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe). Cette impotence masculine crée une frustration sexuelle chez l'épouse qui souvent n'ose pas en parler ni à son mari, ni à ses proches, surtout que, très souvent le mari n'admet pas avoir de problèmes sexuels ; et non seulement il ne se fait pas traiter, mais en plus il accuse l'épouse de frigidité et la rend même responsable de l'échec de leur relation sexuelle, ce qui augmente encore la détresse psychologique de la femme. En plus de l'impotence, la **masturbation excessive** est une pratique très fréquente parmi les femmes interrogées. Elle est un palliatif aux insatisfactions sexuelles et un exutoire à l'agressivité supprimée : « *Je me masturbe beaucoup. Quand il me disait qu'il allait se marier je me masturbais pour me calmer* » explique Samia, 42 ans (mariée, 3 enfants, au foyer). L'homosexualité, bien qu'elle ne soit pas acceptée par la société égyptienne, est tout comme la masturbation, très fréquente et pratiquée en secret (Hélie 2004). Elle peut être

³⁰¹ Sites de rencontre sur Internet.

l'expression ressentie par de nombreuses femmes interrogées victimes de violences diverses causées par les hommes (Lhomond et Saurel-Cubizolles 2013), de l'aversion, entre autres, à l'intimité avec les hommes : « *Ma copine est partie au Canada. On avait l'habitude de jouer sexuellement ensemble, nous ne sommes pas lesbiennes* » raconte Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) et Amina (21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi) me pose la question : « *Est-ce génétique ? J'ai fait des choses amusantes, j'avais des fantaisies à propos de sexe en groupe, avec des femmes, j'ai tout essayé* ». Il est intéressant de noter que ce sont surtout les plus jeunes femmes interrogées qui ont parlé ouvertement d'homosexualité, et tout aussi intéressant de savoir si elle est pratiquée aussi parmi les femmes interrogées plus âgées. Il serait utile de rappeler ici que les troubles du comportement sous la forme d'impulsivité, de comportements à risque (notamment dans les relations sexuelles) et de troubles du comportement alimentaires sont des symptômes retrouvés dans le tableau clinique du TPL (American Psychiatric Association, 2013e). Plus loin dans cette partie, les récits des personnes interrogées relatifs aux différents troubles de la personnalité, dont le TPL seront exposés.

VII.2.5. *Ana mesh helwa*³⁰²

Ana mesh helwa est une expression beaucoup répétée par les femmes interviewées, alors que toutes étaient jolies et coquettes (Ghannam 2008;Ryzova 2005). La perturbation de la perception de l'image du corps est un symptôme très fréquent chez les personnes victimes de violence notamment sexuelle et physique (Crowley et Santos 2015). Selon Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique), il y a une préoccupation excessive avec le corps et l'aspect esthétique par toutes les femmes, quel que soit leur niveau socioéconomique : « *Il y a une grande demande sur la chirurgie plastique surtout la plastie abdominale, la plastie des seins et la liposuction* ». Les images d'un idéal de corps particulier véhiculées par les actrices des feuilletons turcs ou les chanteuses libanaises envahissent les écrans (de télévisions, d'ordinateurs ou de portables) et viennent modifier l'image de soi des *Masraweyyates* qui cherchent alors à s'identifier complètement à ces modèles. Ceci fait des *Masraweyyates*, en plus d'avoir recours aux techniques plus

³⁰² Je ne suis pas jolie, en arabe dialectal égyptien.

agressives comme la chirurgie esthétique, des ferventes supportrices et utilisatrices des lentilles de contact de couleur et des teintures de cheveux blonds ou châains, et ce, afin de ressembler au maximum à cet idéal ‘européanisé’, marque de beauté absolue (Doherty 2008). Il est important de rappeler que l’un des symptômes caractéristiques du TPL est la perturbation de l’image de soi et de son identité (Bender et Skodol 2007;Perry et Malchiodi 2014). L’équipe d’intervenants de la structure communautaire Wa’y a, à ce propos, relaté son expérience avec un groupe de patientes victimes de violence, qui après avoir reçu un traitement psychiatrique et psychothérapeutique pour les troubles dont elles souffraient, ont suivi un atelier de deux semaines, gracieusement offert par des professionnels de différentes spécialités, où elles ont reçu entre autres des soins spécifiques de massage pour le visage appelé *facial harmony massage* (Perry et Malchiodi 2014 ; Scaer 2014) . Les retombées de ce massage facial sur ces femmes, ayant reçu de nombreuses atteintes physiques à leur visage, ont été en général très positives, beaucoup d’entre elles ont pleuré durant le massage car il a entraîné une reviviscence des traumatismes physiques, puis se sont détendues après qu’il y ait eu cette décharge émotionnelle. Selon les intervenants, ce qui a le plus affecté ces femmes, c’est d’être touchées différemment notamment sur le visage, c’est de se sentir protégée, respectée et aimée par la personne qui touche son visage. Ces ateliers ont débuté avec une séance de ‘relooking’ offerte par une experte de l’image qui a appris à ces dames à se mettre en beauté, avec leurs petits moyens, à choisir les couleurs des foulards qui leur sailleraient le plus et à se maquiller discrètement. Selon les intervenants, elles ont quitté ce jour-là l’atelier très heureuses, et chaque jour en y revenant, elles ont continué à se faire belles, chacune attendant de recevoir des compliments pour son apparence. L’équipe a aussi noté que les conjoints des femmes qui étaient résistants à l’idée de les laisser aller quotidiennement à cet atelier, et ce, pendant deux semaines (de crainte que les tâches ménagères et les enfants n’en pâtissent selon les maris), étaient ceux-là mêmes qui les encourageaient à y aller dès le deuxième jour après avoir été les témoins des effets positifs de cette prise en charge sur leur moral, et par conséquent sur toute la famille, des effets qui complètent ceux obtenus par les traitements psychiatrique et psychothérapeutique conventionnels.

VII.2.6. *El 'edmān*³⁰³

L'addiction comme répercussion psychologique de la violence a fait l'objet de nombreuses recherches (Linehan et al. 1999), qu'elle soit une pathologie isolée conséquence de l'exposition à la violence ou faisant partie du TPL (Shaw et Proctor 2005). Quatre des femmes interrogées ont une pathologie addictive et sont traitées par Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) à la structure privée de réhabilitation d'addiction pour femmes située à Maadi. Elles sont toutes âgées d'une vingtaine d'années et issues de milieux socioéconomiques moyens, voire aisés. Les traumatismes qu'elles ont subis remontent le plus souvent à l'enfance où des notions de négligence émotionnelle ou d'abus physiques par les parents sont retrouvées, dues à une structure familiale perturbée ou à la présence d'une pathologie addictive familiale. Les récits de chacune des femmes interrogées sont très riches. La première est Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) qui raconte :

« J'ai commencé à prendre de la drogue après avoir découvert qu'il me trompait. En février, je voulais arrêter mais je n'ai pas pu car j'étais en couple avec un qui était addict, et il a été en réhabilitation dans un centre privé et à l'hôpital Kasr El Aini³⁰⁴. J'ai commencé à boire de l'alcool, à fumer du hash et à avaler des comprimés ».

L'addiction de Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) quant à elle, est liée à la présence d'un trouble de la personnalité limite, lui-même conséquence de violences subies pendant l'enfance (Linehan et al. 1999), notamment, dans son cas, à une absence des parents suite à leur divorce et à leurs emplois de temps professionnels qui nécessitaient leur éloignement respectif du domicile où résidait :

« J'ai un trouble de la personnalité limite, mon addiction y est liée. J'avais envie d'être normale. Ma mère a trouvé la seringue, on était à la plage, et on s'est disputées. J'ai fugué. J'avais pris une grande quantité de drogues diverses : Héroïne, cocaïne, tramadol³⁰⁵. Je m'injecte dans des zones bizarres. »

Souheir (20 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi) demeure bloquée dans la rébellion de l'adolescence contre ses parents et utilise la drogue et les fugues pour exprimer sa

³⁰³ L'addiction en arabe littéraire et dialecte égyptien.

³⁰⁴ Hôpital public ayant un département d'addictologie.

³⁰⁵ Drogue à base d'une molécule opioïde en forme de comprimé, très utilisée en Égypte.

souffrance due au mauvais traitement qu'ils lui ont fait subir durant son enfance : « *J'ai été dans deux centres de réhabilitation avant celui-ci et je me suis échappée. Je suis addictée depuis six ans. Ça fait 2 mois que je suis là, mes parents m'ont amenée. J'étais addictée aux comprimés et au tramadol* ».

L'addiction d'Amina (21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi), est principalement à l'alcool et à d'autres substances addictives (souvent prises avec l'alcool comme les opioïdes). Elle semble être liée à un phénomène familial vu la présence d'alcoolisme chez son cousin. L'alcoolisme est souvent associé au stress post-traumatique et est utilisé pour calmer les angoisses dues au traumatisme, faciliter l'endormissement et lutter contre les cauchemars en induisant un sommeil lourd (Brown et Wolfe 1994; Kofoed et al. 1993) :

« Je suis addictée à l'alcool. Pendant 3 ans je n'ai rien fait, mes parents m'ont envoyée à Richmond pendant un mois, j'ai commencé à boire de l'alcool. J'avais le mal du pays. Depuis 6 ans, avant l'alcool je prenais du tramadol. Mon cousin est aussi addictée. J'ai repris du tramadol » (Amina, 21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi).

L'addiction des femmes est un des sujets les plus tabous de la société égyptienne. Il représente tout ce que la société ne peut pas voir : son échec. Une femme qui se drogue et aux yeux de ses parents et de ses proches, une honte, surtout si elle est addictée à l'alcool. Mariam Naoum, écrivaine contemporaine égyptienne, auteure des scénarii de deux feuillets récents, projetés sur deux années consécutives durant le ramadan, à des heures de grandes audiences sur des chaînes très regardées, dédiés à la santé mentale et à l'addiction des femmes égyptiennes, thèmes jusque-là tabous dans la société égyptienne et les productions artistiques (ou quand ils étaient abordés c'était de manière caricaturale, dramatique et superficielle juste pour montrer la souffrance des femmes égyptiennes) (Deyaa' 2015). La première œuvre '*Taht el saytara*' (Elembaby 2015) décrit la vie d'une héroïnomane dans les plus menus détails de sa vie de femme, épouse et mère, et décrit le monde de l'addiction, de ses traitements à travers des femmes et des jeunes filles addictes. La seconde œuvre, et la plus récente, est '*Sokout Horr*³⁰⁶' qui retrace la vie d'une femme³⁰⁷,

³⁰⁶Chute libre en arabe littéraire.

³⁰⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=ldYP2b40Hmc>.

internée dans les services fermés pour femmes de l'hôpital 'Abasseya³⁰⁸ et atteinte de traumatisme psychologique, après un violent drame et un meurtre qui lui ont fait perdre la mémoire et la raison. L'impact que ces deux feuilletons ont eu sur la société égyptienne, et ce, au niveau de toutes les couches socioculturelles, a été très puissant. Le duo Mariam Naoum et Nelly Karim (Vivarelli 2016) (actrice, héroïne de ces deux feuilletons, ballerine vedette de la troupe de l'opéra du Caire, de mère russe, ces détails de la biographie de l'actrice³⁰⁹ seront repris plus loin dans la discussion et leur importance pour cette recherche sera expliquée) semblent jouer un grand rôle auprès de la société égyptienne contemporaine dans la dénonciation des tabous relatifs à la violence, à l'addiction et à la maladie mentale, phénomènes déjà très délicats à traiter dans la société égyptienne, et qui le sont encore plus lorsqu'ils sont conjugués au féminin.

VII.2.7. Troubles de personnalité (*edterāb el shakhseya*)

Les causes du développement d'un trouble de la personnalité sont diverses et diffèrent selon le type de trouble de personnalité³¹⁰. D'après, le modèle bio-psycho-social (Engel 1980; Fava et Sonino 2008) ces causes sont d'origine biologiques, psychologiques (notamment le type d'attachement parental que la personne a expérimenté) et sociales (les conditions de vie incluant la présence de violence). Nombre de ces types d'attachement³¹¹ pathologiques sont en fait basés sur une pratique relationnelle et psychologique violente entre les parents et l'enfant, comme la négligence ou le déni dans **l'attachement insécure évitant** dans l'enfance qui se traduit chez l'adulte par un style d'attachement détaché; ou l'inconsistance de la présence affective dans **l'attachement insécure ambivalent** qui se traduit à l'âge adulte par un style d'attachement anxieux ou préoccupé, et enfin la menace et la punition disproportionnée à l'acte et la violence traumatique dans le type **d'attachement désorganisé** chez l'enfant qui donnera un style d'attachement à l'âge

³⁰⁸ Hôpital psychiatrique public.

³⁰⁹ <http://english.ahram.org.eg/NewsContent/7/47/63845/Life--Style/Style/Fashion-Icon-Alert-Nelly-Karim.aspx>.

³¹⁰ Les différents troubles de la personnalité selon le DSM-5 sont divisés en trois clusters :

Cluster A des personnalités « excentriques » paranoïaque schizoïde schizotype ; cluster B personnalités « dramatiques » antisocial, limite, histrionique, narcissique ; cluster C personnalités « anxieuses » évitant, dépendant, obsessionnel-compulsif, et pour les critères de diagnostic, voir le DSM-5 (American Psychiatric Association 2013e ; Pham-Scottet et Guelfi 2003) .

³¹¹ Un attachement sécure pendant l'enfance sera à la base d'un style d'attachement autonome à l'âge adulte.

adulte aussi appelé désorganisé ou désorienté (Atger 2007 ; Bowlby 1984 ; Pierrehumbert 1996). L'on peut donc deviner que la violence, sous toutes ses formes, que peut subir un enfant ou un adolescent, puisse avoir un effet certain sur la qualité de son attachement de base aux figures parentales entraînant plus tard un attachement de type désorganisé, type qui pour Tarabulsy et al. (2000) « est un facteur de risque pour le développement ultérieur personnel et social de l'individu », notamment un risque pour le développement de troubles de la personnalité comme le TPL (Ehrensaft et al. 2006 ; Lewis et Christopher 1989 ; Monahan et Steadman 1996).

En effet, de nombreuses études démontrent que le trouble de la personnalité *borderline* ou TPL est souvent une conséquence de l'exposition à des événements violents et traumatiques (Yen et al. 2002 ; Zanarini 2000 ; Zlotnick et al. 2002). Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre), de par son travail dans la structure d'addiction à Maadi, est en relation avec beaucoup de patientes souffrant de TPL, donne son avis sur les causes du développement de ce type de personnalité chez ses patientes :

« J'adore la spontanéité des personnalités *borderline* : Elles sont très intelligentes. Les émotions des *borderline* sont très intenses : Une tristesse profonde, une joie extrême. Elles sont *borderline* dans leurs émotions. Le *borderline* est un syndrome, une maladie, avec des fréquences variables. J'ai vu des hommes *borderline*. Les causes de la personnalité *borderline* sont psychologiques. Il existe des patientes *borderline* aux États-Unis, mais pour d'autres causes. Les *borderlines* sont dans le drame théâtral, l'amour et la douleur : l'ambivalence. »

Certaines femmes interrogées se reconnaissent comme ayant un TPL telle que Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) :

« Je suis *borderline* et addictée à l'héroïne depuis 12 ans. J'ai été diagnostiquée comme étant une personnalité *borderline*. Je ne sais pas si *borderline* est le résultat des circonstances où il y a une prédisposition. Mais ses causes sont psychologiques. Il y a des TPL chez les célébrités. »

La deuxième tendance observée et rapportée par les femmes interrogées et les personnes ressources est la **personnalité isolée**, ayant selon Bowlby (2008) un style d'attachement adulte 'détaché' et ayant probablement développé pendant l'enfance un attachement insécure détaché, résultat de violence psychologique à type de déni, d'invalidation et de

négligence. En effet, l'abus émotionnel et psychologique que subi l'enfant pendant son développement aboutit souvent à ce qu'il développe des mécanismes de suppression de l'expression de ses désirs et de ses besoins. Selon la théorie d'Eric Berne (2016) de l'analyse transactionnelle, le *withdrawal*³¹² est l'un des processus d'adaptation de l'enfant aux styles de parentalité parfois abusifs qu'il subit, le développement de la personnalité isolée ou introvertie (*withdrawn*), prenant alors ses racines dans le traitement abusif que subit l'enfant dès ses premières années :

[...] withdrawal is a basic positive and negative form of adaptation by the Adapted Child to parental influences, along with compliance and rebellion. Compliance, rebellion, and withdrawal are related to the three basic negative survival emotions: fear, anger, and sadness, respectively. (Vallejo 1986: 114).

Les femmes interviewées décrivent leur isolement et le repli affectif par rapport à leurs parents qui les malmenaient, et qu'elles ont développé depuis leur enfance : « *J'étais renfermée, je n'interagissais pas beaucoup avec mes parents* » (Rana, 21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) et Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) les larmes aux yeux dit : « *J'ai beaucoup d'émotions. Mais celui qui n'a pas reçu la chose ne peut pas la donner. Je n'ai pas reçu d'amour de mes parents, je n'arrive pas à m'approcher de mes enfants, et j'essaie de lutter contre ça* ».

Le troisième type de personnalité identifié par les intervenants et évoqué par les récits des femmes interrogées est la **personnalité dépendante**, facilement suggestive caractérisée selon Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) par une absence d'individuation (phénomène appelé *enmeshment*) : « *Les patientes qui viennent me voir me racontent tout. Je ne veux pas être impliquée* », ce qu'elle rattache à une l'absence de frontières individuelles entre la patiente et son médecin, qu'elle prend pour sa confidente ou presque sa maman. Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) confirme cette analyse et ajoute : « *Ces patientes ont une immaturité émotionnelle. Elles ne savent pas ce dont elles ont besoin* ». En plus de l'absence de frontières individuelles et de l'immaturité émotionnelle, il y a aussi la suggestibilité de

³¹² Le repli sur soi.

certaines, très facilement influençables par les médias et les figures importantes de leur vie. Selon Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) : « *La femme apprend les réactions des feuilletons turcs* », ce que confirme de nombreuses femmes rencontrées, en décrivant l'influence des films : « *J'étais curieuse. J'incarnais les rôles que je voyais dans les films. L'opinion de ma mère m'influence énormément* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). Le besoin de toujours avoir quelqu'un dans sa vie sur qui dépendre est décrit par Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) :

« Je veux toujours quelqu'un qui m'aide. Je regardais les films et je m'imprégnais des personnages, je jouais leur rôle dans ma vie. J'avais toujours quelqu'un dans ma vie, quelqu'un comme ça ».

Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) illustre parfaitement le mécanisme de cette dépendance et son impact sur elle :

« J'ai vécu pour les gens avec leurs problèmes. J'étais absorbée par les autres. Chacune commence à se plaindre, puis moi j'ai commencé aussi à me plaindre. Je suis devenue comme elles, je suis affectée facilement par les choses les plus futiles. Le traitement est bien, mais le problème principal de ma souffrance est que je suis faible et que je ne sais pas quoi faire. J'ai dit au psychologue j'ai peur que quand je pars que je rechute car je vais revivre avec des gens négatifs. Les femmes de mon entourage m'avaient contaminée. Quand je suis avec les autres, je me transforme en quelqu'un d'autre, mon humeur s'accorde aux leurs, comme si je prenais leur personnalité. Je suis comme une éponge. »

Enfin, l'hésitation, l'absence d'opinion personnelle et de vision sont retrouvées comme caractéristiques de cette personnalité dépendante, même dans les décisions les plus banales : « *Je suis hésitante dans ma façon de m'habiller* » explique Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte). Il est à noter qu'elle est économiquement indépendante et d'un milieu socioéconomique aisé. Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) remarque avec un soupçon d'ironie et de regret, en parlant de sa dépendance par rapport à son mari : « *Je suis devenue comme sa mère, qui ne faisait pas un pas sans son père* ». Et Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) regrette son 'manque de personnalité' et raconte son histoire avec Heba sa collègue :

« Si je suis une forte personnalité, je ne dois pas me laisser influencer. Je connais une personne qui était dans mes mêmes circonstances, elle a su contrer Heba, pas comme moi. Moi j'étais trop coulante avec Heba, elle a su me dominer et dominer le projet. Et tout ça m'a peinée psychologiquement. »

Pour essayer de comprendre cette notion de frontières individuelles, cette définition que donne Chelhi (1988) de la femme *'psychologically well'* versus *'psychologically distressed'* dans son ethnographie de femmes tunisiennes paraît fort intéressante. Chelhi assume qu'une femme psychologiquement saine dans une société moderne est bien définie et individualisée, et qu'au contraire si elle n'est pas individualisée (*undifferentiated*) elle est alors en détresse psychologique :

« 'Well adapted' or 'psychologically healthy' woman in a modern industrial or post-industrial society: "She is a well defined person in her own term. She has the ability to separate intellectual and emotional function. She maintains a balance between the desire to be with others and the desire for individuality. Looking after her own interests does not mean she is selfish, and does not bring her into conflict with the interests of the group, but is complementary to those interests. She can resist the group if it puts pressure on her to change but is tolerant of others' opinions when they differ from hers. (Janet Seely citée dans Chelhi 1988 : 115).

Et une personne *undifferentiated* est :

[...] a person who bases her own opinions on those of the group, who takes her decisions according to pre-established norms rather than making objective and rational choices, who melts into the group with no problems and without feeling any need to stand apart in order to know the boundaries of her own self. She will always defend the interests of her own group (tribe, clan, family, or country) without trying to assess objectively the rights and wrongs of the situation. Her opinions change with that of the group and she does not tolerate different opinions. In fact, there are no opinions to be held in such a situation, only norms, pre-established ways of saying what is right and wrong. (Chelhi 1988 : 115 citée dans Mostafa 2008 : 4).

Mostafa (2008) commente à son tour cette définition en s'inspirant de son ethnographie de la dépression chez les femmes égyptiennes :

Needless to say, this definition is far from applicable to a large number of Arab women, who are, on the contrary, 'undifferentiated.' (Mostafa 2008 : 4).

Les propos de Chelhi (1988) et de Mostafa (2008) gagneraient, à être nuancés par l'exploration des aspects culturels de la théorie de l'attachement (Ainsworth 1967 ; Bowlby 2008), et de leur relation avec la notion de frontières individuelles, d'individuation, de types d'attachement adulte et de traits de personnalité. Les recherches faites sur ce sujet dans la culture égyptienne, voire arabe, sont très rares voire inexistantes, si ce n'est peut-être quelques études faites sur les populations arabes en Palestine (Scharf et al. 2016) en

comparaison aux populations d'autres cultures vivant dans le même contexte, et qui montre l'importance de la culture dans les styles de parentalité, comme l'avance Pasternak (2014: 1)

While culture tends to influence parenting styles, factors like religion, ethnicity, and national origin are found to have little influence on this intergenerational transmission of parenting behavior. Rather, modeling and imitation of parents' behavior had a deeper effect.

Il est par ailleurs intéressant de mentionner l'étude de Lyons et al. (2013) sur une population des Émirats Arabes Unis, qui avance apporter des évidences, quoiqu'indirectes, du développement d'une 'épidémie' mondiale de narcissisme. Les auteurs rattachent cette 'épidémie' au changement culturel rapide que traversent les sociétés étudiées, changement lié à une augmentation des scores du trait narcissique observés dans les populations étudiées aux Émirats similairement à l'augmentation observée en Chine (Cai et al. 2012: 533) : « [...] *modern Chinese are becoming more narcissistic as an increasing number of them is only-child, relatively well-off, lives in urban areas and endorses individualistic values.* »

Rothbaum et al. (2000) confirment l'importance de la culture non seulement dans le développement du type de personnalité mais aussi, et surtout, dans les styles d'attachement et de parentalité. Dans leur étude comparative de ces derniers, sur des populations aux États Unis et au Japon, ils nuancent culturellement les 3 fondements de la théorie de l'attachement par Bowlby (2008) et Ainsworth (1967) : *sensitivity hypothesis*, *competence hypothesis*, et *secure base hypothesis* (cette dernière étant le phénomène central de leur analyse de l'attachement), et définissent la figure d'attachement de l'enfant comme étant : « ...*a person whom the child uses as a secure base across time and situations* » (Rothbaum et al. 2000 : 1095).

Il est intéressant de remarquer, concernant **la première hypothèse de l'attachement** (à savoir l'expression de la sensibilité et de la réponse de la personne prenant en charge l'enfant), l'existence d'une différence majeure dans les objectifs de cette sensibilité entre les parents au Japon et ceux aux États-Unis, à savoir, nourrir la dépendance et la proximité émotionnelle au Japon et favoriser l'exploration et l'autonomie aux États-Unis. En effet,

selon Rothbaum et al. (2000 : 1097), au Japon, *sensitivity hypothesis* est plus en rapport avec : (1) la proximité émotionnelle entre parents et enfants ; (2) l'aide qu'offrent les parents aux enfants visant à la régulation de leurs état émotionnel (tristesse, colère, douleur) ; (3) l'encouragement de la dépendance des enfants sur leur mère ; et enfin (4) la communication entre la mère et l'enfant est plus centrée sur les émotions et sur le contact physique prolongé.

Cette approche est très différente de celle des parents aux États-Unis, qui expriment leur réponse aux demandes des enfants par l'aide qu'ils leur offrent à assouvir leurs désirs personnels et par le respect, autant que possible, des efforts autonomes de leurs enfants à satisfaire leurs propres besoins, le contact entre les parents et l'enfant étant ici plus distant surtout à travers le contact visuel.

Pour la **deuxième hypothèse** de l'attachement, à savoir la compétence sociale, largement définie par les théoriciens selon les valeurs occidentales, ces derniers ont mis en avant l'exploration, l'autonomie, l'efficacité, la disposition à discuter des émotions fortes et de ne pas être d'accord avec les autres, une sociabilité avec les collègues et les inconnus, et une vision positive de soi. Au Japon, préserver l'harmonie sociale est très valorisée, et la compétence sociale requiert dépendance, retenue des émotions, expression indirecte des émotions, différenciation claire entre un comportement approprié à avoir avec les membres du groupe (cercle intime) et un autre avec ceux qui sont en dehors de ce cercle, et enfin effacement de soi (Rothbaum et al. 2000 : 1098).

La troisième base de la théorie de l'attachement de Bowlby est la base de sécurité qui est essentiellement liée aux États-Unis à l'exploration, l'adaptation, l'individuation et la maîtrise autonome de l'environnement. Au Japon, cette base de sécurité est liée avant tout à la dépendance, et l'adaptation fait référence à l'accommodation des autres, à éviter la perte des relations avec eux et à être en harmonie et, enfin, elle fait référence à la loyauté et l'interdépendance (Rothbaum et al. 2000 : 1102). Les auteurs de cette étude concluent :

What we propose is a new generation of research and theory on attachment, specifically attuned to ways in which the attachment process is tied to the cultural context in which it is embedded. [...] Limiting assumptions of universality and

opening the door to human diversity could greatly enrich the understanding of the myriad ways in which human relationships take shape, go awry, and undergo repair in social contexts around the world. (Rothbaum et al. 2000 : 1102).

Bien que cette étude date d'une quinzaine d'années (période qui pourraient laisser supposer que la société japonaise puisse avoir probablement connu des changements socio-culturels importants), elle n'en demeure pas moins intéressante, et ce, à plusieurs niveaux, car elle permet une exploration fine du concept de l'attachement d'un point de vue culturel, qui est à mon sens fondamental pour le développement de la personnalité. De plus, le type d'attachement et de parentalité au Japon, décrit ici, semble ressembler en beaucoup de points à celui encore souvent observé traditionnellement dans la société égyptienne ainsi que chez de nombreuses personnes rencontrées durant la recherche sur le terrain (et pas uniquement chez les femmes de la communauté visitant les structures de santé mentale). Ce type de parentalité entraînerait la formation d'une personnalité dépendante selon les critères du DSM-5, cependant, comme précisé plus loin, si ces traits sont prédominants dans la culture locale, ils ne sont donc pas considérés comme pathologiques. De même, mon observation a noté la présence de cette tendance de dépendance chez de nombreuses personnes interviewées, bien que beaucoup ne l'aient pas mentionnée comme étant problématique pour leur entourage ni ne s'en sont plaintes, et semblent s'en accommoder parfaitement, ainsi que leur entourage.

On ne pourra pas dire que la personne a un trouble de la personnalité que si les critères généraux du diagnostic, selon le DSM-5 sont remplis, surtout cette partie du critère A³¹³ « ... qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu », et celle-ci

³¹³ A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants : (1) la cognition ; (2) l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle) ; (3) le fonctionnement interpersonnel ; (4) le contrôle des impulsions.

B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.

C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (ex : drogue) ou d'une affection médicale générale (American Psychiatric Association 2013e).

du critère C : « *Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.* » Donc, si les symptômes ne dévient pas notablement de ce qui est attendu dans la culture, ni qu'ils entraînent une souffrance ou une perturbation dans le fonctionnement social ou dans tout autre domaine de la personne, ils ne peuvent pas être qualifiés de pathologiques selon la culture où ils se manifestent ni selon la situation sociale de la personne. Si la personne et son entourage s'en accommodent, ils ne seront pas considérés comme pathologiques.

Pour revenir aux femmes rencontrées qui se décrivaient comme ayant une personnalité 'faible', c'est-à-dire hésitante, facilement influençable, ne sachant pas prendre leurs droits, n'ayant pas leur propre opinion, ayant toujours besoin de prendre l'avis d'un proche, celles-ci ont des traits de dépendance affective, mais des traits qui ne sont pas adaptés à leur situation, ou disproportionnés, ou non acceptés par leur famille. Les récits de ces femmes interrogées ont rapporté que la plupart d'entre elles ont eu une enfance perturbée et des parents très violents, critiques, inconsistants et ambivalents dans leur style de parentalité, ce qui a secoué leur attachement affectif depuis l'enfance ; puis des partenaires qui l'étaient aussi. Elles ont alors développé un attachement de type insécure ambivalent dans l'enfance puis un attachement de style anxieux ou préoccupé à l'âge adulte (Brennan et Shaver 1998).

Enfin, un trait de personnalité a été fréquemment mentionné par les intervenant et les femmes de la communauté, c'est la sensibilité. La notion de *Highly Sensitive People* (HSP) a été récemment développée par Aaron (2005; 2013). Selon les recherches qui ont suivi, ces 'individus hautement sensibles' représentent environ 15 à 20% de la population générale. Les caractéristiques de cet ensemble découlent d'une plus forte réactivité à une même stimulation, notamment à une sensibilité accrue au traumatisme (Benham 2006). Les caractéristiques de cette notion d'hypersensibilité ont pour abréviation DOES pour :

- (1) La profondeur de traitement (**D**ePTH of processing) ;
- (2) Plus suscité, plus mobilisé que les autres pour une même stimulation (**O**ver aroused) ;

(3) Réactivité émotionnelle forte et empathie élevée (Emotional reactivity and high empathy) ;

(4) Sensibilité aux stimuli subtils (Sensitivity to subtle stimuli). Aron (2005, 2013).

Pour Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) femme elle-même : « *Les femmes sont fragiles* ». Cette fragilité réside dans leur sensibilité émotionnelle comme décrite par les témoignages des femmes interrogées : « *Je suis affectée de dedans et de dehors* » dit Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) en parlant de sa sensibilité, sensibilité que cache Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) pour se protéger de sa vulnérabilité : « *Je suis sensible mais je me montre forte : il me voit pleurer rarement, ça arrive quand je suis à bout* ». « *Ce qui m'a rendue malade c'est ma sensibilité* » me dit (Nagat, 30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer).

Pour conclure cette section sur les troubles de la personnalité, l'on peut citer Guedeney et Guedeney (2002 : 86) qui soulignent que c'est « [...] *la confiance en l'idée qu'une figure de soutien, protectrice, sera accessible et disponible, et ceci quel que soit l'âge de l'individu en cas de besoin [...]* » qui donne à l'individu un sentiment de sécurité selon la notion de base sécurisante de Ainsworth (1967) et de Bowlby (2008).

Quality of infant attachment seems to be in the most part dependent upon the sensitiveness of the mother. Not surprisingly the majority of studies demonstrates that on average maltreated children are less securely attached to their mothers than non-maltreated children. This early mother-infant relationship is said to be internalized by the child and consequently form a prototype to which all future relationships are assimilated. Thus, maltreated children may have problems forming relationships with peers, partners and their own children. Conclusions: It is suggested that this is the primary process by which maltreatment continues from one generation to the next.(Morton et Browne 1998: 1093).

Génération après génération, la violence affecte la qualité de la relation mère- enfant et donne naissance à des multitudes de pathologies relationnelles prenant naissance dans l'enfance, puis se poursuivant à l'âge adulte, et ces adultes une fois eux-mêmes parents les reproduisent avec leurs enfants. En plus du mimétisme de style parental (Bandura 1977), et la reproduction inconsciente de styles de parentalité abusifs comme celui que la personne a reçu, de nombreuses études démontrent que le trauma cause des changements intégrés

définitivement dans l'ADN et transmis génétiquement aux générations qui suivent (Baradon 2009 ; Hines et Saudino 2002). Ceci nous laisse supposer l'immense impact que peut avoir le mauvais traitement des enfants, notamment des filles, sur la genèse de troubles psychologiques et sociaux dans la société égyptienne, et ce, à travers leur impact sur les relations familiales et sociales.

VII.3. Répercussions de la violence sur la famille

La violence a des conséquences négatives sur la personne comme l'on vient de le voir, et conséquemment sur toute la famille et la société. La violence a des conséquences négatives d'abord sur le couple, au court et long terme, et sur les enfants.

Comme souligné précédemment, il y a beaucoup de disputes et de violence physique parmi les couples des femmes interviewées : l'homme frappe la femme, plus commun, mais la femme peut aussi frapper l'homme. Peur, crainte, haine et vengeance sont les émotions les plus fréquemment citées comme étant le résultat de cette violence. Toutes les violences passées en revue précédemment secouent les fondations du mariage, et fragilisent les liens entre les époux : « *Quitter la maison, que ce soit un désir, une menace ou un acte réel est un fait très fréquent pour le mari et la femme* » dit Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer), comme le confirme Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) : « *Je pense beaucoup à divorcer* ». Si ce n'est pas le divorce, c'est le développement de relation extra-conjugales qui vient fragiliser le couple : « *Le mari lorsqu'il est énervé ou de mauvaise humeur est insatisfait de la relation et a des relations extra-conjugales* » (Nagat, 30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer).

Beaucoup de femmes de la communauté interrogées rapportent ressentir de la haine par rapport au mari et à tous les hommes. Elles ressentent un manque de complicité, d'intimité, de sens de vie de famille : « *On ne s'entend pas, il y a de sa part du tagāhoul³¹⁴. Il ne me parle pas pendant une semaine* » (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). C'est la

³¹⁴ Manque d'attention.

plainte la plus fréquente des femmes interviewées envers les hommes. Elles se plaignent aussi qu'il n'y a pas de partage des responsabilités du foyer.

Les enfants victimes de violence parentale à type de violence physique ou émotionnelle (négligence, critiques) développent de nombreuses pathologies psychologiques comme Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) qui souffre de troubles anxieux très handicapants : « *Mes parents sont responsables à 90% de ma maladie. Je refuse le mariage à cause de la 'assabeyya de mon père, pour ne pas prendre de responsabilités envers mes enfants si jamais leur père s'avère être comme le mien. Je ne veux pas qu'ils souffrent comme moi* ». Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) a conscience des effets néfastes de la violence sur les enfants : « *Si on se dispute tout le temps : notre enfant sera instable et il le transmettra à ses enfants. Ceci a des répercussions sur le futur* ». Parmi les répercussions de la violence, il y a un manque d'amour parental et filial. La relation mère-fille a souvent été mentionnée comme manquant d'amour par les femmes de la communauté interrogées envers leur propre mère et envers leur fille, comme pour Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *De ma part moi je n'arrive pas à donner à ma fille de l'amour car moi-même je n'en ai pas reçu de ma mère, et en plus mon mari pousse notre fille à me détester* ». Ceci illustre bien les études mentionnées relatives au style de parentalité, à l'attachement et à la transmission de génération en génération de la pratique du comportement violent (Alexander 2014).

La relation père-fils est aussi souvent problématique surtout si la mère le 'monte contre son père' comme évoqué précédemment, un peu comme le fait Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) en se plaignant à son fils de la violence de son père, le fils se sent alors obligé de la défendre : « *Mon fils dit à son père : 'Assez d'injustice.'* » La maman de Rana se plaint aussi de son mari toute la journée à ses filles et le résultat est : « *Notre attitude ma sœur et moi est de ne pas obéir au père et de ne pas lui faire ce dont il a besoin. J'ai une mauvaise relation avec mon père* » (Rana, 21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante). L'instrumentation des enfants contre l'autre parent est connue, et fait partie d'une dynamique appelée triangulation, étudiée notamment par Karpman (2011), selon les théories de l'analyse transactionnelle (qui sera développée un peu plus loin) où la victime fait appel à un sauveur contre le persécuteur, formant ainsi un triangle appelé par Karpman

le triangle dramatique. Ce triangle est basé sur les sentiments de culpabilité, de honte et de haine, et les rôles y sont interchangeables, ce qui maintient les personnes qui y sont impliquées prisonnières de ce rôle, sous l'emprise de ces sentiments négatifs, et en y impliquant d'autres aussi de leur entourage, tous, sans la possibilité de s'en échapper. En effet, ce triangle peut être perpétué ainsi pour de nombreuses générations. Donc, réciproquement, dans cette dynamique familiale, il y aura un manque d'amour des enfants envers les parents, surtout envers la mère, abusive. En effet, la fille pour se protéger de la violence de sa mère va se distancier d'elle comme le fait Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) : « *Je ne veux pas rester avec ma mère, je lui dis : 'tu vas regretter.'* Et comme mes sœurs sont dures, je leur cache que je suis malade », et aussi comme Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) : « *Mes sœurs et moi on n'arrive pas à leur dire nos secrets, je ne veux pas que ma mère me voie bien habillée, je sens qu'elle m'envie. Je veux qu'elle ne sache rien de moi* ». De plus, comme on peut le supposer, la scolarité des enfants est affectée par la violence intrafamiliale et l'image négative que l'enfant développe de lui-même : « *Je détestais aller à l'école, étudier, les amis de l'école, la maitresse, tout* » se souvient Rana (21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante).

VII.4. Victimisation : une distorsion cognitive? Un trouble de la personnalité?

Selon la définition de Van der Kolk (2005) qui met en exergue le sentiment de victimisation imminente et continue (*Inevitability of future victimization*³¹⁵) des personnes ayant subi des traumatismes pendant les stades précoces de leur développement émotionnel, les femmes de la communauté rencontrées expriment ces mêmes symptômes de victimisation de par leurs nombreux témoignages où la plainte, le sentiment d'être victime, la soumission et la passivité sont très présents. En effet, la description que donne Van der Kolk (2005 : 15) du *Developmental Trauma Disorder*, une variante du *complex PTSD* (Cloitre et al. 2009) (Annexe 7) s'applique parfaitement aux symptômes rapportés par les femmes de la communauté interrogées et les personnes ressources, à savoir essentiellement une tendance certaine chez elles à penser à l'*'Inevitability of future victimization'*, crainte qui entraîne une distorsion de leur processus cognitif, et tous les faits sont interprétés selon cette

³¹⁵ Expression utilisée par Van der Kolk (2005) signifiant l'inévitabilité d'une victimisation future.

appréhension (Van der Kolk 2005 : 15). Ce mécanisme est comme exprimé, entre autres, par Manal (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) : « *J'avais peur que les gens ne me comprennent pas ou utilisent mal ce que je leur dis et qu'ils me fassent du mal* ». Certaines recherches tendent à penser que la victimisation peut être classée parmi les troubles de la personnalité car elle envahit toutes les aires de fonctionnement de l'individu : émotif, cognitif, motivationnel, comportemental (Björkqvist et Österman 2014; Glasø et al. 2007; Mynard et Joseph 1997). Une illustration de cette tendance sont les propos de Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) qui explique comment se plaindre est devenue une façon d'être et d'appréhender le monde :

« La sœur, la mère et le père de mon mari se plaignent de leur situation financière. Son père fréquente des femmes. Sa mère se plaint sans qu'elle ne se débrouille, ni qu'elle ne fasse rien. Si ce n'était pas à cause d'eux, je ne souffrirais pas et je ne serais pas allée me soigner. Ma belle-famille m'a fait vivre dans les plaintes. Je cherche la tristesse de n'importe quelle façon. Je me crée des problèmes pour me trouver une raison d'être triste, je commence à m'observer. J'aime et je trouve du plaisir à la plainte ».

C'est aussi ce que décrit Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires), cette 'inévitabilité' de la plainte : « *Je n'arrive pas à me contrôler. Je veux me taire, arrêter de me plaindre et travailler plus* ». Subir la vie, les événements négatifs, les circonstances défavorables est l'un des principaux aspects du sentiment de victimisation « *Parfois je sens que je suis victime. Je pleure. Je souffre psychologiquement* » avoue Maha (38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse). Ce sentiment est exprimé par la plupart des femmes interrogées qui accusent leur parents, leur mari, leur famille, leur belle-famille, leurs proches, la société et même Dieu de leur souffrance et de leur malheur, telle que Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *Je sens que mes frères, ma fille, mon mari et ma mère sont responsables de ma souffrance* ». Et Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) rejette la responsabilité sur Dieu, en défiant ainsi le plus grand des tabous dans la culture égyptienne, celui de se plaindre de sa destinée, et ne pas avoir de *reda*³¹⁶ : « *Ma relation avec Dieu était noss-*

³¹⁶ Le fait d'accepter ce que Dieu nous offre.

noss³¹⁷. *Je sentais qu'il donne aux gens plus que moi, et moi il ne me donne même pas un peu* »³¹⁸.

La fatalité, les superstitions, la magie sont des croyances (Corin 1979 ; Nelson 1971) que partagent fréquemment les personnes interviewées telles que Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) :

« La maison est *malmoussa*³¹⁹. Les guenns me disent : C'est nous qui te faisons faire tous ces mauvais comportements car tu as frappé ta fille devant la salle de bain. »

Pour Van Der Kolk (2005 : 14), le sentiment de défaitisme et de soumission fait partie du tableau symptomatique du *Developmental Trauma Disorder* et du *complex PTSD* (état de stress post-traumatique complexe) où les personnes ayant subi des traumatismes, durant leur très jeune enfance par les personnes en les élevant, ou un peu plus tard par les personnes de leur entourage, ont le sentiment qu'il y a toujours un danger qui les attend, et que comme elles n'ont pas pu y faire face lorsqu'elles étaient plus jeunes, elles n'y arriveront pas non plus même plus âgées. Alia (23 ans, célibataire, sans enfant, employée) décrit bien ces sentiments: « *J'étais prête à tout lui faire même si j'étais coincée et sous pression. C'est moi qui me suis refermée sur moi-même et cadennassée et j'ai accepté de les laisser me faire du mal* ». Se soumettre à l'ordre social, aux obligations familiales sans se rebeller ni protester est une stratégie de *coping* utilisée par de nombreuses femmes interviewées pour pouvoir subsister: « *Je vais faire tout ce qui peut m'être demandé pour satisfaire mon mari, mais qu'il ne se remarie pas* » (Marwa, 38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Et Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) pour conclure dit : « *Je veux quelque chose qui me sauve, Sa 'bana 'alaya nafsy* ³²⁰ ». Ceci résume bien tout ce que représente le rôle de victime comme le décrit Karpman, victime qui cherche toujours un sauveur pour la sauver d'un persécuteur, réel ou virtuel, qu'elle rend responsable de sa souffrance sans

³¹⁷ Moitié-moitié.

³¹⁸ Son attitude plus récente par rapport à Dieu a considérablement changé, comme cela sera décrit plus loin dans le texte.

³¹⁹ Hantée.

³²⁰ J'ai de la pitié pour moi-même.

qu'elle ne fasse rien pour assumer la responsabilité de sa détresse, et s'apitoie sur son sort. C'est cette même attitude que l'on retrouve parfois dans la relation thérapeutique.

Comme dans de nombreuses autres sociétés, demander de l'aide professionnelle lorsqu'il y a une souffrance psychologique n'est pas une décision facilement prise par les femmes en souffrance rencontrées, et ce, pour de multiples raisons : le sentiment de victimisation (qui les empêchent de voir qu'elles ont une responsabilité à prendre dans leur bien-être psychologique) et le stigma social que représente encore le fait d'aller consulter un professionnel de la santé mentale. De ce fait Hassan (29 ans, célibataire, sans enfant, psychologue) précise : « *Les patients ne viennent demander de l'aide à un professionnel de la santé mentale que lorsqu'ils sont dans un état lamentable* ». **Les parents** sont les premiers opposants à la demande d'aide, comme déjà mentionné, et souvent la personne vient consulter derrière leur dos. Ils sont aussi les premiers à l'obliger à arrêter le traitement : « *Mes parents ne comprennent pas l'ampleur de mon besoin de recevoir le traitement psychologique, ils disent je ne suis pas folle* » (Alia, 23ans, célibataire, sans enfant, employée). Certaines parmi les femmes de la communauté interrogées cachent et mentent à leurs parents par crainte qu'ils ne s'y opposent : « *Mes parents ne savent pas que je vais voir un psychiatre* » (Nagat, 30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Les parents voient le professionnel de santé comme un adversaire qui va mettre leur enfant sous son emprise, car la seule façon qu'ont les parents d'être en relation avec leurs enfants c'est à travers le contrôle et l'emprise. C'est aussi à travers ce même filtre que les femmes interviewées voient les **médicaments** prescrits par les psychiatres, comme étant les outils ou les armes de cette emprise. Amina (21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi) exprime bien ce sentiment : « *J'aime ma personnalité sans les médicaments* », les médicaments étant perçus comme des modificateurs de la personnalité. Pour d'autres femmes interrogées, les médicaments sont nocifs : « *Depuis l'âge de 18 ans la psychiatre m'a bourrée de médicament, ils sont nocifs, ils me font du mal j'allais les prendre pour me suicider* » (Hala, 18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante). Seule Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) trouve que : « *Le médicament m'a fait un tout petit peu de bien* ». Enfin l'hospitalisation pour traitement est aussi vécue avec beaucoup de résistance pour tous les stigmates liés à la maladie mentale et à l'addiction des femmes dans la société égyptienne : « *Je ne voulais*

pas venir au centre de réhabilitation. J'étais psychologiquement détruite. Je me suis enfuie de la réhabilitation où j'étais avant » se souvient Souheir (20 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi).

VII.5. Idiomes de Détresse : 'assabeyya, makhnou 'a, metday 'a, motawatera

L'analyse des entretiens, comme précisé dans ce chapitre, confirme l'existence de nombreuses similarités entre l'idiome de détresse 'assabeyya et la symptomatologie du TPL, à savoir : les accès de rage extrême, les perturbations de l'humeur, les tendances auto-mutilantes ou autodestructrices (*el latm*³²¹), les troubles alimentaires, les tendances addictives, les antécédents de victimisation (sexuelle, physique, verbale, culturelle, structurelle) et le sentiment de persécution et de victimisation.

La 'assabeyya³²² est l'idiome de détresse le plus souvent mentionné pendant les entrevues, comme étant ressenti par les femmes de la communauté suite au fait d'être victimes d'injustice, d'abus, et de violence, notions qui seront explorées plus en détails. D'autres idiomes ont aussi été cités pouvant l'accompagner ou être isolés tels que : *makhnou 'a*³²³, *metday 'a*³²⁴ ou *motawattera*³²⁵. Pour Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) :

« La 'assabeyya est un mélange de sentiment d'oppression, d'étranglement et de rage. Depuis le début de leur vie, les femmes ne savent pas exprimer leurs sentiments, elles accumulent beaucoup à l'intérieur d'elles-mêmes puis elles explosent. »

Selon Hassan (29 ans, célibataire, sans enfant, psychologue) : « Dans la 'assabeyya il y a une violence chez l'individu qui peut faire du mal à la personne et à son environnement car la personne ne se contrôle plus », tandis que pour Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) :

« La 'assabeyya est endémique. Elle est le symptôme d'un problème, de l'existence de pressions. C'est un comportement appris par la femme, de sa mère et des femmes de son environnement, accepté et attendu dans la société égyptienne, et c'est l'expression de son objection et de son refus à une situation qui l'opprime. C'est

³²¹ Se donner des gifles

³²² Adjectif et nom exprimant le fait d'avoir les nerfs tendus, et signifie être irritée, sur le point d'exploser.

³²³ Je suffoque, j'étouffe, exprime le fait de se sentir angoissée, au bord des larmes.

³²⁴ Je me sens emprisonnée dans mon corps, signifie être irritée, triste.

³²⁵ Agitée, irritable, inquiète.

une sorte d'expression ou de vidange des émotions négatives. Je ne vois pas la 'assabeyya comme étant spécifique des femmes, peut-être culturellement elles révèlent à leur propre manière leurs angoisses et frustrations de cette manière traditionnelle ».

Les intervenants et les personnes ressources eux-mêmes disent souffrir beaucoup de la 'assabeyya en eux, en les personnes de leur environnement et en leurs patients. Selon Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) : « *Il y a des femmes violentes et des hommes violents. À des degrés différents, nous avons tous de la 'assabeyya, et on s'énerve vite* ». Pour Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) : « *La 'assabeyya est une caractéristique de tempérament qui n'est pas agréable, et qui imprévisible* ». Et en parlant de sa femme, il confie : « *Je ne sais pas ce que je touche et qui fait que tout s'enflamme pour un rien, elle est très 'assabeyya* ». Il ajoute :

« Cette 'assabeyya a de nombreuses causes. Elle est très répandue dans la société égyptienne et elle est dangereuse pour tout le monde. La 'assabeyya existe dans beaucoup de maisons. Beaucoup de gens viennent à la structure communautaire de santé mentale où j'exerce, se plaindre de la 'assabeyya. »

Enfin Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) avoue : « *Oui Je pense être 'assabeyya* ». Globalement, la 'assabeyya peut être occasionnelle (une réaction ponctuelle à une situation stressante particulière), elle peut être permanente (c'est-à-dire un tempérament (*al mazaj al assabi*), ou être un trait de caractère comme l'explique Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) qui pense que : « [...] *ce n'est pas obligé que la 'assabeyya soit une réaction, elle peut-être un trait de caractère chez la personne* ». La 'assabeyya peut aussi faire partie du tableau symptomatique de la personnalité *borderline* selon Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) : « *Il y a un important pourcentage de personnes qui ont la 'assabeyya. La personnalité borderline est toujours 'assabeyya quelle qu'en soit la raison* ».

Pour les personnes ressources et les femmes de la communauté interrogées, la frustration, les contrariétés, la sensation de pression, les critiques, et le sentiment d'être sous contrôle sont tous incriminés comme étant causes de 'assabeyya. Les personnes ressources elles-mêmes rapportent souffrir de 'assabeyya quand elles sont critiquées, sous pression, irritées ou contrariées. Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) explique : « *Il y a des choses qui irritent et les gens les considèrent comme normales, comme le bruit, la*

pollution, les embouteillages, je ne les supporte pas ». Pour Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *La 'assabeyya est le symptôme d'un problème, de pression* », ce que confirment les autres personnes ressources qui mettent aussi l'accent sur le rôle de la **violence** dans le développement de la 'assabeyya : « *Les jours prochains vont voir l'arrivée de nouvelles études sur la violence, la 'assabeyya, les rêves et les aspirations des individus en Égypte* » affirme Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat). La violence revient encore une fois dans les propos cette fois-ci dans ceux de Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe) qui spécifie : « *La violence est intérieure, supprimée, accompagnée de colère, mais elle n'est pas exprimée ouvertement* ». C'est cette même notion de violence 'compressée', comme dans une casserole à pression où l'eau bout, prête à exploser si la pression augmente, que décrit Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) :

« La violence est source de 'assabeyya et la 'assabeyya source de violence. L'état de stress post-traumatique secondaire à la violence est une des causes de la 'assabeyya, car l'abus est enterré et il s'exprime par la 'assabeyya. »

Hassan (29 ans, célibataire, sans enfant, psychologue) de par son travail quotidien avec les femmes victimes de violence précise selon lui que l'une des causes de la 'assabeyya est l'abus physique dont sont souvent victimes ces femmes.

Selon les femmes interviewées, les causes de la 'assabeyya qu'elles ont citées sont essentiellement : « *être contrôlée* », « *supporter plus que je ne puisse supporter* », « *quand les choses ne sont pas comme je veux* », « *ne pas pouvoir combattre la personne qui est responsable du mal qu'elle me fait* ». Ce sont donc des conditions où elles sont sous pression, victimes de violence directe (percevable comme une violence physique ou verbale) ou symbolique, et où elles ne sont pas capables de riposter pour arrêter la situation, d'où leur frustration. C'est ce qu'explique Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) : « *Si je suis victime de violence et que je ne peux pas la contrer ou lui trouver une solution je vais devenir 'assabeyya* ». Pour la majorité d'entre elles, la 'assabeyya est réactionnelle et non pas 'sa faute', comme le justifie Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) : « *Le défaut d'être 'assabeyya n'est pas de moi. Ce n'est pas de ma faute* » ou même plus, ce n'est pas de la folie, diagnostic dont se défend Farida (39 ans, mariée, 1

enfant, au foyer) et incrimine la violence pour sa *'assabeyya* « *Je ne suis pas folle. La cause de la 'assabeyya est la violence* » tout comme Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) qui, elle, incrimine 'quelque chose' de frustrant qui l'irrite : « *Je ne suis pas 'assabeyya toute seule sans cause, il y a toujours quelque chose qui provoque cette 'assabeyya* ».

Plus spécifiquement, les différentes causes de la *'assabeyya* qui ont émergé de l'analyse des entrevues sont des causes sociales (la société, la culture), la vie au Caire et le changement de la nature des Égyptiens ; et des causes personnelles telles que le TPL, le passage par des étapes critiques dans la vie d'une femme, les perturbations hormonales, le manque d'information lors d'une situation importante, un évènement traumatique et le non assouvissement des besoins émotionnels et sexuels.

Tous deux, Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) et Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat), confirment le rôle prédominant que jouent la société et la culture dans la production de la *'assabeyya* et le fait que la *'assabeyya* soit un fléau social :

« Une des raisons majeures de la *'assabeyya* dans notre société, c'est qu'il y a constamment de la tension et de la pression sans que l'on ne voie qui en est responsable et conséquemment on n'arrive pas à le confronter. L'évolution culturelle de la société fait qu'implicitement comme société nous acceptons la *'assabeyya* comme on accepte la présence du virus C ».

L'analogie que fait Ahmed entre le fléau de l'hépatite C en Égypte³²⁶ et la *'assabeyya* est très touchante, de par sa référence à toute la symbolique de la violence structurelle telle que la décrit Farmer (2002). De même, sa description de ce sentiment de pression constante sans être capable d'identifier sa source fait penser à la violence symbolique (Bourdieu 1999) et sa pénétration profonde des structures psychologiques de la personne et de la société en la capturant dans une toile invisible de tension (Foucault 1976).

³²⁶ Dont la morbidité atteint l'un des taux les plus élevés au monde (comme spécifié auparavant (Sholkamy et Ghannam 2004)).

Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) confirme cet aspect restrictif et constrictif de la société égyptienne et le relie directement à l'augmentation de la 'assabeyya dans la population égyptienne :

« La 'assabeyya est une *zāhera*³²⁷ dont la cause est la société. Elle augmente quand la société met des obligations et des limites sur la personne. Il n'y a pas quelque chose de ce point de vue culturellement spécifique à l'homme ou à la femme. La 'assabeyya est due à un problème de compatibilité, d'ajustement de la personne avec la société. »

Pour Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) la 'assabeyya ne semble donc pas être spécifique à des restrictions imposées par la société sur un sexe plus que sur un autre, mais sur toute la société, et la personne devient 'assabeyya lorsqu'elle n'arrive pas à s'adapter à ces restrictions. Ceci fait allusion au phénomène d'adaptation et de *coping* et à sa relation avec le déclenchement de la frustration et de la 'assabeyya. C'est ce que confirme Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) : « *La 'assabeyya augmente quand la société est difficile et met des obligations et des restrictions qui entraînent de l'irritabilité, une tension et plus tard une explosion* ». Plus spécifiquement pour les femmes, les pressions culturelles, notamment par les femmes elles-mêmes, sont aussi accusées d'être à l'origine de la 'assabeyya, selon Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *Sa mère, ses copines, ses collègues peuvent la rendre 'assabeyya* », en lui imposant de se conformer à *el soura el namateyya lel mar'a*³²⁸ (développée auparavant). En effet « [...] à 30 ans en Égypte, si elle n'est pas encore mariée, elle devient 'assabeyya » confirme Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe). Que ces propos viennent d'un prêtre, père Boulos, et d'un psychologue, Wael³²⁹ (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue), deux personnes en contact quotidien (de par leur travail) avec de nombreuses femmes, surtout chrétiennes (les deux eux-mêmes, père Boulos et Wael sont de confession chrétienne), met en évidence le fait que les pressions dont souffrent les femmes, et qui sont issues de la société, ne sont pas d'origine

³²⁷ Un phénomène.

³²⁸ L'image stéréotypée culturelle de la femme.

³²⁹ Wael travaille bénévolement à l'église de son quartier une fois par semaine en offrant des consultations psychologiques. Le travail bénévole dans les églises est très pratiqué par les professionnels de toutes spécialités, et semble avoir des retombées communautaires très efficaces dont je reparlerais plus loin dans le texte.

religieuse mais plutôt culturelle puisque commune aux Chrétiens et aux Musulmans du Caire. De même, *el soura el namateyya lel mar'a* est plus une construction culturelle que religieuse, avec peut-être quelques nuances selon les milieux socioéconomiques ou les confessions, mais les grandes lignes demeurent comparables pour toutes et tous.

Pour Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) ce n'est pas tant *el soura el namateyya lel mar'a* qui est la cause de la 'assabeyya, mais la vie au Caire : « La 'assabeyya au Caire est très répandue dans toute maison et touche la famille et tout le monde autour de la personne (homme ou femme) ». Le Caire, mégapole de 20 millions d'habitants semble représenter une source de violence et de 'assabeyya de par les embouteillages, la pollution, les bidonvilles etc. « *En conduisant, tout le monde est 'assabey. Les gens au Caire doivent sortir leur venin. La 'assabeyya est plus fréquente dans les villes pressées, où il y a un style de vie compétitif* » dit Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) qui passe beaucoup de temps à conduire pour se déplacer d'un quartier à l'autre du Caire, car il travaille à la fois dans un hôpital public au centre-ville, dans deux polycliniques situées dans les nouveaux quartiers aux deux extrémités de la ville, et le cabinet médical familial partagé avec son père et son frère tous deux médecins, est situé dans un quartier commercial central du Caire. Il se considère lui-même comme étant 'assabey à cause du rythme de travail très soutenu en tant que gynécologue et à cause des conditions difficiles dans lesquelles il travaille dans les différentes structures où il exerce. La circulation semble aussi être un facteur de pression pour Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) qui ironiquement commente : « *Les prisonniers sont plus calmes. Il n'y a pas de voitures en prison. Les gens qui ont été en prison longtemps vivent plus longtemps* ».

Toutefois, Père Boulos nuance un peu l'importance des conséquences du fait de vivre en Égypte dans le développement de la 'assabeyya, car selon lui, quitter l'Égypte même pour aller dans un pays où la qualité de vie est meilleure n'a pas d'impact sur la 'assabeyya. En effet, il précise que les 30 familles de coptes égyptiens, vivant à Toronto, qu'il a visités,

rapportent être devenus plus *'assabeyeen'*³³⁰ depuis qu'ils sont arrivés au Canada. Ceci suggérerait qu'ils aient été soumis à des types de pressions autres que celles rencontrées dans les rues du Caire (bien que Toronto soit aussi une grande métropole, mais qui semble petite en comparaison au Caire). Ces pressions semblent, le plus probablement, être liées à l'expérience migratoire.

Cependant, globalement, il semble, selon les entrevues, que nous sommes témoins d'un changement de la nature même des Égyptiens, ce que confirme Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) : « *Aujourd'hui les gens viennent en Égypte et disent pourquoi les Égyptiens sont devenus très 'assabeyeen et ne sont plus comme avant ?* » ainsi que Hassan (29 ans, célibataire, sans enfant, psychologue) : « *La 'assabeyya affecte aujourd'hui la psychologie des Égyptiens* ».

Ces témoignages peuvent laisser supposer que la violence structurelle et symbolique (culturelle), est l'une des principales causes de la propagation de 'l'épidémie' de la *'assabeyya* parmi les Égyptiens, et qu'elle se manifeste dans le champ individuel, puis familial et enfin social, dans un effet boule de neige, et devient alors *'adi'*³³¹, comme qualifiée par de nombreuses personnes rencontrées.

La *'assabeyya* peut aussi avoir des causes personnelles, selon les personnes rencontrées, notamment les troubles de la personnalité comme la personnalité *borderline* ou limite (TPB ou TPL). C'est ce que confirme Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) pour qui la *'assabeyya* peut-être observée chez les personnes diagnostiquées comme ayant un TPL :

« Le TPL est un syndrome, une maladie, de fréquence et d'intensité variable. Il y a de la *'assabeyya* dans le TPL, quelle que soit le facteur déclencheur du développement de la personnalité *borderline*. Si la *'assabeyya* est excessive, la personne peut être *borderline*. J'ai vu des TPL chez des hommes. »

³³⁰ Adjectif pluriel masculin de *'Assabeyya*.

³³¹ Normale, banale, en arabe dialectal égyptien.

Les deux femmes interviewées diagnostiquées par des psychiatres comme souffrant de TPL décrivent ‘leur’ *‘assabeyya*. Pour Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) : « *Ma ‘assabeyya n’a pas de solutions. Depuis que je suis née je suis ‘assabeyya. Tout le temps metday’a, un rien m’énerve* ». Noura semble être née avec un *mazaj ‘assaby*, un tempérament irritable. Mais elle révèle aussi être hypersensible (selon la définition de Aron (2013), et avoir eu une relation très distante et froide avec une mère occupée, réussie professionnellement et très stricte. Elle m’explique qu’elle est celle parmi ses sœurs qui a été la plus affectée de ce type de relation avec sa mère, et qu’elle a toujours senti un vide affectif, qu’elle comblait en mangeant ou en travaillant énormément. Elle a brillamment réussi professionnellement d’ailleurs mais est très malheureuse dans son mariage, bien qu’elle ait fait un mariage réussi socialement en épousant un bon parti. À l’insatisfaction affective et sexuelle que ressent Noura s’ajoute le stress d’un métier très prenant, surtout durant les années tumultueuses de la révolution, celui d’avoir des petits enfants sans une aide ‘stable’ à la maison, un mari sans travail à cause de la situation économique du pays, celui de devoir subvenir aux besoins financiers de la maison afin de maintenir le même *standing*³³² devant la famille et les amis (pour ne pas blesser l’orgueil du mari devant *‘el nāss*³³³ et *el ‘eila*³³⁴) et vivre loin du lieu de son travail (et devoir conduire dans les embouteillages). Noura est avec tout ceci, victime de violence physique car l’époux abuse de l’alcool depuis qu’il ne travaille pas et elle, pour s’échapper de tout ce stress et assouvir ses besoins affectifs (non assouvis par la mère) et sexuels (non assouvis par le mari qui souffre de problèmes sexuels dus à l’abus d’alcool), a eu une relation extra-conjugale qui l’a beaucoup culpabilisée et perturbée émotionnellement. Je pense que le cas de Noura est très révélateur de l’intrication de différents facteurs biologiques (le tempérament irritable), psychologique (le type de parentalité qu’elle a reçue) et socio-culturel (la vie au Caire, son métier stressant, le manque d’aide à la maison, le chômage du mari, la révolution, la violence physique, l’addiction, les pressions socio-culturelles de ‘l’apparence’). Le profil de Noura est très loin de l’image cliché que l’on pourrait avoir à partir du monde occidental, de la femme égyptienne sans travail, issu d’un milieu défavorisé, battue et qui est

³³² C’est le terme utilisé par la répondante.

³³³ Les gens.

³³⁴ La famille.

'*assabeyya* comme Oum Ramadan (Krieger, 1989) ou Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) à cause de la pauvreté ou de la violence de son mari. Bien que les aspects que revêt la violence émotionnelle, culturelle et structurale subie par Noura, journaliste, soient très différents de ceux de la violence subie par Oum Ramadan ou Faiza, il n'en demeure pas moins que cette violence exerce son pouvoir sur ces trois femmes de la même manière. En effet, Noura, tout comme Faiza ou Oum Ramadan, doit obéir à la même image des femmes égyptiennes que lui impose la culture égyptienne (*el soura el namateyya lel mar'a*), mais en plus, s'y ajoute des caractéristiques propres en fonction du milieu socioéconomique de chacune. Ceci lui rajoute alors des pressions venant de l'image 'occidentalisée' que doit avoir une femme de son âge et de son 'standing' : se marier, avoir des enfants, une belle maison, des voitures, habiter dans un quartier chic, aller en été à la maison de la plage sur la côte méditerranéenne au nord de L'Égypte, faire entrer les enfants dans des écoles internationales à plusieurs dizaines de milliers de dollars par an pour la maternelle, être mince, réussir professionnellement, etc.

Un film du metteur en scène Yousri Nasrallah (1998) nommé '*Ehkee ya Shehrazade*'³³⁵ ou 'les Femmes du Caire', dans son titre en français, décrit la vie d'une star de la télévision battue par son mari (dont les ambitions politiques ont été compromises par la dénonciation par sa femme dans son émission de la corruption politique dont il fait partie) (Catsoulis 2011), et rappelle un peu le parcours de Noura. Psychologiquement le type de parentalité qu'a reçue Noura ainsi que sa constitution tempéramentale et les circonstances socio-culturelles où elle a évolué expliqueraient ses traits de personnalité rappelant le TPL (Van der Kolk 2005).

Hala (18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) dans le cadre du diagnostic de TPL qu'elle a reçue, perçoit sa '*assabeyya* comme étant un 'défaut' psychologique : « *J'ai un problème psychologique, mon cerveau est tordu* ». Selon son récit, sa '*assabeyya* est associée à d'autres symptômes caractéristiques du TPL et qui sont : une tendance à l'addiction (depuis l'âge de douze ans), des crises de colère et de rage contre son partenaire et des relations

³³⁵ Raconte Shéhérazade, en arabe dialectal égyptien.

interpersonnelles instables : « *J'avais un problème dans les relations. J'allais d'une relation à l'autre. Je cherchais l'amour, le sentiment de sécurité, quelqu'un qui soit responsable, un père* ». Hala a souffert depuis très jeune d'une absence parentale et d'abus sexuel, causes souvent incriminées dans la littérature pour le développement du TPL (Van der Kolk 2005).

Chez les femmes, la 'assabeyya semble, selon les personnes ressources rencontrées, apparaître surtout pendant certaines circonstances de leur vie. Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) de par sa longue expérience avec ses patientes explique:

« Il est très fréquent que les femmes aient le post-partum blues³³⁶ et qu'elles soient déprimées et 'assabeyya. L'impact des hormones sur les femmes dépend de leur niveau socioéconomique, les femmes vivant dans les villes et travaillant, ambitieuses, éduquées, cultivées, rapportent souffrir plus de tension émotionnelle et psychologique et de 'assabeyya et d'autres symptômes prémenstruels par rapport aux femmes vivant à la campagne. L'expression du syndrome prémenstruel est plus visible dans l'intimité, dans les relations de couple et plutôt dissimulée dans les lieux publics. »

L'influence des hormones sur la 'assabeyya est confirmée par Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) : « *La 'assabeyya chez les femmes peut être due à des conditions physiques (les menstruations et d'autres changements physiologiques)* ». Les femmes interrogées aussi remarquent l'effets des hormones sur la 'assabeyya, surtout avant les règles et pendant la grossesse.

Par contre l'effet d'un traumatisme psychologique induit par un **événement marquant**, peut être le même chez les hommes et les femmes et entraîner de la 'assabeyya : « *Un événement difficile arrive qui nous secoue, puis on devient 'assabey³³⁷ après, pour un rien, même avec soi-même. On devient metdaye³³⁸ de tout et on prend alors les choses sur ses nerfs* » selon Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social).

Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) attire l'attention sur le fait que la 'assabeyya devient une habitude, une façon d'être dans la vie, surtout face à ce qui est inconnu ou frustrant comme le spécifie Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste), pour qui

³³⁶ Dépression du post-partum.

³³⁷ Masculin de 'assabeyya.

³³⁸ Masculin de metdaye 'a.

l'absence d'informations pendant les événements décisifs d'une vie entraîne de la 'assabeyya : « J'étais 'assabeyya avant le mariage » nous explique-t-elle.

Le non assouvissement des besoins émotionnels et sexuels, la perte de la féminité, du sentiment maternel et de la tendresse sont tous des situations pouvant être à l'origine de la 'assabeyya selon Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) :

« La perte de la féminité, du sentiment maternel, de la tendresse rend les femmes 'assabeyya, ça arrive lorsqu'elles ne sont pas nourries elles-mêmes émotionnellement par leur famille ou leur partenaire et qu'elles ont beaucoup d'attentes inassouvies. *Nab'aha fadi*³³⁹, elles ne peuvent plus donner alors qu'il leur est demandé de donner, c'est ce qui les rend 'assabeyya ».

De même, son insatisfaction par rapport à son apparence, à sa féminité est une importante cause de la 'assabeyya car la femme perd confiance en elle, comme le confirme Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) qui confie : « *Mon apparence me rend 'assabeyya. J'ai des problèmes avec elle* ». Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) précise : « *Il y a un problème dans l'acceptation de son entité en tant que femme et dans son amour de soi : une 'Image de soi instable* » ». Alors que l'absence d'assouvissement des besoins affectifs est mise en avant comme une des causes de la 'assabeyya chez les *Masraweyyates*, pour Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) ce sont les frustrations sexuelles qui sont incriminées. « *Les hommes deviennent très 'assabeyeen*³⁴⁰, *et deviennent quasiment fous quand ils ont des problèmes sexuels (éjaculation précoce ou problèmes d'érection), alors ils frappent leurs femmes, leurs enfants* ».

Enfin pour conclure cette partie sur les causes sociales et individuelles de la 'assabeyya, Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) implique son incapacité d'exprimer ses émotions à sa 'assabeyya « *Je ne sais pas exprimer par la parole ce qu'il y a à l'intérieur de moi. Je n'arrive pas à interagir avec qui que ce soit. Quand quelque chose*

³³⁹ Sa source est vide.

³⁴⁰ Adjectif pluriel masculin de 'assabeyya.

me peine, alors baz'al³⁴¹, je deviens motawattera³⁴², et je n'arrive plus à contrôler la 'assabeyya ». Ceux-ci sont les symptômes d'un trait appelé alexithymie souvent retrouvé chez les personnes ayant souffert de violence et de traumatisme profonds dans l'enfance et que leur incapacité à communiquer leurs émotions frustrant et les rend irrités (Zlotnick et al. 1996, 2001).

Aussi, dans les conflits entre époux et dans la violence familiale, les idiomes de détresse comme la 'assabeyya sont parmi les différentes expressions des répercussions psychologiques de la violence subie, et parmi ce type de violence, la violence interpersonnelle occupe une place importante. Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) confirme : « *Si la femme a été victime de violence elle sort sa vengeance sur son mari et devient 'assabeyya contre lui* », et Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) met en garde : « *Il y a beaucoup de 'assabeyya dans les maisons et ça a un impact sur les enfants* ». En effet les conflits avec le mari sont reconnus par les femmes de la communauté interrogées comme étant la cause principale de leur 'assabeyya : « *On se heurte l'un à l'autre beaucoup et on s'insulte, je suis devenue très 'assabeyya* » (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage).

Avant de décrire quelles sont les différentes expressions que peut revêtir la 'assabeyya, il est important de préciser tout d'abord quelles sont les personnes qui peuvent en être atteintes. Pour Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat), Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien), Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) et Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social) il y a consensus sur le fait que : « *Les hommes et les femmes, les deux souffrent en ce domaine, la 'assabeyya est égale chez l'homme et la femme, elle peut-être à tout âge mais la société semble en apparence plus accepter la 'assabeyya de la femme, plus la tolérer.* ». Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) fait remarquer l'occurrence de la 'assabeyya chez les jeunes et conseille : « *On doit rechercher pourquoi les enfants de six à dix ans sont 'assabeyn.*

³⁴¹ Je me fâche.

³⁴² Stressée.

Oui des enfants peuvent être atteints de 'assabeyya. On doit rechercher la 'assabeyya chez les préadolescents ».

Pour revenir aux symptômes de la 'assabeyya, ils sont constitués d'émotions, de comportements, d'idées et de symptômes physiques. Les émotions présentes dans l'expression de la 'assabeyya sont toutes celles précédemment explorées à savoir, la tendance anxieuse (*el 'ala', el tawattour*³⁴³), la tendance dépressive (*el za 'al, el hozn, el ekte'ab*³⁴⁴), la tendance haineuse et agressive (*el ghell*³⁴⁵, *el ghayz*³⁴⁶, *el korh*³⁴⁷, *el entekam*³⁴⁸) qui constituent les émotions qui nourrissent la 'assabeyya, cependant ce qui la caractérise principalement en tant qu' idiome de détresse, d'un point de vue émotionnel, c'est l'irritabilité et l'émotivité (*el enfe'al el 'assabey, el enfe'al el 'atefy*³⁴⁹) qu'accompagne la versatilité de l'humeur.

Pour Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) : « *Les gens sont déprimés dans leur majorité en Égypte. La femme 'assabeyya ressent en plus de la dépression, de l'angoisse, de la peur, et si la cause de la 'assabeyya est le mari, un sentiment de colère et de haine contre lui ».*

La rage et la colère sont les principales émotions décrites comme faisant partie intégrale de la 'assabeyya : « *Il y a quelque chose qui me démange, me ronge à l'intérieur, une rage, je bous de dedans »* décrit Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). C'est ce que décrivent la majorité des femmes rencontrées qui se plaignent de la 'assabeyya, mais Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) précise qu'il y a un moment après lequel elle n'arrive plus à se retenir : « *Je pensais que je supportais, mais la décharge explose et soit elle sort avec des gens soit je m'isole ».* Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) décrit précisément cette explosion : « *La femme 'assabeyya veut que la charge nerveuse à l'intérieur d'elle-*

³⁴³ L'anxiété, l'angoisse en arabe littéraire et dialecte égyptien.

³⁴⁴ Tristesse, désespoir et 'dépression'.

³⁴⁵ Rancune.

³⁴⁶ Rage intérieure.

³⁴⁷ Haine.

³⁴⁸ Vengeance.

³⁴⁹ L'irritabilité et l'émotivité.

même explose. Elle ne se calme que quand cette charge explose, et quoique les gens autour d'elle fassent, elle ne se calme que quand elle explose. Après la crise de 'assabeyya il y a un calme temporaire ».

L'émotivité et l'irritabilité (*el enfe'al el 'assabey, el enfe'al el 'atefy*) est la principale caractéristique émotionnelle de la 'assabeyya. Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) décrit cette émotivité et la qualifie de : « *El enfe'al, bat 'assab*³⁵⁰, *mais je ne me contrôle pas toujours* » ; comme Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) qui précise qu'avant la prise en charge thérapeutique de sa condition : « *Je n'arrivais pas à me contrôler* ». D'autres femmes interrogées parlent d'une tolérance très basse à la moindre stimulation nerveuse, à la moindre pression et au moindre stress. 'Être à bout' (*to be on the edge*) est l'expression utilisée par Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) en ce qui semble être le sentiment sous-jacent à cette émotivité et cette irritabilité, impression partagée par Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) : « *On ne se supporte pas les uns autres* ».

L'humeur instable et les sentiments confus sont aussi décrits comme faisant partie du tableau symptomatique accompagnant la 'assabeyya : « *Les émotions sont confuses, bouleversées* » selon Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) et Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) qui exprime ce qu'elle ressent : « *Mon humeur est changeante, versatile. Un moment je suis triste, un moment je suis contente* ». Ces émotions changeantes sont communes et concernent aussi les personnes non-souffrantes, mais quand il y a 'assabeyya elles sont très fréquentes et souvent entremêlées, diffuses, interchangeables, faisant irruption rapidement et brusquement à la moindre irritation. Il y a une tendance générale à la 'assabeyya, qui est cette disposition constante à l'irritabilité et à l'émotivité dans la vie quotidienne et dont l'expression la plus commune consiste en des symptômes physiques comme nous allons voir un peu plus loin. Il y a des épisodes plus intenses d'expression émotive marqués par des comportements physiques plus agressif

³⁵⁰ Je m'énerve, en arabe dialectal égyptien.

durant l'accès de la *'assabeyya* : *el hāla el 'assabeyya*³⁵¹. Durant les entretiens *el sadma 'assabeyya*³⁵² a été mentionnée à la fois comme l'évènement traumatique et comme la réaction à celui-ci.

L'accès de *'assabeyya* (*el hāla el 'assabeyya*) est qualifié « *d'effondrement nerveux total important, où la femme peut faire n'importe quoi* » selon Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue), où les émotions passées en revue dans le paragraphe précédent s'expriment ouvertement de manière 'explosive', et caractérisé selon les intervenants et les personnes ressources par l'occurrence de comportements agressifs sous formes de disputes, coups, différentes manifestations d'agression physique (contre soi et les autres), insultes, et par des cris et de pleurs : « *La femme 'assabeyya peut pleurer, s'effondrer, se faire mal et faire mal aux autres, une sorte d'effondrement hystérique où elle perd contact avec la réalité* » décrit Hassan (29 ans, célibataire, sans enfant, psychologue). Et Ahmed résume tout l'accès de la *'assabeyya* : « *Sa voix s'élève, les traits de son visage exprime l'aversion, l'horreur, elle hurle, crie, elle n'arrive pas à contrôler surtout quand l'explosion a lieu, puis elle se calme et dors* ».

Selon les personnes ressources, la principale expression violente et agressive de la *'assabeyya* est très souvent dirigée contre le mari, les enfants ou les parents : « *La 'assabeyya s'exprime par des explosions de colère, de rage. Une femme bien éduquée a même mordu son époux* » rappelle Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre). Le mari est souvent la première cible de la *'assabeyya*, celui-ci étant perçu comme la première source de violence et de victimisation, suivi des enfants qu'elle perçoit comme la victimisant avec les obligations qu'ils représentent : « *Elle projette hammaha*³⁵³ *sur ses enfants* » déplore Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social). Pour Wael (36 ans, marié, 2 enfants, psychologue) : « *La femme 'assabeyya parfois donne l'impression d'être forte en criant pour ne pas faire apparaître son vrai caractère émotif et sensible sous-jacent qui la rendrait vulnérable aux pressions et à la violence. C'est sa façon de se*

³⁵¹ La crise psychologique, traumatique.

³⁵² Le choc psychologique.

³⁵³ Son malheur.

défendre » selon le mécanisme de l'identification avec l'agresseur citée au préalable (Freud 1936).

Le récit des femmes de la communauté interviewées par rapport aux épisodes de '*assabeyya* telle que chacune les vit me semble être très intéressant et riche, et gagnerait à mon avis, à être retranscrit dans son intégralité dans ce travail :

« Il y a des explosions dans la figure l'un de l'autre sans raison (en se référant à son mari) avec des insultes et des cris. On se dispute pour des choses futiles. Je ne me rends pas compte de mes actes. Je veux le jeter contre le mur. J'ai alors envie de le frapper. J'empêche alors mes enfants de sortir. Puis je pleure. J'aurais pu le brûler à feu vif. Je veux renverser la table et le frapper. Ma belle-mère m'a frappée pour que je fasse un curetage ». (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage).

« Je peux casser quelque chose, hurler et pleurer, et ce après le mariage. J'ai crié à mon mari : sors d'ici, je ne veux plus te voir. Mes nerfs m'échappent et je lui réponds sur un air provocateur. Je deviens très cinglante. Je veux tuer la personne en face de moi ». (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer).

« Je suis '*assabeyya*, hier je me suis disputée avec mon mari, puis avec le chauffeur du microbus. J'ai cassé la chambre où mon mari et l'autre femme se rencontrent ». (Rahma, 40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer).

Si la répondante n'arrive pas à confronter son mari, elle dirige la '*assabeyya* contre ses propres enfants :

« Je m'énerve sur mon fils en premier et sur tous les gens. Je hurle, surtout contre les enfants. J'ai crié à Abdallah (son fils). La '*assabeyya* se manifeste surtout autour des enfants, je ne sors la '*assabeyya* que sur eux. Je frappe mon fils avec un cintre ou un tuyau, le coup lui fait mal, mais je ne le blesse pas. Je veux frapper les enfants, je ne les supporte pas. Quand je suis '*assabeyya*, je crie ». (Salwa, 35 ans, veuve, 2 enfants, employée).

« *Batla' men sho'oury*³⁵⁴. Je peux me disputer et m'énerver sur des gens proches. Je frappe ma fille violemment, je sens en la frappant que je me frappe moi, que je blesse ma photo, je me vois en elle, comme si je prenais ma revanche ». (Samia, 42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer).

Plus généralement les proches, dont les parents, peuvent être la cible de la '*assabeyya* :

³⁵⁴ Je ne suis plus consciente de mes actes.

« Je ne laisse rien passer si je suis *'assabeyya*. Ma mère est aussi *'assabeyya*, elle s'est disputée à un mariage. Parfois, je veux frapper la personne qui m'a énervée si quelqu'un m'humilie ou me harcèle sexuellement ». (Amina, 21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi).

« Je suis impulsive de manière folle, je deviens émotive et je peux fâcher les gens qui me parlent. Quand je suis *'assabeyya*, je crie et j'insulte et je peux jeter quelque chose. Je casse, fracasse des choses quand je suis en colère. J'humiliais ma mère, je la frappais, je l'insultais. J'explose en pleurs, je veux casser ce qui se trouve en face de moi de toutes mes forces, que ça explose en mille morceaux. Mon corps me fait mal après ». (Hala, 18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante).

« Parfois, je veux frapper ma mère et mon père mais j'espère qu'ils ne soient jamais dans cette position où je les frappe, où j'explose de colère dans leur figure, où que je les insulte car je les respecte et leur place est importante pour moi ». (Rana, 21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante).

« Je me tais et ça s'accumule à l'intérieur de moi et toutes les paroles sortent quand je suis *'assabeyya*. Quand la *'assabeyya* doit sortir, je veux crier. Je peux m'énerver et me disputer sur des gens proches. Quand je suis agitée je crie et frappe. Je suis *'assabeyya* et je provoque, je pousse les gens à bout. Quand je suis *'assabeyya* et que je deviens tendue, j'insulte et je peux aller jusqu'à tuer, même symboliquement en blessant la personne, en l'humiliant ». (Nagat, 30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer).

Parmi les types de comportements souvent associés à la *'assabeyya* durant l'accès, et décrits par les intervenants rencontrés, sont décrites la provocation de disputes avec l'entourage et même les inconnus (symptôme diagnostique caractéristique du TPL (American Psychiatric Association, 2013e) et l'automutilation (*sewīt*³⁵⁵, *latm*³⁵⁶) où toute la rage que ressent la personne, due à la frustration et au sentiment de victimisation, est retournée contre elle-même : « *Je sors la 'assabeyya sur moi-même* » dit Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer). Les récits des femmes de la communauté interrogées décrivent diverses pratiques d'automutilation en se coupant avec des instruments tranchants, en se versant du chlore et de la potasse sur la main, en se brûlant, en se donnant des gifles (*latm*) et des coups, en se mordant, en se tirant les cheveux à partir des racines, se déchirant les habits, en avalant des somnifères. Cette automutilation est souvent l'expression d'une rage qui, au lieu d'être dirigée contre la source de la frustration, la personne la retourne contre

³⁵⁵ Hurlements.

³⁵⁶ Gifles auto-infligées.

elle-même ou en fait le fruit de ses fantasmes : « *Quand je suis 'assabeyya je m'imagine que je l'attrape lui ou mes enfants et que je les écrase* » décrit Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer).

La remarque de Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) est très importante à préciser, vu son métier de psychologue. Pour elle : « *Il est naturel pour la femme égyptienne qu'elle touloum³⁵⁷* », donc pour elle une femme qui se donne des gifles n'est pas auto-mutilante ni pathologique, mais elle exprime ses émotions et sa détresse de cette façon. Ceci nous rappelle les lamentatrices citées auparavant (Feldman 2001 : 174 ; Fletcher 2001).

La période qui suit l'épisode d'explosion de la 'assabeyya est marquée par une accalmie après le défolement de toute la rage accumulée, parfois même par des « *...évanouissements hystériques* » selon Ahmed (34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social). Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) explique :

« Après qu'elle ait crié, elle se sent apaisée, puis elle déprime en se rendant compte des dégâts qu'elle a causé à elle-même et à ses proches ou s'évanouir pour fuir les représailles et les retombées que ses actes peuvent entraîner sur les personnes qu'elle a agressées ».

C'est ce que confirment aussi les femmes de la communauté rencontrées : « *La conséquence, c'est que lorsque je sors ce qui est à l'intérieur de moi je me calme comme si on appuyait sur un bouton* » décrit Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Parfois la personne n'ose pas exprimer ouvertement la 'assabeyya et dans ces cas « *Elle supprime la 'assabeyya* », selon Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue). Fuir dans le sommeil, ne pas interagir avec les autres, se replier sur soi-même, se fâcher, sont des attitudes évoquées par les femmes interrogées comme une façon indirecte d'exprimer leur frustration, une sorte d'agressivité passive.

En dehors des accès de 'assabeyya, et comme l'émotivité et l'irritabilité marquent les caractéristiques émotionnelles de la 'assabeyya, l'impulsivité excessive en est leur

³⁵⁷ Se frapper les joues.

équivalent et leur traduction comportementale. Pour Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *La personne 'assabeyya ne calcule pas les pertes qui peuvent découler de sa réaction impulsive, elle ne réfléchit pas avant* ». En effet, en dehors de la crise de 'assabeyya où la personne laisse exploser sa rage, la personne peut être de tempérament 'assabeyya et ne pas contrôler ses instincts et son impulsivité comme le constate Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) : « *Je suis très impulsive* » et ce dans plusieurs domaines, comme la conduite de la voiture, les dépenses, le shopping et l'alimentation. En effet, la 'assabeyya affecte aussi la relation à l'alimentation (en mangeant impulsivement ou en perdant l'appétit). Cette impulsivité et cette relation particulière à l'alimentation rappellent ces mêmes tendances retrouvées dans les symptômes du diagnostic du TPL.

D'après les témoignages de ces femmes, l'on peut percevoir *el hāla el 'assabeyya*³⁵⁸, comme une sorte de reconstitution (*re-enactement* (Herman, 1992)) de la *sadma 'assabeyya*³⁵⁹ initiale, comme une re-victimisation (Van der Kolk, 1989) perpétuelle à chaque fois qu'un stimulus affectif douloureux rappelle l'évènement traumatique initial (Gaensbauer 2004), qui le plus souvent à sa première occurrence avait induit douleur physique, douleur morale, humiliation, colère, rage tristesse, peur, comme si le corps et le système émotif et nerveux avaient gardé en mémoire cet accident traumatique et le reproduisaient automatiquement d'abord et, avant tout, contre les personnes souffrantes elles-mêmes, puis contre les proches, comme un *acting out*. Cette tendance caractérise les états de stress post-traumatique complexes secondaires à une exposition chronique à la violence (Van der Kolk, 1989).

Les personnes ressources et les femmes rencontrées attribuent les symptômes de la 'assabeyya à des idées négatives, des distorsions cognitives qui les envahissent comme celles analysées précédemment, à type d'idées de victimisation imminente, de sentiment

³⁵⁸ Littéralement crise nerveuse, en arabe littéraire et en dialecte égyptien, et peut aussi signifier l'état nerveux et psychologique.

³⁵⁹ Le choc nerveux.

permanent de défaitisme, de soumission et d'utilisation de la culpabilisation et de la plainte (Van der Kolk 2005 : 14).

Enfin, les symptômes physiques que les femmes interrogées attribuent à la *'assabeyya* sont nombreux et divers : douleurs physiques sans localisation particulière, maux de tête, vomissements, anorexie, *kawloun 'assabey*³⁶⁰. Un des plus inquiétants symptômes physiques cependant, car pouvant devenir chronique, est le développement d'*el daght el 'assabey*³⁶¹ : « *Je saignais du nez à chaque fois que je me disputais avec lui (le mari) car ma tension artérielle augmente. Ça fait dix ans que je souffre d'hypertension* » se plaint (Faiza, 45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage). Il serait toutefois intéressant de constater que les qualificatifs donnés à l'hypertension et la colopathie sont *'assabey*, ce qui signifie que dans la culture médicale populaire égyptienne, il est entendu que leur cause soit liée à *el a 'sab*³⁶². Enfin il est important de préciser l'association de la *'assabeyya* à d'autres idiomes corporels de détresse, comme précédemment mentionné, et qui sont *makhnou 'a*³⁶³ et *metday'a*³⁶⁴.

De nombreuses personnes ressources ont mis l'accent sur le fait que la *'assabeyya* n'est pas cantonnée aux femmes. En effet, elle touche les hommes aussi, mais chez eux, elle s'exprime de manière différente. L'une des causes de la *'assabeyya* chez les hommes sont les problèmes sexuels comme cela vient d'être souligné et l'obligation culturelle de supprimer l'expression de leurs émotions, selon Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) :

« On dit aux hommes et aux garçons qu'ils ne doivent pas pleurer, et qu'il ne faut pas qu'ils révèlent leurs émotions. Dans les funérailles, les hommes ne crient pas ni ne se giflent, ils prient et lisent le Coran. Le fait de supprimer leurs émotions les rend *'assabeyīn* ».

³⁶⁰ Colopathie fonctionnelle que les médecins retrouvent très fréquemment chez les *Masraweyyates*,

³⁶¹ Hypertension artérielle, et signifie la pression nerveuse.

³⁶² Les nerfs.

³⁶³ Etre suffocante, le fait de se sentir angoissée, au bord des larmes.

³⁶⁴ Irritée, triste.

L'expression de la 'assabeyya chez les hommes est différentes de chez les femmes selon Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) :

« Dans la même situation où la femme devient 'assabeyya, les hommes qui sont de nature calmes vont ignorer la situation ou devenir anxieux, tandis que les hommes plus agressifs vont répliquer, riposter avec plus d'agression ».

La 'assabeyya n'est pas toujours traitée car, selon Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *Probablement les femmes ne vont pas consulter un psychiatre pour la 'assabeyya* », ce que confirme Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) qui explique que le traitement prescrit ne vise pas à traiter la 'assabeyya mais les troubles émotionnels qui l'accompagnent : « *Le traitement psychiatrique est composé d'antidépresseurs, de calmants, d'anxiolytiques et de stabilisateurs de l'humeur* ».

Les femmes interviewées partagent leur expérience et révèlent avoir pris des médicaments pour les calmer, certaines ont même été hospitalisées, mais ce traitement ne semble pas toujours efficace selon Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) car :

« Le traitement 'monte et descend' et de nouvelles choses arrivent qui augmentent les choses anciennes et d'autres nouvelles choses aussi s'y ajoutent. »

Ceci démontre bien que le traitement ici est purement symptomatique et que la tendance à la 'assabeyya demeure ainsi que les causes qui l'instiguent.

L'expérience de Hassan (29 ans, célibataire, sans enfant, psychologue) concernant le traitement de la 'assabeyya paraît être très importante et résume toute l'attitude divergente entre les professionnels de la santé mentale et la société (la femme 'assabeyya et tout son entourage) à considérer ou pas la 'assabeyya comme un *marad 'assabey*³⁶⁵ ou plutôt comme un *'arad 'assabey*³⁶⁶ d'un trouble plus profond qui n'est pas d'ordre médical et que la médecine en peut pas traiter :

« Les gens traitent la 'assabeyya comme si c'était un mauvais trait de caractère qui ne vaut pas la peine que la personne aille consulter chez le psychiatre. Quand on

³⁶⁵ Une maladie nerveuse en arabe littéraire.

³⁶⁶ Un symptôme nerveux.

propose qu'elle se fasse traiter pour la '*assabeyya*, la réponse est je ne suis pas magnouna³⁶⁷».

Pour conclure cette section, l'on peut dire que l'accès de la '*assabeyya* ressemble énormément à celui relatif à l'attaque *de nervios*, laissant supposer que la '*assabeyya* peut en fait représenter trois états rappelant ceux relatifs à la description de *nervios* au Pérou (Barnett 1989; Lewis-Fernández et al. 2002; Schechter et al. 2000) :

(1) L'accès aigu de la '*assabeyya*, encore appelé *hāla 'assabeyya* en Égypte, suite à un événement frustrant et irritant qui rappelle *ataque de nervios* ou la crise de nerfs, et *sadma 'assabeyya*³⁶⁸ ressemblant plus au *susto* ou à un choc nerveux et qui survient après un événement traumatique ;

(2) *Shakhseya 'assabeyya* : l'adjectif, décrivant une personne de tempérament nerveux, et qui renvoie à une personne *nervios*, ou nerveuse ;

(3) *Marida 'assabeyya, al marad al 'assabey*³⁶⁹ désignant la maladie des nerfs touchant les femmes d'âge assez mûr, qualifiées de personnes souffrant de la maladie chronique de la '*assabeyya* (et qui comprend des troubles affectifs et physiques plus marqués et permanents ayant des aspects de trouble bipolaire) et qui rappellerait le *nervios*.

Les données recueillies concernant les causes, les conséquences et les manifestations de la '*assabeyya* rejoignent presque intégralement celles publiées par Krieger (1989) et Hattar-Pollara (2000, 2003). De même, de nombreux aspects de la '*assabeyya* et de nombreuses circonstances où elle est exprimée rappellent ceux de *nervios*, *nervoso*, *nevra* et *nierbi* (Low 1985), comme précédemment évoqués dans le chapitre correspondant. La '*assabeyya*, telle que décrite par de nombreuses personnes ressources et par les femmes de la communauté interrogées, possède plusieurs points communs avec le TPL (personnalité *borderline*). Et enfin, dans la '*assabeyya* l'on retrouve exprimées toutes les manifestations des conséquences de l'exposition à la violence chronique qui caractérisent l'état de stress

³⁶⁷ Folle.

³⁶⁸ Choc nerveux.

³⁶⁹ Maladie 'nerveuse'.

post traumatique complexe (Van der Kolk 2005, 2009). Ces manifestations, comme évoquées par les personnes ressources et les femmes interviewées sont : les troubles de l'humeur (anxieux et dépressifs) ; les troubles comportementaux (violence, impulsion, addiction, automutilation, trouble du comportement alimentaire) ; sentiments de rage et de haine ; la victimisation ; les troubles de personnalité (notamment passivité ou passive-agressive) ; et enfin troubles physiques (digestifs ; neurologiques). Ceci indiquerait que la *'assabeyya* soit un concept culturel de détresse présent dans la société égyptienne, bien toléré, ne bénéficiant presque jamais d'une demande de traitement spécialisé, se manifestant sous différentes formes en fonction des circonstances et de l'âge de la personne, et exprimerait la détresse induite par les nombreuses et diverses violences subies, non seulement par les *Masraweyyates* mais aussi par les *Masreyyeen*, qu'elles soient durant l'enfance ou en continu (pendant l'âge adulte), et ce, à tous les niveaux (personnel ou public), affectant l'essence même de son existence d'être humain.

Il est important de rappeler, pour terminer cette section, que la violence diffuse et multiple, dont le terrain d'expression est le Caire, affecte non seulement les femmes mais aussi les hommes comme le précise Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) : « *Les hommes et les femmes en Égypte souffrent psychologiquement de manière égale mais pas identique* ». Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique) qui souligne :

« Moi aussi je souffre car je ne sens pas que je reçois la récompense que je mérite moralement et financièrement après tout le travail que je fournis. Je suis très pessimiste. La situation où nous sommes est le résultat de longues années. Peut-être nos petits-enfants verront la différence. »

CHAPITRE VIII. COPING AVEC LA VIOLENCE

Après avoir passé en revue les violences auxquelles les personnes interrogées sont confrontées (y compris les personnes ressources) et les conséquences qui en résultent sur elles, dont la *'assabeyya'*, ce chapitre tentera d'explorer comment ces personnes s'adaptent ou font face à ces violences, en analysant leurs stratégies de résolution de problèmes stressants, voire traumatisants (stratégies adaptées et positives ou non), les facteurs favorisant ce *coping* et enfin les 'politiques' de ce *coping* en termes d'agencéité.

VIII.1. Stratégies de *coping*

Il serait utile de rappeler la définition du *coping* défini comme étant :

L'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » Lazarus et Folkman (1984). Cette riposte, nommée *coping strategy* par les Anglo-Saxons, est connue dans la littérature scientifique française sous le terme de 'stratégie d'ajustement' (Dantchev 1989). (Paulhan 1992 : 545-546).

Les *coping strategies* (Centre for studies on human stress (CSHS) 2017) ou stratégies d'ajustement selon Lazarus et Folkman (1984) sont divisées en trois catégories :

- (1) le *coping* centré sur le problème, qui vise à réduire les exigences de la situation ou à augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face ;
- (2) le *coping* centré sur l'émotion, qui comprend les tentatives pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation ;
- (3) et le *coping* centré sur le soutien social, qui consiste à obtenir la sympathie et l'aide d'autrui (Lazarus and Folkman 1984 cités dans Côté 2013 : 41).

Côté (2013) propose un modèle intégré de classification des stratégies de *coping* en deux catégories et qui sera adopté dans cette recherche pour classifier les stratégies de *coping* révélées par les femmes interrogées. La première catégorie est celle des **stratégies spécifiques** de *coping* :

Selon que la situation soit contrôlable ou non, quatre stratégies spécifiques ont été définies, dont deux efficaces, la modification de la situation et le lâcher-prise, et

deux autres non adaptées et inefficaces, la résignation-déresponsabilisation et l'acharnement (Côté 2013 : 42).

La seconde catégorie est celle des **stratégies générales** de *coping* :

Les stratégies de bien-être, adaptées et positive, et les stratégies d'évitement qui nuisent à la santé mentale et physique (Côté 2013 : 42).

*Al ta'akloun*³⁷⁰ est à la fois le processus de *coping* et le résultat visé par ce dernier. *The appraisal* est l'évaluation faite par la personne de la situation stressante. C'est par le *appraisal* que le stress est jugé être contrôlable ou non contrôlable et à partir de là, la personne choisit quelles stratégies mettre en place. *Appraisal* peut être traduit en arabe littéraire par l'expression *takyīm el wad'*³⁷¹.

Les stratégies de *coping* mises en évidence lors des entretiens avec les femmes de la communauté et les personnes ressources sont : (1) l'acquisition de moyens de capacitation, encore appelée *empowerment* (comme la connaissance, le travail, l'indépendance et la responsabilisation) ; (2) le *coping* avec les diverses sources de pouvoir auxquelles les femmes de la communauté doivent faire face dans leur vie quotidienne ; (3) la demande d'aide psychologique ; (4) et la mise en œuvre de moyens de gérer la *'assabeyya*.

Les stratégies de *coping*, qu'elles soient adaptées ou pas, sont aussi issues de la culture dans laquelle la personne les puise et donc, régies, pour les *Masraweyyates*, par les mêmes valeurs et concepts clés précédemment évoquées, et autour desquels s'articule cette culture. Le *coping* ou *al ta'akloun*³⁷² représenterait donc cette interaction dynamique des *Masraweyyates* avec la *manzouma*.³⁷³

³⁷⁰ Adaptation en arabe littéraire.

³⁷¹ Evaluation des circonstances.

³⁷² Adaptation en arabe littéraire, à la fois le processus de *coping* et le résultat visé par ce dernier.

³⁷³ Système et règles sociales en arabe littéraire et dialecte égyptien.

VIII.1.1. Stratégies adaptées et positives

Les stratégies adaptées et positives (Côté, 2013) que les femmes interrogées utilisent sont comme ceci vient d'être mentionné, la **capacitation** (c'est-à-dire l'acquisition de moyens d'*empowerment* et d'agencéité ou plutôt d'agentivité³⁷⁴) à travers la connaissance, le travail, l'indépendance financière et l'auto-responsabilisation. Cette section essaiera de comprendre comment ces stratégies sont mises en place par les *Masraweyyates*.

La **connaissance**, comme la décrit Foucault (1975b), est intimement liée au pouvoir, ce qui explique bien son importance essentielle pour la capacitation :

Il faut plutôt admettre que le pouvoir produit du savoir (et pas simplement en le favorisant parce qu'il le sert ou en l'appliquant parce qu'il est utile) ; que pouvoir et savoir s'impliquent directement l'un l'autre ; qu'il n'y a pas de relation de pouvoir sans constitution corrélatrice d'un champ de savoir, ni de savoir qui ne suppose et ne constitue en même temps des relations de pouvoir. [...] En bref, ce ne serait pas l'activité du sujet de connaissance qui produirait un savoir, utile ou rétif au pouvoir, mais le pouvoir-savoir, les processus et les luttes qui le traversent et dont il est constitué, qui déterminent les formes et les domaines possibles de la connaissance. (Foucault 1975b: 36).

Pour les *Masraweyyates*, la capacitation commence par le fait de se comprendre et de comprendre le monde, de commencer des études ou les poursuivre (afin d'acquérir de la connaissance et obtenir des diplômes) ; ceci est l'un des principaux moyens cités par les personnes interviewées afin de gagner en *empowerment* et en autonomie, la connaissance incluant primordialement la connaissance de soi. En effet, la psychologie et la psychiatrie sont les deux domaines qui semblent le plus les intéresser. Ceci s'explique par le fait que parmi les femmes de la communauté interviewées, celles qui sont des patientes et qui sont prises en charge psychologiquement commencent à être en contact avec le personnel soignant qui leur donne des explications, des conseils, des informations et, pour les plus lettrées, des références à lire. De plus, en s'améliorant, elles se rendent compte des bénéfices de ces informations, ce qui les incite à en savoir encore plus et à vouloir en faire bénéficier leur famille et tout leur entourage. Comme déjà précisé dans la première partie de ce chapitre, l'entourage est l'un des principaux opposants au processus de prise en

³⁷⁴ L'agentivité se situe dans la philosophie de l'action, particulièrement renouvelée par Davidson (1971), et désigne la puissance d'agir. Ricoeur (1986) rend hommage à cette notion qu'il assimile à la 'capacité' de Sen (1985).

charge thérapeutique des *Masraweyyates*. Inclure leur partenaire et leur famille dans ce processus de découverte de soi qu'elles entreprennent est l'un des facteurs les plus efficaces de leur propre capacitation. En effet, une fois inclus, les partenaires et les familles ne se positionnent plus en détenteurs de pouvoir disciplinaire sur ces femmes, mais ils commencent plutôt à acquérir le même type de pouvoir qu'elles, à savoir la connaissance, se libérant ainsi de la dynamique d'hégémonie et de subalternité de laquelle ils sont familiers. C'est ce que précise Dr. Emad (53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien) pour qui il est très important d'inclure le partenaire ou la famille avec la patiente, lors de toute prise en charge médicale, car c'est souvent eux qui s'opposent à ce qu'elle vienne se soigner. En effet, l'époux ou les parents sentent que l'autorité de l'équipe soignante sur la patiente vient remplacer leur propre autorité, et la seule façon de récupérer cette autorité c'est de l'empêcher d'aller consulter. Noha (30 ans, mariée, sans enfant, psychologue) psychologue, met l'accent sur l'effort à déployer pour aider les maris à acquérir et à développer leur intelligence émotionnelle : « *Que l'homme exprime ses émotions ne va pas diminuer de sa masculinité en rien, ni l'affaiblir en quoi que ce soit* » car comme nous l'avons vu précédemment, culturellement, à la fois en Occident et en Orient, il est demandé à l'homme de ne pas exprimer ses émotions, et ceci le rend conséquemment incapable de les identifier, de les partager et éventuellement de bénéficier du potentiel d'actions pratiques qu'elles peuvent entraîner et nourrir.

Le *coaching*, de soi et des autres, est aussi une importante ressource de connaissance et conséquemment de capacitation, utilisée par les femmes rencontrées, qu'elles soient patientes ou pas :

Donnez à un homme un poisson, et il aura à manger pour une journée ; apprenez à un homme à pêcher, et il aura à manger toute sa vie. (Tseu 2014).

Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste), ainsi que d'autres intervenants médicaux interviewés, mentionnent aussi l'importance des informations qu'ils offrent à leurs patientes, et qui prennent souvent un aspect de *coaching* comme elle le précise : « *Je suis leur coach, je leur renforce leur estime de soi* » me dit-elle. Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) semble aussi s'être découverte une vocation de *coach*. Se soigner lui a permis de se connaître, et elle espère aider aussi les autres à

mieux se connaître : « *J'écris dans mon agenda comment encourager les gens : car à l'intérieur de chacun de nous il y a une qualité* ».

Enfin, Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) aborde la question du traitement par le Coran et la présence des *guenns*, et comment la prise en charge thérapeutique a réussi à changer son positionnement de personne qui subit et se plaint constamment, en une femme curieuse de comprendre et de devenir active :

« Je veux écouter et apprendre plus que ne parler. La psychiatrie apprend à la personne qui elle est. J'ai commencé à lire beaucoup sur el guenn³⁷⁵. Le Coran est bien si moi je le lis moi-même, mais pas que quelqu'un me le lise, comme le sheikh. On me traitait mal avec le Coran ! »

Le *empowerment* que procure le traitement et les modalités de la prise en charge a permis à certaines des femmes rencontrées, et qui étaient à la recherche de soulagement pour leur souffrance psychologique, de devenir partenaires à part entière avec l'équipe soignante, et ce, pour leur propre bien-être et celui de tout leur environnement.

Tous les moyens de connaissance et de socialisation, présentement à la portée du public comme Internet et Facebook, contribuent aussi à introduire diverses sortes de connaissances, que j'appellerai Cyber-connaissance. De nombreuses femmes, obligées de rester cloîtrées à la maison pendant les deux ans et demi de la révolution égyptienne, de Janvier 2011 à Juin 2013, ont trouvé dans les médias sociaux un espace d'épanouissement personnel et social. Cette plateforme leur a permis des échanges d'informations culturelles, politiques, sociales, culinaires etc. Beaucoup se sont découvert des talents de chroniqueuses politiques, de poétesses et de critiques culturelles. Le chapitre IX reviendra sur l'importance de la place qu'occupe l'utilisation du potentiel créatif dans la vie des *Masraweyyates*.

La deuxième stratégie adaptée et positive (Côté, 2013) à laquelle ont recours les *Masraweyyates* est le **travail**. Avoir un travail et commencer à être productive, comme mentionné par de nombreuses personnes interviewées, est une importante stratégie de

³⁷⁵ Démon.

coping avec, non seulement la détresse psychologique mais aussi avec tous les défis auxquels les *Masraweyyates* sont confrontées. Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) nous raconte son itinéraire depuis le premier jour où elle est allée frapper à la porte de l'ONG de son quartier (ONG présentant des services variés aux femmes des environs) :

« Je suis allée à l'ONG dans notre quartier (Darb el Ahmar³⁷⁶). On m'y a appris à coudre et à travailler le cuir, et puis j'ai commencé par apprendre aux autres. Il faut se consacrer au travail complètement, même à l'intérieur de la maison, que ce soit les tâches ménagères ou la couture. Je fais des bijoux maintenant mais je ne sais pas vendre. Je veux apprendre à vendre pour que je puisse bien présenter ce que je produis dans des expositions. »

Les ONGs représentent, à l'intérieur de la *manzouma*³⁷⁷, une structure assez intéressante. En effet, elle est à mi-chemin entre la structure familiale et la structure étatique, et représente, bien que sous le contrôle du ministère des affaires sociales, un espace alternatif, communautaire. Les ONGs n'échappent pas bien sûr aux acteurs précédemment mentionnés de la *manzouma*, ni à ses différentes structures représentées par les institutions, ni aux '*orf wal takalid* (Jad 2004). Cependant, ces ONGs demeurent un acteur important dans le processus de capacitation, non seulement dans celui des *Masraweyyates* rencontrées durant la recherche et en détresse psychologique, grâce notamment l'apport que l'ONG Wa'y leur offre ; mais aussi dans celui des *Masraweyyates* et des *Masreyyates* en général, comme ceci sera évoqué plus loin avec la description de Mahmood (2011) du mouvement des mosquées en Égypte et les publications d'Abu-Lughod (2013).

Le travail offre aux *Masraweyyates* une double indépendance financière et émotionnelle. Pour Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre), il est primordial d'apprendre aux patientes de ne pas dépendre des hommes financièrement. C'est ce que confirment Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer), Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) et Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), pour qui économiser pour avoir son propre argent, est crucial, et même « ... *beaucoup d'argent avec moi 'comme le riz*³⁷⁸ *au cas où je suis confrontée à n'importe quel problème* » comme le souhaite (Faiza, 45 ans,

³⁷⁶ Quartier populaire du Vieux Caire.

³⁷⁷ Le système social.

³⁷⁸ Expression qui signifie en abondance.

mariée, 5 enfants, femme de ménage). Le système des *gam'iyāṭ*³⁷⁹ est une institution populaire en Égypte depuis des décennies pour économiser l'argent. Elles sont utilisées pour toutes les grosses dépenses du foyer (mariage, dot, accouchement, frais scolaires, etc.). C'est un moyen très efficace et très important dans la vie de nombreuses femmes, car il y a une notion de solidarité féminine qui se crée parmi les participantes dans ces tontines, augmentée de sentiments de force et d'indépendance :

Ces réseaux sont basés sur un système de club d'investissement proche du système des tontines, appelé ici *gam'iyāṭ* (Bayat 1997; Drolet 2011). Ce système parallèle au système bancaire officiel, permet une épargne et des prêts au sein d'un groupe d'associés solidaires. Ces prêts, sans intérêt, ont pour objectif des investissements pour le fonctionnement domestique [...]. (Petit 2014: 8).

Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), quant à elle, pour atteindre sa propre indépendance financière « ...essaie de se libérer de son attachement à beaucoup de choses », sorte de *esteghna'*, notion philosophique en Islam signifiant se détacher des choses superflues et matérielles pour ne plus être sous leur pouvoir, mais se soumettre uniquement au pouvoir du divin. Le côté quasi-mystique et transcendantal qu'a Nagat de faire face aux forces qui la rendent captive sera analysé plus en détail dans les sections suivantes.

Se responsabiliser, « avoir une personnalité *keyādeyya*³⁸⁰ », c'est ce que souhaite Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer), car pour elle, cela signifie ne plus souffrir et ne plus dépendre de quelqu'un. La prise en charge psychologique a fait naître en ces femmes la conviction (et leur a aussi prouvé) qu'elles étaient capables de se prendre en charge et « ...d'être heureuse dans ma vie » comme le souhaite Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) qui s'est rendu compte qu'elle était aussi responsable de sa souffrance. Se responsabiliser signifie pour elles et plus précisément pour Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « ...ne pas être dans le déni, compter sur soi, prendre la responsabilité de ses actes et se fixer un but ». Et Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) précise : « J'ai appris que moi aussi j'avais ma part de responsabilité dans ma détresse et pas uniquement mon mari et ma fille, que je rendais tout le temps responsable de ma souffrance. Aussi, il est important de respecter le mari et de lui être loyale ». La loyauté

³⁷⁹ Tontines.

³⁸⁰ Leader.

envers le pays a aussi souvent été mentionnée comme marque de responsabilisation, notamment civique. Ceci semble être dû au climat révolutionnaire et politique dans lequel l'Égypte a été plongée de 2011 à 2014 (figure 17).



Figure 17 : *Masreyyates* sur une moto pendant les manifestations populaires durant la révolution de janvier 2011
(Crédit photo : al youm 7)

La troisième des stratégies adaptées et positives de capacitation que les *Masraweeyates* rencontrées utilisent c'est la **demande d'aide psychologique** lorsqu'elles sont en détresse. Elle apparaît comme étant l'une des principales stratégies adaptées de *coping*, car elle a des conséquences positives sur les patientes et elle est centrée sur le problème du fait qu'elle essaie de modifier la situation qui a induit le stress. Il est intéressant de noter que la psychothérapie est une pratique qui remonte à la médecine de l'ancienne Égypte et particulièrement l'interprétation des rêves qui avait lieu dans le temple du sommeil sur l'île d'Eléphantine (Okasha 2001) (figure 18).



Figure 18 : Le papyrus médical de Chester Beatty (Papyrus no. 10686 au British Museum) sur l'interprétation des rêves (1350 Avant J.C.)
(Source : The British Museum, Département des antiquités égyptiennes)

Mais quel est donc le profil des personnes qui viennent demander cette aide psychologique ? Dr. Morad (41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre) psychiatre répond :

« Les femmes de la classe aisée de Maadi vont chez le psychiatre comme si elles vont faire une séance de yoga. Les autres habitantes de Maadi vont plus rarement chez le psychiatre, quoiqu'à présent il est plus fréquent de demander l'aide d'un professionnel de la santé mentale surtout si elle sent que ceci a un impact négatif sur sa vie. Pour le traitement de l'addiction : il y a l'hospitalisation pour la détoxification et puis la réhabilitation. »

Les raisons qui ont poussé certaines des femmes de la communauté interviewées à chercher à recevoir de l'aide psychologique étaient souvent pour le traitement de leurs enfants comme le précise Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) : « *Un médecin, parente à mes enfants, m'a conseillée d'amener ma fille à une psychologue dans un centre près de nous et la psychologue m'a référée à la gam 'eyya*³⁸¹ *Wa 'y. J'ai réfléchi à comment aider mes enfants, et j'ai cherché pour traiter mes enfants* ». La deuxième raison est la confiance portée à l'expérience et au savoir des professionnels de la santé mentale (*ahl el mashoura*)³⁸² pour diagnostiquer et prendre soin de leur détresse émotionnelle, et ce, très souvent après avoir essayé toutes les thérapies traditionnelles (*sheikh*, herboriste, *zār*, etc.) mais en vain. Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) explique : « *J'ai décidé que je ne voulais parler qu'aux gens de science et d'expérience. J'ai pensé au traitement psychologique après avoir été écoutée à l'ONG par une psychologue. Ils m'ont référée à la gam 'eyya Wa 'y. Le médecin me comprend.* Et pour Hala (19 ans, célibataire, sans enfant, étudiante) : « *J'ai eu recours aux spécialistes pour m'écouter, me conseiller, me dire quoi faire. Je souffrais et je ne savais pas quoi faire. Je savais que je n'étais pas schizophrène comme me disait mon entourage* ». Cependant, ce qui a été noté par les intervenants de la santé mentale c'est la fréquence de la discontinuation précoce du traitement dès que les premiers signes d'amélioration apparaissent : « *Quand elles vont mal au début puis qu'elles s'améliorent, elles ne continuent pas avec le psychiatre* » (Ahmed, 34 ans, marié, 2 enfants, travailleur social). Les raisons de cette discontinuation sont, à mon sens, que ce processus

³⁸¹ Organisation Non Gouvernementale.

³⁸² Les gens de conseil.

de capacitation, enclenché chez certaines, se fait rattraper par la *manzouma* s'il ne s'est pas assez consolidé, et les *Masraweyyates* rechutent alors dans leur habitus de départ.

Les personnes interviewées ont évoqué, plus spécifiquement, les moyens qu'elles mettent en place pour gérer leur '*assabeyya*. Ceux-ci sont nombreux, mais l'un des plus souvent mentionné est la spiritualité. Pour les répondants pratiquants de confession musulmane, les cinq prières quotidiennes, la prière de *estekhāra*³⁸³ et le *tasbīh*³⁸⁴ sont les pratiques spirituelles utilisées afin de calmer la '*assabeyya*. Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) explique comment elle a recours à Dieu dans ses prières : « *Je prie Dieu et je lui demande que je veu 'elmoun nafé'oun we 'amaloun sālehoun* ³⁸⁵ ». C'est ce recours à Dieu en temps de détresse et de confusion, avec notamment la *estekhāra*, qu'évoque Abu-Lughod (2013 : 212) : « *Both invoked a higher force, not inner feeling ; fate is, after all, God's will, and the special prayer to ask God for guidance in making one's individual choice is even more direct* ». Pour les personnes de confession chrétienne, Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe) nous dit : « *Les gens viennent se confesser au prêtre de leur paroisse car ils voient que la 'assabeyya est un pêché* ». La spiritualité *New Age*³⁸⁶ est aussi un moyen évoqué pour essayer de gérer la '*assabeyya*, comme le confie Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat), qui avoue lui aussi souffrir de '*assabeyya* : « *Je suis allé en Inde à la recherche de spiritualité* ».

Le second moyen évoqué de gérer la '*assabeyya* est de se dépenser physiquement. Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) nous décrit comment l'effort physique l'aide :

« La danse orientale sort la négativité. J'ai beaucoup aimé l'adaptation égyptienne du film américain 'Let us dance'. J'aime aussi la marche sur la corniche de Maadi, sur les allées vertes au milieu des rues. J'aime sortir dans les jardins, quelque chose pour faire sortir *el shohna el salbeyya*. ³⁸⁷ »

³⁸³ Prière faite spécifiquement lorsque la personne est confuse entre deux choix, et y demande d'être guidée par Dieu.

³⁸⁴ Utilisation du chapelet pour répéter des versets du Coran, ou des prières.

³⁸⁵ Un savoir utile et un travail bénéfique.

³⁸⁶ Tendances occidentales récentes s'intéressant aux pratiques spirituelles anciennes.

³⁸⁷ L'énergie négative.

L'importance de la danse dans la culture égyptienne pour à la fois les femmes et les hommes (les hommes en Égypte dansent aussi, et ce, pour exprimer leurs émotions comme la joie ou la colère notamment dans le *tahtīb* précédemment évoquée) sera abordée plus amplement plus loin dans le texte. Mais avant ceci, il serait intéressant de considérer le fait que la danse est non seulement un moyen physique de gérer le stress, mais aussi et surtout une pratique artistique qui en permettant au corps, objet symbolique, de danser, elle le libère de son habitus symbolique. Par cela, la danse contient en elle le potentiel de soustraire la personne qui danse au pouvoir symbolique (Bourdieu 1977).

Lorsque la spiritualité s'associe à la danse, comme dans les temples de l'Égypte ancienne (figure 19) et dans le *zeker*³⁸⁸ (Wolf 2006) (figure 20) ; les effets bénéfiques de ces deux *coping* stratégies s'en trouvent augmentés, comme l'assurent les personnes ressources rencontrées sur le terrain. Le chapitre VIII reviendra plus longuement sur ces deux notions de danse et de spiritualité.



Figure 19 : Danseurs dans la tombe de Nebamun. Peinture murale conservée au British Museum
(Crédit photo : Tony North)

³⁸⁸ Pratique soufi consistant en une danse et des incantations religieuses islamiques. Un exemple en est les derviches tourneurs en Turquie et en Égypte. Le *zeker* diffère du *zâr* en ce qu'il n'a pas pour but l'exorcisation du *guenn* mais plus un rapprochement spirituel avec le Divin.



Figure 20 : Danse de la Tanoura par des danseurs soufis (les *darawishs* ou derviches tourneurs) pendant les festivals soufis égyptiens, accompagnée de zekr (incantations religieuses)

(Crédit photo : Mahmoud El-Kholy)

Enfin les distractions comme stratégies, telles que l'humour, la musique et les promenades à la mer sont utilisées pour « *calmer sa tête* » comme le souligne Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer). Les gens qui en ont les moyens, pour se soustraire du stress de la vie au Caire, vont habiter dans les banlieues récemment construites autour du Caire, comme le précise Maitre Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat) : « *Les gens se construisent des bulles : ils vivent dans des compounds*³⁸⁹ ».

Contrôler et gérer ses réactions aux pressions est une de stratégies de *coping* centrée sur les émotions (Côté, 2013), et l'une des plus adaptées à la gestion de la '*assabeyya*. Elle est décrite par Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte) comme aidant à : « *Ne pas réagir aux stimuli extérieurs* ». Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) dit faire un effort conscient pour « *... essayer de ne pas se stresser* », et pour Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) « *... essayer de se soustraire aux pressions* ». Quant à Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) elle explique : « *Pour lutter contre ma 'assabeyya, je me dis c'est le dernier jour de ma vie et donc je dis rencontrer Dieu en étant calme.* » Le Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe) nous fait part des conseils qu'il prodigue, lorsque l'on vient le consulter à l'église :

« Je leur conseille de se contrôler et d'apprendre à contrôler leurs émotions (notamment la colère et la rage) et non pas être contrôlé par les émotions, sinon ils peuvent tomber malades. Il ne faut pas supprimer la colère sinon on se fait mal à soi-même. »

³⁸⁹ Complexes résidentiels de villas.

VIII.1.2. *El momayna*³⁹⁰, *el tahāyoul*³⁹¹ : *coping* avec les sources de pouvoir

En fait, ce qui définit une relation de pouvoir, c'est un mode d'action qui n'agit pas directement et immédiatement sur les autres, mais qui agit sur leur action propre. Une action sur l'action, sur des actions éventuelles, ou actuelles, futures ou présentes. [...] Il est un ensemble d'actions sur des actions possibles : il opère sur le champ de possibilité où vient s'installer le comportement de sujets agissants : il incite, il induit, il détourne, il facilite ou rend plus difficile, il élargit ou il limite, il rend plus ou moins probable ; à la limite, il contraint ou empêche absolument ; mais il est bien toujours une manière d'agir sur un ou des sujets agissants, et ce tant qu'ils agissent ou qu'ils sont susceptibles d'agir. Une action sur des actions. (Foucault 2001b: 1054-1056).

Cette définition du pouvoir, selon Foucault, semble bien illustrer la dynamique des modes de *coping* utilisés par les *Masraweyyates* dans leur interaction avec les acteurs de la *manzouma* (les détenteurs du pouvoir, tels qu'ils ont été identifiés dans le chapitre sur la violence symbolique). En effet, le type de pouvoir auquel elles sont soumises apparaît bien comme étant 'une action sur des actions', une action de ces acteurs sur l'action des *Masraweyyates*, basée principalement sur la restriction imposée à son corps (selon le concept de bio-pouvoir de Foucault (1975a)), corps qui est l'aire d'expression de tous les habitus mis en action par les différents instruments hégémoniques. Comme précisé dans la première partie de ce chapitre consacrée à la violence symbolique et culturelle, de nombreuses représentations (et pratiques) sont issues de l'interprétation culturelle (et symbolique) de la religion et des lois. Ces représentations et ces pratiques constituent alors les objets symboliques. C'est l'instrumentation de ces objets symboliques qui donne naissance aux instruments hégémoniques.

El momayna et *el tahāyoul* sont des stratégies de *coping* en relation avec une situation jugée comme non-contrôlable par les personnes qui les décrivent. La plupart des stratégies citées relèvent de l'évitement, notamment de la *résignation-déresponsabilisation* (Côté 2013), et sont centrées sur les émotions ou le support social. Cette attitude, décrite dans le concept de victimisation développé auparavant, a des conséquences négatives au long terme sur la personne, à la fois sur le plan physique et psychique (Van der Kolk 1989), pouvant

³⁹⁰ 'Faire avec', caresser dans le sens du poil, de ne pas faire de vagues, tout en essayant d'obtenir ce que l'on veut, en égyptien dialectal, vient du mot italien *ammaina* qui signifie rabaisser

³⁹¹ Même signification qu'*el momayna* mais en arabe littéraire.

entraîner un syndrome dépressif ou de la *'assabeyya* comme nous l'avons vu précédemment d'après les témoignages de nombreuses femmes interviewées. Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) sent qu'elle n'a aucun contrôle sur les sources de pouvoir avec lesquelles elle est en contact. *El momayna* est alors sa stratégie d'adaptation, son moyen de survie : « ...si je suis victime de violence et que je ne peux pas le contrer ou lui trouver une solution ».

El momayna est plus proche de la *résignation-déresponsabilisation* (stratégie d'évitement) (Côté 2013) que du lâcher-prise (ou acceptation) face à une situation non-contrôlable (par opposition à l'acharnement ou à l'entêtement), mais dont les conséquences sont au contraire positives sur le long-terme (Bayat 1997). Cependant *el momayna* signifie se rabaisser, s'assujettir et se mettre en situation de subalterne volontairement. La résignation ici ne serait pas tout à fait déresponsabilisée, et l'évitement ne serait pas une nécessité 'vitale', comme dans des situations extrêmes de vie et de mort que vivent certaines femmes que décrira le paragraphe suivant. En effet, il existerait des solutions et des stratégies de survie autres que celles de se soumettre dans une dynamique de victimisation (Van der Kolk 1989). Cependant, la personne choisit la soumission et l'assujettissement, en tant que stratégies de survie pour certaines (selon leur contexte socioculturel, dans un exemple à mon avis très 'parlant' de soumission au pouvoir symbolique), ou par victimisation pour d'autres, comme l'expliquera la section suivante.

De même, il serait intéressant de souligner ici la différence, dans ce contexte égyptien, entre obéissance (Milgram et Gudehus 1978) et résignation/*momayna*. En effet, dans l'obéissance, la soumission se fait à une idée reconnue et respectée de l'autorité (comme l'obéissance à Dieu dans le cas de nombreuses femmes interrogées, les notions de *taslīm*³⁹² et *esteslām*³⁹³ en Islam seront évoquées plus loin dans le texte). Par contre, dans la *momayna*, la soumission se fait à une source de pouvoir (*el nāss*, *el manzouma*, *el 'orf wal takalīd*) qui est en fait non-reconnue, non-respectée, mais subie.

³⁹² Soumission volontaire à la volonté divine, 'l'abandon confiant' (Mekki-Berrada 2013 :134).

³⁹³ Démission et abdication complète.

Un autre concept qu'il serait important aussi de différencier de la résignation est celui du concept de l'acceptation, qui sera élaboré davantage dans le chapitre suivant. L'acceptation se fait pour des évènements irréversibles, dépassant le spectre de 'l'humain', comme la mort, les maladies incurables et les désastres naturels qu'aucune stratégie ne peut 'réparer' (McCracken et Eccleston 2003). La résignation, notion culturellement acceptée en Égypte, peut être illustrée par l'expression *Ma 'lesh*³⁹⁴ (Fenoglio 1995), très utilisée par les femmes lors des entrevues lorsqu'elles voulaient exprimer leur résignation à accepter une situation pénible qu'elles vivaient. L'auto-dérision, le sarcasme sont aussi des moyens qu'elles utilisent pour exprimer leurs regrets face à leur propre faiblesse et leur résignation (Leimdorfer 1997). Le cinéma égyptien a produit de nombreux films, le long de son histoire, basés sur l'auto-dérision, mais cette fois-ci de toute la société égyptienne, face aux pouvoirs qui la dominent (Poulet 1995).

Par ailleurs, éviter la confrontation avec la personne détenant le pouvoir afin de ne pas provoquer sa violence, est le but ultime de toutes ces stratégies d' *el momayna* et qui sont : (1) le recours à des ressources extérieures 'extraordinaires' et tout puissantes pour les sauver comme la magie ou Dieu, ou juste sécurisantes comme les médecins ; (2) le recours à des stratégies centrées sur ses émotions et ses modes de pensées comme supporter ou supprimer la colère ou trouver des excuses, et ce, en essayant de changer son *takyīm el wad* '(l'évaluation de la situation), en lui donnant un sens qui inciterait plus à la résignation, (résignation qui ne veut pas toujours dire non-action, car l'absence d'action est une action en soi) ;(3) ou enfin faire ce que la personne ayant le pouvoir veut.

Le recours à des sources extérieures 'extraordinaires' et toutes-puissantes pour les sauver, comme la magie ou le *sheikh*, est plus rapporté par les femmes de la communauté de niveau socioéconomique plus modeste, venant souvent de zones '*ashwaiyya*³⁹⁵ ou *sha 'beyya* traditionnellement connues pour ses sheikhs. Ainsi en est-il de Samia, (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *Le sheikh, je l'ai vu quand mon mari a connu des femmes et il a dit*

³⁹⁴ Signifie 'ce n'est pas grave', en arabe dialectal égyptien.

³⁹⁵ Bidonvilles.

que quelqu'un m'avait fait un *'amal*³⁹⁶ et lui allait le défaire ». La magie dans ce genre d'approche est alors l'explication donnée pour justifier toutes les souffrances et les mauvaises fortunes subies ainsi que pour neutraliser le mauvais sort. Une des pratiques très fréquemment utilisée est la poupée vaudou en chiffon (*el 'aroussa*). Le *zār* est aussi une pratique traditionnelle égyptienne exercée surtout par les femmes pour chasser les *guenns*, lors de séances d'exorcismes collectives qui représentent un espace féminin de prise de la parole à travers les *guenns*, ce qui n'est pas sans rappeler la fonction du *zebola* dans la culture congolaise (Corin 1979). Le recours à Dieu est le deuxième exemple de recours à une source extérieure extraordinaire pour sauver et défendre. En effet la stratégie de *coping* qui consiste à prier Dieu pour qu'il prenne leur revanche et se charge de se venger contre les gens qui leur ont fait du mal a été très souvent mentionnée par les femmes interrogées. On prie Dieu aussi pour qu'il arrange toute situation négative comme pour Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) : « Dieu va me prendre ma revanche : *'Hasbouna Al-lāhou wa ni 'ma-l-wakīl'*³⁹⁷, *Rabbouna montakemoun jabbār*³⁹⁸ », tout comme pour Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) : « Si j'ai été lésée ou victime, Dieu va me donner mon droit ». C'est une stratégie non adaptée, à type d'évitement (Côté 2013) car le stress est jugé être non contrôlable, alors qu'il l'est objectivement. Ce type de recours à Dieu (car il y en a plusieurs, comme il sera précisé plus loin dans le texte) est, ici, plus à caractère de *coping* centré sur les émotions, très différent de celui décrit dans les moyens de gérer la *'assabeyya*, qui était notamment à type de lâcher-prise et d'acceptation si le stress n'est pas contrôlable.

Le recours à Dieu peut aussi avoir le but de supporter (*al sabr*) et d'éviter la confrontation. Mais supporter est une stratégie de *coping* qui implique que le stress soit non-contrôlable. Elle est non adaptée car la situation stressante est en général contrôlable (comme des situations de violence domestique par exemple) mais c'est la perception que la personne en a qui est faussée. Supporter est signe de résignation et de non responsabilisation,

³⁹⁶ Un mauvais sort.

³⁹⁷ Allah est notre protecteur, la meilleure des protections (Coran 3 : 173 ; traduction de Chebel (2009)), cité comme une supplication de la demande de la vengeance de Dieu).

³⁹⁸ Allah est vengeur et puissant, noms parmi les 99 noms de Dieu en Islam.

stratégie centrée sur les émotions (Côté 2013), où la personne cherche du réconfort notamment auprès de Dieu : « *La croyance en Dieu me permet de supporter et d'avoir de la patience pour plaire à Dieu. Je dois supporter ma vie pour mes enfants et pour ne pas revenir chez ma mère* » comme l'explique Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée). La violence domestique est, par exemple, ici perçue par Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) comme étant une épreuve divine qu'elle doit endurer grâce à *el sabr* et *el do 'a*³⁹⁹. Supprimer la colère est une importante stratégie de *coping* qu'utilisent les femmes interviewées, mais qui n'est pas toujours très réussie, comme le laissent supposer les explosions de la *'assabeyya*. Un verset du Coran loue ceux qui « [...] *el kāzemīn el ghayz wal 'āfīn 'an el nāss* [...] »⁴⁰⁰. De nombreuses femmes rencontrées préfèrent ne pas faire exploser leur colère, et suivre les préceptes religieux, et ceci pour deux raisons : la première est d'obéir aux préceptes religieux et donc d'essayer de gagner *redā rabbena 'ani*⁴⁰¹, et la deuxième raison est de pouvoir survivre à la présence abusive des personnes ayant le pouvoir sur elles, et ce, en s'empêchant d'exprimer sa colère ou son désaccord avec la situation. Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) explique sa manière à elle d'appliquer ce verset Coranique (3 : 34) et ce précepte : « *J'entends les insultes de mon mari, et je fais semblant de ne pas entendre, je supprime ma colère et ma peine* ». Cette stratégie de *coping* est basée sur les émotions, et est faite aussi d'évitement, elle est non-adaptée, car la cause du stress n'est pas encore une fois adressée, et de ce fait elle est jugée comme étant non-contrôlable.

Faire ce que la personne ayant le pouvoir veut d'elle, obéir pour lui plaire est ce que souhaiterait apprendre Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) qui demande, en s'adressant à l'équipe soignante : « *Je veux apprendre comment me comporter avec mon mari qui est le père de mes enfants* ». Le mari de Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) lui a fait comprendre qu'elle était la cause de tous les problèmes maritaux existant dans leur couple, et qu'elle ne savait pas comment se comporter avec lui. Il fallait donc qu'elle aille se faire soigner de sa *'assabeyya*. C'est ce que font les femmes qui consultent

³⁹⁹ Invocations à Dieu.

⁴⁰⁰ Ceux qui maîtrisent leur colère, qui s'attendent sur les gens (Coran 3 :134 ; traduction de Chebel 2009).

⁴⁰¹ La bénédiction de Dieu

Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique), qui vont ‘se soigner’ pour plaire au mari. Dr. Shérif précise que la plupart des patientes venant le consulter à son cabinet de chirurgie plastique, cherchent à récupérer leurs maris, (qui les comparent aux nouvelles références de beauté féminine orientale⁴⁰²). Pour ce faire, elles vont abuser des interventions esthétiques⁴⁰³ pour ‘devenir’ une copie de celle à laquelle leurs maris souhaiteraient qu’elles ressemblent. Mais ces images sont-elles celles qu’elles souhaiteraient avoir d’elles-mêmes ?

Trouver des excuses au mari est, comme les précédentes stratégies citées, une stratégie d’*el tahāyoul ‘ala el koyoūd* ou *el momayna*⁴⁰⁴. Cette stratégie de *coping*, encore une fois basée sur la perception que la source de stress est non-contrôlable (à savoir ici les traditions socio-culturelles et religieuses, *el ‘orf wal takalīd*), a été le sujet de nombreuses publications et recherches, notamment par Saba Mahmood (Mahmood 2009) qui a classé cette stratégie de *coping* parmi les stratégies adaptées menant à l’acquisition d’agencéité ou d’agentivité et de *empowerment*, tout en étant basée sur la résignation et l’évitement. Pour Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires), *el tahāyoul ‘ala el koyoūd* avait un but : « *J’ai beaucoup supporté de mon père et de mon mari pour prouver que j’ai réussi en tant que femme même si je travaille beaucoup à l’extérieur de la maison* ». Et Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) en se soumettant aux exigences domestiques de son mari, cherche à ‘dompter’ son emprise sur elle en étant : « *...une maitresse de maison réussie en tout : akoun set beet nagha fe kol haga* », en se conformant à *el soura el namateyya wal taklīdeyya lel mar ‘a*, alors qu’elle est la première à s’en plaindre et à en souffrir, dans un exemple très criant de violence symbolique.

⁴⁰² Acquises à travers Internet et les chaînes de satellite télévisées les présentatrices de télévision ou chanteuses libanaises ainsi que les actrices des feuilletons turcs, et non plus tellement les stars de cinéma égyptiennes et ce à l’instar de la réduction de l’influence du cinéma égyptien sur la culture dans le monde arabe.

⁴⁰³ Le marché de l’esthétique en Égypte est en plein essor et ce à tous les niveaux socio-économiques. Sourires hollywoodiens, poitrines siliconées, Botox, chirurgies esthétiques diverses, extensions de cheveux, lentilles de contact de couleurs, sont très prisés et à la portée de toutes les bourses, selon la localisation et la réputation des prestataires de ces services.

⁴⁰⁴ Dévier les obstacles, éluder les contraintes.

La stratégie d'évitement qu'utilisent Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) et Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) est basée sur la résignation mais pas sur la déresponsabilisation (Côté 2013). En effet, elles choisissent délibérément ce genre de *coping* basé sur la soumission aux '*orf wal takalīd*, qu'elles ne cherchent pas à contrôler. Cependant, en s'y pliant, volontairement et complètement, elles cherchent à 'dompter' (ce sont les termes qu'elles utilisent) les agents détenteurs du pouvoir basé sur ces '*orf wal takalīd* afin de les contrôler implicitement, un peu comme Shéhérazade, dans les Mille et une Nuits, dont les stratégies de *coping* seront évoquées un peu plus loin dans le texte. Les '*orf wal takalīd* dans cette situation sont les préceptes religieux qui incitent dans de nombreux versets coraniques (et bibliques) les femmes, qui se veulent pieuses, d'obéir à leur époux. Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) illustre par son récit cette stratégie de *coping* basée sur la résignation responsable, dictée par la piété et génératrice d'agencité : « Si je ne fais pas ce que mon mari me dit, je me rappelle le verset qui dit les anges vont me maudire et j'essaie encore une fois ». Cependant, il y a une importante nuance dans la résignation de Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) à accepter les '*orf wal takalīd* et à se conformer à l'image de la femme qu'elle impose, qui diffère de celle de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). En effet, le but de Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires), qui est une femme indépendante financièrement et qui a un engagement politique très actif (qui sera abordé en détail plus loin dans la thèse) est de prouver aux hommes de sa famille qu'elle a réussi à la fois comme femme (tels qu'*el 'orf wal takalīd* le dictent), comme femme d'affaires et comme citoyenne, et ce, à l'intérieur de la *manzouma*. Je perçois sa résignation comme étant plus dynamique, plus rebelle, plus active que celle de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) qui est plus inactive en ce sens qu'elle ne travaille pas (bien qu'elle ait repris ses études supérieures de journalisme). En effet, la soumission (et non pas l'obéissance) de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) aux '*el 'orf wal takalīd* que lui impose son mari, a pour but de lui prouver qu'elle est une bonne épouse, de défier ce que ses belles-filles disent comme mal d'elle à leur père, et enfin d'obliger le mari à subvenir à ses besoins financiers à elle et à son fils, car si elle travaillait, il arrêterait de payer, et tout son argent irait à sa première femme et à ses enfants à elle.

Et pour illustrer ces nombreuses stratégies de *coping* avec les sources de pouvoir développées par les *Masraweyyates* et les *Masreyyates*, l'on peut citer ce passage de Foucault qui explique bien que pouvoir et résistance ne peuvent pas exister l'un sans l'autre, et ce, quels que soient les aspects, parfois paradoxaux, que peut revêtir cette résistance :

[...] Il n'y a pas de relations de pouvoir sans résistances ; que celles-ci sont d'autant plus réelles et plus efficaces qu'elles se forment là même où s'exercent les relations de pouvoir ; la résistance au pouvoir n'a pas à venir d'ailleurs pour être réelle, mais elle n'est pas piégée parce qu'elle est compatriote du pouvoir. Elle existe d'autant plus qu'elle est là où est le pouvoir ; elle est donc comme lui multiple et intégrable à des stratégies globales. (Foucault 2001b: 425).

Certaines autres stratégies de *coping* avec les sources de pouvoir sont parfois différentes d'*el momayna* et de la résignation, car la résistance au pouvoir y est alors plus apparente et plus explicite, entraînant une confrontation directe avec les sources de pouvoir, confrontation prenant alors les aspects d'une rébellion. Dire 'non', dire tout haut ce que l'on pense, faire face, confronter, se rebeller, font partie, dans les cultures orientales et en Égypte notamment, d'une stratégie de *coping* traditionnellement réservée, aux hommes : la résistance rebelle. Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique), explique très sèchement (en anglais) : « *I don't take s* from anybody*⁴⁰⁵ ». Que certaines femmes osent s'opposer et dire ouvertement ce qu'elles pensent (et qui pourrait être en contradiction avec ce que préconisent les personnes ayant un pouvoir sur elles ou ce qu'imposent les structures auxquelles elles doivent se soumettre), est une stratégie de *coping* vue, par de nombreuses instances socio-culturelles en Égypte, comme étant un signe d'émancipation de la femme copiée sur l'Occident, et une marque de féminisme. Selon la classification des stratégies de *coping*, la résistance rebelle explicite et annoncée, comme celle de Dr. Shérif (40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique), est une stratégie adaptée, de bien-être, basée sur la *modification de la situation*, centrée soit sur le problème, l'émotion ou le soutien social (Côté 2013).

⁴⁰⁵ Je ne me laisse pas faire.

Après leur prise en charge psychologique, de nombreuses femmes de la communauté interviewées ont commencé à s'affirmer et à dire ce qu'elles pensent, à exprimer leur détresse émotionnelle, à identifier les causes de cette détresse et à confronter les personnes ou les institutions socio-culturelles qui en sont responsables. C'est précisément ce qu'a fait Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) : « *J'ai demandé le divorce quand je vivais avec ma belle-famille. Je suis allée fâchée me réfugier chez la maison de ma mère, et j'ai quitté le foyer conjugal* ». C'est un acte de rébellion aux yeux du code personnel de la loi égyptienne, et qui peut être sanctionné par un ordre de la cour de justice lui infligeant de revenir au foyer conjugal appelé *beyt el tā'a*⁴⁰⁶. Cependant, en 2004, a été créée la cour de justice de la famille (par le décret officiel numéro 10 suite à une loi votée par le parlement égyptien), cour spécialisée dans les affaires personnelles (Organisme Général de l'Information du Gouvernement d'Égypte 2009). Antérieurement, une loi sur le *khol'*⁴⁰⁷, jusque-là non effective bien qu'étant une loi islamique, a été instaurée par la loi numéro 1 pour l'an 2000.

Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte) copte orthodoxe, rencontrée au cabinet du gynécologue, explique : « *Toutes les fois où je ne suis pas contente de mon mari, je le lui dis* ». Père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe) explique que de nombreuses paroisses coptes orthodoxes requièrent que les futurs époux suivent un certain nombre de cours relatifs à la vie conjugale et familiale avant d'obtenir la permission officielle de se marier religieusement à l'église. Ces cours sont sous la supervision d'un prêtre, qui fait office de conseiller conjugal et de conseiller de la famille si plus tard, survient un problème quelconque. Dans ces cours, les couples apprennent à communiquer, et il est permis à la femme de s'exprimer, de dire ce qu'elle pense, les séparations et les divorces étant interdits par l'église copte orthodoxe. Après le traitement psychothérapique, Marwa (38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) a appris à s'exprimer et à dire à son mari : « *... On est dans la rue, traite-moi calmement ('amelni be hodou '). Je lui explique plusieurs fois lorsqu'il fait des choses qui me blessent* ». Concernant les pratiques traditionnelles, la

⁴⁰⁶ Foyer de l'obéissance.

⁴⁰⁷ Droit conforme à la *chari'a* (loi islamique) où la femme éprouvant de l'aversion pour son mari obtient son accord pour le divorce, en échange d'un bien quelconque (Safai 1973: 78).

prise en charge psychologique de Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) lui a permis de comprendre que l'excision qu'elle avait subie jeune fille lui avait causé des problèmes sexuels, et qu'elle n'était pas, contrairement à la circoncision pour les jeunes garçons, préconisée par la loi islamique. Elle a donc changé d'avis par rapport à l'excision de sa fille et elle a décidé : « *Je ne vais pas faire d'excision à ma fille car ceci n'a rien à voir avec la morale et ça peut lui être néfaste en tant que femme, mais si elle en a besoin comme sorte de chirurgie esthétique, pourquoi pas* ». L'affirmation de soi, encouragée par l'équipe de soins, a aussi permis à Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) de s'exprimer même à l'extérieur du cadre familial : « *Je suis allée à la maîtresse qui détestait mon fils et je lui ai parlée* ».

Dans la partie qui suit seront développés, plus généralement, l'aspect culturel des stratégies de *coping* ainsi que leur implication dans le développement de détresses psychologiques comme la *'assabeyya*.

VIII.2. Facteurs favorisant le *coping*, l'adaptation, le *ta'akloun*

VIII.2.1. Stratégies facilitant le *coping* adapté et basé sur la *modification de la situation*

Les facteurs rapportés par les femmes interrogées comme ayant favorisé le plus leur *coping* avec les situations stressantes, et donc aidé à gérer leur détresse émotionnelle, sont ceux facilitant le *coping* adapté, et basé sur la modification de la situation (Côté, 2013). Ils sont soit à type de *coping* centré sur le problème, ou centré sur les émotions ou enfin à type de *coping* basé sur le support social.

Un exemple de *coping* centré sur le problème est le fait pour Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) de venir au Caire et de quitter la maison familiale à la campagne de Fayoum (région agricole située à une centaine de kilomètres du Caire, au bord du Nil) : « *J'ai appris beaucoup en venant au Caire* ». L'indépendance et le fait d'avoir à se prendre en charge, à travailler, aident à élargir les horizons de connaissance et donc à acquérir des outils efficaces et adaptés de *coping*.

Le second type de facteurs favorisant le *coping* est celui centré sur les émotions. L'un des plus efficaces est le fait de sentir le soutien de Dieu lors de la situation stressante : « *Dieu ne m'a pas laissée tomber* », comme le dit tout simplement Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée), qui a essayé de changer les conditions de vie qui lui causaient de la souffrance. Et elle explique que ce qui la soutient et lui a donné la force de faire ce changement c'est le sentiment permanent qu'elle a que Dieu est toujours là pour la protéger et l'aider.

Enfin la troisième stratégie mentionnée par les femmes interviewées, est le *coping* basé sur le support social. Le support social le plus souvent cité est celui venant des hommes de la famille : père, frère, mari. Au lieu d'utiliser le pouvoir qui leur est donné par les circonstances socio-culturelles afin de réprimer leur fille, épouse ou sœur, ils l'utilisent pour l'aider à acquérir les moyens de son agencéité, comme le confirme Mervat (30 ans, mariée, 2 enfants, architecte) : « *Être la plus grande, la seule fille, la favorite de mon père et de ma mère m'a beaucoup aidée* ». Le père de Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) a aussi été une source importante de support pour elle : « *Mon père m'a acheté une machine à coudre. Il était très tendre. Puis mon mari a accepté que je travaille en faisant de la couture* ». Un autre type de support social mentionné comme favorisant le *coping* est celui offert par les ONGs destinées à aider les femmes à acquérir des moyens d'atteindre une certaine agencéité, une productivité et une indépendance à tous les niveaux (financiers, émotionnels, vocationnels), comme mentionné auparavant. Et Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) confirme : « *L'ONG m'a soutenue moralement* ».

VIII.2.2. Motivations du *coping*

Parmi les femmes rencontrées, certaines sont allées demander de l'aide auprès des différentes structures de soutien psychologique existant à Maadi évoquées dans le chapitre V. Plusieurs facteurs ont poussé ces femmes à vouloir acquérir une certaine agencéité et à se sentir mieux :

Le premier et le plus fréquent, est le **bien-être de leurs enfants** : vouloir les soigner s'ils sont malades, ou les aider s'ils sont en difficulté. Pour se faire, elles disent devoir elles-mêmes être 'fortes' et se sentir bien, c'est ce qui les a poussées à venir consulter pour se sortir de la détresse émotionnelle qui les envahissait et c'est ce que précisent Maha (38 ans,

mariée, 3 enfants, vendeuse) et Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée). Elles sont venues consulter à l'ONG Wa'y pour traiter leurs enfants qui souffraient de troubles psychologiques, conseillées par les animateurs de l'ONG où leurs enfants se rendaient pour des activités extra-scolaires, et qui ont détecté chez ces enfants des troubles de l'humeur et du comportement. L'équipe soignante de l'ONG Wa'y a alors assuré que les principales raisons des troubles des enfants étaient la détresse émotionnelle de leurs mères. Il leur a donc été conseillé de venir se soigner elles-mêmes, comme condition préalable nécessaire à l'amélioration de la santé psychologique de leurs enfants, ce qu'elles ont régulièrement fait, et en ont bénéficié directement elles-mêmes et conséquemment leurs enfants.

Un deuxième facteur de motivation est de **faire plaisir à la mère** : « *Je voulais rendre ma mère heureuse et la compenser pour la mort de ses enfants et réussir ma vie* » (Alia, 23 ans, célibataire, sans enfant, employée).

De même le désir d'apprendre, de se développer, de réussir sa vie, d'être heureuse et d'être libre a été mentionné par de nombreuses femmes, parmi celles qui ont demandé de l'aide, comme étant un facteur de motivation. Durant les entretiens, l'un des moments les plus émouvants c'était celui où elles racontaient ce dont elles rêvent et ce qu'elles espèrent pour elles-mêmes et leurs familles. Avec ses mots, Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) dit : « *Je veux être un bon être humain, avec un cerveau. Je veux comprendre ce qui se passe, comment me comporter* ».

VIII.2.3. Effets bénéfiques du *coping* adapté : l'agencéité

Lorsque les stratégies de *coping* utilisées étaient adaptées aux circonstances, elles ont induit chez les femmes interviewées un sentiment d'agencéité (et les ont incitées par exemple à aller chercher de l'aide psychologique) et d'espoir qu'il y a une possibilité de ne plus être en souffrance psychologique perpétuelle. Le sentiment d'agencéité (ou d'agentivité) peut revêtir différentes formes selon les femmes interrogées. Il peut être sous la forme de la possibilité d'être **indépendante financièrement**, comme pour Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) qui pour elle signifie : « *...pouvoir acheter ce que je veux et que mon mari me permette que je l'achète, tant que c'est de mon argent, comme la viande par exemple* »,

ou comme pour Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) « ... *pouvoir élever mes enfants comme je veux* », sans que sa famille et sa belle-famille n'interviennent.

Il se traduit aussi par le retour d'un certain **optimisme** que les femmes interrogées décrivent comme une reprise du goût à la vie, de la confiance en Dieu et en demain, le sentiment de vouloir vivre, et de voir le côté positif de la vie. Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée) précise : « *El hamdolellah⁴⁰⁸, Dieu a arrangé les choses et m'a donnée une compensation à toutes les douleurs que j'ai eu dans ma vie* », et elle voit qu'elle a 'recommencé sa vie'.

Un autre effet positif d'un *coping* adapté est l'incitation à aller **chercher de l'aide psychologique**, aide qui a été identifiée par les femmes qui en ont bénéficié comme ayant énormément contribué à améliorer leur qualité de vie, et ce, en améliorant sa dimension psychologique, ainsi que celle du couple et de leur entourage. Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) explique comment la qualité de sa vie s'est améliorée :

« Je suis venue à la gam'eyya⁴⁰⁹ et j'ai été satisfaite du traitement psychologique. Il me soulage, et me donne de la connaissance, me permet de travailler (*'elm wa 'amal⁴¹⁰*) Je ne me sens plus *makhnou'a⁴¹¹*. J'avais de grandes attentes des gens et je sentais que c'étaient eux qui avait un problème et, avec le traitement, la prise en charge psychologique, j'ai découvert beaucoup de choses sur moi. »

Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) aussi reconnaît que le traitement lui a fait 'beaucoup de bien' : « *J'étais très 'assabeyya, inquiète de l'avenir, et avec le traitement je me suis améliorée, j'ai plus confiance en moi, 'amla demagh⁴¹²* ». »

L'amélioration de la relation conjugale et familiale est aussi une des conséquences positives du *coping* adapté de certaines femmes de la communauté, comme le décrit Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer) :

« Mon mari réagit positivement avec moi et ses comportements s'améliorent. Il me respecte plus. Il attend quand il rentre que je lui prépare à manger et si je ne suis

⁴⁰⁸ Par la grâce de Dieu.

⁴⁰⁹ La structure communautaire de santé mentale Wa'y (qui signifie prise de conscience) dont le nom en anglais est Psychological Health & Awareness Society in Egypt (PHASE).

⁴¹⁰ Connaissance et travail.

⁴¹¹ Étranglée.

⁴¹² Se sentir relaxée.

pas encore rentrée il peut se débrouiller et se faire à manger. Il demande après moi dès qu'il rentre, ce n'est pas l'amour comme je veux mais il se comporte mieux ».

Enfin, transmettre son expérience et aider les autres est vue par Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) comme étant une des plus importantes acquisitions qu'elle a gagné à adopter des stratégies de *coping* adaptées et bénéfiques :

« Je conseille les femmes de mon entourage pendant que je cuisine le riz, que je repasse ou que je nettoie. Je ne perds plus de temps à parler sans rien faire. Lorsqu'elles viennent me rendre visite pour se plaindre ou raconter leurs problèmes, je continue mes obligations ménagères tout en les écoutant et en leur parlant. Je leur fais comme ce qu'on a fait avec moi, des séances d'écoute et leur conseille de consulter un psychologue si elles ont des problèmes ».

Il est important de noter ici, que d'après mon observation, la qualité de vie de ces femmes de la communauté qui ont demandé de l'aide est plus satisfaisante que celles de Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) ou Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) ou même Rahma (40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer), qui semblent être encore en souffrance.

VIII.3. Politiques du *coping* des *Masraweyyates*

Mettre en place une stratégie de *coping* avec des situations oppressives multiples et diverses, chercher à acquérir de l'agencéité malgré celles-ci, avoir à composer avec les acteurs du pouvoir à l'intérieur d'une *manzouma* bien ficelée d'hégémonisme et d'oppression, n'est certes pas un acte politiquement anodin qu'entreprennent les *Masraweyyates* (les Cairotes) et les *Masreyyates* (les Égyptiennes), en général, dans leur quotidien.

Comme les sections précédentes viennent de le montrer, les *Masraweyyates* doivent faire face aux contraintes de toute société de consommation (efficacité, productivité, combativité), tout en respectant le cadre culturel préétabli qui leur est imposé par la société (Abaza 2006). Mahmood (2005) et d'autres anthropologues montrent, cependant, que les femmes ne font pas que 'subir' la culture et la tradition ; elles y prennent aussi une part active et s'en servent même pour 'habiter la norme' et ainsi la maîtriser pour développer une certaine agentivité ou agencéité (Abu-Lughod 2013 ; Mahmood 2005).

En tant que clinicienne et citoyenne, à travers mon observation des *Masraweyyates* le long de cinq régimes politiques successifs ⁴¹³, il me semble avoir été le témoin d'une réelle évolution de leur capacitation (*empowerment*) et agencéité. Il ne s'agit pas tant d'un *empowerment* politique 'classique', comme habituellement défini par les statistiques (comme par exemple le nombre de femmes occupant des positions politiques ou économiques influentes) (Paxton et Hughes 2016), mais plutôt d'un *empowerment* politique plus subtile, situé plus sur le terrain (et non pas dans les bureaux de prises de décision). Cet *empowerment* politique est défini, notamment, par les conséquences directes (et leur traduction pratique) de leur participation active à la sphère publique sur leur santé psychologique et leur estime d'elles-mêmes, comme le décrira cette section, et ce, à travers notamment leur présence prédominante sur les médias sociaux et leur participation massive aux processus électoraux depuis la révolution et le long des nombreuses étapes politiques par lesquelles est passé le pays (Barsoum 2004;Hafez 2003;Hafez 2012;Hafez et Slyomovics 2012;Hafez 2014a;Hafez 2014b;Mousavizadeh 2010) (figure 21).



Figure 21 : Manifestantes durant la révolution portant une pancarte indiquant « L'Égyptien et l'Égyptienne sont 'une même main'⁴¹⁴» (Source : www.npr.org)

Cette évolution de la capacitation, notamment politique, est encore toute naissante, et se heurte encore à des obstacles bien enracinés dans le quotidien auxquels doivent faire face les *Masraweyyates*. Parmi les premières actions indicatrices d'une esquisse de capacitation

⁴¹³Dictatorial (avec le régime du président Moubarak jusqu'au 11 Février 2011) ; militaire transitoire (avec le conseil militaire jusqu'en juin 2012) ; islamique (avec la présence des Frères Musulmans au pouvoir jusqu'au 30 juin 2013) ; transitoire (avec le président par intérim Adly Mansour), et actuel (avec l'élection en Mai 2014 du président Abdelfattah el Sissi).

⁴¹⁴ Expression en dialecte égyptien signifiant être unis.

est, comme mentionné au préalable, la quête de soulagement de la souffrance psychologique, dont la *'assabeyya*, souffrance qui est en fait en grande partie due à ce quotidien oppressif à tous les niveaux publics et privés. Or c'est cette même quête qui est la première à être menacée d'avortement, notamment par les causes qui engendrent la souffrance et motivent cette quête. Ces causes sont, comme il sera développé plus tard, individuelles telles que la famille ou l'entourage ; ou bien publiques telles que la précarité des structures de santé ou des transports ou la pauvreté, entre autres. Une telle agencéité naissante, pour qu'elle puisse survivre, revêt un aspect spécifique (Bohle et al. 2009; Brown et Westaway 2011). C'est cet aspect qu'abordera la prochaine section, notamment en découvrant les différentes déclinaisons de cette agencéité des *Masraweyyates* en relation avec la piété, la sexualité et l'État.

VIII.3.1. Quête de soulagement de la souffrance psychologique : exemple d'une agencéité naissante

VIII.3.1.1. La santé mentale, de la stigmatisation au *'trending*⁴¹⁵ : symbole d'une libération politique

Khadija was taken by her brother to Cairo (which neither had ever visited) to consult a psychiatrist recommended to them by a European expatriate neighbor. According to Khadija's mother, the psychiatrist had talked with her daughter at length and told her there was nothing wrong with her except that she was unhappy. He told her to come and talk to him every three days— and to leave her husband. As Khadija's mother explained, neither was possible. There was no way her family could afford to stay in Cairo for long or pay the psychiatrist's fees. Even the medicine he had prescribed was expensive and they could not afford to refill the prescription. But why couldn't Khadija leave her husband? Her mother put it starkly: She has two children already and one on the way. Who would support them? How could she bring them with her to stay in their crowded house? (Abu-Lughod 2013 : 193).

Comme le relate Abu-Lughod (2013 : 193) et comme mis en évidence dans les entrevues, la quête de soulagement de la souffrance psychologique et la demande de traitement (notamment psychologique) est l'un des moyens de *coping* qu'utilise la femme égyptienne en détresse. Cette demande se heurte à de nombreux obstacles culturels et structurels

⁴¹⁵ Tendence.

précédemment évoqués, décrits Abu-Lughod (2013 : 193) et qui seront revus plus en détails dans la partie qui suit. Il est important de préciser que durant ces années post-révolution 2011 (documentées par une pléthore de publications, essentiellement américaines, sur la révolution égyptienne et le printemps arabe (Chebib et Sohail 2011)), les limites bien connues des circuits médicaux conventionnels, notamment de la santé mentale, ont commencé à être repoussées et à connaître des pratiques innovantes, pratiques nées d'une nécessité d'adaptation par ces circuits à une réalité nouvelle, résultat de ces changements politiques et conséquemment socioéconomiques. La section suivante tentera de comprendre comment l'activité révolutionnaire qui a traversé l'Égypte a influencé la santé mentale, la quête de soins et conséquemment les *Masraweyyates*.

Les limites des circuits médicaux conventionnels sont essentiellement imposées par des concepts culturels régnants dans la société concernant la santé mentale. Youssef et Deane (2006) démontrent, dans leur étude sur l'accès des émigrés arabes aux soins de santé mentale en Australie, que les facteurs de résistance à ces soins sont nombreux et qu'ils sont principalement culturels : être de famille arabe ainsi que les concepts de mariage, divorce et de religion, le sentiment de honte et le stigmatisé social étant les deux facteurs de résistance les plus fréquemment cités (Youssef et Deane 2006). Il est cependant important de préciser que les idées fausses relatives à la santé mentale et la résistance au traitement ne sont pas uniquement la panacée des sociétés arabes ou islamiques, mais elles existent dans les sociétés du monde entier (Youssef et Deane, 2006).

En plus des facteurs culturels de résistance aux soins de santé mentale, les limites des circuits médicaux conventionnels sont aussi imposées par des facteurs structurels, comme le manque de personnels et le manque de structures de santé mentale (passés en revue dans le chapitre I). Comme pour ces patients, rencontrés par Kleinman (1999) et recevant un service médical en Inde, de nombreux patients en Égypte, en quête de soins de santé mentale et de soutien psychologique, se plaignent du manque de disponibilité des professionnels de la santé mentale à écouter leur détresse se contentant de leur prescrire les médicaments :

The patient has no way to make her story known. She gets the medicine and that is proof for her that her visit has yielded some result. And this, for this patient as for the many others we interviewed, becomes the mode through which the state is present in the life of the subject. *Vahan hamari sunvai nahin hai* (We are not heard there) is the dominant expression used to refer to one's encounters with government hospitals and dispensaries; yet there is also a sense that one has claims over the state so that when all else fails, the *sarkari* facilities will be available. (Kleinman 1999 : 97).

Ceci est souvent le cas dans les structures publiques en Égypte, car le recours final de toute personne souffrant psychologiquement (lorsque tous les moyens et les tentatives personnels pour 'se sentir mieux' échouent) et celui de sa famille (lorsqu'elle ne peut plus la soutenir moralement et même financièrement) est l'hôpital public (l'hôpital El 'Abasseya au Caire ou El Maamoura à Alexandrie par exemple) (Mourad 2014). En effet, le recours aux structures de santé mentale privées ou même communautaires demeure encore rare jusqu'à nos jours, et reste limité à une catégorie de personnes ouvertes aux nouvelles tendances de soins et surtout à celles ayant les moyens financiers de payer le prix parfois exorbitant de la consultation et des médicaments (Egyptian Initiative for Personal Rights 2010), comme le dénonce la mère de Khadija (Abu-Lughod 2013 : 194).

La tendance récente à 'l'islamisation' de la culture de nombreuses sociétés arabes, notamment de la société égyptienne, a aussi influencé la santé mentale et psychologique. Lotfi (2004 : 44-46 cité dans Mostafa 2008 : 7) décrit un discours, vastement florissant, psychiatrique et psychologique 'islamisé', où les prêcheurs masculins et féminins, incluant des médecins certifiés, s'auto-désignent afin de promouvoir des 'constructions' psychiatriques localement adaptées et de prescrire des remèdes venant de 'dedans' (Abu Hendi 2002, 2004, 2014 ; Al-Ghazal 2003). Cette tendance inclut des sites internet récemment lancés où le public s'adresse directement aux 'experts' (Wise 2003) qui prônent la récitation du Coran pour repousser le diable ou le mauvais *guenn*. Ces 'experts' encouragent aussi les idéaux de la crainte de Dieu pour combattre la déviation de la morale, prescrivent des remèdes issus d'*el tebb el nabawy*⁴¹⁶ incluant la *hijāma*⁴¹⁷ (Sholkamy 2004 : 111-112) ainsi que des remèdes à base de plantes et des médicaments. Ils conseillent aussi

⁴¹⁶ Littéralement médecine du prophète et fait référence aux pratiques médicales ancestrales arabes.

⁴¹⁷ Application de ventouses scarifiées associées à la cautérisation et la scarification.

de prendre des bains de glace et enfin encouragent la soumission à la volonté de Dieu dans les cas de dépression (Lotfi 2004 : 44-46 cité dans Mostafa 2008 : 7).

Dans un joyeux cocktail, les techniques d'*el tebb el nabawy* (comme le traitement par le Coran ou par les plantes médicinales traditionnelles) font bon ménage avec les notions et les pratiques de psychiatrie scientifiquement validées par la communauté internationale. De plus, les nouvelles technologies notamment de télépsychiatrie, et plus globalement, les nouvelles technologies d'informations, ont aussi été investies par cette islamisation du savoir psychiatrique et des pratiques qui en dérivent ; ceci comme le démontre la naissance de sites internet de popularisation de la santé mentale et psychologique, animés par des professionnels à tendance islamique (Abu-Hendi 2002, 2004 ; Al-Ghazal 2003).

Cette islamisation de la technologie et des pratiques médicales 'modernes' n'est pas sans rappeler la '*mcdonaldization*' du voile citée précédemment. Ici, l'on pourrait alors parler d'une '*mcdonaldization*' des pratiques traditionnelles de soins destinées à la souffrance psychologique ainsi que celles des croyances. Ceci est le résultat de l'utilisation de sites internet pour transmettre, à un plus grand nombre possible de personnes, des informations sur la santé psychologique et pour leur fournir des conseils en ligne. Les moyens modernes de marketing sont aussi largement utilisés par ces professionnels de la santé à tendance islamique, comme les programmes de télévision qu'ils animent (et souvent même produisent) sur les chaînes satellites islamiques (la chaîne Iqraa notamment) et qu'ils diffusent sur Youtube ou sur disques compacts.

Pour les *Masraweyyates* dont la famille (les parents, le frère, ou le mari) interfère souvent dans le processus de quête de soins, les sites en ligne où elles peuvent accéder à des informations, parler de leur souffrance anonymement et recevoir des conseils sans quitter leur domicile et sans avoir à en informer leurs parents, sont des moyens de plus en plus utilisés pour soulager leur détresse⁴¹⁸. De même, comme les *Masraweyyates* restent en

⁴¹⁸ Befrienders (Harris 1995) est cet autre service établi en 1992 par une organisation non-gouvernementale sur le modèle occidental du même nom, ayant pour mission d'offrir une écoute téléphonique anonyme aux personnes dépressives et suicidaires. Ceci était avant l'arrivée d'internet et des 'nouvelles thérapies islamique en ligne'. Depuis 2014, Befrienders n'existe plus en Égypte.

général longtemps à la maison, elles regardent de ce fait plus souvent la télévision (les chaînes islamiques ont connu récemment une popularité croissante). C'est ainsi que les émissions de santé où des professionnels sont invités et où le public appelle pour poser des questions anonymement, sont très populaires, notamment parmi les femmes.

Cette 'mcdonaldization' islamique de l'information est apparue dans les débuts des années 2000, avec l'introduction d'Internet et l'arrivée sur la scène médiatique égyptienne et arabe de prêcheurs islamiques utilisant les techniques modernes de communication, notamment du discours religieux, et englobant des techniques empruntées aux gourous du néo-évangélisme américain. Amr Khaled (Wise 2003) est l'une des figures emblématiques de ce 'néo-évangélisme' qui, tout comme Ahmad Emara⁴¹⁹ (psychologue, présentateur de programmes et d'ateliers de formation basés sur la religion, les sciences énergétiques et l'islam), mixent les terminologies de bien-être psychologique au discours religieux (Nait-Brahim 2012 : 102) : « *In a sense the new preachers function as 'public therapists' in a troubled society which shows little appreciation for professional psychotherapy* » (Bayat 2002 : 1).

Les sites internet et Facebook d'*Islam online* et de Amr Khaled sont parmi les plus populaires de la toile Internet. Heba Kotb⁴²⁰ (2004) appartient aussi à cette tendance médico-islamique-néo-évangéliste, mais cette fois dans le domaine de la sexualité. Son image de femme voilée parlant d'un sujet aussi délicat (pour une société conservatrice comme la société égyptienne) à la télévision et à travers des sites internet, permet de maintenir l'anonymat des femmes en quête de réponses à leurs questions sexuelles ; de plus le cadre islamique où elle s'est placée, donne à cette quête une connotation pieuse acceptée par la société. En effet, dans le Coran, de nombreux versets citent les pratiques sexuelles des musulmans, et c'est autour d'eux que Kotb (2004) articule sa rhétorique 'sexo-islamique'.

⁴¹⁹ <http://ahmedemara.net/>

⁴²⁰ <http://www.hebakotb.net/en/>.

Le premier à avoir vulgarisé l'approche islamiste de la médecine est Mostapha Mahmoud (Mahmoud et Enami 2004), qui au début des années 1970 a lancé une émission de télévision appelée *Al 'Elm Wal Iman*⁴²¹ et qui a duré une vingtaine d'années, basée sur la présentation de documentaires scientifiques qu'il commentait en s'appuyant sur le Coran. Le ton et l'approche qu'il utilisait diffèrent radicalement dans la forme et dans le fond de ceux employés par les nouveaux prêcheurs islamiques du mieux-être spirituel, psychologique et sexuel, en ce sens que c'était une émission enregistrée sans public, utilisant son pragmatisme de médecin et de chercheur, sans aucun recours aux techniques rhétoriques et aux stratégies marketing consuméristes de ses éventuels héritiers (Nait-Brahim 2012 : 102).

L'émergence de ces prêcheurs à tendance islamique (ayant la vocation d'apporter un certain réconfort psychologique à travers la science et la religion), est née de l'importance initiale, dans la culture égyptienne, que revêt la religion (et là je nomme l'Islam et le Christianisme). Parmi les concepts clés de l'approche religieuse et traditionnelle du soulagement de la souffrance sont retrouvés *el tasleem be amr Allah*⁴²² et *el reda bel maktoub*⁴²³, comme mentionnés souvent par de nombreuses personnes parmi celles rencontrées (Sholkamy 2004 : 115 citée dans Mostafa 2008 : 7).

VIII.3.1.2. Activité révolutionnaire et santé mentale

Midān Al-Tahrīr⁴²⁴, semble être devenu pour de nombreuses *Masraweyyates*, depuis la révolution du 25 Janvier 2011, le nouveau divan. « *Je n'ai pas besoin d'aller à la consultation de mon psychiatre, je vais à la place Tahrīr. Khalās*⁴²⁵, *je suis guérie* » me dit Amal (48 ans, mariée, 3 enfants, travaille en free-lance), personne-ressource rencontrée lors d'une sortie informelle (figures 22 et 23). Quoi de plus illustrateur de la relation entre politique, révolte et cabinet de consultation psychiatrique que cette phrase ? Et est-ce un hasard que l'idée même de ce travail de recherche, dédiée à la santé mentale des femmes

⁴²¹ La science et la foi.

⁴²² La soumission à l'ordre divin.

⁴²³ L'acceptation du divin.

⁴²⁴ Place Tahrir au cœur du Caire, qui a vu se dérouler les événements de la révolution de Janvier 2011.

⁴²⁵ C'est fini.

au Caire, soit née la veille de la chute du pouvoir de Moubarak ? Et que la rédaction de sa première partie théorique, la collecte de données et leur analyse se soient déroulées durant des changements socio-politiques majeurs (marqués par les passages successifs de cinq gouvernements politiques de mouvances aussi variées que possible, par deux révolutions, quelques centaines d'attentats terroristes en plein Caire et des centaines de manifestations et d'émeutes ayant causé des milliers de victimes) ? Ce sont à ces questionnement que tenteront de répondre les dernières parties de la thèse.



Figure 22 : *Masreyyates* manifestant pendant la révolution égyptienne (2011-2013) (1)
(Source : www.mprnews.org)



Figure 23 : *Masreyyates* manifestant pendant la révolution égyptienne (2011-2013) (2)
(Source : El Pais)

Nombreuses sont les personnes, rencontrées durant cette recherche, qui m'ont parlé de leur impression d'assister au renouveau d'un certain sentiment de nationalisme, né d'un désir

de quête et de reconquête d'une dignité collectives perdue. En effet, depuis la révolution de Janvier 2011, l'on assiste à un renouveau du nationalisme égyptien, surtout après l'échec de la courte expérience de l'Islam politique au pouvoir, et l'arrivée d'un président qui met en avant sa loyauté aux idées directrices de la politique nassérienne, et ce, tout en pratiquant publiquement un Islam modéré (comme mis en évidence par le fait que pour la première fois de l'histoire de l'Égypte moderne, l'épouse du chef de l'État porte le voile) :

With the onset of the January 25, 2011 revolution, and the occupation of Tahrir Square, the songs that filled the square were once again these familiar lyrics of Imam, Nigm, Jahin, as well as the political lyrics of Sayyid Darwish and Bayram alTunisi from an earlier period.[...]Within days, and once the battles in Suez and Port Said were won, singers from Tanbura band and Gam'iyyit Muhibi al-Simsimiyya came to the square to sing the songs of resistance of the 1950s and 1960s. [...] Still, on the darkest moments of despair, and those moments where triumph reigned strongest, it was the dissident songs of the 1950s (and sometimes the 1920s) that emerged [...](Mossallam 2012: 285-289).

La scène politique assiste donc à un regain du sentiment nationaliste et à un retour aux valeurs modernistes de Nasser (Fahmy 2012) entraînant la renaissance d'un sentiment de dignité (sentiment perdu depuis des décennies, pour certains depuis la victoire militaire de 1973, qui n'a pas eu lieu, paradoxalement sous le commandement militaire de Nasser mais de Sadate). Ce sentiment de dignité est lié au souvenir de ce que l'époque nassérienne et le *Rais* Nasser représentaient à travers son refus absolu d'accepter la tutelle des pays occidentaux sur le canal de Suez (France, Grande-Bretagne et États-Unis). Et ce n'est peut-être pas un hasard que le premier grand projet national soit le développement du Canal de Suez lancé en 2014, comme une renaissance de ce sentiment de révolte anticolonial des années 50 (Ellison 2015), un *sharaf* perdu et que l'on essaie de retrouver. À l'échelle communautaire, c'est ce même *sharaf* retrouvé qui est pressenti chez nombre de jeunes courageux qui ont participé aux *lijân sha'abeya*⁴²⁶ (Delkatesh 2011). Bien que ce soient des hommes qui étaient dans la rue pour assurer la protection de leurs maisons, c'était souvent les femmes de leur famille qui les soutenaient, parfois même qui les poussaient (comme un désir de ces femmes de retrouver en leurs partenaires cette conduite chevaleresque d'*ebn el balad*, qui s'était peu à peu évaporée des hommes égyptiens), ce

⁴²⁶ Comités populaires de protection pendant la révolution de 2011.

qui provoquait quelques scènes de ménage si les hommes refusaient de se joindre à ces comités populaires de protection. En fait, faire partie de ces *lijân sha'abeya* a constitué pour beaucoup d'hommes une expérience plaisante, fondée sur une représentation valorisée du masculin dans sa dimension la plus virile : « [...] *Les hommes se sentent devenir de « vrais » hommes dans les comités populaires. [...] La mission de protection dont les hommes ont la charge leur donne une véritable importance au sein du quartier, les valorisant individuellement.* » (Lachenal 2011 : 203, 204). Les femmes, comme dans toutes les révolutions égyptiennes précédentes, se sont massivement impliquées dans celle de Janvier 2011 : « [...] *des hommes qui défendent le quartier tout en jouant à la guerre et des femmes qui, dans le secret des cuisines, préparent en même temps que des gâteaux pour les combattants, des casseroles d'huile bouillante* » (Lachenal 2011 : 205). Mais que veulent ces femmes égyptiennes de l'État et de la politique (figures 24 et 25) (Norton et al. 1997) ? C'est cette question qui sera explorée dans la section 2.3.2 dédiées à la notion d'agencéité.



Figure 24: *Masreyyates* faisant la queue devant les bureaux de vote (2011-2013)
(Source : www.english.ahram.org)



Figure 25: Jeunes *Masreyyates* sortant des urnes (2011-2013)
(Crédit photo : AFP)

VIII.3.1.3. Télévision et cinéma : outils de *coping*

Ces deux importants médias visuels ont joué un grand rôle pendant les années précédant et durant la révolution en Égypte. Bassem Youssef (Gonzalez-Quijano 2014), humoriste politique, a permis de faire rire le public des hommes au pouvoir durant toute la durée de la révolution. Son humour acerbe et caustique a libéré la société égyptienne du tabou de la critique des hommes au pouvoir. Concernant le cinéma, bien que la production cinématographique ait été quasiment interrompue de 2011 à 2014, les films d'avant 2011 permettent de mesurer le degré d'oppression que subissait le peuple égyptien, révélé par ces films, qui, comme une grande partie de la production artistique d'avant la révolution, en ont été ses instigateurs (Tabishat 2012).

Ces dernières années, les conditions oppressives que subissent les femmes ont inspiré de nombreuses productions artistiques (films et feuilletons télévisés), basées sur des romans (comme celui précédemment cité de 'la prison des femmes'), mais aussi le feuilleton « *Bent Esmaha Zat*⁴²⁷ » tiré du livre de la romancière Sonallah Ibrahim (Ibrahim 1994) qui retrace le parcours d'une femme Cairote à travers plusieurs décennies (Madoeuf 2012 ; Zohdi 2013) . Est-ce une coïncidence que Mariam Naoum (déjà citée) ait aussi écrit les scénarii de ces deux feuilletons, avant d'écrire ceux des deux plus récents ayant pour héroïne une femme addictive à l'héroïne et l'autre une femme internée à l'hôpital psychiatrique pour meurtre après avoir subi un traumatisme extrêmement violent et avoir perdu la mémoire et

⁴²⁷ Une fille prénommée Zat (Zat signifie en arabe littéraire Soi) ou Zeth selon l'orthographe utilisé par Sonallah Ibrahim.

la raison ? Les raisons socio-politiques ayant induit la création de ces œuvres artistiques qui mettent en avant la femme égyptienne dans des situations d'oppression extrême (mariage abusif, institution pénitentiaire, addiction et institution psychiatrique) seront analysées plus en détails dans le chapitre IX.

VIII.3.2. Agencéité et *Victimcy*

L'analyse des entrevues réalisées sur le terrain inspirent quelques réflexions liées aux concepts d'agencéité et de liberté (particulièrement la dimension sociale, culturelle et politique de l'agencéité) qui seront approfondies dans cette section, et ce, dans le but de découvrir les mécanismes de leur articulation avec la '*assabeyya*, sujet de la recherche, notamment à travers le concept de *victimcy* (Utas 2005).

La *victimcy* serait, selon Honwana (2000 cité dans Utas 2005 : 407), un exemple d'agencéité tactique'. L'exploration de ce concept d'agencéité tactique se fera le long des récits des femmes de la communauté rencontrées et de ceux de deux héroïnes féminines de la littérature, Shéhérazade⁴²⁸ et Firdaus⁴²⁹. La ***victimcy*, agencéité tactique** réactive des femmes victimes de violence, sera définie en tant que modèle d'agencéité sociale et culturelle, et comparée à la notion de *victimism* (Barry 1979). Les notions de *alienated* et *enhanced agency* en relation avec celle de *victimcy* seront évoquées, ainsi que leur relation à l'habitus, et enfin les bénéfices résultant de la *victimcy* seront mis en évidence. Une autre forme d'agencéité sera évoquée, en relation avec la notion de vertu, appelée **agencéité éthique**. La *victimcy* (agencéité tactique) sera explorée à travers entre autres, cet aspect éthique, et notamment à travers la piété. La dynamique de la *victimcy*, l'espace d'assujettissement dans lequel elle se situe, les moyens qu'elle utilise (tels que la narration) seront analysés, ainsi que les concepts dichotomiques de base qui l'animent (discipline par opposition à liberté, et douleur par opposition à plaisir), la religion et la sexualité en étant les deux champs principaux d'expression, et le corps leur principal acteur.

⁴²⁸ Héroïne des contes des Mille et Une Nuits (Galland, 2004).

⁴²⁹ Héroïne du roman de Nawal El Saadawi '*Woman at point zero*', psychiatre et romancière égyptienne (1983).

Les données des entrevues relatives à la 'assabeyya et l'analyse des données relatives à l'agencéité et la *victimcy* pousseraient à soulever cette hypothèse, à savoir que la 'assabeyya représenterait un échec des deux types d'agencéité, éthique et tactique. En effet, l'essence de l'agencéité éthique est l'acceptation et la non-violence. L'émergence de l'agression et de la frustration présente dans la 'assabeyya serait un indicateur de l'échec de cette agencéité éthique. De même, il semblerait que la 'assabeyya émerge lorsque les capacités adaptatives de l'agencéité tactique sont débordées, par la magnitude de la violence subie, comme essaiera de l'analyser la dernière partie de cette section.

VIII.3.2.1. Agencéité

يا حبيبي كل شيء بقضاء
ما بأيدينا خلقنا تعساء
ربما تجمعنا أقدارنا
ذات يوم بعد ما عز اللقاء
فإذا أنكر خل خله
وتلاقينا لقاء الغرباء
ومضى كل إلى غايته
لا تقل شئنا فإن الحظ شاء!
(إبراهيم ناجي⁴³⁰)

Le choix de commencer cette section par ce poème d'Ibrahim Nagui, extrait de la célèbre chanson de la diva arabe Oum Kalsoum, *Al Atlal*⁴³¹ (Lohman 2011 : 55) a été dicté par le souhait de donner un exemple poétique du concept d'agencéité, face au destin et à la fatalité, d'une femme dans la culture égyptienne, 'destin' qui dépend de la force du 'désir'.

⁴³⁰ Traduction française :

Mon bien-aimé, tout est fatalité

Ce n'est pas nous qui faisons notre malheur

Un jour peut-être nos destins se croiseront, lorsque notre désir de nous rencontrer sera assez fort

S'il arrive alors qu'un de nous renie son amant et que notre rencontre soit celle de deux étrangers

Et si chacun de nous poursuit un chemin différent,

Ne crois pas qu'il s'agira alors de notre choix mais plutôt de celui du destin.

<http://www.arabicmusictranslation.com/2007/11/oum-kalthoum-ruins-el-atlal-les-ruines.html>.

⁴³¹ Ruines en arabe littéraire.

Le choix d'Oum Kalsoum pour ce paragraphe consacré à l'agencéité n'est pas anodin, comme peut le laisser supposer le titre du livre qui lui est dédié par Lohman (2011), '*Umm Kulthum : Artistic Agency and the Shaping of an Arab Legend, 1967–2007*', du fait qu'elle représente un modèle de l'agencéité d'une femme égyptienne, issue d'une famille rurale modeste, agencéité achevée par le biais de la création artistique (figure 26). L'on reviendra un peu plus loin sur cette d'agencéité créatrice, surtout par rapport à la '*assabeyya*' dans le contexte égyptien.



Figure 26 : Oum Kalsoum

(Source :<http://www.telerama.fr/radio/oum-kalsoum-la-voix-sacree-du-nil,76383.php>)

Au-delà de la définition de l'agencéité proposée par Bandura, à savoir « [...] *the human capability to exert influence over one's functioning and the course of events by one's actions* » (Bandura 2009: 8), l'agencéité peut aussi être définie comme étant « [...] *the intentional causal intervention in the world, subject to the possibility of a reflexive monitoring of that intervention* » (Bhaskar 1989 : 81), avec une dimension sociale de l'agencéité: « [...] *any action that individual agency initiates (including action to transform society) always takes place from a social basis* » (Bhaskar 1989 : 36-37).

Honwana (2000 citée dans Utas 2005 : 407) définit aussi les tactiques et les stratégies de l'agencéité. Pour elle, l'**agencéité tactique** est souvent utilisée par les plus faibles, et est exprimée sous la forme de réponses à court-terme adaptées à la structure sociale d'une société. Elle diffère de l'**agencéité stratégique** qui elle est utilisée par celles et ceux qui peuvent prédire des situations futures et qui ont la possibilité d'utiliser (d'instrumenter)

l'agencéité tactique des autres personnes. Selon cette logique, l'agencéité dépend énormément des situations sociales spécifiques (Utas 2005 : 407).

Ratner (2000 : 413) ajoute une dimension culturelle à l'agencéité en s'inspirant du travail de Durkheim, Marx, Boas, et Bhaskar. L'agencéité dépend alors de procédés culturels pour sa réalisation, elle forme la culture et a une forme culturelle : « *Agency is the active element of culture* » (Ratner 2000 : 413). Cette dimension culturelle de l'agencéité est appuyée par Bourdieu qui la met en évidence dans le concept de l'habitus :

[Habitus] qui restitue à l'agent un pouvoir générateur et unificateur, constructeur et classificateur, tout en rappelant que cette capacité de construire la réalité sociale, elle-même socialement construite, n'est pas celle d'un sujet transcendantal, mais celle d'un corps socialisé, investissant dans la pratique des principes organisateurs socialement construits et acquis au cours d'une expérience sociale située et datée. (Bourdieu 1997: 164).

Kleinman (1999) rappelle comment les structures sociales ont un impact primordial sur la psychologie de l'individu, en modifiant son comportement par les interdits et les règles, et conséquemment en modifiant son Soi et son agencéité, d'où la portée politique de l'agencéité. Il est à rappeler aussi, qu'afin de se décharger de toute responsabilité concernant les maladies sociales que sont la pauvreté, la discrimination et bien d'autres, les forces au pouvoir ont tendance à détacher l'agencéité de son contexte politique et social, de sorte que cette agencéité ne soit en fait le résultat que de facteurs individuels. Selon cette logique une absence d'agencéité relèverait uniquement de la responsabilité de la personne et le contexte sociopolitique n'y serait pour rien. (Ratner 2000).

VIII.3.2.2. *Victimcy* : l'autre facette de l'agencéité

Comme cela vient d'être souligné, il est difficile, voire impossible, de détacher la notion d'agencéité, comme d'ailleurs celle du *coping*, du contexte social, culturel, économique et politique qui lui ont donné naissance et où elle est supposée être mise en action. Talal Asad, critique l'individualisme 'liberal'⁴³² qui sous-tend la notion d'agencéité telle que prônée

⁴³² La notion de 'liberal' telle qu'utilisée en anglais par Asad et Mahmood a un sens différent en français (Landry 2016).

par les institutions occidentales de développement, adoptée par les institutions internationales financées par les premières, et imposée au reste du monde :

Agency has become a catch word. In a way, this intoxication with 'agency' is the product of liberal individualism. The ability of individuals to fashion themselves, to change their life, is given ideological priority over the relation within which they themselves are actually formed, situated, and sustained. (Interview avec Talal Asad (Mahmood 1996 : 14)).

Mahmood (2001 : 206) précise que « [...] *the very idioms that women use to assert their presence in previously male-defined spheres are also those that secure their subordination* », suggérant que la notion d'agencéité 'libérale' et individualiste peut être en fait la cause du maintien de ces femmes en situation de subordination et de subalternité, comme l'expliqueront les prochaines sections relatives aux différents types de féminisme.

La *victimcy* décrite par Utas (2005) est une agencéité tactique, réactive, développée par des femmes victimes de violence, et les *Masraweyyates*, femmes vivant au Caire, évoluent dans des circonstances rappelant celles des femmes libériennes en zone de guerre, femmes qui ont inspiré à Utas (2005) sa recherche sur ce modèle. Les *Masraweyyates* et les Libériennes, confrontées à une violence quotidienne, développent une agencéité adaptée à leur aliénation sociale, agencéité qui, selon les entrevues, apparaît être une agencéité réactive, tactique, c'est-à-dire une *victimcy*, où le Soi (*Self*⁴³³) des *Masraweyyates* se définit à travers les actes de l'Autre (*el nāss, el ahl, le mari, el manzouma ...*).

Utas (2005 : 426) décrit la notion de *victimcy* dans le contexte de femmes libériennes en zone de guerre. Il précise que l'agencéité de ces femmes n'est pas une question 'de posséder ou de ne pas posséder des biens matériels', mais leur agencéité représenterait plutôt un spectre de possibilités, plus ou moins réalisables, selon les contextes sociaux spécifiques et les circonstances économiques et politiques plus étendues qui leur ont donné naissance, et dans lesquelles elles devraient se développer. Une analyse plus profonde des vies de ces femmes en zone de guerre requerrait de les voir autrement que comme de simples victimes sans agencéité (ou alternativement comme des 'actrices', des agentes, totalement libres),

⁴³³ Terme utilisé par Winnicott (1960).

mais plutôt comme des agentes 'tactiques' engagées dans la tâche difficile de 'navigation sociale' dans le contexte culturel, social, économique et politique où elles sont obligées d'évoluer. La notion de 'navigation sociale' permet de voir la relation entre 'victimisation' et 'agencéité' autrement que comme une simple ligne droite allant d'une extrémité, celle d'être une victime totale sans la moindre agencéité, à celle d'actrice totalement libre de sa trajectoire de vie (Utas, 2005 : 426). La 'navigation sociale' est l'espace constitué de multitude de différentes possibilités et d'aspects d'agencéité, se situant entre ces deux extrémités, et dessinée par les circonstances culturelles, sociales, économiques et politiques où évolue l'individu.

La *victimcy* comme définie par Utas (2005) peut être vue comme un modèle d'agencéité sociale et culturelle, et comme précisée auparavant, une agencéité tactique, réactive. En effet, comme le Soi est défini entre autres par l'agencéité qui peut permettre d'accéder à celui-ci, si le Soi ne peut pas être défini par des actes de sa propre agencéité, il va alors se définir par rapport à des actes résultant de l'agencéité de l'Autre. Cet Autre a soit le pouvoir d'imposer sa volonté directement sur le Soi, soit indirectement en contrôlant les circonstances dans lesquelles le Soi est obligé de vivre.

Et de la même façon qu'il y a des modèles de 'combattant rebelle', il y a d'autres approches visant à remplir les critères du Soi 'agent', dont bon nombre sont attribuables à l'apprentissage culturel (Tomasello et al. 1993), citons par exemple, des approches liées à la culture japonaise (Bruner 1994 ; Markus et Kitayama 1991) qui prônent une obéissance aux coutumes, au contrôle de la colère et à la patience.

Utas (2005) aspire à réduire l'opposition entre agencéité et victimisation en parlant de *victimcy* comme une représentation de Soi, à travers laquelle l'agencéité peut-être efficacement exercée même sous des circonstances hasardeuses et affaiblissantes (Utas 2005 : 408). De ce fait la notion de *victimcy* peut être **considérée comme étant un modèle culturel d'agencéité**. Ce dernier ne se limite pas uniquement à des cultures non-occidentales. En effet dans le cas de femmes occidentales victimes de violence, Connell (1997 : 118 citée dans Utas 2005 : 407) donne une définition de l'agencéité de ces femmes

comme étant « [...] *the exercise of any measure of resistance and self-determination used by an abused woman to regain control in her life and in her attempt to stop the abuse she experiences.* ». Même dans le contexte occidental de femmes victimes de violence, Connell (1997 : 121) remet en question la nette division entre agencéité et victimisation, et estime que cette division peut entraîner un état permanent de victimisation. Cet état permanent est appelé *victimism* par Barry (1979), où l'état 'victime' de la femme crée un cadre pour les autres, à travers lequel ils ne la reconnaissent qu'en tant que victime (individu qui subit la violence) et non pas en tant que personne (Utas 2005 : 407). La *victimcy* pourrait donc se situer au sein d'un continuum entre *victimism* et agencéité. Les individualistes estiment que l'agencéité peut se distancier de toutes les conditions sociales et produire liberté, créativité et satisfaction, et que la personne même si elle subit une aliénation, elle peut en fait être libre. Ratner (2000 : 428) lui, estime que l'agencéité de la plupart des personnes, qui sont dans une situation d'aliénation, se fait en s'adaptant à cette aliénation et en l'internalisant. Il qualifie cette agencéité d'*alienated agency*⁴³⁴, qui bien que n'échappant pas aux relations sociales aliénantes, elle contient en elle néanmoins le potentiel de s'en libérer (Ratner 2000 : 428). C'est dans cette mesure que l'on peut voir que la *victimcy* est une sorte d'*alienated agency* ayant le potentiel de se transformer en *enhanced agency* selon Martin-Baro (1994 : 218 cité dans Ratner 2000). Cette notion de *enhanced agency* fait écho à la définition de l'habitus par Bourdieu précédemment cité (2000 : 136-137 cité dans Ratner 2000 : 422) :

[...] the notion of habitus restores to the agent a generating, unifying, constructing, classifying power, while recalling that this capacity to construct social reality, itself socially constructed, is not that of a transcendental subject but of a socialized body, investing in its practice socially constructed organizing principles that are acquired in the course of a situated and dated social experience.

Dans sa définition de l'habitus, Bourdieu met bien en évidence que chaque type de relations sociales développe des caractéristiques différentes de l'agencéité, et que :

⁴³⁴ Martin-Baro (1994 :218 cité dans Ratner 2000) décrit le processus de libération de l'agencéité de l'aliénation sociale (*alienated agency*) où elle se trouve. Ce processus de libération est une sorte de spirale dans laquelle *alienated agency* prend des pas initiaux pour, d'abord humaniser les relations sociales qui l'aliènent, puis ces relations sociales, une fois améliorées, commencent à nourrir cette agencéité et la transformer en *enhanced agency*, qui prend alors de plus grands pas vers la réforme des relations sociales, et à partir de là ces dernières continuent à promouvoir cette *enhanced agency*.

[...] l'habitus est un ensemble d'attentes, d'assomptions, de dispositions à réagir d'une certaine manière, qui résultent d'une forme particulière d'expérience sociale prenant place dans des conditions sociales bien spécifiques. Conséquemment, les actions des individus ne sont pas construites librement, mais plutôt guidées par l'habitus qui y est construit socialement, et donc, l'expérience sociale est profondément incrustée dans l'habitus et dans les fonctions psychologiques et comportementales individuelles qui en découlent (Bourdieu 2000 : 138-139 cité dans Ratner, 2000 : 422 ; traduction libre).

Comme précédemment mentionné, l'analyse des stratégies de *coping*, tel qu'identifiées à travers les entrevues permettrait de penser que les *Masraweyyates*, confrontées aux nombreux types de violences que nous avons explorées au préalable, développent, dans de nombreux cas, une **agencéité réactive**, agencéité adaptée à sa situation sociale remplie de toutes ces violences et de leurs conséquences aliénantes, une agencéité tactique. Le Soi des *Masraweyyates* dans cette agencéité se définit à travers les actes d'*el nāss* (les gens), *el ahl* (la famille), *el manzouma* (le système socio-culturel), rappelant ainsi la *victimcy*, agencéité des femmes libériennes définie par Utas (2005) ; et tout comme celles-ci, les *Masraweyyates* tirent certains bénéfices de la *victimcy*, bénéfices pour lesquels elles maintiennent la *victimcy* comme 'manière d'être dans le monde'. Oum Ramadan dans l'ethnographie cairote de Krieger (1989) en est un exemple, ainsi que de nombreuses femmes de la communauté rencontrées, particulièrement Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer), pour qui *el momayna*⁴³⁵ ou *el tahāyoul*⁴³⁶ sont les stratégies qu'elles utilisent pour 'dompter' les personnes qui les oppriment. Comme l'explique Utas (2005 : 409), il y a tellement à gagner à 'donner' cette image de victime complète. En effet, ce qui souvent aliène la personne, est la honte provoquée par le jugement des autres dans un contexte moral particulier. Être une victime est par contre une image qui va débarrasser la personne du blâme social qu'elle a subi, et va l'aider à créer une plateforme pour son (ré) acceptation sociale, situation d'où découlent aussi des opportunités socioéconomiques nouvelles (Utas, 2005 : 409).

L'on pourrait voir *el momayna* comme l'équivalent culturel de la *victimcy*. Il est à noter que la société qualifie les femmes utilisant *el momayna* comme étant *sett shatra*, ce qui

⁴³⁵ 'Faire avec', caresser dans le sens du poil, de ne pas faire de vagues, tout en essayant d'obtenir ce que l'on veut, en égyptien dialectal, vient du mot italien *ammaina* qui signifie 'se rabaisser', 'se soumettre'.

⁴³⁶ Même signification qu'*el momayna* mais en arabe littéraire.

signifie astucieuse, intelligente et ingénieuse, car elle obtient ce qu'elle veut sans provoquer de confrontation avec les acteurs de la *manzouma* détenant le pouvoir, et, dans ce sens, *Shéhérazade* est très *shatra* comme nous allons le voir tout de suite.

« *The butterfly that hovers around the lamp until it dies is more admirable than the mole that lives in a dark tunnel.* » (Gibran 1968). Cette citation de Gibran permet d'introduire deux approches distinctes que peut avoir la *victimcy* à travers son utilisation de la 'parole' et du récit. Dans un premier temps *Shéhérazade* peut être évoquée comme icône de la *victimcy* à travers son utilisation de la narration⁴³⁷ pour survivre, et *Firdaus*, l'anti- *Shéhérazade*, qui n'adopte pas la narration et refuse la *victimcy* et la *momayna*, symbolisant une autre dimension de l'agencéité (Vinson 2008). Et l'on peut entrevoir ici, que peut-être l'agencéité de *Firdaus* réside dans sa ressemblance au papillon qui vole autour de la lumière jusqu' à sa mort, et celle de *Shéhérazade* dans sa ressemblance à une créature qui vit (survit) dans un tunnel obscur. Mais peut-on les comparer ? Et peut-on dire, comme Gibran, que l'une est plus admirable que l'autre ?

Pour Utas (2005 : 409), la *victimcy* structure la représentation de Soi, et ce, à travers une narration qui le définit et le décrit à l'intérieur du contexte de l'interaction de ce Soi avec l'Autre. De plus, la narration n'est pas seulement utilisée par la *victimcy* comme un moyen de définition du Soi (selon une interaction réactive à l'acte de l'Autre), mais c'est aussi un outil de survie et de libération, comme dans le conte de *Shéhérazade* (Galland 2004), où celle-ci utilise la narration pour défier la mort (Golley 2003). Foucault, dans une de ses conférences, cite l'utilisation par *Shéhérazade* du récit pour défier et repousser le meurtre dont elle risquait d'être victime :

D'une autre façon, le récit arabe - je pense aux Mille et Une Nuits - avait aussi pour motivation, pour thème et prétexte, de ne pas mourir : on parlait, on racontait jusqu'au petit matin pour écarter la mort, pour repousser cette échéance qui devait fermer la bouche du narrateur. Le récit de *Shéhérazade*, c'est l'envers acharné du meurtre, c'est l'effort de toutes les nuits pour arriver à maintenir la mort hors du cercle de l'existence. (Foucault 1983: 7).

La narration, pour de nombreuses femmes écrivaines arabes, joue ce double rôle de définition et de survie, comme le démontrent Ahmed (1989), Hammami et Rieker, (1988)

⁴³⁷ Quoique l'adoption du silence, notamment par *Firdaus*, puisse, peut-être, être vue comme étant une narration en soi, mais non-verbale, ce que j'entends par narration, ici, c'est le récit et la parole.

et Rifaat (2014). Raconter permet de créer et d'assoir sa présence face à l'Autre, et se raconter permet de se définir dans son interaction avec l'Autre :

Shéhérazade arrive devant le roi accompagné de sa sœur Donyahzade. Les deux partagent l'emprisonnement féminin et le récit féminin. Shéhérazade défie l'idée de la hiérarchie masculine, et ce, en étant la fidèle représentante d'un concept féminin d'harmonie et de coopération. Le roi, ou le maître, a été trahi deux fois : la première par sa femme et la seconde par Shéhérazade, Shéhérazade qui a changé les règles qu'il avait imposées, le rendant témoin de sa propre rébellion contre son autorité, et ce, en imposant la présence de sa sœur Donyahzade (ménage à trois), en égrenant indéfiniment l'un après les autres les contes et, de ce fait, en retardant à jamais son exécution qu'il avait ordonnée [...]. Shéhérazade évite la mort précisément car elle joue la morte dans son texte ; en fait, sa séduction fait partie de sa stratégie d'auto-effacement. Elle empêche la division de sa tête qui parle et de son corps soumis, en se présentant elle-même en tant que femme déjà divisée. (Power, 1989 : 250, 252 ; traduction libre).

Lors des rencontres ethnographiques dans cette recherche, les entrevues avec les femmes de la communauté n'étaient autres que l'écoute du récit de femmes qui se racontent et, comme Shéhérazade, chacune d'elles essaie en se racontant à elle-même et à l'Autre (dans ce cas-ci, l'anthropologue), de défier les multiples emprises auxquelles elle est soumise par les nombreux Shahrayar (le roi des Mille et Une Nuits) qui la maintiennent captive. Souvent elles m'ont dit : « *On sent que tu es mennena*⁴³⁸ », c'est-à-dire une femme égyptienne comme elles (et non plus le médecin, psychiatre ou même l'anthropologue), qu'elles ont adoptée et admise dans leur intimité, et à qui elles ont dévoilé leurs ruses de survie et leur stratégies d'agencéité, voire de *victimcy*.

Nawal El Saadawi (1983 ; 2007), quant à elle, écoute le récit de Firdaus, prostituée emprisonnée (en attente de son exécution) et qu'elle est supposée suivre médicalement, non pas en tant que femme égyptienne, mais comme psychiatre (position que Firdaus a défié par son silence, rappelant le titre de la remarquable œuvre de Lazreg (1994) : 'l'éloquence du silence'). Firdaus, bien que prisonnière du pouvoir comme Shéhérazade, contrairement à celle-ci, utilise l'absence de paroles pour pouvoir continuer à exister, mais son existence ne réside pas en sa survie mais en sa mort :

⁴³⁸ 'De nous'.

Firdaus's story arises from silence, from her initial refusal to speak. She recognizes, like Frantz Fanon's native intellectual, that "To speak is to exist absolutely for the other" (Fanon 1967: 17), and she believes that the doctor is one of "them," one of the repressive authority figures implicated in her hanging. (Saliba 1995 : 134). Firdaus's voice [...] is the mark of a desire not to be silenced or defeated, a desire to impose oneself on an institution of power, from the position of the excluded or the marginal. (Beverley 1992 : 96).

Pour survivre, Shéhérazade raconte des histoires au représentant suprême du pouvoir, le roi, mais ne raconte pas 'son' histoire. Firdaus, quant à elle, pour survivre, (non pas en tant que corps, car elle est condamnée à mort, mais en tant que symbole éternel de résistance au pouvoir, comme suggéré par le choix même de son prénom (qui signifie 'paradis', terme utilisé plus souvent pour désigner le paradis des martyrs plutôt que le paradis des simples mortels (*al-Janna*)), refuse de raconter son histoire à la représentante du pouvoir, la psychiatre « [...] *the hope for her (Firdaus) freedom lies only in the fact that she is willing to die for what she believes in* » (Saliba 1995 : 143).

Et alors que Shéhérazade inverse les rapports de force entre le roi et elle par sa narration en perpétuelle répétition et par la solidarité féminine qui l'unit à sa sœur, Firdaus les inverse en se désolidarisant de sa 'sœur', la psychiatre, du fait de sa compromission avec le pouvoir, et en maintenant son silence. Ce silence, ironiquement, met la psychiatre dans une situation de doute et de dévalorisation personnels, et elle devient alors la 'malade' (Saliba 1995 : 136).

Contrairement à El Saadawi (1983 ; 2007) dans sa relation avec Firdaus, durant ma présente recherche, il n'y a pas eu d'inversion des rapports de force entre les femmes que j'ai rencontrées et moi-même. Ceci est non seulement dû au fait d'être femme et égyptienne, comme elles (elles ne m'ont donc pas mise dans la catégorie de l'Autre); mais aussi du fait de l'absence, depuis le début, de rapports de force, vu que je ne me suis pas définie par rapport à elles comme une représentante du pouvoir médical ou même du système social paternaliste égyptien, étant donné que l'entrevue avait un pur but de recherche et dépendait d'une université non-égyptienne (ce qui automatiquement lui a conféré une valeur de neutralité). Il y a eu plutôt, pendant mes rencontres, comme entre Pandolfo (2008) et

Ruqya, souvent un retour à des moments traumatiques, ce qui est très commun en Orient aussi, et que je laissais être évoqués, comme cathartiques, dans un cadre intime, ‘de sororité’ sans être médical, un peu comme l’intimité de Pandolfo (2008) avec Ruqya qu’elle évoque dans son titre “*Nibtidi mnin il-hikaya*”⁴³⁹ (Pandolfo 2006).

Enfin, pour conclure cette discussion (qui compare à travers les histoires de deux héroïnes, Shéhérazade et Firdaus, histoires qui rappellent les récits des femmes rencontrées, les notions de *victimcy*/non-*victimcy*, narration/silence, vie/mort, survie/éternité, liberté/emprisonnement), il serait peut-être intéressant de remarquer que la notion de *victimcy*, comme sublimée par Shéhérazade, sous-entend le maintien de l’espace d’assujettissement, de sa dynamique, et de ses éléments constitutifs. La non-*victimcy* quant à elle, symbolisée par Firdaus, représente le refus de tous ces facteurs (à savoir l’espace d’assujettissement, sa dynamique, et de ses éléments constitutifs), et la création d’un nouvel espace encore inexistant (pour elle et pour l’Autre), appelé ‘point zéro d’assujettissement’ (Saliba 1995 : 136). La présence de Firdaus dans cet espace implique l’impossibilité de l’existence même du système qui la détient, d’où la nécessité de sa pendaison (Saliba 1995 : 136). Plus loin dans le texte sera abordée l’implication de cette non-*victimcy* et de ce ‘point zéro d’assujettissement’ par rapport à la ‘*assabeyya*’ et au TPL.

Les trois parties suivantes discuteront de la notion de *victimcy* à travers, d’abord sa relation avec la piété, puis à travers les pratiques où la piété est exercée ainsi que les concepts où elle s’exprime. La notion de piété sera abordée selon ses diverses facettes, à savoir une agencéité adaptée et positive, une agencéité tactique comme dans la *victimcy*, une agencéité éthique et enfin une facette de rébellion à travers la notion d’*al esteghna*’ et de *jihad*.

Les pratiques et les concepts à travers lesquels s’exprime la piété et qui seront analysés sont : les notions de discipline et de liberté symbolisées par le port du voile ainsi que celles de douleur et de plaisir. Ces notions de discipline/ liberté et de douleur/plaisir sont

⁴³⁹ ‘A partir d’où commencer l’histoire’, en référence au titre d’une chanson de Abdel Halim Hafez (Schochat 1983) composée par Mohamed Abdelwahab, tous deux célèbres artistes égyptiens, et dont les paroles sont de Mohamed Hamza (<https://www.youtube.com/watch?v=ekYbtcpAkAM>).

principalement exprimées dans la sexualité qui représente le terrain où la notion d'agencéité prend naissance et où elle s'exprime. Et c'est à travers son expression dans le corps que l'agencéité acquiert du pouvoir. La notion de *victimcy* centrale à cette section, de par sa relation avec la notion de *'assabeyya*, comme cela sera développé plus loin, sera abordée par rapport à chacun des concepts de discipline/liberté et de douleur/plaisir.

Piété et *victimcy*

And how are we to account for these women's resilience and initiative? Both threw themselves into making good lives for their children, living for and through them. My aunt's losses anguished her; she tried to manage this grief through her faith in God. Zaynab has been consumed by the struggles and failings of her sons, by her eldest daughter's loneliness, and by her youngest daughter's diabetes. Zaynab's trust in God gives her strength and perspective. The lives of women like Zaynab and my aunt reveal terms like oppression, choice, and freedom to be blunt instruments for capturing the dynamics and quality of their lives. Such terms do little to help us understand the tireless efforts of these women, their songs of loss and longing, and their outbursts about rights. Both women would find it bizarre to imagine that people could think they were caged by their culture or oppressed by their religion, even though they have not had easy lives and some of what they suffer is indeed gendered. Images of caged birds and trash bags by the side of a road obscure their social realities and their creative responses to hard situations. (Abu-Lughod 2013 : 25).

Le recours à Dieu, la piété⁴⁴⁰, a souvent été cité par les personnes interviewées comme étant une importante composante du *coping*. Cependant ce recours à Dieu revêt différents aspects selon le sens que donne la personne à sa position par rapport au pouvoir divin. Le recours à Dieu, dans le cas d'une **agencéité adaptée et positive**, comme pour Salwa (35 ans, veuve, 2 enfants, employée), lui donne un sentiment d'être protégée et supportée par Dieu lors de sa lutte quotidienne de survie, et ceci rejoint l'expression populaire égyptienne (Dieu en s'adressant aux gens : « Travaille, croyant, et je t'aiderai »). Pour d'autres femmes rencontrées, le recours à Dieu sert à exorciser les *guenn* (Samia, 42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer), à la venger des injustes qui lui font du tort (Nagat, 30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), ou à la sauver (Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). Enfin, pour Marwa (38

⁴⁴⁰ Vertu qui dispose à rendre à Dieu l'honneur qui lui est dû par les actes extérieurs de la religion (Larousse 2016a).

ans, mariée, 2 enfants, au foyer) le recours à Dieu est pour gagner son *reda*⁴⁴¹ et qu'il lui garde son mari si elle obéit aux préceptes de l'islam. Ces stratégies de *coping* ayant recours à Dieu, bien qu'elles soient initiées individuellement par les *Masraweyyates*, voient la portée de leur impact dépasser leur propre individualité pour atteindre une dimension sociale et politique. En effet, les rapports de pouvoir que les *Masraweyyates* établissent avec leur entourage sont des rapports tissés sur cette trame du recours à Dieu.

Khosrokhavar (2016b : 10), qui évoque les jeunes femmes de cultures européennes allant rejoindre les rangs des groupes jihadistes pour donner leurs corps soit aux combattants soit aux attentats-suicide, offre une autre illustration de l'aspect que peut revêtir le recours à Dieu. Il serait intéressant de rappeler ici l'approche de Peters (1994), passée en revue dans le chapitre III, qui voit le développement du TPL comme étant dû à une disparition sociale et culturelle du rite initiatique transitionnel qu'offrait son entourage à l'adolescent pour l'initier à devenir un adulte intégré dans son milieu. Ces jeunes femmes, comme dans le TPL, utilisent leur corps comme outil de cette quête d'initiation, et ce, dans une optique féministe post soixante-huitarde à travers laquelle elles sont à la recherche d'une initiation spirituelle (Khosrokhavar 2016b : 10). Dans ce contexte, l'activisme jihadistes chez ces femmes rappellerait celui de celles qui étaient activement impliquées dans les groupes communistes armés des années 70 en Europe, à la recherche d'une idéologie plus 'pure' que celles des sociétés de consommation où elles vivent, et en ce sens, certains chercheurs considèrent Daesh comme ayant une dynamique révolutionnaire (Atran 2015) :

Now the journey of initiation is a quest for purity in the confrontation with death in the name of martyrdom. Women's Liberation was an integral part of May 68. Now post-feminist young women assert their weariness with a feminism which has brought them formal equality which they have to assume along with the hazards of a freedom which is increasingly heavy to bear when confronted with a world which is still overwhelmingly masculine in its privileges and favours. (Khosrokhavar 2016b : 10).

L'histoire de Firdaus, l'héroïne d'El Saadawi (1983 ; 2007) qui se trouve dans le couloir de la mort, à cause de son refus de se soumettre à toute exploitation rappelle celle de ces femmes jihadistes, en ce sens que pour elle, comme pour ces femmes, la piété a une

⁴⁴¹ L'approbation divine.

dimension qui échappe au cadre de la *victimcy*, qui va plus loin que ses limites de simples stratégies de survie. El Saadawi (1983 ; 2007), en donnant à Firdaus un pseudonyme à consonance religieuse, vient bousculer et défier toutes les règles du discours religieux traditionnel, où la femme et son corps sont désinvestis de leur spiritualité et de leur sacralité, pour au contraire en être l'incarnation :

Her (Firdaus) story emphasizes her sexual and economic exploitation as means by which patriarchal tactics of domination have oppressed Arab women. [...] and her refusal to accept her position within their enslaving structure condemns her to death. Firdaus, whose name means "paradise" in Arabic, is both martyr and mystic, both prostitute and holy woman, both heaven and hell, as the language of the novel suggests. [...] Firdaus's narrative carries the authority of divine voice even as it is constrained within her imprisoning cell, signifying that while patriarchy assumes control over women's bodies, it cannot exercise dominance over her mind and spirit, nor, most significantly, over her voice. (Saliba 1995 : 135,136,137).

Cette portée mystique de Firdaus n'est pas sans rappeler celle de Rabe'a El 'Adaweya (VIII^{ème} siècle) célèbre personnage du mysticisme islamique (à laquelle le texte reviendra plus loin) qui, comme Firdaus, a eu un passé de prostitution, et qui a fini sa vie cloîtrée dans la dévotion la plus totale à Dieu (Attar 1990). L'histoire de Firdaus rappelle aussi beaucoup celle de Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) souffrant de *'assabeyya* et de TPL, porteuse de *niquāb* noir et ayant eu une vie affective tumultueuse. C'est à travers son corps et son pouvoir séducteur que Nagat se rebelle contre toute autorité masculine, notamment contre celle des hommes qu'elle séduit. Sa rébellion est symbolisée par son recours à Dieu cinq fois par jour dans la prière, recours qui lui fournit *al esteghna*⁴⁴² de ces hommes qui l'ont souvent déçue ou trahie. En leur offrant son corps, elle stimule leur désir charnel envers elle, les rendant dépendants de son corps, ce qui lui donne un pouvoir sur eux. Nagat, tout comme Firdaus, ont une grande difficulté à se raconter, et leur rébellion ne se fait pas à travers la parole ou la narration, bien au contraire, mais plutôt à travers le silence et le pouvoir qu'elles ont sur leur corps, pouvoir qui peut aller jusqu'à la mort. En effet, les multiples tentatives de suicide de Nagat sont une sorte de répétitions de sa mort annoncée par la société, société qui la violence quotidiennement. Mais la mort que Nagat se donne ici par les nombreuses tentatives de suicide et la prostitution, est sous son propre

⁴⁴² Ne pas être dans le besoin, être dispensé.

contrôle ; tout comme le refus de Firdaus de se soumettre à toute autorité est un acte délibéré où elle choisit la mort et la pendaison au lieu de se compromettre.

Enfin, Le *niquāb* de Nagat diffère du voile de Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage) ou de celui de Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) car le voile de celles-ci est plus un outil de leur *victimcy*, du *ta'asloum*, de la 'religiosité' socioculturelle ambiante. Elles mettent le voile car toutes les femmes de leur milieu le mettent. Elles se soumettent ainsi à ce que la société et leur entourage attendent d'elles comme aspect vestimentaire, ceci ne voulant pas dire qu'elles soient en accord avec le port du voile ; d'ailleurs, un grand nombre parmi les *Masraweyyates* qui le portaient dans ce cadre l'ont récemment enlevé, signe d'une rébellion naissante, dans l'esprit de la révolution de janvier 2011. Le *niquāb* de Nagat, quant à lui, est un vrai acte de résistance et de rébellion contre le voile et contre le non-voile, ainsi qu'une rébellion contre les hommes. En effet, Nagat utilise le *niquāb* pour se protéger intégralement des yeux des hommes tout en les séduisant par la voix (elle utilise beaucoup les conversations sexuelles téléphoniques). De même, la piété de Nagat est totale, car sa seule soumission réelle (*taslīm*) est à Dieu, qu'elle prie régulièrement. Conséquemment, et contrairement à la piété et au voile de Faiza et de Samia, la piété et le *niquāb* de Nagat ne se trouvent pas associés à la *victimcy* mais à son antidote complet, à savoir la rébellion contre l'humanité et la soumission complète à Dieu. Quelque part, l'histoire de Nagat et celle de Firdaus rappellent celles de ces jeunes femmes jihadistes qui, comme elles, donnent leur corps, afin de se rebeller contre le monde (Khosrokhavar 2016a :10 ; Loken et Zelenz 2016 ; Mann 2015).

La portée politique de la piété est retrouvée aussi dans le mouvement de renaissance religieux *da'wa*⁴⁴³ que décrit Saba Mahmood (2011) et qu'elle a étudié au début des années 2000, lors de sa recherche ethnographique au Caire comme étant 'un mouvement de piété' ('mouvement *da'wa*') exclusivement féminin, constitué de structures communautaires (organisations non-gouvernementales) et de volontaires qui, à travers la mosquée du quartier, offrent des services sociaux (santé, enseignement) et religieux à la communauté.

⁴⁴³ Prêche, prosélytisme en arabe littéraire.

Ce sont essentiellement des femmes au foyer, qui, le matin, pendant que les enfants sont à l'école, participent à ces activités. L'adhésion de ces femmes à ce mouvement représente un acte de rébellion tacite contre l'autorité de l'époux, car elles prennent comme prétexte les cours de religion pour se soustraire des tâches ménagères et de l'interdiction de quitter la maison. Cette adhésion représente aussi un acte d'affranchissement des structures étatiques éducatrices (instituts, universités), communautaires (ONG) et religieuses qui demeurent un symbole de l'autorité patriarcale rigide et sexiste. En effet les structures de ce mouvement sont presque exclusivement tenues par des femmes, et bénéficient d'une flexibilité d'horaires et d'une proximité géographique, éléments très attrayants pour les femmes bénéficiaires. Il est toutefois important de noter que les dernières années ont vu une politisation importante de ce mouvement, qui a été récupéré politiquement par divers mouvements et fractions de l'islam politique (Hughes 2013 ; Messiha et Teulon 2014 ; Ottaway et Hamzawy 2011) .

Though Mahmood disconnects the actions of these women from a feminist agenda, reaction has included state surveillance and occasional shutting down of the gathering of pious women in various mosques across Cairo. It seems the growing traction of the women piety movement in Egypt has challenged various structures of authority, including Islamic orthodoxy, on the one hand, and liberal statist norms, on the other. (Omer 2014).

Ce 'mouvement *da'wa*' peut sembler être calqué, de par son type d'organisation, sur la structure des services communautaires offerts par les églises de chaque quartier. En effet, certains le perçoivent même comme un moyen de concurrencer la présence 'populaire' du Christianisme sur le terrain⁴⁴⁴. Le Christianisme est représenté au Caire, dans le quotidien de chaque famille de la paroisse, à travers les services qu'il offre, comme ceux qu'ont décrit le père Boulos (60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe), Wael 36 ans (marié, 2 enfants, psychologue) et Dr. Mariam (46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste) (Assad 1972).

⁴⁴⁴ Cette dynamique de concurrence, de compétition entre structures communautaires islamiques et chrétiennes, est apparue au milieu des années 1970 dans la société égyptienne, et s'est manifestée dans les universités d'abord, où des mouvements d'étudiants islamistes offraient des services aux étudiants à prix modestes (livres universitaires, photocopies). Ces services étaient appelés *al osar* et ont constitué les noyaux des mouvements islamistes (Ben Néfissa-Paris 1992 ; Clark 1995 ; Zubaida 1992).

Il est intéressant de constater plusieurs points à ce sujet : une seule des femmes de la communauté rencontrées (Ghada, 40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) fait partie du mouvement de la *da'wa*, et elle était membre active de la campagne électorale des représentants de l'islam politique aux élections parlementaires et présidentielles de 2011-2012. Ghada était venue consulter à la structure de santé mentale privée que j'ai visitée, et non pas à la structure communautaire. Ceci soulève la question de l'interaction réelle du mouvement de la *da'wa* avec les structures communautaires du voisinage telle que l'ONG Wa'y qui offre des services médicaux aux habitants de Maadi. Le deuxième point est une baisse de l'adhésion populaire, depuis la chute politique de l'islam politique en 2013, au mouvement de la *da'wa*, baisse qui évolue parallèlement au nombre grandissant de femmes qui ôtent le voile et qui rejoignent d'autres cercles associatifs et communautaires⁴⁴⁵. Ces cercles ont plus un caractère *new age*⁴⁴⁶, où ce qui est enseigné est plus 'spirituel' et non pas religieux, et les services offerts visent plus le développement personnel avec des cours de yoga, méditation, *coaching*, et ce, pour toutes les couches de la société, même les plus modestes⁴⁴⁷. Les voyages initiatiques en Inde sont très à la mode, comme mentionné par Maître Nehad (59 ans, marié, 2 enfants, avocat)⁴⁴⁸. Cette évolution est illustrée par l'histoire de Dr. Mona (49 ans, mariée, 2 enfants, au foyer, personne ressource), de niveau

⁴⁴⁵ Nouveaux aspects du concept de piété dans l'Égypte d'aujourd'hui, où l'on assiste présentement à : (1) une homogénéisation du contenu de la prêche du vendredi dans toutes les mosquées d'Égypte (Awkaf Online 2014) ; (2) une réglementation des métiers de la *da'wa* [qui ne sera pratiquée que par les personnes ayant reçu un enseignement accrédité par Al Azhar (haute institution religieuse du monde islamique aux rôles multiples : mosquée, université et instance de *fatwa*) ; (3) à une popularisation normative de la pratique de l'Islam au quotidien et un retour à des pratiques traditionnelles plus imprégnées culturellement de l'Islam égyptien que du wahhabisme. De nombreuses jeunes femmes et jeunes filles ôtent le voile (toutes les sortes de voile) tout en proclamant leur religiosité et piété sous la dénomination de *al wasateya al-dinya al-masreyya* (la modération de l'islam populaire égyptien). Et en remplacement des cours de religion du mouvement des mosquées, fleurissent des cours de religion 'libéraux', offerts un peu partout dans les grandes villes (et pas seulement dans les mosquées), par des sheikhs (hommes et femmes) accrédités par Al Azhar ou par des érudits, où mixité du genre se mêle à mixité des appartenances religieuses (cours ouverts au public de toute religion et de toute tendance), et n'ayant pas la prétention de la *da'wa*, mais plutôt celle d'un simple *tafsīr* ou *ijtihād* (c'est-à-dire dans le sens premier de ces termes, explication et effort de compréhension et d'interprétation) (Kamali 2003 : 366).

⁴⁴⁶ Mouvement spirituel, apparu dans les pays occidentaux pendant les deux dernières décennies, prônant l'utilisation de techniques spirituelles dérivées des anciennes traditions (chamanisme, yoga, méditation tibétaine etc.).

⁴⁴⁷ L'ONG Wa'y offre des cours de yoga aux bénéficiaires, cours qui ont un grand succès, ainsi que des séances de relaxation et des consultations homéopathiques.

⁴⁴⁸ Des organisations internationales comme Art of living (<http://www.artofliving.org/eg-en/egypt>), enseignant la respiration et la méditation transcendantale, ont de plus en plus d'adeptes en Égypte, surtout parmi les femmes.

socioéconomique élevé, habitant un quartier résidentiel du Caire équivalent à Maadi, qui durant le début des années 2000, s'était énormément investie dans les activités de la mosquée de son quartier, offrant des cours divers aux femmes (santé, religion, cuisine, dessin) au point de négliger son propre foyer et ses enfants. Elle était prise par la ferveur d'aider le plus de femmes possibles. Les responsables de la mosquée, ayant vu sa dévotion, l'ont impliquée dans plusieurs sections de gestion du mouvement qui visait à s'étendre à d'autres mosquées, voire dans d'autres quartiers, et même dans d'autres villes et pays. Son mari a commencé à remarquer son manque de sommeil, d'alimentation, sa perte de poids et sa perte de contact avec sa propre famille, tant elle passait du temps dans ces réunions de 'gestion' et non plus de 'da'wa' à la mosquée. Les récents changements politiques et sociaux en Égypte l'ont menée à quitter cette mosquée, et à prendre un an de réflexion avant de se diriger vers les nouveaux mouvements spirituels et associatifs qui rallient à présent beaucoup de femmes de son entourage.

Si l'on met de côté le fait que le 'mouvement da'wa', selon certains observateurs, ait été récupéré politiquement par les personnes responsables de sa gestion, et que l'on s'intéresse uniquement aux motivations des femmes qui bénéficient de ses services ou qui y enseignent, nous constatons que ce mouvement des mosquées porteur de 'da'wa' moderne n'est pas sans rappeler Shéhérazade et l'utilisation de la narration et de la solidarité féminine pour assurer sa survie. L'on pourrait voir, en ce sens, que la da'wa possède un important pouvoir discursif, et que c'est un exemple de *victimcy* basée sur la piété, une sorte d'**agencéité pieuse** (Rinaldo 2014). L'agencéité pieuse est basée sur la piété, ce qui la différencie, à mon sens, de l'agencéité éthique qui est elle centrée sur les valeurs éthiques et sur la vertu sans que l'attention ne soit portée sur leur aspect religieux (Gadamer 1999).

[...] it is women's asceticism, coupled with their discursive knowledge, which is enabling these women to breach the citadel of male Islamic scholarship and leadership. (Werbner 2015).

Et comme Shéhérazade, les femmes de ce mouvement se positionnent à l'intérieur de l'espace d'assujettissement défini par les structures socio-culturelles et religieuses représentant le pouvoir ou *el manzouma*. Leur survie est basée sur le 'semblant' de l'acceptation des règles du pouvoir tout en le déjouant à son insu et en leur faveur. La ruse

est ici la maîtresse du jeu, où l'apparence de soumission masque une intériorité de guerrière.

They are not merely resisting; through their practices they are initiating a minor revolution. In effect, they are foregoing certain personal freedoms in order to gain power and influence in religious spheres previously closed to them. (Werbner 2015).

Prenant place dans les mosquées ou derrière les hauts murs des villas cossues des nouveaux 'compounds' luxueux des banlieues chics du Caire (Nehaoua 2010), les leçons hebdomadaires, voire quotidiennes, de religion, essentiellement de *tafsīr*⁴⁴⁹ du Coran et du *Hadīth*, s'étendent à l'infini, vu l'immensité du sujet. Elles rappellent le processus répétitif des contes quotidiens des Mille et Une Nuits, qui tiennent en haleine le roi ; et pour les femmes du mouvement de piété, qui tiennent en haleine tout le système de l'establishment socioculturel et religieux, tout en leur conférant une légitimité voire même une sacralité, les rendant intouchables des mortels, car investies de l'impunité liée à la piété et au divin.

Mahmood (2011) donne un exemple de l'application pratique de cette dynamique représentée par le mouvement des mosquées, où les *dā'eyyates*⁴⁵⁰ ancrent leur prêche dans des enseignements religieux afin de comprendre tous les aspects de la vie familiale et quotidienne incluant la relation avec le mari, les enfants, la belle-famille, les voisins etc., prônant même « [...] *a variety of techniques of persuasion, both oral and embodied, to change the immoral ways of the husband* » (Mahmood 2005: 187-188). Mahmood (2001) voit l'*agentival capacity*⁴⁵¹ de ces femmes égyptiennes « [...] *non pas dans les actes qui induisent un changement progressiste, mais plus dans sa réussite à survivre dans le contexte hostile qui lui est imposé et à assurer cette survie de manière continue et régulière, visant la stabilité et l'équilibre* » (Mahmood 2001 : 212 ; traduction libre). Et de là peut apparaître la dimension de *victimcy* (agencéité tactique (Utas 2005)) de ce type d'agencéité décrit dans le mouvement de la '*da'wa*', que je qualifierais ici plutôt de pieuse, selon moi, tout comme la définit aussi Rinaldo (2014) (elle utilise le terme agencéité pieuse critique

⁴⁴⁹ Explication.

⁴⁵⁰ Femmes faisant la *da'wa* (la prêche).

⁴⁵¹ La capacité agentive.

dans sa recherche sur les activistes musulmanes en Indonésie) et non pas d'éthique comme la qualifie Mahmood (2011)).

Mahmood (2011) a développé sa vision de l'agencéité éthique, suite à son observation du mouvement de la 'da 'wa' et la décrit dans son entretien avec Landry (2010 : 222) :

« [...] *pas nécessairement contester le pouvoir ou défaire des normes. Il est tout à fait possible d'articuler des changements en mettant en acte les normes existantes* ».

Entre l'être qui porte un habit et l'habit porté, il y a toujours un intermédiaire, le port de l'habit. (Aristote 1840: 192).

Le port du voile, à mon sens, décrit parfaitement cette dynamique et en est sa représentation symbolique. Mahmood (2001) propose de s'interroger sur le voile par une orientation non pas geertzienne ('compréhensions culturelles' du voile) mais plutôt foucauldienne ('dimension politique et éthique' du voile) (Landry 2010 : 226). L'orientation foucauldienne apporte une dimension jusque-là occultée au voile, à savoir une dimension pieuse, au lieu de celle qui lui était le plus souvent précédemment donnée, comme étant une marque de « [...] *contestation sociale, de nécessité économique, d'anomie et de stratégie utilitaire ignorant des termes comme moralité, divinité et vertu* (Mahmood 2001 : 209 ; traduction libre) ». L'aspect éthique du voile, signe et pratique de piété, peut-être compris, selon cette vision, à travers la dimension morale ou éthique que Foucault donne à l'agencéité dont l'acte du port du voile est une des expressions :

[...] comme l'ensemble des capacités et des qualités requises pour mener à bien certains types d'action morale, et [...] comme étant nécessairement liée aux disciplines historiquement et culturellement situées à travers lesquelles un sujet est formé. (Landry 2010 : 229).

« *Cette conceptualisation du pouvoir et de la formation du sujet nous encourage à comprendre l'agencéité pas uniquement comme une résistance aux relations de domination, mais comme une capacité d'action créée et facilitée [par une interaction dynamique entre la résistance et] des relations spécifiques de subordination* » (Mahmood 2001 : 210 ; traduction libre), notamment ici la subordination des femmes à l'autorité masculine. C'est ce que reformule aussi Landry (2010 : 224) :

Pour ces femmes, cette forme précise d'inégalité de genre constitue la condition de possibilité de l'exercice d'un mode distinct d'agencéité morale et éthique. (Landry 2010 : 224).

C'est dans cette position que se situe à mon avis la différence que donnent Foucauld et de Mahmood du terme 'éthique'. L'utilisation de la piété à travers ses pratiques, notamment le port du voile et la 'da'wa', a aussi et surtout une portée politique et non pas seulement éthique (Omer 2014 ; Rinaldo 2014 ; Werbner 2015). En effet, son but éventuel est une résistance 'docile' au pouvoir, aboutissant éventuellement à l'acquisition du pouvoir (comme Shéhérazade) et non pas une simple application de pratiques pieuses visant à l'acquisition de la vertu.

La piété symbolisée par le port du voile⁴⁵² apparaît, à mon avis, comme une représentation de la *victimcy*, où la subjectivation des femmes se fait dans un système religieux. De là, elle atteint deux objectifs : le premier est de déjouer l'emprise terrestre de tout pouvoir (social ou politique). Le deuxième objectif est de se garantir la protection divine ainsi qu'une survie éternelle au paradis en suivant les préceptes religieux de piété dont le port du voile. Ce dernier objectif illustre ce que Judith Butler (1997), suivant la philosophie foucauldienne, nomme *paradox of subjectivation*. C'est ce *paradox of subjectivation* que représente parfaitement Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires), en tant que femme voilée qui devient agissante et consciente de ses capacités par le biais même de son assujettissement aux enseignements de l'Islam, notamment ceux en relation au port du voile.

La discipline de l'agencéité éthique (selon la vision de Mahmood 2011) permettrait d'acquérir certaines vertus islamiques (notamment à travers le port du voile, en suivant les

⁴⁵² Il est important de faire remarquer ici, que la majorité des femmes rencontrées lors de la recherche étaient voilées (différents types de voiles). Les femmes non-voilées et celle portant le *niquāb* étaient celles plus enclines à un *acting out* de leur rage, impulsivité et agressivité sous la forme d'addiction et de sexualité active dans des relations pré- ou extra-maritales.

préceptes du Coran et en pratiquant la *da'wa*⁴⁵³ telles que *haya*⁴⁵⁴, humilité, modestie, *sabr*⁴⁵⁵ (Mahmood 2001 : 213-222). Ces vertus sont aussi présentes culturellement dans la société égyptienne et attendues d'être pratiquées par les femmes égyptiennes, non seulement musulmanes mais aussi chrétiennes, comme exprimé par de nombreuses femmes de la communauté et par les personnes ressources. Cette agencéité éthique selon Mahmood (2001 : 206) permettrait aussi aux femmes d'acquérir non seulement une immunité pieuse, mais aussi sociale, voire politique. Se positionner en tant que femme 'patiente', supportant son sort et se sacrifiant pour maintenir son foyer était une image que de nombreuses femmes de la communauté, notamment les 'voilées' comme Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer), Faiza (45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage), et Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) surtout, ont veillé à donner tout le long de l'entretien.

La notion de discipline est centrale au concept d'agencéité éthique, dont le port du voile est le symbole. En effet, porter le voile demande une certaine discipline, dont la répétition conduit à l'acquisition de vertus pieuses, comme la comparaison qu'en fait Mahmood (2001) à la pianiste dont les répétitions régulières de son apprentissage musical d'une discipline extrême, lui font acquérir la virtuosité lui permettant de jouer avec une liberté infinie (Landry 2010 : 226).

Aussi, tout le long de leur discours, la plupart des femmes interviewées ont évoqué les notions de discipline par opposition à liberté, et de douleur par opposition à plaisir. Il serait donc intéressant de les relire d'un point de vue anthropologique. La conception de Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) des concepts de discipline/liberté et de douleur/plaisir correspondrait à celle présente dans la notion d'agencéité pieuse, celle de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) à celle existant dans la notion de *victimcy*, tandis que la conception de Noura (42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste) des concepts de discipline/liberté et de douleur/plaisir correspondrait plus à celle de féminisme libéral.

⁴⁵³ Ces vertus sont acquises à travers l'habitus « [...] processus pédagogique qui coordonne le comportement aux dispositions internes de la personne (Mahmood 2001 :215 ; traduction libre).

⁴⁵⁴ Pudeur.

⁴⁵⁵ Persévérance et patience.

De même concernant les notions de douleur et plaisir, pour Mahmood (2001), Asad (2000) et Das (2000) endurer la ‘douleur’ n’est pas un signe d’assujettissement passif, mais plutôt celui d’une **docilité ‘agentive’** :

[...] the experience of pain is not limited to passive suffering, but also enables certain ways of inhabiting the world that must be explored through an analysis of the languages in which the pain resides (Mahmood 2001 : 217).

La notion de plaisir liée à la douleur sera explorée d’un point de vue ethnopsychiatrique dans la section qui suit tout en la ramenant aux analyses de données recueillies. Les femmes rencontrées ont montré une grande tendance à ‘souffrir’ en ‘supportant’ l’humiliation ou la violence, comme Samia (42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer) que son mari trompe et humilie ainsi qu’une tendance et ‘à se faire mal’ (entre autres se gifler comme Farida, 39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer). Ces observations poussent à se poser la question de l’existence éventuelle, chez ces femmes, d’une satisfaction à endurer la peine et la souffrance.

Enfin, dans ce contexte d’agencéité éthique, de docilité agentive et d’habitus, les notions de liberté et de choix semblent pour Mahmood (2001 : 223) être illusoire, car pour elle, les faits de porter le voile ou de subir une chirurgie esthétique ne relèvent pas des notions de choix ou de liberté, et mais sont la conséquence de l’habitus, qu’il soit pieux ou consumériste. En effet, selon Mahmood (2001), les femmes dans les sociétés dites ‘libérales’, se soumettent apparemment librement à des procédures (comme les interventions esthétiques) qui sont en fait imposées indirectement par la société où elles évoluent.

Au-delà des théories post-structuralistes qui demeurent basées sur la notion de liberté (plus précisément de la conception positive et négative de la liberté (Berlin 2016 [1969]; Taylor 1985) , Mahmood (2001) propose de remettre en question la notion même de liberté comme étant à la base de toute action et de ce fait remettre en question toute l’approche humaniste de l’agencéité (Mahmood 2001 : 208), ainsi que la question de l’universalité du désir d’être libre de toute relation de subordination, et notamment pour les femmes le désir d’être libres des structures de la domination masculine. Pour elle, lier l’agencéité de la

femme à sa résistance aux relations de domination et rendre naturel la liberté comme étant un Idéal social semble être « [...] *a product of feminism's dual character as both an analytical and a politically prescriptive project* » (Mahmood 2001 : 206-207).

Dans le chapitre IX sera discutée cette approche de la liberté qu'avance Mahmood (2001) à la lumière des analyses des récits de la détresse des femmes rencontrées durant cette recherche, approche qui semble peut-être un peu détachée, de par son intellectualisme et son stoïcisme, de la réalité psychologique douloureuse que ces femmes subissent au quotidien, résultat de leur privation d'un des droits essentiels et primaires de l'être humain : celui d'Être'. La souffrance de ces femmes atteint parfois des degrés tels qu'elle peut-être le symptôme non plus seulement d'aliénation (dans le sens politique, philosophique et psychiatrique) du terme mais aussi d'anomie (exprimée par les gestes auto-mutilants qu'elles peuvent avoir) voire même d'annihilation, comme elle sera développée plus loin. En effet, l'on peut concevoir que la notion de choix, comme elle est avancée par le féminisme occidental ne soit pas le meilleur exemple de ce que représente la liberté de choix ni la liberté d'être, toutefois, ceci ne devrait pas plaider, comme suggéré par Mahmood (2001), en la faveur d'une remise en question totale du besoin primaire qu'est la liberté d'être, notamment celui d'être une femme, avec ce que ceci implique comme désirs sexuels, instincts féminins ou besoins émotionnels. La souffrance et les plaintes répétées de ne pas se sentir exister de Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires), membre du mouvement de la '*da'wa*', qui représente conséquemment un exemple de la dynamique de l'agencéité éthique selon Mahmood (2011) et de son interprétation des notions de discipline/liberté et de douleur/plaisir est un exemple criant que la remise en question de la notion de liberté par Mahmood (2001) est bien utopique.

Et pour conclure, l'on peut citer Omer (2014) dont l'approche semble corroborer ce point de vue :

The embrace of docility, therefore, essentializes both religious and feminist traditions and problematically juxtaposes them. Clearly, "rescuing" the docile agent from the Western feminist gaze reinscribes tradition and modernity as binaries, thereby offering rather reductive narratives of both secular modernity and religious resistance to modernity, including the feminist emancipatory agenda.

On the surface, it may seem that theorizing in the academy about agency has little to do with the actual lives of girls and women around the globe.

Cette partie vient de discuter la notion de *victimcy* à travers d'abord sa relation avec la piété puis à travers les pratiques où la piété est exercée ainsi que les concepts où elle s'exprime. Les diverses facettes de la notion de piété ont été abordée, à savoir : agencéité adaptée et positive, agencéité tactique comme dans la *victimcy*, agencéité éthique et enfin *al esteghna* et le *jihad* à portée rebelle. Puis les notions de discipline et de liberté, symbolisées par le port du voile, ainsi que celles de douleur et de plaisir, pratiques et concepts à travers lesquels s'expriment la piété, ont été analysées. La notion de *victimcy* a été abordée par rapport à chacun des concepts de discipline/liberté et de douleur/plaisir, et ce, de par son importance dans la *'assabeyya*, comme l'on verra plus loin. La section suivante quant à elle, discutera l'expression des notions de discipline/ liberté et de douleur/plaisir dans la sexualité, sexualité qui représente le terrain où la notion d'agencéité émerge et se développe.

Sexualité : Terrain de naissance et d'expression de l'agencéité et de la *victimcy*

Rebellion and compliance both devolve on the docility of the body (Mahmood 2001 : 216).

Tout comme la piété, la sexualité représente le lieu de naissance et d'expression de l'agencéité, notamment la *victimcy*, qui est une des formes que peut revêtir l'agencéité tactique (Utas 2005), comme mentionné précédemment. Ce n'est pas une coïncidence si Mahmood (2001) utilise l'exemple du sado-masochisme pour illustrer comment le contexte peut influencer la pratique d'un comportement, tel que le comportement religieux, sexuel, vestimentaire ou alimentaire, entre autres (Laundry 2010 : 224-225). Elle fait allusion, ici, à la discipline religieuse, qui bien que nécessitant efforts et induisant parfois douleur, aboutit au plaisir, comme dans la dynamique sadomasochiste de la sexualité (Freud 2016 ; Lacan 1966 ; Lacan et Miller 1973 ; Mitchell et Rose 1983), où l'un des corps est soumis à l'autorité de l'autre, et le plaisir n'est vécu et ressenti qu'à travers cette soumission. La partie réservée à l'aspect ethnopsychiatrique de la *'assabeyya*, reviendra plus en détails sur le lien entre plaisir et soumission.

En Égypte, la sexualité demeure un sujet très fertile comme l'a suggéré le nombre important et la fréquence des sujets évoqués pendant les entretiens évoluant autour de la sexualité. Singerman (1997) précise qu'à l'intérieur d'un cadre normatif du *harām*⁴⁵⁶ et *halāl*,⁴⁵⁷ les tabous et les silences offrent un espace où des comportements, quoique publiquement interdits (homosexualité, adultère, sexe hors mariage), sont 'tolérés', du moment qu'ils sont tenus discrets et que la structure familiale et les liens sociaux ne sont pas menacés (Gonzalez-Quijano 2016). Ceci n'est pas sans conséquences négatives sur la société, comme le suggère l'importance des troubles sexuels (vue la profondeur et l'ampleur des perversions sexuelles reportées dans la société égyptienne, à type de pédophilie, zoophilie, fétichisme) et la fréquence élevée des perturbations de la performance sexuelle chez les deux sexes (Fahmy et al. 2010; Inhorn 2002). Dunne (1998 : 10-11) rappelle que les relations sexuelles (quelles soient hétérosexuelles ou homosexuelles) continuent à être vues comme des relations de pouvoir liées à des rôles rigides liés au genre. Identité et comportement sexuels se confondent souvent, et féminité ou masculinité sont alors définis selon les comportements sexuels attendus conventionnellement de chaque sexe. Selon Tucker (1993), dans les sociétés musulmanes, schématiquement, l'homme est celui qui contrôle ses émotions et la sexualité de la femme, et a pour mission l'acte sexuel (essentiellement la pénétration), tandis que la femme, trop émotionnelle, attend d'être sexuellement satisfaite et émotionnellement contrôlée. Si la sexualité de la femme n'est pas satisfaite ou au moins contrôlée, ceci peut entraîner la *fitna*⁴⁵⁸ et conséquemment l'ordre social nécessite le contrôle masculin des corps des femmes (Tucker 1993). L'identité sexuelle masculine ou féminine prédétermine alors les comportements attendus publiquement de chacun et dicte les qualités que chacun des sexes doit veiller à acquérir, comme l'explique Bourdieu (1997) dans cet extrait relatif à la notion d'habitus en relation à celles de féminité et de masculinité :

[...] il faut se garder de sous-estimer la pression ou l'oppression, continues et souvent inaperçues, de l'ordre ordinaire des choses, les conditionnements imposés par les conditions matérielles d'existence, par les sourdes injonctions et la 'violence inerte' (comme dit Sartre) des structures économiques et sociales et des mécanismes à travers lesquels elles se reproduisent. Les injonctions sociales les

⁴⁵⁶ Non-péché, licite.

⁴⁵⁷ Péché, illicite.

⁴⁵⁸ Chaos social.

plus sérieuses s'adressent non à l'intellect mais au corps [...]. L'essentiel de l'apprentissage de la masculinité et de la féminité tend à inscrire la différence entre les sexes dans les corps (à travers le vêtement notamment), sous la forme de manière de marcher, de parler, de se tenir, de porter le regard, de s'asseoir, etc. (Bourdieu 1997 : 168,169).

Les notions de masculinité et de féminité qu'évoque Tucker (1993), symbolisées traditionnellement par la domination, peuvent varier selon le contexte, vu qu'il est attendu parfois d'un homme de la soumission devant son père ou son supérieur hiérarchique (Dunne 1998 : 11).

« Les normes de genre sont profondément internalisées. Chez les femmes rurales égyptiennes l'excision n'est pas vue comme une violence mais comme un moyen d'embellissement, un moyen d'augmenter leur différenciation physique d'avec les hommes et donc leur identité féminine. » (Dunne 1998 : 11 ; traduction libre).

En réponse à la dégradation des conditions économiques, notamment dans les pays du Moyen-Orient, les hommes ont « [...] *des aspirations à des notions hégémoniques de masculinité, notions liées à un processus continu de négociation de la nature même de leur masculinité* » (Dunne 1998 : 11 ; traduction libre). Ces notions hégémoniques sont caractérisées par « [...] *la capacité des hommes de fournir aux familles leurs besoins essentiels ou d'exercer un contrôle sur les femmes*[...] » (Dunne 1998 : 11 ; traduction libre). C'est ce que démontre l'attitude du mari de Khadija, dans l'ethnographie d'Abu-Lughod (2013 : 195), qualifié d'être docile avec la propriétaire de son lieu de travail, et qui compense son sentiment d'humiliation de travailler chez elle, en étant violent avec son épouse Khadija :

Khadija's husband, everyone comments, is docile around this woman. Did he feel he was compromising his masculine standing in the village? I wondered if he might be compensating in his marriage to the much younger and more vulnerable Khadija by being so harsh. One can only speculate.

Le machisme représenterait donc une réponse à la fragilisation de la masculinité consistant en une sorte d'*acting out* de sa force virile, exprimée en toute occasion qui se présente pour exercer son pouvoir. Un des domaines où s'exerce ce machisme est la sexualité (qu'elle soit *halāl* ou *harām*) et, à travers elle, la notion de *sharaf* (honneur). En effet, la sexualité licite est la clé de l'honneur masculin dans plusieurs pays, dont les pays arabes et

musulmans ; elle est donc maintenue sous la domination masculine pour assurer la filiation et maintenir les hiérarchies sociales par les alliances matrimoniales. Toute personne n'ayant pas accès à cette sexualité licite (*halāl*) a recours aux alternatives illicites (*harām*), comme par exemple la prostitution (AbuKhalil 1993: 32-34), la pédophilie (Dunne 1998 : 9 ; Habib 2007 ; Murray et Roscoe 1997 ; Ross et al. 1988 ; Rowson 1991 : 73) ou la sexualité hors-mariage.

Comme déjà vu, dans la culture égyptienne, l'honneur de l'homme et de la famille est lié à la virginité préuptiale de la femme, et le sexe est légal seulement dans le cadre mariage. Pour Dunne (1998 : 9-10, traduction libre) :

Ceux qui n'ont pas accès à une sexualité légale (trop jeunes, pauvres, ou à cause de leurs conditions de travail) recherchent d'autres exutoires sexuels. Ces contradictions entre la moralité normative et les réalités sociales ont encouragé la prostitution féminine et masculine et la prostitution homosexuelle dans les sociétés moyen-orientales du moyen-âge à aujourd'hui. Les autorités dirigeantes voyaient la prostitution comme une alternative socialement utile à une éventuelle violence sexuelle masculine (contre les femmes 'respectables') [...]. La prostitution semble même être essentielle à la reproduction sociale des sociétés arabo-musulmanes « [...] *institutional prostitution forms part of the secret equilibrium of Arabo-Muslim societies* » (Bouhdiba 1985 : 193).

Les femmes rencontrées à l'occasion de cette recherche ont toutes parlé de leur sexualité, certaines avec retenue, d'autres avec plus d'aisance. Ce qui paraît évident d'après l'analyse des données, c'est l'absence quasi complète, à une ou deux exceptions près (notamment chez deux femmes interrogées de milieu socioéconomique favorisé) de relations sexuelles satisfaisantes et régulières. L'homosexualité a aussi été mentionnée par quelques-unes. Pour Al-Samman (2008 : 270), l'homosexualité masculine est perçue comme le symptôme d'un malaise politique de l'homme dans les pays musulmans, alors que l'homosexualité féminine demeure confinée dans la sphère privée, n'étant qu'un 'prélude' à une hétérosexualité licite.

Les deux parties précédentes ont passé en revue la notion de *victimcy* et de par sa relation avec la piété, les pratiques où la piété est exercée ainsi que les concepts où la piété s'exprime. Les divers aspects que peut revêtir la piété ont été abordés : agencéité adaptée

et positive, agencéité tactique dont un exemple est la *victimcy*, agencéité éthique et enfin une facette rebelle sous la forme d'*al esteghna* ' et de *jihad*.

Dans la première partie, la piété, ainsi que les pratiques et les concepts à travers lesquels elle s'exprime, à savoir les notions de discipline et de liberté (symbolisées par le port du voile) ainsi que celles de douleur et de plaisir, ont été analysés. Dans cette deuxième partie, la sexualité, terrain de naissance et d'expression de la notion d'agencéité a été abordée notamment à travers les notions de discipline/ liberté et de douleur/plaisir qui y sont principalement exprimées. L'importance de la notion de *victimcy* vient du fait de sa relation avec la notion de *assabeyya*, comme l'on verra dans la section suivante. De ce fait, la *victimcy* sera abordée selon chacun des concepts de discipline/liberté et de douleur/plaisir.

La partie suivante, la dernière de cette section, essaiera d'aborder la notion de pouvoir de l'agencéité et de la *victimcy*, pouvoir acquis à travers leur expression dans le corps.

Pouvoir du corps et pouvoir politique

[...] le jeu qui par voie de luttés et d'affrontements incessants les transforme, les renforce, les inverse ; les appuis que ces rapports de force trouvent les uns dans les autres, de manière à former chaîne ou système, ou, au contraire, les décalages, les contradictions qui les isolent les uns des autres ; les stratégies enfin dans lesquelles ils prennent effet, et dont le dessein général ou la cristallisation institutionnelle prennent corps dans les appareils étatiques, dans la formulation de la loi, dans les hégémonies sociales. [...] (Foucault 1976: 121-135).

Le corps, selon le concept du pouvoir, notamment celui de Foucault (1975a, 1975b, 1976) (le biopouvoir), semble être investi d'un pouvoir politique important, en particulier dans les pays obéissant aux lois islamiques, lois qui régissent le domaine de la sphère privée (incluant le code familial et la sexualité, et où le corps est en action) alors que le reste des lois dépendent du droit séculaire. C'est cette même sphère privée de sexualité et de moralité qui demeure la porte d'entrée de toute opposition au pouvoir politique qui l'englobe, et ce, à travers le corps qui y agit.

Comme précédemment mentionné, la clé de la porte d'entrée vers la sphère publique et politique est la sphère privée et conséquemment les femmes. À travers l'Histoire,

l'occupation d'un territoire était marquée par la soumission des femmes à l'occupant, allant même jusqu'à la prostitution (la prostitution du corps de la femme symbolisant peut-être ici celle de l'État), comme en Algérie sous l'occupation Française où les femmes étaient dévoilées (mettant en exergue l'obsession de l'occupation, à savoir les femmes) (Lazreg 1994 : 135), et en Égypte sous l'occupation anglaise, décrite dans les romans de Naguib Mahfouz (Mahfouz 1992 ; Saliba 1995 : 133).

La crise du pétrole de 1973 et l'enrichissement exponentiel des monarchies du Golfe ont donné naissance à une nouvelle forme de prostitution en Égypte, prostitution 'de luxe' qui a pris les allures d'une vraie industrie lucrative, bien loin de l'image débonnaire de la prostitution du début du XX^{ème} siècle de la rue Mohamad Ali⁴⁵⁹ au service des soldats britanniques (Bradley 2010). Les hommes du Golfe, principaux consommateurs de l'Islam le plus rigide et le plus conservateur, sont aussi à l'origine de la prostitution de luxe en question. Celle-ci a pris plusieurs formes: le mariage pour un été de jeunes filles mineures vierges, après la falsification de leur date de naissance en échange d'une somme d'argent pour la famille (assez pour construire une maison pratique répandue dans certains villages de la région de Guizèh, banlieue Sud du Caire) ; les différents types de mariage 'islamiques' (*zawajou al-mot'a*⁴⁶⁰, *zawajou al-mesyar*⁴⁶¹, *al zawaj al 'orfi*⁴⁶²) riche palette offerte par les agents de cette industrie (proxénètes, *ma 'zoun*⁴⁶³, prostituées) aux clients musulmans du Golfe, 'respectant' les traditions islamiques; et enfin l'exode massif de réfugiées syriennes dont quelques familles tirent les moyens financiers de leur survie en Égypte en les mariant. (Gonzalez-Quijano 2013).

Pour Saliba (1995 : 138) :

Firdaus may be read as the attempt to assert a positive women's history, an empowering subjectivity, in the face of imperial and patriarchal dominance. Ironically, it is the prostitute herself who ultimately refuses to prostitute herself to imperialist interests and power.

⁴⁵⁹ Rue du Caire célèbre au XIX et XX^{ème} siècle dernier pour ses cabarets et ses maisons de prostitution.

⁴⁶⁰ Le mariage de la jouissance.

⁴⁶¹ Le mariage 'ambulante' ou la femme renonce à son droit à avoir un foyer conjugal et une pension financière.

⁴⁶² Le mariage coutumier, religieux mais non enregistré ni annoncé publiquement.

⁴⁶³ Personne habilitée à marier.

El Saadawi (1983), à travers Firdaus, prostituée, décrit comment le corps peut-être le seul outil de pouvoir en la possession de la personne prise en otage dans l'engrenage de la prostitution. Firdaus utilise son corps comme moyen à la fois de libération de la domination du système patriarcal (en tant qu'épouse, employée et citoyenne) et de résistance à un pouvoir qu'elle juge corrompu (Saliba 1995 : 135).

Comme l'on vient de le voir dans cette section, et comme l'analyse des entrevues réalisées sur le terrain a permis de le mettre en évidence, les *Masraweyyates* utilisent de nombreuses politiques de coping, politiques ayant notamment pour but la quête de soulagement de la souffrance psychologique ressenties par nombreuses d'entre elles, notamment la *'assabeyya*. Cette quête est l'exemple d'une agencéité naissante pour ces femmes, particulièrement dans le contexte politique, économique et social où s'est déroulée la recherche. La révolution de Janvier 2011 a instigué un mouvement de libération de la parole et de l'opinion que les femmes ont été les premières à adopter et à encourager. Cette dynamique révolutionnaire a bénéficié à la santé mentale en la déstigmatisant et en la libérant des concepts culturels et structurels qui la jugulaient.

Le concept d'agencéité (particulièrement ses dimensions sociale, culturelle et politique de l'agencéité) ont été approfondies dans cette section, et ce, afin découvrir les mécanismes de son articulation avec la *'assabeyya*, sujet de la recherche, notamment à travers le concept de *victimcy*, exemple d'agencéité tactique' réactive chez les femmes victimes de violence et modèle d'agencéité sociale et culturelle, comparée à la notion de *victimism*. Les notions de *alienated* et *enhanced agency* en relation avec celle de *victimcy* ont aussi été évoquées, ainsi que leur relation à l'habitus. Les bénéfices résultant de la *victimcy* ont aussi été mis en évidence dans cette section. De même, l'agencéité éthique a été abordée, autre forme d'agencéité, en relation avec la notion de vertu et de piété. La *victimcy* a été explorée à travers cet aspect éthique de l'agencéité, essentiellement par le biais de la notion de piété. La dynamique de la *victimcy*, l'espace d'assujettissement dans lequel elle se situe et enfin les moyens qu'elle utilise (tels que la narration) ont été évoqués. La *victimcy* a aussi été analysée selon les concepts de discipline/liberté et douleur/plaisir qui l'animent, ainsi que selon les principaux champs de son expression : la religion et la sexualité. Le corps,

principal outil de l'expression de cette agencéité, a été abordé de même que son pouvoir politique dans la dynamique de la *victimcy*. L'analyse des données relatives aux notions de '*assabeyya*, d'agencéité et de *victimcy* suggère que la '*assabeyya* pourrait être l'expression de l'échec de ces deux types d'agencéité que sont l'agencéité tactique et éthique. C'est ce qu'essaiera de comprendre la partie suivante.

VIII.4. '*Assabeyya* : échec de l'agencéité éthique et de la *victimcy* (agencéité tactique)?

VIII.4.1. Conflit conceptuel entre la notion d'agencéité éthique du mouvement de la *da 'wa* et de celle du *kassāss*⁴⁶⁴ dans l'Islam

L'émergence d'une détresse psychologique, comme la '*assabeyya*, serait-elle le signe d'un échec de l'agencéité, notamment de l'agencéité éthique, telle que celle proposée par la *da 'wa* et décrite par Mahmood (2001) ?

L'agencéité que décrit Mahmood (2001), comme étant celle des femmes du mouvement de la *da 'wa*, relève en fait, à mon sens de la *victimcy* décrite précédemment, une agencéité plus tactique qu'éthique, comme le montre le cas de Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires). En effet, l'approche de Mahmood (2001) du concept d'agencéité conçoit que l'un des aspects de ce type d'agencéité est, pour les femmes, d'être 'actrices' à l'intérieur de la dynamique d'assujettissement à laquelle est soumise la femme, tout comme Shéhérazade, emprisonnée et attendant sa mort, l'est à travers sa narration. Or l'agencéité de Shéhérazade est plus à type tactique dans une situation où elle est victime et emprisonnée, tout comme ces femmes du mouvement de la *da 'wa*. De plus, Mahmood (2001) remet ici en question l'universalité même du désir, car cette universalité autoriserait implicitement la résistance à tout ce qui contrerait ce désir (comme par exemple la domination masculine pour la femme). Mahmood (2001), de ce fait explique la docilité des femmes du mouvement de la *da 'wa* face à la domination masculine par leur absence de 'désir', d'où leur absence de résistance. Cette approche visant à remettre en question

⁴⁶⁴ Loi du talion en arabe littéraire, concept coranique.

l'universalité de la notion de désir tout en mettant en avant celle du non-désir, me semble dépasser le cadre de la pensée anthropologique dédiée à l'agencéité car elle apparaît comme remettant en question le concept même de l'existence de l'individu, cette remise en question pouvant aboutir à son l'annihilation.

J'appuie mon raisonnement sur ces trois faits :

(1) Parmi les femmes rencontrées, une seule (Ghada, 40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) était impliquée dans le mouvement *da'wa*. La pratique religieuse de toutes les autres variait de la non-pratique, à une pratique *wasateyya*⁴⁶⁵ (par conviction ou par obligation sociale) comprenant l'exécution des cinq piliers de l'Islam (la *shahada*⁴⁶⁶, la prière, le jeûne du ramadan, la *zakāt*⁴⁶⁷ et le *hajj* si possible). Ghada est devenue ultérieurement très active politiquement dans un parti de mouvance islamique. Si son but originel était la simple recherche de piété, il a toutefois évolué vers la recherche d'un pouvoir politique, et vers une 'résistance' non pas contre les hommes, mais contre un régime politique en particulier (Rinaldo 2014). La trajectoire de Ghada représente celle du mouvement *da'wa* en général. Ghada souffrait de *'assabeyya*, de symptômes dépressifs et anxieux, et se plaignait que son mari ne la soutenait pas dans son ambition de réussir financièrement ni dans son implication religieuse et politique. Selon l'argumentation de Mahmood (2001), Ghada ne devrait pas avoir de désir 'de vivre' (travailler, réussir, évoluer), et de ce fait ne devrait pas souffrir du manque de coopération de son mari, et devrait avoir acquis les vertus que prônent l'Islam : *Al sabr*⁴⁶⁸, *al réda*⁴⁶⁹, *al hayā'*⁴⁷⁰. Cependant, Ghada n'a pas acquis ces vertus, bien qu'elle se soit consciencieusement entraînée et disciplinée à les acquérir (comme la pianiste qui s'exerce chaque jour, pour reprendre l'exemple de Mahmood (2001)), en mettant le voile, en apprenant le Coran, en suivant les cours de *tafsīr*, en allant dans des *kawāfel*⁴⁷¹ pour étendre la *da'wa*.

⁴⁶⁵ Modérée.

⁴⁶⁶ Phrase assurant qu'il n'y a de dieu que Dieu et que Mohammad est son prophète (profession de foi).

⁴⁶⁷ L'aumône.

⁴⁶⁸ La patience.

⁴⁶⁹ L'acceptation.

⁴⁷⁰ La pudeur.

⁴⁷¹ Des expéditions, des caravanes.

La question qui se pose ici : toute personne qui s'entraîne au piano devient-elle pianiste et virtuose ? Et toute personne qui s'entraîne à la pratique de la piété devient-elle pieuse ? L'expérience de Ghada démontre bien que non, tout comme l'évolution du mouvement de la *da'wa* et de ses principes, tels qu'ils ont été énoncés, ont démontré que la pratique prônée de la piété n'aboutissait pas à cette 'agencéité éthique' visée, mais plus à une *victimcy* rappelant celles des femmes libériennes dont la fibre guerrière ne peut-être occultée (Garaude 2013 ; Utas 2005). En effet, les récents événements violents à l'université Al Azhar (Taha 2013) ont été initiés par des jeunes filles qui appartenaient au mouvement de la *da'wa*, mouvement qui s'est peu à peu politisé et radicalisé pour revêtir des aspects de *takfir* (Awad 2014). Ceci illustre bien le fait que l'agencéité prônée par la *da'wa* n'est pas docile à l'autorité (notamment ici l'autorité politique) ni éthique (l'Islam prône la non-violence). Il s'agit plutôt ici d'une agencéité tactique, à type de *victimcy*, car elle comprend un élément de violence manifeste, de vengeance, d'*acting out*, rappelant celui des femmes 'guerrières' libériennes dont discute Utas (2005). En effet, ceci laisse supposer que l'agencéité des femmes sous l'influence du mouvement de la *da'wa* penche plus vers la *victimcy* plus que vers la docilité 'agentive' ou l'agencéité éthique, et que l'universalité du besoin vital de liberté d'existence, que Mahmood (2001) remet en question, lorsqu'il est compromis, fait naître le même instinct de survie, la même rage chez la jeune fille de l'université d'Al Azhar que chez la 'guerrière' du Liberia, Oum Ramadan ou chez les femmes que j'ai rencontrées lors de ma recherche. Et je citerai ici Belaala (2004 cité dans Pandolfo 2007 : 334-335).

Les takfiristes sont des aliénés issus de milieux sociaux désintégrés qui n'ont connu que l'univers brutal et sordide des ghettos et ont été traité par la société comme des féroces. Au nom d'une certaine conception sectaire de l'Islam, ils retournent cette férocité impitoyable contre l'ordre établi.

(2) Le deuxième point qui appuie mon raisonnement repose sur le fait que le terme *da'wa* lui-même comprend un aspect dynamique de ralliement à l'Islam (ce qui contredit l'esprit de *sabr* et de *réda*, paradoxalement prônés par le mouvement des mosquées auprès de ces femmes). Il serait bon de rappeler que *da'wa* (Hirschkind 2001, 2006) est l'un des mots clés de la philosophie de la confrérie musulmane comme le rappelle Vannetzel (2011 : 84) , qui précise aussi la portée plus politique de la *da'wa* que religieuse (portée révélée

récemment à travers la disparition du mouvement des mosquées de manière concomitante à l'échec du projet de l'islam politique, ce qui laisserait supposer l'existence d'une relation étroite entre la *da'wa* du mouvement des mosquées et l'islam politique) :

De fait, le travail prédicatif *al-da'wa*, éducatif et social, déjà fondamental durant les années 1930 et 1940, a été consacré comme voie d'action principale du mouvement au moment de sa réémergence. Prenant ses distances avec les méthodes violentes qui avaient causé son interdiction, l'organisation frériste s'orienta vers une démarche inscrite dans le long terme et axée sur une progression lente, discrète, voire secrète, congruente avec les contraintes imposées par le régime en place. (Vannetzel 2011 : 84).

L'agencéité éthique ou la docilité 'agentive' prônée par le mouvement des mosquées et de la *da'wa* semble être en contradiction non seulement avec sa dénomination mais aussi avec la philosophie même de l'Islam, qui comprend dans sa philosophie, l'idée d'agissement, de combat et de révolte contre l'injustice (*al kassās* ou la loi du talion) pour les affaires terrestres comme le rappelle le verset de Coran :

« C'est dans le talion que vous aurez la préservation de la vie, ô vous doués d'intelligence, ainsi atteindrez-vous la piété. ». (2 : 179).

« Et Nous y avons prescrit pour eux vie pour vie, œil pour œil, nez pour nez, oreille pour oreille, dent pour dent. Les blessures tombent sous la loi du talion. Après, quiconque y renonce par charité, cela lui vaudra une expiation. Et ceux qui ne jugent pas d'après ce qu'Allah a fait descendre, ceux-là sont des injustes. ». (5 : 45).

En effet, un des piliers de la piété est la croyance en la loi du talion (*al kassās*). Et toujours selon la philosophie islamique, les notions de *reda* et de *sabr* sont prônées pour les situations imposées par Dieu et non pas par l'homme (*al réda bel kadar*⁴⁷², *al ebtela*⁴⁷³) comme l'indiquent ces versets :

« Ô les croyants ! Cherchez secours dans l'endurance et la Salat. Car Allah est avec ceux qui sont endurants. » (2 : 153).

« Très certainement, Nous vous éprouverons par un peu de peur, de faim et de diminution de biens, de personnes et de fruits. Et fais la bonne annonce aux

⁴⁷² La soumission au destin divin.

⁴⁷³ Avoir à subir une situation difficile, imposée par Dieu.

endurants, qui disent, quand un malheur les atteint : "Certes nous sommes à Allah, et c'est à Lui que nous retournerons". » (2 : 155-156).

(3) Enfin, le troisième point pour étayer mon argumentation se puise dans l'approche soufi et les notions de *al esteghna*⁴⁷⁴, *al tajarrod*⁴⁷⁵ (Helminski 2013 ; Hoffman 2010 ; Rafea 2001) , qui est plus proche de l'approche populaire égyptienne de l'Islam (comme l'indique la multitude de maitres soufis égyptiens et les proverbes populaires⁴⁷⁶ (Chih 1997 ; Mayeur-Jaouen 1997). Dans le soufisme, appréhension spirituelle de l'Islam, il n'y a pas de négation du désir ni d'annihilation de soi, de ses instincts ou de ses impulsions, mais leur sublimation en une dévotion complète au Dieu unique ; comme Firdaus, qui, pour ne pas avoir un autre maitre que Dieu, attend la mort, qui la rapprochera de lui, dans un acte de *esteghna* de la vie terrestre et non pas dans un acte d'annihilation ou de négation de l'instinct de survie ou même de vengeance ou de liberté.

Pour étayer le raisonnement ci-dessus, l'on peut dire que la différence fondamentale que je perçois dans l'agencéité de Shéhérazade et de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer), et celle de Firdaus et Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), et enfin celle de Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) réside dans le fait que : Shéhérazade, comme Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer), sans renier leur état de captivité et souffrance, et pour survivre à l'emprise de l'autorité, utilisent la narration, prétendent se soumettre en soumettant leur corps mais pas leur pensée. Firdaus, quant à elle, tout comme Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), refusent de se soumettre à l'autorité, refusent de soumettre leur corps et leur pensée en refusant la narration, se soustrayant ainsi totalement à l'emprise de l'autorité en choisissant la mort et en se soumettant ainsi à l'autorité divine. Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) par contre, pour survivre à l'autorité nie que le pouvoir exercé par l'autorité sur elle relève de l'emprise mais se convainc qu'il relève plutôt du domaine de la discipline et de l'éthique, et nie son propre état de captivité et de ce fait dénie son instinct de liberté. C'est à mon sens cette négation instinctuelle et le conflit entre

⁴⁷⁴ Se dispenser.

⁴⁷⁵ Stoïcisme.

⁴⁷⁶ Le linceul n'a pas de poches : Ce proverbe signifie que lorsque la personne meurt, elle ne prend pas avec elle les biens qu'elle a accumulés durant sa vie.

le pouvoir de persuasion imposée à la pensée et *al fetra*⁴⁷⁷ qui génère une '*assabeyya* encore plus intense et éventuellement la pathologie identitaire, dissociative et psychotique, rencontrée chez les personnalités *borderline* et chez les personnes ayant été dans des situations de captivité notamment sectaire, diagnostiquée comme étant victime de *complex PTSD* comme nous allons voir ci-dessous.

Les attitudes différentes de Farida (39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer) et de Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer) face à l'adversité et l'oppression rappellent celle de Jawad et Kamal dont discute Pandolfo (2007 : 354). Les deux hommes ont deux attitudes différentes face à leur destin (l'un choisissant de rester au pays et l'autre de traverser la mer en direction de l'Europe), l'une résignée et l'autre rebelle, quitte à y perdre sa vie. La rébellion de Ghada et sa '*assabeyya* sont une rébellion peut-être plus nuancée à mi-chemin entre le *victimism* de Farida et le refus de toute *momayna* de Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer).

En fait la '*assabeyya*, de par l'agression et la frustration qu'elle contient, serait l'indication de l'échec de l'agencéité éthique dont l'essence même est l'acceptation et la non-violence. De même, et comme l'on verra dans la partie suivante, lorsque l'ampleur de la violence subie est importante, les capacités adaptatives de l'agencéité tactique sont débordées et la '*assabeyya* apparaît.

VIII.4.2. Quand la *victimcy* est dépassée par l'ampleur de la violence subie

La *victimcy*, est ce type particulier d'agencéité qui devrait permettre à la personne de préserver son identité, de continuer à exister et à évoluer, malgré la dynamique d'assujettissement à laquelle elle est soumise, et ce, à l'intérieur même de cette situation d'assujettissement. Cet assujettissement rappelle la situation d'emprisonnement chronique à la base de la définition du *complex PTSD* (Chu 2011 ; Cloitre et al. 2009 ; Herman 1992 ; Roth et al. 1997).

⁴⁷⁷ L'instinct.

L'émergence de signes de *'assabeyya* indiquerait-elle donc un échec ou un épuisement de la *victimcy* et le basculement vers les symptômes du *complex PTSD*, qui si prolongés aboutissent au TPL où l'identité est chroniquement et profondément compromise voire annihilée (Chu 2011 ; Van der Kolk 2009 ; Van der Kolk et Courtois 2005 ; Van der Kolk et al. 2005, 2007, 2009) ?

Les recherches conduites par Dunmore et al. (1997) et Ehlers et al. (1998, 2000) ont démontré que les expériences de contrôle totalitaire détruisent la perception de soi de l'individu en tant qu'être autonome, et les perceptions de la perte d'autonomie prédisent le développement d'un syndrome de stress post-traumatique. La perception par les victimes d'avoir subi une défaite mentale, une aliénation, et un changement permanent étaient liées à des présentations plus sévères du syndrome. [...] La perception de la perte d'autonomie pendant la victimisation a correspondu à la fin des efforts de maintenir une identité et une perte de la croyance que l'individu pouvait exercer son libre désir et son libre choix, cette perte correspond à une étape intermédiaire vers la mort mentale ou la perte complète de l'identité (Ehlers et al. 1998, 2000). [...] Comme conséquences de ce contrôle totalitaire, la perception de l'efficacité des ressources de l'individu de *coping*, d'appréhender et d'intégrer l'expérience de manière constructive est diminuée, remplacée par la perception que tout essai d'influencer la situation est inutile., ce qui ressemble au concept de *learned helplessness* (Peterson et Seligman 1983) ayant comme conséquences similaires une paralysie des convictions de *coping* et des actes de *coping*. (Ebert et Dyck 2004: 627; traduction libre).

Ce chapitre a essayé d'intégrer l'analyse des données récoltées durant cette recherche à la discussion des concepts qui en sont ressortis. Les thèmes abordés, dans la première partie de ce chapitre, ont été les différents types de violence subis par les femmes rencontrées ainsi que leurs conséquences (notamment psychologiques, telles que la *'assabeyya* et le TPL). La deuxième partie a évoqué les stratégies de *coping* utilisées pour faire face à cette violence ainsi que ses différentes sources. Elle a ensuite analysé ses conséquences, principalement la souffrance psychologique. L'évocation de ces thèmes a été appuyée par des références issues du contexte égyptien auxquelles se sont ajoutées mes propres réflexions.

La violence interpersonnelle ainsi que la violence généralisée se sont avérées être très présentes dans la vie de ces femmes rencontrées. Les vecteurs de la violence interpersonnelle sont essentiellement les abus physique, sexuel, émotionnel et

psychologique. La source principale est dans la majorité des cas, la famille proche. La mère occupe une place importante dans cette violence interpersonnelle où elle est responsable directement de violence émotionnelle et psychologique à type de culpabilisation et de négligence émotionnelle, mais aussi de violence sexuelle (par sa persistance à circoncire sa fille) ; ou indirectement de violence physique en commanditant les hommes de la famille pour l'exercer sur sa fille. Le mari vient en deuxième position pour la violence interpersonnelle par la fréquence des abus physiques et sexuels rapportés par les femmes interrogées et de la violence émotionnelle et psychologique qui prend la forme d'humiliation et de négligence. Il semble primordial ici, de mettre en relief l'importance pour le dominant d'asseoir son autorité, que cette autorité soit parentale ou conjugale, et ce, en utilisant la culpabilisation qui instigue des sentiments de peur, voire de terreur, ainsi que de honte qui vont prendre en otage la personne et l'emprisonner.

La violence généralisée occupe une place très importante pour ces femmes de la communauté que j'ai rencontrées. Elle est omniprésente dans leur quotidien sous la forme de violence symbolique, culturelle et structurelle. La violence symbolique et culturelle qu'elles subissent se structure autour de nombreux concepts culturels de base, basés essentiellement sur la notion d'*el 'orf wal takalīd*⁴⁷⁸. Ces concepts, issus de la culture égyptienne, comportent deux facettes : l'une 'saine' et l'autre 'pervertie'. Ces concepts sont la piété avec ses deux facettes, *el tadayyoun*⁴⁷⁹ (sa facette saine) et *el ta'asloum*⁴⁸⁰ (celle pervertie et répressive) ; et la sexualité de la femme à la base de la notion d'honneur (*el sharaf*)⁴⁸¹, qui, si appliqué dans une optique répressive, devient *kawwāma-tou al rajoul 'alā al mara'a*⁴⁸². Les aspects pervers de ces deux concepts sont développés par les acteurs de la *manzouma* (le système socioculturel) détenteurs du pouvoir (la mère, *el nāss*

⁴⁷⁸ Les us et coutumes.

⁴⁷⁹ La spiritualité et l'importance des valeurs religieuses.

⁴⁸⁰ Se prétendre être musulman religieux et pratiquer, et l'afficher par des comportements visibles sans en respecter l'essence ni les enseignements.

⁴⁸¹ L'honneur.

⁴⁸² L'autorité de l'homme sur la femme comme définie par le Coran.

⁴⁸³, *el 'eila (ou el ahl)*⁴⁸⁴, et *el shoyoukh*⁴⁸⁵, dans un but de subordination des personnes sur lesquelles ces concepts culturels seront appliqués, à savoir, ici, les femmes. Les facettes répressives des concepts de piété et d'honneur sont exprimées à travers des comportements directement violents, entraînant la subordination des femmes et conséquemment leur souffrance, dont *el tār*⁴⁸⁶ (crimes d'honneur), *el tahāra*⁴⁸⁷ et la stigmatisation des plaintes psychologiques. Le concept culturel qui regroupe toute ces pratiques est *el soura al namateyya wal taklīdeyya lel mar'a*⁴⁸⁸.

Les composantes de la violence structurelle, sources de violence et de pression sur les femmes de la communauté, et sur toute la société, sont le système de santé, le système éducatif et les systèmes autoritaires (religieux, familial (*el bēt*)⁴⁸⁹ et policier), et enfin le système financier ; le tout constituant un ensemble appelé *doghout el hayā*⁴⁹⁰. *Doghout el hayā* sont dus aux conditions économiques, aux nouvelles obligations financières, à la situation politique, aux médias, bref à la vie même au Caire avec la surpopulation, la pollution et le manque d'infrastructures urbaines. Chacun des facteurs faisant partie de *doghout el hayā*, le théâtre où ces *doghout* évoluent (à savoir l'espace genré que constitue la ville du Caire), ainsi que leurs effets sur les femmes interviewées, et sur les Égyptiennes, en général, ont été passé en revue.

Cette première partie a aussi essayé d'identifier les répercussions physiques de la violence, dont celles les plus fréquemment citées : les troubles sexuels à l'échelle individuelle (à type de vaginisme et de dyspareunie, souvent secondaires à de la violence psychologique ou sexuelle) et plus généralement l'infertilité et certaines perversions sexuelles. De même, les répercussions psychologiques de la violence ont été abordées à type de tendance anxieuse

⁴⁸³ Les gens.

⁴⁸⁴ La famille.

⁴⁸⁵ Les sheikhs, le clergé.

⁴⁸⁶ Crimes d'honneur et revanche pour sauver *el sharaf*.

⁴⁸⁷ Circoncision.

⁴⁸⁸ L'image culturelle stéréotypée de la femme.

⁴⁸⁹ La structure familiale : Le foyer, la maison et aussi la famille.

⁴⁹⁰ Le stress des conditions de vie.

(*el 'ala', el tawattour*)⁴⁹¹, dépressive (*el za 'al, el hozn, el ekte 'ab*)⁴⁹², addictive (*el 'edmān*), troubles de l'image du corps (*ana mesh helwa*), troubles du comportement (à type d'agressivité due à des sentiments de *ghell, ghayz, korh, entekam*) ou de la personnalité (*edterāb el shakhseya*) et enfin troubles cognitifs retrouvés dans l'attitude de victimisation. L'idiome de détresse '*assabeyya* est l'une des plus importantes répercussions de la violence qu'a identifiée l'analyse des données des entrevues. Enfin, les répercussions de la violence sur la famille sont nombreuses d'abord sur le couple, au court et long terme, puis sur les enfants.

La deuxième partie de ce chapitre a tenté d'explorer le *coping* de ces femmes confrontées à la violence, en analysant leurs stratégies de résolution de problèmes stressants, voire traumatisants (que ce soit des stratégies adaptées et positives ou non), ainsi que les facteurs favorisant ce *coping* et ses 'politiques' en termes d'agencéité. Les stratégies adaptées et positives que les femmes interrogées utilisent sont la capacitation (l'acquisition de moyens d'*empowerment* et d'agencéité) à travers la connaissance, le travail, l'indépendance financière et l'auto-responsabilisation (Côté, 2013). *El momayna* et *el tahāyoul* sont des stratégies de *coping* avec les sources de pouvoir, fréquemment citées par les femmes interviewées et centrées sur les émotions ou le support social. En relation avec une situation jugée comme non-contrôlable, elles relèvent de l'évitement, notamment de la *résignation-déresponsabilisation* (Côté, 2013) Cette attitude est décrite dans le concept de victimisation précédemment mentionné.

Le plus important facteur favorisant le *coping* est l'adaptation ou le *ta'akloun* qui utilise des stratégies facilitant le *coping* adapté, basé notamment sur la modification de la situation. Ce coping adapté est soit centré sur le problème ou centré sur les émotions, et principalement motivé pour les femmes interrogées par la quête du bien-être de leurs enfants. Il induit chez elles un sentiment d'agencéité et l'espoir qu'il y a une possibilité de ne plus être en souffrance psychologique perpétuelle. Le sentiment d'agencéité (ou

⁴⁹¹ L'anxiété, l'angoisse en arabe littéraire et dialecte égyptien.

⁴⁹² Tristesse, désespoir et 'dépression'.

d'agentivité) peut être sous la forme de la possibilité d'une indépendance financière et d'optimisme

Chercher à acquérir une agencéité malgré les multiples et diverses situations oppressives, et devoir composer avec les acteurs du pouvoir à l'intérieur d'une *manzouma* bien ficelée d'hégémonisme et d'oppression, est un acte de nature politique. L'un de ces premiers actes politiques, symbole d'une capacitation naissante, est la quête de soulagement de la souffrance psychologique, dont la '*assabeyya*, souffrance qui est due à un quotidien oppressif à tous les niveaux publics et privés. Cette quête se heurte à des facteurs culturels de résistance aux soins de santé mentale, aux limites des circuits médicaux conventionnels (imposées par des facteurs structurels, tels que le manque de personnels et de structures de santé mentale). La tendance récente à 'l'islamisation' de la culture de la société égyptienne, a aussi influencé la santé mentale et psychologique à tous les niveaux. Cependant, il semble que l'élan révolutionnaire, dont les outils ont été la télévision, le cinéma et les médias sociaux, a eu un effet bénéfique sur la santé psychologique et ce en libérant la parole à Midān el Tahrīr et en faisant renaître le sentiment d'honneur chez les hommes égyptiens.

Les mécanismes de l'articulation de la '*assabeyya* avec le concept d'agencéité (particulièrement ses dimensions sociale, culturelle et politique), notamment par le biais du concept de *victimcy*, ont ensuite été analysés ainsi que les bénéfices secondaires à l'adoption de la *victimcy*. La *victimcy*, tout comme l'agencéité éthique, ont été abordées à travers cet aspect éthique de l'agencéité, et ce, essentiellement par le biais de la notion de piété. La *victimcy* a aussi été analysée selon sa dynamique, l'espace d'assujettissement dans lequel elle se situe, les moyens qu'elle utilise, les concepts qui l'animent (discipline/liberté et douleur/plaisir), ainsi que selon les principaux champs de son expression (religion et sexualité). Enfin, le pouvoir politique, dans la dynamique de la *victimcy* que possède le corps, principal outil de l'expression de cette agencéité, a été mis en évidence.

La dernière partie de cette section a essayé d'analyser les notions de '*assabeyya*, d'agencéité et de *victimcy* afin de répondre à l'hypothèse suggérant que la '*assabeyya* est l'expression de l'échec à la fois de l'agencéité tactique et éthique.

La *'assabeyya*, idiome de la détresse, est ressentie et exprimée par de nombreuses personnes dans la société égyptienne et dans le monde sous les formes de *nervios*, *nevra*, *nervos*. Cette détresse des *Masraweyyates* peut-être vue, entendue, touchée, sentie, lue et analysée à travers différentes perspectives. Si l'on se place dans le modèle *'disease, illness, sickness'*, cette détresse est le résultat de différents mécanismes de violence induisant l'assujettissement. Cette souffrance ainsi que ses mécanismes sont désignés différemment selon l'axe du modèle où l'on se situe :

(1) Pour l'axe biomédical du *disease*, cette souffrance appartient aux catégories diagnostiques de l'ESPT complexe et du TPL et est due aux notions de traumatismes aigus et chroniques dont elle est l'expression biologique et psychologique, selon les mécanismes du stress et de l'adaptation psychologique et physiologique à ce stress.

(2) Selon l'axe du *illness*, cette souffrance est exprimée sous la forme d'un idiome de détresse, ici la *'assabeyya*, et elle résulte de l'assujettissement causé par les différentes sources de violence culturelle et symbolique auxquelles les *Masraweyyates* font face dans leur quotidien (*el 'orf wal takalīd* et *el manzouma*). Les mécanismes de cet assujettissement sont essentiellement exprimés à travers la religion et la sexualité et utilisent notamment les sentiments de culpabilité, de honte et de terreur. Cet assujettissement induit la mise en place de stratégies de survie telles qu'*el momayna*, *el tahāyoul*, *victimcy* et *victimism*.

(3) Selon l'axe de *sickness*, la souffrance des *Masraweyyates* a une dimension de malaise socio-politique ayant mené à des manifestations révolutionnaires et est causée par la violence structurelle que contient la *manzouma*. Les mécanismes de cette violence sont la subordination, l'hégémonisme et la ségrégation, et elle induit la mise en place de différentes sortes d'agencéité (surtout tactique) et notamment d'agentivité.

Les mécanismes causant cette souffrance, bien qu'ils diffèrent dans leur dénomination selon les modèles interprétatifs et leur terminologie, sont en fait les mêmes car basés sur la notion d'assujettissement qui aboutit à l'aliénation de la personne.

Le chapitre suivant est dédié à la compréhension synthétique de la *'assabeyya*, compréhension basée sur les données des cadres contextuel et conceptuels de la recherche

(chapitres I, II et III) ainsi que sur celles de l'analyse des entrevues (chapitres VI, VII et VIII). Cette compréhension suivra d'abord le modèle des 3 axes *disease, illness et sickness*, puis une approche ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique et enfin une approche existentielle. Dans ces deux dernières approches, la relation entre '*assabeyya* idiome de détresse et '*assabeyya khaldunienne*, est abordée. En effet, d'après les données des chapitres précédents, l'on est porté à penser que la '*assabeyya* peut être perçue comme le dernier sursaut existentiel de survie des femmes égyptiennes, avant leur aliénation voire leur annihilation par l'emprise hégémonique exercée par toutes les catégories de violence qui l'encerclent et l'envahissent.

**TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES
DONNÉES**

CHAPITRE IX. COMPRÉHENSION SYNTHÉTIQUE DE LA 'ASSABEYYA

La deuxième partie de cette thèse a mis en évidence les types de violences subies par les femmes interrogées ainsi que par les *Masraweyyates*, voire les *Masreyyeen* ⁴⁹³. Les conséquences de ces violences sur leur santé physique et psychologique, dont la *'assabeyya* et le TPL, ainsi que les stratégies de *coping* mises en place, y ont aussi été évoquées. Enfin, l'agencéité des femmes rencontrées ainsi que la *'assabeyya* (comme éventuelle expression d'un échec de cette agencéité et d'un assujettissement dont le corps est l'objet) ont été discutées.

Le présent chapitre aspire à relier les éléments issus de l'analyse des données du terrain, les concepts qu'ils évoquent ainsi que les notions théoriques développées dans les chapitres II et III. Ces concepts seront interprétés selon trois approches, et ce, afin de mieux comprendre les mécanismes de la formation de la *'assabeyya* chez les *Masraweyyates* et éventuellement chez les *Masreyyeen*. La première approche est celle des 3 axes du cadre conceptuel (*disease, illness, sickness*) et ceux du modèle Bio-Psycho-Social (Borrell-Carrió et al. 2004 ; Engel 1980) décrivant *disease* (et son aspect biomédical, le TPL), *illness* (et la notion d'idiome de détresse) et *sickness* (la dimension sociopolitique) ; la deuxième est l'approche ethnopsychiatrique et psychanalytique ; et enfin la troisième est l'approche existentielle.

Cette compréhension articulera la notion d'assujettissement, comme concept clé, pour les trois approches, tout en y intégrant les notions issues de l'analyse des données récoltées dans le contexte de la recherche.

(1) La première approche de compréhension de la *'assabeyya* selon les 3 axes du cadre conceptuel (*disease, illness, sickness*) se développera comme suit :

⁴⁹³ Les Égyptiens.

Le premier point abordera le penchant biomédical de la *'assabeyya* et sa relation avec le TPL. Cette partie reviendra sur les nombreuses similitudes existant entre le mécanisme de développement de la *'assabeyya* et celui du TPL ; ainsi que sur les analogies de leurs symptômes constitutifs respectifs, et ce, à travers l'étude de la notion d'assujettissement selon son interprétation à l'intérieur du cadre biomédical (le corps, principal objet du domaine biomédical étant l'objet même de cet assujettissement) ; le deuxième point explorera l'expression de la *'assabeyya*, en tant qu'idiome de détresse, du point de vue de la violence culturelle et symbolique et ce qui en résulte en termes d'assujettissement politique de ce corps, en abordant, brièvement, sa relation avec le féminisme ; le troisième point se penchera sur la *'assabeyya* du point de vue de la violence structurelle et de l'anthropologie médicale critique, par rapport à sa prise en charge en tant que souffrance psychologique, par les structures de la santé mentale en Égypte.

(2) La deuxième approche tentera de comprendre la *'assabeyya* d'un point de vue ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique, et ce, à travers l'approche sociale et psychologique d'Ibn Khaldun (1986) et de Durkheim (1960) à propos de l'assujettissement et, conséquemment, de l'aliénation et de l'anomie qui en résultent. Elle s'arrêtera également à l'approche psychanalytique de Freud (1914-1916 ; 1961) et de Butler (1997).

(3) La troisième approche abordera des aspects plus existentiels de la *'assabeyya* avec Jung (2014), Fromm (1942; 1992; 1994; 2012; 2013) et Frankl (1973; 1985; 2011; 2014) où l'art (à travers notamment la danse qu'elle soit orientale ou sous forme de danse soufi) est le moyen par lequel, à l'intérieur d'un espace initiatique (Anzieu 1998 ; Peters 1994 ; Winnicott 1953), la souffrance incarnée dans la *'assabeyya*, est sublimée (Freud 2010) puis transcendée, pour atteindre une dimension plus vaste, à savoir la *'assabeyya* khaldunienne.

IX.1. *'Assabeyya selon les 3 axes disease, illness, sickness*

IX.1.1. Corps et assujettissement : objet et sujet biomédicaux dans la *'assabeyya* et le TPL

Les injonctions sociales les plus sérieuses s'adressent non à l'intellect mais au corps. [...] cette action psychosomatique s'exerce souvent au travers de l'émotion et de la souffrance, psychologique ou même physique, celle notamment que l'on inflige en inscrivant des signes distinctifs, mutilations, scarifications ou tatouages, à la surface même des corps. (Bourdieu 1997 : 164).

Bourdieu explique dans cet extrait que, selon le concept de l'habitus, le corps est le lieu où toutes les forces violentes qui cherchent à le dominer, s'expriment et agissent. Le corps est aussi le lieu où la relation 'psychosomatique' liant la psyché et le corps exprime la souffrance ressentie (physiquement ou psychologiquement), notamment celle que le corps 'violenté' s'auto- inflige. L'intrication de ces notions clés que sont assujettissement, interactions sociales, souffrance et automutilation (ou masochisme physique et psychologique), sont retrouvées dans leur intégralité dans la *'assabeyya* (comme le montre l'analyse des entretiens aux Chapitre VII et VIII) ainsi que dans le TPL (Assoun 2015 ; Lester 2013 ; Sargent 2003).

Pour le TPL, les termes biomédicaux qui décrivent cette dynamique, comme ils ont été décrits dans l'introduction de cette thèse, peuvent être vus comme un continuum allant de la notion de stress traumatique (PTSD) (Antonovsky 1979) à celle d'état de stress post-traumatique (*complex PTSD*) (Cloitre et al. 2009), puis au *Developmental Trauma Disorder* selon Van der Kolk (1989, 1996) et Van der Kolk et al. (2007), pour aboutir au trouble de la personnalité limite (TPL) ou *Borderline Personality Disorder* (BPD) (Herman et al. 1989, Herman 1992). Ce continuum est caractérisé par un traumatisme profond affectant la structure et le fonctionnement de base de la personne, comme en témoignent les symptômes de PTSD, de *complex PTSD* et de BPD (American Psychiatric Association 2013c), indiquant que toutes les aires de fonctionnement de la personne sont déstructurées.

C'est cette déstructuration, caractérisant le mécanisme de cette rupture de la structure interne de la personne, qui peut être très bien comprise à travers la notion d'attachement de Bowlby (1984) et d'Ainsworth (1967), en ce sens qu'un traumatisme relationnel pendant

l'enfance aboutit à un attachement déstructuré et à un style d'attachement désorganisé à l'âge adulte, précurseur du développement d'une personnalité limite (Alexander 2014 ; Baradon 2009 ; Brennan et Shaver 1998 ; Morton et Browne 1998 ; Rothbaum et al. 2000). Enfin, l'exposition à des stress traumatiques, comme dans les situations de violence extrême ou continue, requiert la mise en place, par l'individu, de mécanismes d'adaptation. L'aspect que prendront les répercussions physiques et psychologiques de cette violence dépendra du type de stratégies de gestion du stress et du trauma mises en place (Côté 2013 ; Lazarus 1966 ; Lazarus et Folkman 1984 ; McCracken et Eccleston 2003). En effet, les stratégies de 'survie' face à cette violence, ainsi que les manifestations symptomatologiques des souffrances qu'elles induisent, notamment à travers une symptomatologie corporelle (Sargent 2003 ; Scaer 2014 ; Scheper-Hughes, 1987 ; Seif el Dawla, 2003 ; Van der Kolk, 1996), ont des spécificités sociales et culturelles (Brown et Westaway 2011 ; Ratner 2000 ; Utas 2005). De là, est apparu pour la communauté psychiatrique, la nécessité d'ajouter au DSM-5 la notion de *Cultural Concept of Distress* (American Psychiatric Association 2013d) ainsi qu'un guide d'entrevue spécifique (American Psychiatric Association 2013e) pour une approche plus culturelle de la souffrance dans les milieux biomédicaux. Dans ce contexte, les travaux de Kleinman (1988 ; 1997), Kleinman et Becker (1998), Kleinman et al. (1997), ceux de Kirmayer et al. (2007 ; 2008), ainsi que de nombreuses autres publications de différents auteurs, sont d'une grande richesse anthropologique à ce sujet. Cette tendance incitera, il faut espérer, une application pratique des théories de la psychiatrie transculturelle (Kirmayer et al. 2008 ; Moro et De La Noë 2004) notamment en Égypte (Escobar 1995 ; Sami et El-Gawad 1995).

La '*assabeyya*, comme l'ont présentée les chapitres III et VII, est considérée comme étant un tempérament si elle se manifeste de manière continue, ou comme un trouble de la personnalité si elle est plus accentuée. La '*assabeyya* serait l'équivalent en Égypte du TPL biomédical (Cayleff 1988 ; Davis et Low 2014 ; Krieger 1989 ; Low 1989a ; Rebhun 1993 ; Rozemberg et Manderson 1998 ; Schechter et al. 2000). En effet, la '*assabeyya* peut se manifester sous la forme de crises de rage et de violence physique, et rappeler ainsi alors les crises de colère et l'impulsivité du TPL et de l'*ataque de nervios* (Guarnaccia et al. 1989 ; Lewis-Fernández et al. 2002). Enfin, les manifestations d'automutilations

corporelles pendant les crises aiguës sont retrouvées aussi dans la *'assabeyya*, le TPL et l'*'ataque de nervios* (Hattar-Pollara et al. 2000, 2003), ainsi que le désir de mort, agi ou juste désiré (Faris et Faris 2010 ; Sansone 2004).

Et là, le film de Pedro Almodovar, *'Femmes au bord de la crise de nerfs'* (Almodóvar et al. 1995) vient à l'esprit, illustrant la vision commune existant dans les cultures où se manifestent les conditions citées dans la section précédente. Cette vision est que les femmes aient une crise de nerfs : c'est 'normal'. C'est leur façon d'exprimer leur colère, leur souffrance, leur rébellion, tout comme pour la *'assabeyya*, qui est 'normale' pour les femmes, et même de plus en plus chez les hommes en Égypte 'car tout le monde est devenu *'assabey'*.

Le TPL biomédical est aussi prédominant chez les femmes (Sansone et Sansone 2011 ; Shaw et Proctor 2005 ; Wirth-Cauchon 2001), mais il n'est pas 'normal', encore plus si c'est un homme qui est concerné, quoiqu'une augmentation du diagnostic du TPL chez les hommes soit observée aujourd'hui, notamment chez les adolescents (Hafizi et Tabatabaei 2014 ; Kawabata et al. 2014 ; Pinto et al. 2000). Et là peut être mentionné le cas d'un patient égyptien, nouvellement installé aux États-Unis, incité, par son épouse américaine à aller consulter un professionnel de la santé mentale. Le psychiatre américain, qu'il a visité aux États-Unis, a posé le diagnostic de TPL. Cependant, il a préféré le référer à un confrère égyptien en Égypte, car il a jugé être plus utile pour ce patient d'être référé à un psychiatre de la même culture, et qui aurait de ce fait, selon lui, une vision plus intégrale de sa condition (Millon 1993 ; Paris 1996). Le mari en fait n'était 'que' *'assabey*, selon les normes égyptiennes de la *'assabeyya*, et le psychiatre qui l'a vu en Égypte n'a pas jugé nécessaire de le soigner vu que sa *'assabeyya* était considérée comme étant liée à sa récente immigration aux États-Unis.

Pour revenir à la *'assabeyya* et aux femmes, les violences qui sont exercées en Égypte et plus particulièrement au Caire, qu'elles soient individuelles ou plus globales, ont une dimension à la fois culturelle et politique. La religion est le domaine où les deux dimensions

(culturelle et politique) de ces violences interagissent, le corps étant le substrat sur lequel elles se manifestent.

La section suivante essaiera de donner une idée globale de l'effet de cette dynamique sur les *Masraweyyates* et sur la *'assabeyya* à travers les différentes politiques qui se jouent autour de son corps.

IX.1.2. *'Assabeyya* : entre anthropologie du genre et de l'Islam

Les forces violentes, à l'origine de la *'assabeyya*, agissent sur le corps des femmes, induisant l'assujettissement de celles-ci, et ce, à travers le pouvoir qu'elles exercent sur le corps de ces femmes (Saliba 1995 ; Scheper-Hughes et Lock 1987). Les violences symboliques qu'elles subissent sont essentiellement la religion et son interprétation culturelle ; les violences structurelles, quant à elles, sont la discrimination par le genre et la pratique néo-orientaliste de la psychiatrie. Cette section essaie d'évoquer les différents types de pouvoir que subissent les *Masraweyyates*, portés par le corps de celles-ci et exprimés à travers la *'assabeyya*.

IX.1.2.1. La religion et son interprétation culturelle : la *Shari'a* pour tous

La religion et son interprétation culturelle, exemple de violence symbolique, est l'une des plus importantes des forces violentes que subissent les femmes égyptiennes en général. Elle induit leur assujettissement à travers le pouvoir qu'elle exerce sur leur corps, et conséquemment promeut l'expression de la *'assabeyya*.

Comme précisé par Majid (1998), la religion, et dans le cas de l'Égypte, l'Islam, et conséquemment les pratiques socioculturelles qui en découlent, sont la référence de base qui régit la vie des Égyptiens. Pour les chrétiens, comme pour ceux rencontrés lors de cette recherche, la religion chrétienne, ainsi que l'Église (orthodoxe, catholique et protestante) très active, tiennent une place de prédilection dans la société égyptienne, quoique la loi islamique régisse *al ahwāl el shakhseya*⁴⁹⁴ aussi bien des musulmans que des chrétiens.

⁴⁹⁴ Les affaires personnelles.

Les valeurs culturelles communes aux musulmans et aux chrétiens égyptiens retrouvées dans la littérature ainsi que dans l'analyse des résultats obtenus lors de la recherche de terrain de cette thèse sont : l'honneur, la famille, la filiation et la vertu. Ces valeurs, comme mentionné précédemment dans les chapitres VI, VII et VIII, ont un pouvoir très important, un pouvoir symbolique. Cette citation de Bourdieu (1977) décrit l'ampleur et l'importance de ce pouvoir :

Le pouvoir symbolique, pouvoir subordonné, est une forme transformée, c'est-à-dire méconnaissable, transfigurée et légitimée, des autres formes de pouvoir: on ne peut dépasser l'alternative des modèles énergétiques qui décrivent les relations sociales comme des rapports de force et des modèles cybernétiques qui en font des relations de communication, qu'à condition de décrire les lois de transformation qui régissent la transmutation des différentes espèces de capital en capital symbolique et en particulier le travail de dissimulation et de transfiguration (en un mot, d'euphémisation) qui assure une véritable transsubstantiation des rapports de force en faisant méconnaître-reconnaître la violence qu'ils enferment objectivement et en les transformant ainsi en pouvoir symbolique, capable de produire des effets réels sans dépense apparente d'énergie. (Bourdieu, 1977 : 411)

En Égypte, au-delà de l'Islam, de la Chrétienté ou même de la Judéité (Hassoun 1981; Modrzejewski 1991), ce serait plutôt les valeurs fondamentales (issues de la philosophie religieuse en général et agies selon les pratiques égyptiennes communes, comme l'honneur, la famille, la filiation, la vertu) qui seraient la trame de base tissant le tableau sur lequel se dessine l'esquisse de la *'assabeyya* sous toutes ses formes, comme l'a révélé l'analyse des entrevues réalisées dans le cadre de la présente recherche.

Cependant, Asad (2009) met en exergue l'importance de l'Islam comme 'prisme' (comme il le nomme) permettant à l'ethnologue de pénétrer les profondeurs des sociétés moyen-orientales. Ainsi, la partie qui suit s'efforcera de s'interroger sur les liens entre Islam, orientalisme et féminisme en Égypte et leur relation avec la genèse et l'expression de la *'assabeyya*.

IX.1.2.2. 'Assabeyya et Féminisme

Les autres forces violentes qui agissent sur le corps des femmes égyptiennes induisant leur assujettissement et leur souffrance, souffrance exprimée sous la forme de *'assabeyya*, sont des violences structurelles, à savoir la discrimination par le genre et la pratique néo-

orientaliste de la psychiatrie. Ces violences seront analysées dans cette section, ainsi que leur expression dans le contexte égyptien et islamique et leur implication dans l'élaboration de la *'assabeyya*, sa perpétuation et sa prise en charge médicale.

Féminisme en Égypte

Nous apprenons par corps. L'ordre social s'inscrit dans les corps à travers cette confrontation permanente, plus ou moins dramatique, mais qui fait toujours une grande place à l'affectivité et, plus précisément, aux transactions affectives avec l'environnement social. [...] il faut se garder de sous-estimer la pression ou l'oppression, continues et souvent inaperçues, de l'ordre ordinaire des choses, les conditionnements imposés par les conditions matérielles d'existence, par les sourdes injonctions et la 'violence inerte' (comme dit Sartre) des structures économiques et sociales et des mécanismes à travers lesquels elles se reproduisent. (Bourdieu 1997 : 204).

Pour avoir une idée plus précise de l'anthropologie du genre dans le contexte égyptien contemporain, une lecture attentive de l'évolution politique de l'État égyptien après l'indépendance de la colonisation britannique s'avère nécessaire. De même que pour comprendre la condition des femmes dans les pays en voie de développement, il est important d'observer leur évolution après l'indépendance, la variation de l'expression de l'Islam par rapport à leur stratégie de nationalisme, les idéologies de l'État relatives au genre qui lui correspondent ainsi que les mouvements d'opposition générés par ces différents facteurs (Kandiyoti 1991).

En effet, tout comme la législation égyptienne, tiraillée entre le code napoléonien qui régit presque toutes les lois, et la *Shari'a* qui régit le code personnel, l'État égyptien jongle avec les contraintes et les exigences de la construction d'un État démocratique moderne tout en respectant la tradition islamique du pouvoir politique. C'est dans cette ambivalence et cette dualité que réside la lutte du pouvoir, et notamment l'une de ses manifestations, à savoir la politique du genre, régissant les structures de l'État égyptien, comme l'expliquent Masoud (2000) et Elie (2004).

Cet espace ou 'interstice', entre légitimité démocratique et légitimité islamique, et qui représenterait l'espace où se situe le pouvoir et où il se joue, n'est pas sans rappeler le

concept même de TPL, défini comme étant une pathologie de la personnalité, ayant un trouble identitaire du fait de sa situation aux confins de deux mondes, celui des névroses et celui des psychoses, d'où le terme anglais de *borderline personality disorder* pour TPL, et dont la '*assabeyya*' apparaît, de plus en plus, et ce au fil de la recherche, comme étant sa manifestation idiomatique dans le contexte égyptien contemporain.

Dans ce contexte, la lutte de l'État égyptien contre son annihilation par le totalitarisme du pouvoir religieux et par celui du pouvoir politico-financier néo-colonisateur (égérie de la globalisation), pourrait nous inciter à nous demander si cette lutte ne serait pas éventuellement à l'origine du développement d'une 'personnalité *borderline*' de l'État égyptien. Les manifestations cliniques de 'la personnalité *borderline*' de l'État égyptien seraient alors, ici, à l'échelle de ses structures politiques, structures subissant et exerçant les mêmes violences structurelle et culturelle retrouvées à l'origine de la personnalité *borderline* à l'échelle individuelle. Parmi ces manifestations cliniques, les mêmes troubles identitaires caractéristiques de la personnalité *borderline* à l'échelle individuelle seraient alors retrouvés, mais ici à l'échelle étatique.

Féminisme islamique et féminisme orientaliste

I am Isis, mistress of every land. I laid down laws for all, and ordained things no one may change. I divided the earth from heaven, made manifest the paths of the stars, prescribed the course of the sun and the moon... What I have made law can be dissolved by no man. (Langdon-Davies, 1927 cité dans de Cataldo Neuburger et Valentini, 1996 : vii)

Les féminismes islamique et orientaliste apparaissent comme étant des stratégies de résistance engendrées à l'intérieur même de l'espace de pouvoir laissé vacant par les contradictions nées de l'application politique des deux pôles islamiques et néo-colonialistes, à l'origine même de leur philosophie et dédiés paradoxalement à la défense de la condition de la femme (Abu-Lughod 1989, 1990, 1993, 1995a, 1995b, 1995c, 1998a, 1998b, 2001, 2002a, 2002b, 2006a, 2006b, 2008, 2009, 2011a, 2011b, 2012, 2013; Lazreg, 1994 ; Wright 1978).

C'est cette dichotomie que décrit Omer (2014) :

Concepts around women's agency, especially within religious traditions, are important for programs aiming to promote gender equality locally and globally. Romanticizing women as a "docile agent" counters Okin's unreconstructed feminism. At the same time, dismissing the human rights discourse as simply hegemonic and ethnocentric threatens an essentialist construction of religious traditions. It is too simplistic to overlook the internal pluralities of religious tradition, its elasticity, as well as the many ways in which historically-situated innovations take place, including on the level of relational religious feminist reimagining of tradition. Instead of simple binaries or categories, can we imagine the possibility for women's choices to embrace marginality and subordination outside the analytic explanatory frame of false consciousness, on the one hand, and docile agency, on the other? (Omer 2014).

Féminisme islamique

Le questionnement d'Elie (2004) pourrait très bien être celui motivant la présente recherche, et celui auquel elle aspire à répondre : « *What, then, would an anthropology-based indigenous quest entail in the context of the Arabo-Islamic discourse on gender in the Middle East ?* » (Elie 2004 : 156). La réponse pourrait venir de cet extrait de Abu-Lughod (2013 : 266) :

As Norani Othman (Othman 1999), one of the founders of Sisters in Islam explains, "The experience of many women's groups operating in Muslim countries these past two decades demonstrates that in their daily battles a great deal more progress is achieved by working with their religious and cultural paradigm.

Badran (2005) développe dans son article la notion de féminisme islamique comme alternative au féminisme séculaire en décrivant ces femmes comme les 'jihadistes du genre' :

Islamic feminism is expressed in a single or paramount religiously grounded discourse taking the Qur'an as its central text (Badran, 2005).

Cependant, lors de la présente recherche, Ghada (40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires) était la seule à adhérer à ce mouvement et peut-être même à le représenter pratiquement de par sa persistance à ouvrir sa 'petite affaire', à être indépendante financièrement et à devenir active politiquement malgré la résistance de son époux, sans que ses ambitions ne l'empêchent d'être une musulmane pratiquante et pieuse. L'analyse de Abu-Lughod (2002b) me paraît être la plus adaptée à la réalité égyptienne, telle que j'en ai été témoin et telle que relatée dans cette dernière observation, et ce, du fait même de son

questionnement sur le féminisme islamique et sur sa raison d'être, c'est-à-dire s'il est bien réel ou s'il n'est simplement qu'un 'oxymoron' :

[...] it is also strategically dangerous to accept this cultural opposition between Islam and the West, between fundamentalism and feminism, because those many people within Muslim countries who are trying to find alternatives to present injustices, those who might want to refuse the divide and take from different histories and cultures, who do not accept that being feminist means being Western, will be under pressure to choose, just as we are: Are you with us or against us? (Abu-Lughod 2002b : 788).

Féminisme orientaliste et Harem

Il est à rappeler que le féminisme a vu le jour en Occident, ceci voulant dire que la discrimination par le sexe est tellement présente et flagrante dans les sociétés occidentales qu'il y a eu nécessité de créer un tel mouvement.

Un débat centré sur qui est le plus féministe, l'Orient ou l'Occident, semble être très limité et limitant. Ce débat est le plus souvent instigué par des intellectuelles 'féministes', qui, du haut de leur tour d'ivoire de chercheuses, derrière leur clavier, dans des bureaux stérilisés, défendent l'une ou l'autre leurs théories, dans un pur exercice de style mental, sans se soucier réellement de ce que la femme de New York, Mumbai ou le Caire réellement vit ou désire. Conséquemment, les retombées de ce type de débat semblent souvent bien stériles. Par contre, une approche plus individualiste, plus au cas par cas, comme celle de Abu-Lughod née de sa longue vie sur le 'terrain' avec les femmes en Égypte, produit une pensée dont les retombées peuvent-être pratiquement plus bénéfique à ces femmes qu'elle a connues de près.

Le syndrome du Harem perpétue la vision orientaliste portée par l'Occident sur le Moyen-Orient, vision dont la femme est la principale image, symbolisant une victimisation docile et consentante d'une violence masculine, violence légitimée par référence parfois abusive aux écrits islamiques :

[...] the harem syndrome is part of a continuing clash of perceptions between protagonists of the European West, looking through a (neo) Orientalist prism, and those from the Arab East who are antagonistic toward the West, looking through an Occidentalist optic. [...]

As Fedwa Malti-Douglas puts it, "The image of women languishing under the yoke of Islam titillates the Western observer and permits him [or her] to place himself [or herself] in the superior position. Women and their role become a stick with which the West can beat the East." (Malti-Douglas, 1991). In this context, the Arab Middle East is essentialized into an Islam that is emblematic of reactive antimodernizers, purveyors of the social blight afflicting women in the forms of seclusion, veiling, and polygyny, not to mention the cult of virginity, the practice of clitoridectomy, and the availability to men of instantaneous divorce by mere repudiation. (Elie 2004 : 139-140).

C'est cette même image, de femme victime, que promeuvent les professionnels de la santé mentale s'intéressant aux conséquences psychologiques de la violence contre les femmes, notamment dans les pays en développement comme l'Égypte. Il serait intéressant ici, d'élargir à la communauté occidentale des scientifiques et des chercheurs s'intéressant à la santé mentale l'appel que lance Saliba (1995) initialement aux lecteurs occidentaux :

[...] it is nonetheless important for Western readers to interrogate their privilege in order to understand the violence that we do to third world women, both in real political terms, and through our interpretation of their experience. (Saliba 1995 : 143).

Elie (2004) propose de déconstruire le syndrome du Harem à la base de l'orientalisme, pour aller au-delà de l'image simpliste qu'il transmet, à savoir celle d'une femme victime et soumise et celle d'un homme violent et dominant. Cette révision de la perception de la distribution réelle des pouvoirs nous ramène à la légende de Shéhérazade, dont l'interprétation plus profonde des rapports de pouvoir démontre qu'en fait Shéhérazade était celle qui détenait le pouvoir et non pas le roi :

The deployment of concepts such as power, patriarchy, and production enabled the contestation of the taken-for-granted depiction of women as passive victims, enduring their subordination, and the devaluation of women's contribution to the household economy. The aim was to demonstrate how women manipulated the existing structural arrangements in order to harness their own power and agency. The institutional articulation of patriarchy was subjected to intense scrutiny, in terms of the dialectics of male dominance and women's subordination. It was in this context that the private/public dichotomy between the social world of men and that of women, which was accepted in the previous period as a fait accompli - since it was thought to reflect a kind of accommodation to an Islamic tradition and thus a preordained organizing principle of Middle Eastern society - was challenged. (Elie 2004 : 147-148).

De plus, au-delà de cette remise en question de la validité théorique et conceptuelle de l'orientalisme, le féminisme orientaliste (distinct du féminisme séculaire, quoique souvent accusé par les féministes islamiques de soutenir le féminisme orientaliste voire même d'en être sa face dissimulée) est dénoncé par cet important article de Abu-Lughod (2002b) sur la politique américaine en Afghanistan. Cet article n'est pas sans rappeler l'usage parfois idéologique et hégémonique de la défense des droits des femmes et de la philosophie féministe :

[...] we need to be suspicious when neat cultural icons are plastered over messier historical and political narratives, so we need to be wary when Lord Cromer in British-ruled Egypt, French ladies in Algeria, and Laura Bush, all with military troops behind them, claim to be saving or liberating Muslim women (Abu-Lughod 2002b : 785). [...] it is time to give up the Western obsession with the veil and focus on some serious issues with which feminists and others should indeed be concerned. (Abu-Lughod 2002b : 786).

L'hommage rendu à Tahia Carioca (figure 27), célèbre danseuse égyptienne, par Edward Said (Said, 1999), mérite d'être mentionné ici :

Tahia seems to me to embody that beyond-the-boundary life for Arabs today. Our history is mostly written by foreigners, visiting scholars, intelligence agents while we do the living, relying on personal and disorganised collective memory, gossip almost, plus the embrace of a family or knowable community to carry us forward in time. The great thing about Tahia was that her sensuality or rather the flicker of it that one recalls was so unneurotic, so attuned to an audience whose gaze in all its raw or, in the case of dance connoisseurs, refined lust was as transient and as unthreatening as she was. Enjoyment for now, and then, nothing. I wonder what kind of legacy, what kind of posthumous life, she will have.

Cette dame qui, au-delà d'être une belle et gracieuse danseuse, inspire jusqu'à aujourd'hui la danse orientale en Égypte et dans le monde. Elle était une militante farouche des droits de la personne, n'hésitant pas même à la fin de ses jours, à faire la grève de la faim et des sit-in pour des causes auxquelles elle croyait. La pratique de la danse orientale portée par Tahia a une importante dimension politique dont l'impact sera mis en exergue dans la conclusion de cette thèse (Bock, 2005).

The performance of belly dancing in the West embodies a central paradox: while invoking Orientalist tropes in its appropriation of Middle Eastern dances, it is cast as a celebratory form of women's *empowerment* that destabilizes Western patriarchy. [...] At this historical moment, the representational paradoxes in Western belly dance reflect deeper complexities in Western thought. Even as

Western belly dance relies on and constructs the cultural alterity of the East, it avoids evoking an Other that is specifically Arab or Muslim. At the same time, the Occidentalist impulse in popular discourse constructs a fantasy of the East in resistance to aspects of Western culture, making the West the Other. In its representational contradictions and paradoxes, Western belly dancing ought to provoke serious consideration of the intellectual formulations that are reconstructing Western culture in relation to the Middle East, Arab and Muslim identity, and women's bodies across cultures in the beginning of the 21st century.(Dox 2006: 67).



Figure 27 : Tahia Carioca
(Source Shokry Mohamed (Mohamed 2005))

Aisha Abderrahman ⁴⁹⁵(Roded, 2006), est une autre figure emblématique, féminine et féministe égyptienne. Théologienne de grande érudition, professeur de littérature islamique à la faculté de Ain Shams, petite-fille du grand Imam d'Al Azhar, son féminisme islamique discret et très sage a inspiré de nombreuses générations de femmes, féminisme (Bint et Calderbank 1999) basé notamment sur son enseignement et sur ses livres sur les femmes en Islam et sur les femmes du prophète Mohammed (Shati 1971) (paix et salut sur lui). Elle est encore appelée Bent Al Shate' (la fille de la côte, car née à Damiette).

⁴⁹⁵ <http://www.independent.co.uk/arts-entertainment/obituary-aisha-abdul-rahman-1191515.html>.

Ces deux femmes, aux antipodes des images stéréotypées que l'on peut donner des femmes de théologie ou des danseuses orientales, ont une complexité et une portée au-delà de la religion ou de la danse. Elles ont une dimension humanitaire voire universelle.

Financement humanitaire du féminisme orientaliste

Les projets des différents gouvernements égyptiens soutenant les ONGs⁴⁹⁶ égyptiennes, financées par le USAID⁴⁹⁷ et visant essentiellement la violence domestique, ont omis de dire pourquoi cette violence est en augmentation, non seulement en Égypte, mais dans le monde entier, y compris aux États-Unis (Meister, 2010). Ce n'est donc pas une spécificité des pays dits machistes, comme l'Égypte.

Outre la violence domestique, Mitchell (1990) nous rappelle comment la recherche sur la personnalité du *fellah* ('paysan') égyptien a été largement financée par les gouvernements occidentaux lorsque leurs intérêts géopolitiques convergeaient vers l'Égypte :

Critchfield's research in Egypt was financed with a grant from the Ford Foundation, and he has subsequently received grants from the Rockefeller and other foundations and been employed as a consultant on Third World villages by the U.S. Agency for International Development. His "realism" in the portrayal of the peasant has been supported, in other words, by a mass of reviewers, editors, publishers, development experts, policymakers, grant committee members, and university teachers. (Mitchell 1990 : 146).

Les intentions de telles interventions sont grandement remises en question par les voix indépendantes :

One can hear uncanny echoes of their virtuous goals today, even though the language is secular, the appeals not to Jesus but to human rights or the liberal West. The continuing currency of such imagery and sentiments can be seen in their deployment for perfectly good humanitarian causes. (Abu-Lughod 2002b : 789).

Et pour revenir aux femmes musulmanes en reprenant cette phrase de Abu-Lughod « *I can ask why humanitarian projects and human rights discourse in the 21st century need rely on such constructions of Muslim women* » (Abu-Lughod 2002b : 789), l'on peut poser la même question: Pourquoi les seuls projets humanitaires ou de recherche, destinés aux

⁴⁹⁶ Organisations Non-Gouvernementales.

⁴⁹⁷ Agence américaine de développement.

femmes en Égypte, et qui sont copieusement financés (notamment ceux relatifs au domaine de la santé des femmes, comme la contraception, la lutte contre l'excision, et aujourd'hui, très en vogue, la violence contre les femmes), sont essentiellement ceux qui dénoncent cette 'construction de victime' des femmes surtout par rapport aux traditions culturelles? C'est ce que dénonce aussi Abu-Lughod (2013) :

The solutions are shelters, police training, anger management training, media campaigns to increase awareness, the development of women's rights consciousness, holding governments accountable for not protecting women, and becoming modern. Nowadays, the tactic of Islamic feminists is to look for bases in Islam for care, love, and peace within families. The situation of one young woman whose traumas have troubled me ever since I met her suggests the inadequacy of these frameworks and solutions. I sketch the contours of Khadija's situation to show why I am reluctant to mediate such an unhappy story through the language of women's rights, either Islamic or human. (Abu-Lughod 2013 : 192).

Pour Fernea (2000), les projets de recherche explorant l'intimité des femmes, notamment ceux relatifs à leur psyché, leur identité, à leur personne dans son intégrité, ne sont pas 'intéressants' pour 'les scientifiques mâles' occidentaux, ceux qui contrôlent les fonds de recherche, notamment médicaux, et qui créent les puissantes tendances médicales qui envahissent le monde. En effet, les tendances psychiatriques de recherche actuelles sont plus orientées vers l'incrimination de l'homme comme unique responsable de la violence domestique, ainsi que les commanditaires (musulmans) des attentats de 11 septembre 2001. La combinaison 'létale' (qui est alors ouvertement et largement diffusée à travers les médias et plus subtilement à travers les projets de recherche et de développement dans les pays d'où sont issus ces hommes), est : Homme plus Musulman égale violence, et ce, non seulement contre les femmes mais contre le monde civilisé et la civilisation toute entière :

Neither woman had a husband who was able to help her flourish, whether because of personality or precarious financial and political circumstances. The confidence of these women and even their public face was sometimes shaken by these men, who nevertheless did their best to provide for their families, burying their own humiliations and insecurity. Is it because they are Muslim men that they were less than perfect husbands? (Abu-Lughod 2013 : 24).

Post-colonialisme et recherche sur les effets psychologiques de la violence dans les pays en développement

La pléthore de littérature relative au syndrome post traumatique (surtout étudiant les survivants du World Trade Center plus que ceux de la guerre du Vietnam ou des camps de réfugiés bosniaques, afghans, palestiniens, syriens ou irakiens), ainsi que l'explosion d'une impressionnante pharmacopée destinée à traiter les troubles de ce syndrome, coexistent avec l'absence impressionnante de recherches et de publications concernant le syndrome post traumatique complexe dont la principale caractéristique est de se développer suite à une situation de 'captivité' physique ou morale. Et la question que l'on vient à se poser est ici : Combien d'individus à travers le monde, dont ces scientifiques eux-mêmes captifs de leurs réseaux de financements, ne sont-ils pas captifs, chacun d'un géôlier différent, qu'il soit visible ou non ?

As Elizabeth Fernea (2000) observed, this segregationist paradigm "was constructed by male social scientists who banned from studying the private or family sphere, simply discounted the private sphere as unimportant to the world of politics, commerce and religion, and therefore not worthy of study. (Elie 2004 : 148).

L'importance de la recherche-action s'avère ici primordiale afin de pourvoir aux besoins grandissant de combler ce vide affectant la recherche indépendante :

Post-colonial theory – committed to addressing the plague of colonialism - coupled with the dialogic, critically reflective, and collaborative values of action research offers a portal to “the full range of human wisdom [essential for] the health of our planet and its inhabitants” (Kelbessa 2008). For too long, the voices of those whose lives were, and continue to be, impacted by colonialism have not been attended to well enough in schools. Educators, more than any other professional, must be positioned to address, reflect, and create spaces where action research processes, focused through a post-colonial lens, can illuminate lingering biases and stereotypes, and where racism and ignorance can be analyzed challenged, and ultimately eliminated (Parsons et Harding 2011 : 5).

Une telle recherche devrait être motivée par le nécessité de trouver des solutions pratiques à des besoins réels exprimés par les populations bénéficiaires elles-mêmes, et menée sur le terrain par des chercheurs indépendants des circuits de financements dont les fonds sont débloqués en fonction de l'orientation géopolitique du gouvernement en place des deux

côtés (donneur et receveur). Idéalement, une coopération productive pourrait naître de ce questionnement de la part des bailleurs :

We need to ask ourselves what kinds of world conditions we could contribute to making such that popular desires will not be overdetermined by an overwhelming sense of helplessness in the face of forms of global injustice. (Abu-Lughod 2002b : 789).⁴⁹⁸

Dans une rencontre que j'ai eue avec les membres fondateurs de l'ONG Wa'y où certaines des femmes rencontrées venaient pour y recevoir des soins, ces derniers relatent la croisade de l'ONG depuis sa création en 2006, notamment avec l'État (et la bureaucratie du ministère des affaires sociales lors des différents changements de régimes politiques et les différentes lois relatives au financement des ONG, avec les autres ONGs (surtout celles à caractère islamique), et enfin avec les '*funding agencies*', pour la plupart étrangères. Obtenir de l'aide financière pour offrir une aide psychologique aux populations défavorisées relève de la prouesse technique. Et lorsque certaines agences (notamment américaines) acceptent de financer ces services, c'est en général dans le cadre d'un programme de lutte contre la violence faite aux femmes où l'aide psychologique se doit d'être présente pour faire partie de l'image générale. Cette aide est alors offerte selon les conditions imposées par les responsables du programme dépendant de l'agence qui finance, et non pas d'après la vision des professionnels de la santé mentale ou des bénéficiaires,

⁴⁹⁸ Abu-Lughod (2013) rapporte avoir été invitée en 2008, à une réunion préparatoire du Women's Islamic Initiative in Spirituality and Equality (WISE) (Hicks 2008) dont elle loue le professionnalisme.

Tout comme Abu-Lughod (2013), j'ai été agréablement surprise de l'atmosphère de respect et de paix qui a caractérisé la conférence organisée par the Human Foundation in Egypt (Dr Alia Rafea (<http://www.hfegypt.org/aliaa.html>), professeur d'Anthropologie à l'université de Ain Shams du Caire et Mme Aisha Rafea (<http://www.hfegypt.org/aisha.html>) chercheuse en spiritualité) et la Bibliotheca Alexandrina (<http://www.bibalex.org/en/events/eventdetails?id=44563>) en Mars 2016, avec le soutien de L'International Association Of Sufism (<https://ias.org/events/women-gathering-for-change>) et Women and Global Change (<http://www.womengatheringforchange.info/>). Dans cette conférence, des femmes du monde entier (Amériques, Europe, Asie, Afrique et Océanie) ont exposé leurs différentes expériences sur le terrain unies par une seule philosophie : le bien-être de l'humanité.

Les thèmes exposés étaient : Women Creating Change, Gender Medicine and Dissemination of Traditional Medicines and Practices, the Collaborative Economy and New forms of Collaborative Development of New Styles of Life, Women Promoting Peace: New Visions and Actions, Refugee Crisis: Loving One's Neighbor as Oneself, Health from a Futuristic Perspective, Women, Nature and Environmental Changes, Future Leadership Style.

(https://www.youtube.com/channel/UClxBx3nefQamDrZcQ08po_A;

<https://www.youtube.com/watch?v=KrsMq5otWfk>)

vision qui émane elle du contact direct entre les professionnels de la santé mentale et les bénéficiaires. Les agences de l'ONU (UNICEF, UNWOMEN, UNODC et même OMS), bien qu'ayant verbalement formulé leur compréhension pour l'importance de la santé psychologique (notamment dans leurs programmes sur la violence contre les enfants, les femmes, ou ceux dédiés à la criminalité et la drogue), n'ont toujours pas traduit pratiquement cette prise de conscience en l'élaboration de programmes au long terme ni en coopération avec tous les partenaires sociaux sur le terrain travaillant sur la santé mentale. En effet, ces organismes semblent être plus intéressés par la présentation de leur rapports annuels à leurs supérieurs hiérarchiques à New York, énumérant le nombre de meeting et de conférences médiatisées pour la journée des femmes ou toute autre célébration internationale ou présentant des statistiques. Ces statistiques sont en général récoltées lors de leurs 'meetings' préparatoires avec telles ou telles ONGs, venues après qu'on leur ait fait miroiter la possibilité d'une réelle collaboration sur le terrain. Ces meetings finissent le plus souvent en queue de poisson, car ils ne bénéficient au final qu'aux responsables des agences onusiennes, et ne se traduisent que très rarement en projets réels bénéficiant aux populations concernées.

En somme, et pour conclure cette section sur le post-colonialisme et la recherche sur les effets psychologiques de la violence dans les pays en développement, il est important de souligner, ici, que les seules aides étrangères dont a bénéficié l'ONG Wa'y venaient de structures de développement de pays dépendant de l'Union Européenne, aides modestes et ponctuelles, basées sur la bonne réputation sociale d'intégrité et de sérieux de l'ONG et des excellents résultats obtenus auprès des bénéficiaires. En effet, Wa'y offre des services de santé psychologique adaptés aux bénéficiaires respectifs des autres ONGs non spécialisées. Ces ONGs partenaires, ainsi que le ministère de la solidarité, s'adressent aux experts de Wa'y afin de pourvoir une aide psychologique aux réfugiés de différentes nationalités se trouvant en Égypte, ainsi qu'aux orphelins, aux enfants des rues, aux délinquantes et aux femmes battues.

Cette partie a tenté de discuter, à travers l'axe de '*illness*' du cadre conceptuel et des notions de féminisme et d'anthropologie médicale critique, l'une des violences structurelles subies par les femmes égyptiennes (révélée par l'analyse des données dans le chapitre VI)

précisément la discrimination par le genre et son impact sur la production de la *'assabeyya*, sa pérennisation et sa prise en charge. C'est l'analyse des différentes forces intervenant dans la prise en charge de la souffrance des égyptiennes (essentiellement les financements des approches humanitaire et communautaires ainsi que les projets de recherche) qui a permis d'identifier la deuxième violence structurelle ayant un impact important sur la *'assabeyya* ainsi que sur son traitement, à savoir la pratique néo-orientaliste de la psychiatrie en Égypte. C'est ce qu'abordera la partie suivante.

IX.1.3. *'Assabeyya* et héritage néo-orientaliste de l'*establishment* psychiatrique en Égypte et dans le monde

Les effets traumatiques de la violence culturelle des traditions sur le fonctionnement psychologique des Égyptiens sont dépeints par les spécialistes de la santé mentale, formés à l'école psychiatrique de la DSM⁴⁹⁹ et de la APA⁵⁰⁰, à travers :

- (1) L'interprétation caricaturale de la personnalité de l'Égyptien et de l'Égyptienne ;
- (2) Leur relation à leur milieu oppressif (comme celle décrite dans les écrits orientalistes *'the peasant studies'*) ;
- (3) Les répercussions de cette interaction sur leur santé mentale.

C'est la perpétuation d'une image immuable et de son interprétation pseudo-psychologique que dénonce Mitchell (1990) en expliquant comment Critchfield (1978), quarante ans plus tard, reprend quasiment mot pour mot la description généralisatrice faite du fellah ('paysan') égyptien au début du siècle dernier par Ayroul (Ayroul et Allix 1938), et lui attribue les mêmes traits de caractères primitifs que son prédécesseur. Et c'est cette interprétation pseudo-psychologique qui est devenue la référence pour la majorité des ouvrages se réclamant étudier la psyché de la personne égyptienne :

"Rural, gregarious, stay-at-home; such is the Egyptian people in its dominant characteristics," wrote Ayroul, noting later on "their love of the soil, their sense of rhythm, and their taste for songs, stories and colours." The peasant's intellect, he said, "is controlled by his senses, and remains close to things felt and done.... Life to him is a succession but of todays". Ayroul tells us, is very ardent and sensual. [but] the heat of passion is short-lived. At thirty a fellah woman is no longer

⁴⁹⁹ The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

⁵⁰⁰ American Psychiatric Association.

attractive, but the children she has borne her husband bind him to her.... The men... are kept faithful less by virtue than by village law. (Mitchell 1990 : 146).

La même reprise de caractéristiques de la personnalité par les orientalistes successifs continue en décrivant 'le manque de limites et d'individualité' de l'Égyptien, (Critchfield 1978), comme la raison du 'manque d'intelligence et de développement de la nation ou de la race' (Le Bon 1895). Le manque d'individualisme, comme perçu par ces orientalistes, s'étend à la structure de la famille, voire même à celle de la nation décrite comme étant une « [...] *foule homogène* » (Le Bon 1895 : 135-138-139). 'La passivité de l'Égyptien' atteignant le stade de torpeur, alternant avec des accès de violence extrême (pouvant prendre l'aspect de crises de *'assabeyya*), est mise en exergue dans les modèles d'écrits de ces orientalistes, où la généralisation atteint son apogée par la description faite du fellah comme manquant d'intelligence, de sens de justice, d'ambition, de sincérité et de sensibilité (Le Bon 1884, 1895 ; Mitchell 1990 : 135).

Enfin, une analyse 'fortement originale' (Ayrou et Allix 1938), explique les raisons de cette absence d'intelligence et l'attribue à la masturbation, pratique répandue dans les états islamiques, surtout dans les zones urbaines, ainsi qu'à l'absence de culture (et non pas à la pauvreté). Ce qui est le plus frappant dans cette analyse, c'est la conclusion qu'en tirent Ayrou et Allix (1938), conclusion relative à la souffrance psychologique de l'Égyptien qui, selon eux, n'est pas conscient de sa souffrance et de ce fait ne l'exprime pas ; tout comme ceux chargés de lui fournir des soins qui ne la détectent pas non plus.

Ceci peut faire penser à l'absence d'identification de leur souffrance psychologique par les *Masraweyyates*, du fait de sa non-reconnaissance par l'environnement ainsi que par les soignants. Et même lorsque cette souffrance est reconnue, elle est attribuée au manque de culture des *Masraweyyates* et non pas aux conditions socioéconomiques et culturelles extrêmes qu'elles subissent :

[...] achieving the indigenous quest entails a "struggle to assert knowledge that is outside the parameters of the dominant discourse [s]". (Mohanty 1991 : 39).

Les souffrances psychologiques, la détresse psychologique ou les conséquences psychologiques comme les troubles de la personnalité, suite à une situation oppressive impliquant non pas une personne mais toute une structure sociopolitique, ne peuvent être considérées comme pathologiques, tout comme la tristesse ou le sentiment de deuil après une perte ne peuvent être considérés comme étant une dépression pathologique. En effet, il est 'normal' de souffrir et de développer des fonctionnements autour de cette souffrance, que l'on soit homme ou femme, oriental ou occidental, riche ou pauvre. Ce qui diffère ce ne sont pas tant les mécanismes de l'oppression que les manifestations de cette souffrance. C'est ce que constate Mostafa (2008) lors de sa recherche anthropologique relative à la dépression chez les femmes en Égypte :

[...] Several Western theories and conceptualizations of potential relevance, have been adopted not merely due to the lack of choice, but also because of an apparent commonality witnessed over the study period. That is, with slight degrees of variation in cultural details and personal articulation, and despite the supposed progress attained by women in the "West", women's subordination –a basic trigger of depression- was found to be pervasive in all cultures. (Mostafa 2008 : 10).

L' 'establishment' psychiatrique américain, en coopération avec les magnats de l'industrie pharmaceutique, en faisant glisser l'aiguille de la normalité de la détresse émotionnelle, suite à la violence, vers l'anormalité pathologique, déculpabilise ainsi la société et le système pour culpabiliser et infantiliser la personne en la catégorisant comme malade. Ceci augmente son oppression en la rendant dépendante biologiquement des médicaments produits dans les usines occidentales et vendus au prix d'or aux populations qui en consomment le plus, à savoir celles qui sont les plus opprimées donc les plus souffrantes (Horwitz et Wakefield 2007 ; Kleinman 2007).

En Occident, la personnalité *borderline* dérange. Elle dérange car elle est le miroir direct des maux violents de la société, et on préfère la faire taire en la traitant comme une anomalie plutôt que de la regarder dans les yeux :

The woman is now distressed (and 'difficult') because she has BPD (*Borderline Personality Personality*), rather than the behaviours associated with BPD being the result of oppression and abuse. (Shaw et Proctor 2005 : 487).

La *'assabeyya*, jusque-là acceptée par la société égyptienne comme une expression 'normale' à une situation opprimante, et exprimée par l'homme et la femme à des degrés divers, commence à ne plus être tolérée, notamment à cause de la globalisation et de la standardisation de la connaissance et de la pratique psychiatrique en Égypte. En effet, elle commence à être classée parmi les troubles de la personnalité, essentiellement la personnalité *'borderline'* (TPL/BPD). La *'assabeyya/borderline'* commence à déranger en Égypte, car elle est la personnification des maux violents dont souffre la société égyptienne :

[...] we both believe that the diagnosis of BPD individualizes and pathologizes women for their responses to oppression, because of its fundamental failure to locate and understand distress within its social context. We draw on feminist, postmodern and anti-psychiatric critiques in order to present and develop our shared perspective on the diagnosis of BPD, and challenge health professionals and wider society to locate survivors' distress within the context of sexual violence and gender power relations in society. (Shaw et Proctor 2005 : 483).

Mitchell (1990) évoque dans la citation ci-dessous, cette attitude paternaliste souvent retrouvée parmi les intervenants en santé mentale en Égypte et dans le monde, face aux femmes victimes de violence domestique notamment et à leur détresse psychologique :

Le Bon (1895) employed the same principle to explain social differences within a society. The crowd or mass (la foule), he explained, is composed of cells so merged together that they constitute a "provisional being," with an unconscious collective mind. In this merger, individual mental differences, which he had shown to be the source of all excellence, are lost [...]. Le Bon, is to demonstrate how the peasantry lacks the ability even to feel their own suffering, and therefore requires the political intervention. (Mitchell 1990 : 134-136).

En effet, quoi de mieux qu'une pathologie psychiatrique touchant les femmes (avec tout ce que la maladie mentale comporte comme stigma social, surtout lorsque les concernés sont des femmes) dont la cause est bien connue (la violence), et le responsable est identifié (l'homme), pour renforcer l'emprise paternaliste de l'*'establishment'* psychiatrique sur les pathologies mentales des pays en développement ? Le thème fleuve : 'Les conséquences psychologiques de la violence contre la femme dans les pays en développement', comme véhiculé à travers la littérature psychiatrique, se limite à une image caricaturale des femmes démunies psychologiquement et socialement, en détresse psychologique car physiquement abusées par un père ou un mari violent, faisant fi de toutes les autres sources de violence

auxquelles elles sont exposées, violences rapportées avec abondance lors des entrevues réalisées lors de cette recherche. Abu-Lughod abonde dans ce sens :

As Gayatri Chakravorty Spivak (1988) has cynically put it: white men saving brown women from brown men. The historical record is full of similar cases, including in the Middle East. In Turn of the Century Egypt, what Leila Ahmed (1992) has called "colonial feminism" was hard at work. This was a selective concern about the plight of Egyptian women that focused on the veil as a sign of oppression but gave no support to women's education and was professed loudly by the same Englishman, Lord Cromer, who opposed women's suffrage back home. (Abu-Lughod 2002b : 785).

En effet, il semblerait que l'attitude 'je ne vois pas, je n'entends pas, je ne parle pas' soit communément adoptée par les professionnels de la santé mentale en ce qui concerne la santé psychologique des femmes égyptiennes. Dans aucun département de psychiatrie (alors qu'ils approchent la dizaine à travers l'Égypte) il n'y a d'unité de santé mentale des femmes, et de ce fait, aucune recherche n'est réellement entreprise sur ce sujet. Et lorsque des efforts sporadiques sont faits pour s'intéresser à celles-ci, le sujet tourne autour des aspects psychiatriques du rôle 'maternel' des femmes, à savoir le *post-partum blues* ou les psychoses puerpérales.

Although life in Egyptian society poses a threat to women 's physical and psychological well-being, this salient observation has not been validated by systematic research investigations. Social and psychological research in Egypt suffers from the nonexistence of what al-Saadawi calls an "atlas" of psychosocial problems which is grounded in Egyptian concerns. Hence, she concludes, it is impossible for an individual researcher to undertake a fully illustrative sample of Egyptian society. (Al-Saadawi 1993 : 13-24 citée dans Mostafa 2008).

Mostafa (2008 : 9-10) se référant aux travaux de Sholkamy et Ghannam (2004 : 111-112) publiés dans leur ouvrage '*Health and identity in Egypt*', exprime bien l'occultation systématique par les instituts de recherche nationaux et internationaux de toute recherche relative à la santé affective des femmes :

In Egypt, however, the "gender and health" research agenda has been more concerned with a constricted collection of issues, which follow changes in state policies (or priority of international agendas). Those include reproductive health and contraception, female genital mutilation, breastfeeding, poor nutrition, domestic violence, infant health, and maternal morbidity and mortality, in the absence of any interest to prioritize Egyptian women's affective health or elect it as a central research "trend". (Mostafa 2008 : 9-10).

Avec la rareté, voire l'absence, de recherches concernant l'aspect anthropologique de la souffrance des Égyptiens en général (et non seulement celle des femmes), les professionnels de la santé mentale gardent leur distance 'médicale' avec les patientes et les patients qui viennent consulter, en essayant de ne pas discuter des différentes facettes de leur vie qui pourraient éventuellement avoir un impact négatif sur leur bien être émotionnel (telles que leur conditions de vie difficile ou la violence intrafamiliale) (Kamal et al. 2004). En effet, une exploration approfondie du contexte social et personnel de la plainte serait perçue par l'intervenant comme étant incongrue et non-professionnelle, car elle serait alors issue d'une initiative personnelle et ne serait basée sur aucun support scientifique de résultats de recherche effectuée précédemment sur le sujet en Égypte :

With such a limited research scope, little has been known about the affective, social, and existential lives of Egyptian women, men, or children, about the interplay of these lives with person's health and ill-health. In part, this is because anthropologists have only used a limited set of "theoretical idioms" to understand local or native health/medical cultures. Within this web of confusion, women and their actual experiences and lay idioms of psychological suffering have almost been absent in ethnographic and clinical research. (Mostafa 2008 : 10).

Parmi les intervenants de la santé mentale travaillant dans des structures communautaires ou étatiques, directement et spécifiquement avec des femmes ou des enfants exposés à la violence, comme les intervenants rencontrés lors de la présente recherche, se trouvent quelques-uns qui peuvent se positionner alors en tant que 'sauveurs' de ces patients, et ce, de par leur héritage médical occidental qui les incite à adopter un ton condescendant et paternaliste ; et non pas en tant qu'agent facilitateur de guérison et de bien-être :

Projects of saving other women depend on and reinforce a sense of superiority by Westerners, a form of arrogance that deserves to be challenged. All one needs to do to appreciate the patronizing quality of the rhetoric of saving women is to imagine using it today in the United States about disadvantaged groups such as African American women or working-class women. We now understand them as suffering from structural violence. (Abu-Lughod 2002b : 788-789).

Le modèle occidental, bien que prôné par les médias et souvent même défendus par les personnes travaillant dans la défense des droits de femmes, n'est plus l'image de référence du bonheur ni de la réussite pour de nombreuses femmes du Moyen-Orient, comme le rappelle Abu-Lughod en parlant des femmes afghanes :

[...] I cannot think of a single woman I know, from the poorest rural to the most educated cosmopolitan, who has ever expressed envy of U.S. women, women they tend to perceive as bereft of community, vulnerable to sexual violence and social anomie, driven by individual success rather than morality, or strangely disrespectful of God. (Abu-Lughod 2002b : 788).

Dans son roman autobiographique *'Women at point zero'*⁵⁰¹, Nawal El Saadawi (1983, 2007), psychiatre dans la prison où Firdaus condamnée à mort attend son exécution, représente l'exemple même du médecin, issue d'un milieu favorisé, qui a suivi un cursus médical occidental et qui défend les idées libérales. El Saadawi a été accusée par Ahmed (1989) de défendre un féminisme occidental et médical⁵⁰² :

This critique of El Saadawi has been leveled by a number of Arab women, including Leila Ahmed, who describes El Saadawi's (1983 : 108) denunciation of Arab cultural attitudes toward women's bodies as "grounded in 'modern' or 'Western' medical and feminist thought" (Ahmed 1989 : 41). [...] The cultural "hybridization" often representative of the bourgeois postcolonial intellectual, whose class privilege allows her access to Westernized institutions, has also exacerbated class divisions in postcolonial countries. Colonization encouraged the "Westernization" of the bourgeoisie by providing economic and political rewards for their assimilation. Yet given the hybridization of contemporary culture, Ahmed's critique begs the question whether consciousness can be exclusively Western or more authentically Arab. (Saliba 1995 : 137).

Être une femme, professionnelle de la santé mentale, en contact avec des femmes souffrant psychologiquement de détresse due à diverses sources de violence existant dans la société égyptienne (dont la violence structurelle et la difficulté d'accès aux soins), est une arme à double tranchant et une tâche très délicate. En effet, pour pouvoir offrir ses services, la professionnelle de la santé mentale doit entrer dans un système qui très souvent la marginalise elle-même en tant que femme, en même temps qu'il est perçu comme injuste par les patientes. En se faisant, elle prend le risque de se compromettre alors aux yeux de ces patientes en souffrance et perd donc toute sa crédibilité :

[...] one character states that the doctor and the prostitute are similar, "except that a doctor in carrying out his duties feels he's worthy of respect" (El Saadawi 1983 : 70). Firdaus also concludes that "all women are prostitutes of one kind or another"

⁵⁰¹ Livre de Nawal El Saadawi, auteure Égyptienne, publié en 1973 sous le titre *Imra'ah 'Inda Nuqtat al-Sifr*, puis traduit en anglais en 1983 et réédité en 2007.

⁵⁰² « [...] *El Saadawi espouses a "revolutionary feminism" that is highly critical of the West and its continuing neocolonialist influence on the lives of Arab women* » (Saliba 1995 :138).

(El Saadawi 1983 : 91), in other words, they all pay for their subservient status within the patriarchal class system in differing ways. (Saliba 1995 : 142-143).

Et en même temps, ces femmes en souffrance et en manque de confiance en ce système médical, ont toutefois besoin de ce médecin pour écouter leur plainte et pour, ne serait-ce qu'un court moment, prendre une trêve de leur souffrance. Ce n'est qu'à travers cette plainte que les patientes existent, qu'elles sont reconnues, qu'elles 'vivent' pour cette société qui les violente :

Firdaus, however, can only speak and be heard through the doctor, who is simultaneously a member of the institutions of power and marginalized, as a woman, within that institution. (Saliba 1995 : 137).

Firdaus, comme beaucoup de femmes, de par leur courage et leur dignité, obligent leur médecin-femme à se remettre en question :

[...] the doctor confronts her position of privilege in relation to Firdaus, but she casts this in terms of her social privilege, rather than in terms of Westernization. After hearing Firdaus's story, she is both empowered and ashamed (Saliba 1995 : 137). "I felt ashamed of myself, of my life, of my fears, and my lies". (El Saadawi 1983 : 108 citée dans Saliba 1995 : 137).

Firdaus et son médecin sont unies par le même destin et la même souffrance de femmes égyptiennes :

Though Firdaus's body is imprisoned as she awaits her execution, her voice recounts her story of the multiple violations of her body, and reflects "the common embodiment of the female condition" that she shares with the doctor. (Malti-Douglas 1991 : 139).

Parallèlement, et en Occident, Lester (2013) avec sa double vocation d'anthropologue et de psychologue s'intéressant au TPL, rapporte son expérience avec des patientes souffrant du TPL ainsi que sa fascination pour elles, fascination qui rappelle celle exprimée par Dr. Morad, psychiatre en Égypte, durant les entretiens. Tous deux estiment que les personnes ayant un TPL ont une créativité, une vivacité, un courage exemplaires, et travailler avec elles leur apportent beaucoup :

This is enormously exciting. Through challenging embedded bias, honoring the testimonies of individuals, questioning of our own motivations, and renewing a commitment to reduce injustice, silencing, and suffering, our intellectual, clinical, and human potentialities are being stretched and, if we are fortunate, will continue to grow. (Lester 2013 : 75-76).

En somme, l'environnement quotidien des *Masraweyyates*, comme le chapitre VI l'a révélé, inflige et perpétue sur elles de multiples violences en les plaçant dans un cadre rigide, délimité par des attentes socioculturelles figées, et en les empêchant d'exprimer ouvertement leur souffrance lorsqu'elles ne parviennent pas à respecter les limites de ce cadre. Ce qui rend ce cadre de plus en plus difficile à être respecté, ce sont les conséquences socioéconomiques de la globalisation et de la modernisation sur la société égyptienne (Abu-Lughod 1998a, 1998b, 2005). Cette souffrance est alors exprimée indirectement et prend la forme de la *'assabeyya*.

L'approche analytique de la *'assabeyya* selon l'axe de *'illness'*, à travers l'anthropologie de l'Islam, du genre et l'anthropologie médicale critique est, ici, d'un apport extrêmement constructif. En effet, elle permet de comprendre cette souffrance ainsi que son contexte genré complexe. Elle permet éventuellement aussi d'agir sur ses causes et sa prise en charge, notamment à travers la mise en avant de l'importance du rôle que joue le financement, à la fois, des recherches destinées à étudier cette souffrance et des structures où cette souffrance évolue.

Pour une approche encore plus complète de cette souffrance, la section suivante essaiera de comprendre la *'assabeyya* d'un point de vue ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique.

IX.2. *'Assabeyya*, ethnopsychiatrie et ethnopsychanalyse

Cette approche ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique de la *'assabeyya* se propose de l'explorer tout d'abord à travers les notions de contrôle totalitaire et d'assujettissement ainsi que de leur impact sur la formation identitaire et la psyché. La deuxième perspective est celle du rôle de l'attachement dans la formation identitaire selon les approches de Ibn Khaldun (1986) et de Durkheim (1957, 1960) et les notions de *'assabeyya* khaldunienne, d'aliénation et d'anomie. La dernière perspective est l'interprétation psychanalytique de la *'assabeyya* et du TPL selon les concepts de Freud (1914-1916, 1961) et de Butler (1997) de deuil et de mélancolie dans la formation identitaire ; le symbolisme du passage à l'acte souvent retrouvé dans la *'assabeyya* et le

TPL et la place du corps comme lieu d'expression de cette violence auto-infligée ; et enfin la place de cette violence auto-infligée dans la formation identitaire et l'annihilation.

IX.2.1. Contrôle totalitaire et assujettissement : impact sur la formation identitaire et la psyché

Le corps des *Masraweyyates* est le lieu d'expression de la '*assabeyya* ainsi que le lieu de négociation du pouvoir. C'est autour de ces deux concepts que sont le contrôle totalitaire (en prenant comme référence Ibn Khaldun (1986), Durkheim (1960), Bowlby (1984) et Ainsworth (1967)) et celui de l'assujettissement (en se référant à Butler (1997) et Freud (1914-1916, 1961)), ainsi qu'autour de leur impact respectif sur l'identité et la psyché de la personne (Herman et al. 1989, Herman 1992), que cette partie propose de comprendre la '*assabeyya* et son expression chez les *Masraweyyates* (soumises au double pouvoir de l'économie du marché et des institutions familiales et sociales).

IX.2.1.1. Le corps, lieu d'incarnation de la souffrance identitaire

Il est important, pour toute démarche anthropologique s'intéressant à des sujets issus d'une civilisation autre qu'occidentale, de l'appréhender avec des outils de connaissance qui lui sont propres, d'où l'importance de comprendre la souffrance et la détresse psychologique des *Masraweyyates* avec des outils de connaissance non-occidentaux :

Anthropologists have long been interested in the cultures of illness and healing. One of the most useful contributions of this work is the recognition that such cultures can and do change, despite their rootedness in regimes of knowledge that naturalize them as truth. The vitality of the debate about BPD from many disciplinary positions, as well as from individuals diagnosed with BPD themselves, signals that we are in the midst of such a shift. (Lester 2013).

Saliba (1995), à travers les œuvres littéraires de deux femmes, l'une d'Afrique (*Nervous Conditions*⁵⁰³ de Dangarembga 1988) et la seconde du Moyen Orient, mentionnée dans la section précédente (*Woman at Point Zero*, El Saadawi 1983, 2007), apporte une approche non-occidentale qui permet de mieux comprendre ces souffrances, et conséquemment celle des *Masraweyyates* aussi. En effet, la narration de la souffrance des héroïnes de ces deux

⁵⁰³ Livre de Tsitsi Dangarembga, auteure Zimbabwéenne, publié en 1988.

romans explique comment le corps de la femme dans ces régions est pris en otage par deux maladies : la première est interne et représentée par le système patriarcal, et la deuxième est externe et symbolisée par le système occidental colonial/impérialiste.

Le corps de la femme 'indigène' est alors pour le système patriarcal 'pollué' par les maladies issues de la mauvaise influence de la culture occidentale qu'on essaie alors de purifier en la voilant, la cachant et même en la frappant si nécessité il y a de la faire 'revenir sur le droit chemin'. Pour le système occidental colonial/impérialiste, le corps de la femme indigène est le terrain qu'il occupe pour asseoir sa suprématie, et ce, en exportant l'image de la femme idéale. Cette femme idéale est mince, indépendante financièrement, consomme des produits de beauté et de lessive qui 'lave plus blanc'. Ce corps, seule arme de survie en sa possession, devient alors le terrain de résistance de cette femme contre ces deux systèmes totalitaires. Et, quelles que soient les classes socioéconomiques auxquelles elles appartiennent, leur combat est le même. Firdaus, dans le roman d'El Saadawi, issue d'un milieu modeste, utilise la prostitution pour braver le système patriarcal, tout en refusant le système politique en place lorsqu'il lui est demandé des faveurs pour le servir. Tambudzai, héroïne du roman de Dangarembga, issue d'un milieu aisé, souffre d'anorexie, sa façon à elle d'aller encore plus loin dans l'atteinte de cet idéal physique de minceur imposé par le système occidental (Saliba 1995 : 132).

IX.2.1.2. 'Assabeyya et impact du contrôle totalitaire sur l'identité et la psyché

Pour de nombreux chercheurs, en termes biomédicaux, l'état de stress post-traumatique (ESPT) complexe et le TPL sont tous deux le résultat de mécanismes traumatiques relationnels durant les premières années de la vie et jusqu'à l'adolescence, induisant à l'âge adulte le développement de troubles psychologiques et identitaires diffus, multiples et complexes, incluant toutes les aires de fonctionnement de l'individu⁵⁰⁴. Ces circonstances traumatiques sont le plus souvent dues à des interactions violentes avec les personnes de

⁵⁰⁴ Troubles de l'identité extrêmes ; instabilité de l'humeur (épisodes dépressifs alternant avec des épisodes d'agitation et d'activité excessive) ; une image du corps perturbée (recours excessif aux interventions chirurgicales, piercing sur une grande étendue du corps et troubles du comportement alimentaire) et comportements autodestructeurs à type de tentatives de suicide (Psychomédia 2016).

l'entourage proche, (personnes responsables de la création des premiers liens sociaux de cet individu), induisant un sentiment de captivité (Herman et al. 1989 ; Herman 1992). Cette captivité, qui s'apparente à un contrôle totalitaire de la personne, peut-être réelle, si ses liens sont physiquement restrictifs et oppressifs sur le corps, ou bien symbolique, si ses liens sont culturellement, structurellement et politiquement restrictifs et oppressifs.

La '*assabeyya*, comme vu précédemment dans le chapitre VII, a de nombreuses similitudes symptomatologiques et étiologiques avec ces deux diagnostics biomédicaux, à savoir le TPL et le ESPT complexe. Elle est un idiome de détresse qui est généré dans le contexte égyptien par des liens physiquement restrictifs et suppressifs sur le corps, notamment sur celui de la femme (et de l'enfant, garçon ou fille (Moro et Nathan 2004)) par la violence physique et sexuelle, et par la restriction de la mobilité de ce corps à l'intérieur d'espaces genrés (corrélatifs modernes du *harem*). La '*assabeyya* est aussi générée par des liens symboliquement restrictifs et suppressifs, non seulement pour le corps mais pour tout ce que représente l'individu. Ces liens symboliquement restrictifs, comme mentionnés dans le chapitre VII, sont tissés sur une trame faite de religion, de sexualité et de politique (dans son sens de négociations du pouvoir) ; et le corps ici, notamment celui de la femme, est le symbole de sa captivité (appelée dans le vocabulaire de ce contexte de pouvoir, assujettissement). Ces liens symboliquement restrictifs ont, de ce fait, des conséquences sur la globalité de la personne.

Il serait intéressant de revoir ici la recherche d'Ebert et Dyck (2004) sur le processus du contrôle totalitaire et de son effet traumatique sur l'identité, comprenant une cassure dans la perception de soi de la personne, un avant et un après-trauma, et si ce trauma est tôt dans la vie, une perception de soi déstructurée d'emblée :

First, totalitarian control causes a person to act and live in ways that are inconsistent with the person's core beliefs, assumptions, and values, which leads to a discontinuity of identity and can cause the person to feel shame and guilt during, and after, the traumatic events. Second, totalitarian control causes a person to perceive others differently from how they were previously perceived, especially in terms of diminishing a person's capacity to trust and become attached to other people. Third, totalitarian control causes major changes to a person's view of the world, including beliefs related to social order, justice, and safety. Finally, because of these changes to identity, totalitarian control causes a change in a person's

behavior such that continuity is lost between pretrauma and posttrauma patterns of behavior and consequently perceptions of self. (Ebert et Dyck, 2004 : 622).

Les recherches de Nathan (1987, 2000) permettent aussi d'enrichir la compréhension ethnopsychanalytique de la '*assabeyya*, en particulier ses recherches liées au trauma et aux rituels qui le répètent (dans un contexte de rituel le trauma est répété de manière 'contrôlée' dans une quête de transformation à travers la répétition de la douleur et de la souffrance (Sturm et al. 2011: 29)). En effet, cette répétition rituelle et contrôlée du trauma n'est pas sans rappeler les symptômes auto-mutilants de la '*assabeyya*. Les travaux de Devereux (Devereux 1961, 1996 ; Devereux et Neuburger 2009) notamment ceux sur le suicide chez les Mohaves et sur l'identité, pourrait éclairer la compréhension de cette agression, voire de cette violence, que la '*assabeyya* peut contenir contre Soi et contre les Autres. De même, les recherches de Corin (1998) sur le rapport à l'Autre pourraient aussi aider à comprendre comment la relation à l'Autre des *Masraweyyates* pourrait être liée au développement de la '*assabeyya*.

L'agression décrite par ces trois auteurs est souvent retrouvée dans un contexte de conflit identitaire interne comme cela sera développé plus en détail par la suite.

IX.2.1.3. Assujettissement et '*assabeyya*

Les écrits de Judith Butler (1997 : 83-84) ainsi que ceux de Foucault (1975a, b), relatifs à l'assujettissement, permettent de mieux comprendre comment la violence, sous toutes ses formes, assujettit la personne (en affaiblissant celle-ci et en lui faisant perdre toute motivation à se défendre). Cet assujettissement, comme celui retrouvé dans la '*assabeyya* et le TPL (ainsi que dans l'ESPT complexe), entraîne une détresse psychologique chez l'individu. En effet, l'impact destructeur et invasif du pouvoir apparaît criant, non seulement aux contours et à la surface du sujet, mais aussi dans son 'intérieurité', sa psyché. L'assujettissement de la personne par le biais de son corps est à la fois le processus et le résultat de la soumission au pouvoir. L'assujettissement du corps des *Masraweyyates* se fait à travers des pratiques telles que la mutilation génitale ou l'imposition de certains codes vestimentaires, codes imposés tantôt par les tendances de la mode tantôt par les pratiques culturelles et religieuses. L'assujettissement des *Masraweyyates* à travers

l'assujettissement de leur corps est, de ce fait, à la fois le processus et le résultat de sa soumission d'une part au pouvoir de l'économie du marché et de la globalisation, à travers l'imposition de codes vestimentaires selon la mode ; et d'autre part au pouvoir des institutions familiales et sociales qui imposent elles aussi certains codes vestimentaires (Butler 1997 : 83-84 ; Foucault 1975a, b).

Enfin, pour conclure, il serait intéressant de revenir au parallélisme entre *'assabeyya* et *borderline* (TPL) pour souligner l'approche psychanalytique (voire ethnopsychanalytique) que donne Assoun (2015) du *borderline* qu'il décrit comme étant de la 'nervosité contemporaine. L'on pourrait adopter cette même approche pour la *'assabeyya* :

Il s'agit ici d'interroger le mode de « co-incidence » entre symptôme et culture dans la condition contemporaine, afin d'y situer la position précise de la psychanalyse sur la dialectique de l'actuel et du structurel. Dans ce contexte, le dit « *borderline* » s'impose comme l'exemple même, dans la mesure où un discours prolix l'accrédite comme catégorie psychopathologique, qui exige une analyse métapsychologique. L'examen de la genèse et la déconstruction de l'entité « état-limite », factice au plan psychopathologique, reviennent à le rendre à sa fonction effective de symptôme contemporain et y reconnaître décrit un certain « style *borderline* » du malaise et de la « nervosité contemporaine ». (Assoun 2015 : 95)

IX.2.2. 'Assabeyya et TPL selon Ibn Khaldun et Durkheim : identité et attachement

Comme déjà vu dans le chapitre IV, la notion de frontières et de limites identitaires est fortement présente dans la psychopathologie du TPL (Ainsworth 1967 ; Bowlby 1984 ; Kernberg 1967), et de manière similaire, dans le concept de la *'assabeyya*. Les références bibliographiques citées dans le chapitre IV ainsi que l'analyse des entretiens dans les chapitre VI, VII et VIII ont révélé l'existence d'une réelle confusion identitaire à la fois dans le TPL, la *'assabeyya* et dans les autres maladies de 'nerfs' caractérisée par la navigation entre deux pôles : l'adoption de valeurs traditionnelles relatives aux rôles respectifs des genres ou celles plus modernes et le repli sur la culture locale ou la globalisation (Jørgensen 2006 : 639).

IX.2.2.1. 'Assabeyya khaldunienne : cohésion et solidarité sociale

L'étude du lien, entre culture et santé mentale, ne semble pas être nouveau, si l'on croit les chercheurs qui se sont penchés sur les travaux d'Ibn Khaldun, savant du XIV^{ème} siècle. Pour de nombreux auteurs s'intéressant à la médecine dans le monde arabo-musulman (Dols (1992), Jacquart et Micheau (1990), Mekki-Berrada (2010 : 14) et Murphy (1986 cité par Bibeau 1997)), ainsi que ceux qui y exercent la psychiatrie (El Khayat (2000), Okasha (2007 : 112) et Sekkat et Belbashir (2009)), Ibn Khaldun (1986), en tant que père de la sociologie, a été le premier à mettre en évidence l'impact des phénomènes sociaux sur la santé mentale, et est considéré, par beaucoup, comme étant un inspirateur important de la psychiatrie transculturelle et de l'ethnopsychiatre.

Selon Ibn Khaldun (1986 : 151) : « [...] *human beings cannot live and exist except through social organization and cooperation* ».

Le concept de la société chez Ibn Khaldun est basé, comme déjà mentionné dans le chapitre IV, sur la 'assabeyya khaldunienne (Baali 1988), dont la fondation est la notion de *nasab* (liens de sang) (« *Al-'asabiyya inama takun min aliltiham bil-nasab* » (Ibn Khaldun 1986 cité dans Barakat 1993 : 53-54)). Chez Ibn Khaldun, la 'assabeyya khaldunienne représente la solidarité tribale basée sur les liens de parenté et de symbiose entre les individus de la même tribu (« *naz'a tabi'iyya fi al-bashar mudh kanu* » (Ibn Khaldun 1986 cité dans Barakat 1993 : 53-54)).

La cohésion sociale selon Ibn Khaldun (1986) est formée par la notion de *nasab* (parenté) et de la 'assabeyya khaldunienne (solidarité) dans un parallélisme frappant entre celle-ci et la notion de solidarité sociale, d'abord mécanique (des liens clairs, directs) puis organique (des liens confus) de Durkheim (1984), solidarité basée, selon ce dernier, sur la notion de conscience collective (ensemble de sentiments communs à une société qui augmentent avec le temps et unissent les groupes).

Ibn Khaldun (1986) décrit aussi la 'assabeyya khaldunienne comme reposant sur des sentiments associatifs, une unité de buts et d'intérêts sociaux communs, ainsi qu'une unité de sentiments et d'émotions « [...] *associative sentiments, unity of purpose, community of*

social and economic interests, and oneness of feelings and emotions ». (Ali 1977: 118). Au XIV^{ème} siècle, Ibn Khaldun (1986) a précédé Durkheim (1984) dans la mise en évidence du rôle positif de la religion dans l'établissement et le maintien de l'ordre social et de l'harmonie du groupe. Pour lui, comme pour Durkheim (1984), la religion, suivie de la filiation, fortifie la cohésion sociale (Mohammad 1998), rappelant ainsi le rôle de la religion dans le maintien de la solidarité mécanique qui, selon Durkheim, minimise les différences sociales « [...] *ideas and tendencies common to all the members of the society are greater in number and intensity than those which pertain personally to each member* » (Durkheim 1984 : 332). Ibn Khaldun (1986) a aussi examiné l'effet de facteurs économiques sur la société en mettant, toutefois, plus l'accent sur des facteurs non-économiques comme la 'assabeyya khaldunienne et la religion.

IX.2.2.2. Théorie des conflits et théorie cyclique du changement social selon Ibn Khaldun et Durkheim : impact sur la 'assabeyya khaldunienne

Ibn Khaldun (1986) selon sa théorie des conflits et sa théorie cyclique du changement social, puis plus tard Durkheim (1984), conçoivent la société comme étant un organisme social 'vivant', matériel, qui évolue et se développe à partir d'un état où il est simple et mécanique et où les liens sociaux le sont aussi, vers un autre état plus complexe et organique comme les liens qui le forment. La 'assabeyya khaldunienne, à la base de la cohésion sociale, joue un rôle fondamental dans la progression et le déclin des sociétés et des civilisations.

Selon ces deux théoriciens, la cohésion sociale fonctionne de manière constructive et a des conséquences positives qui résultent en une augmentation de l'adaptation du groupe si la société est en phase d'expansion ; ou bien de manière destructive générant des dynamiques négatives qui détruisent les groupes sociaux si elle est en phase de déclin. En effet, la 'assabeyya khaldunienne devient destructrice lorsque les liens sociaux deviennent organiques et lorsque la société est en phase de déclin.

Durant ce cycle aussi, chaque société se transforme de stades primitifs vers des niveaux plus évolués de civilisation, de rural à urbain. Pour Ibn Khaldun, la 'assabeyya

khaldunienne (solidarité sociale) joue un rôle majeur dans la montée et le déclin de la civilisation humaine, car c'est elle la base essentielle de sa cohésion. Selon lui, le 'déclin' d'une société est d'origine endogène, car les sociétés, comme tout organisme 'vivant', passent par une phase de naissance, puis de croissance, suivie de maturité, de décadence, de sénilité et enfin de disparition (Soyer et Gilbert 2012 : 15-16).

IX.2.2.3. Répercussions psychologiques de la théorie cyclique du changement social et de son impact sur la 'assabeyya khaldunienne

Aliénation, anomie et annihilation

Les répercussions psychologiques de la théorie sociale de Ibn Khaldun et de Durkheim pourraient être formulées selon les termes de Pandolfo (2007) qui rejoint, dans son analyse des transformations sociales affectant le fonctionnement psychologique individuel, la conception d'Ibn Khaldun et de Durkheim et relie le malaise touchant la société arabe à un double phénomène causé par le passage brutal d'une famille arabe étendue à une famille nucléaire engendrant une « *'heterogeneity of the concept of the Ego' which remains entangled in the social 'We'* » (Safouan et al. 2004 cités dans Pandolfo 2007 : 330).

Le « *entanglement in the social 'We'* » dont parlent Safouan et al. (2004) est celui décrit par les personnes interrogées (dans le cadre de ma recherche) comme étant *el manzouma* (le système), *el nāss* (les gens), *el orf wal takālīd* (les us et coutumes), sorte de structures structurantes (Bourdieu 1997), capturant l'individu, le contrôlant dans une dynamique totalitaire et dans un réseau de liens sociaux devenus 'organiques'. Cet « *entanglement in the social 'We'* » coupe, paradoxalement, le Soi des Autres, car il remplace les liens sociaux mécaniques normalement responsables de la formation d'un attachement 'sécure et organisé' entre les individus ; ce qui résulte en la création au contraire d'un attachement désorganisé, et aboutit à ce que Pandolfo (2007 : 330) qualifie de « *heterogeneity of the concept of the Ego* ».

Pour illustrer ce processus nous pouvons évoquer Ruqya, héroïne du récit de Pandolfo (2008), et la perte de repères traditionnels dont elle est exclue : d'une part par le biais de

structures de remplacement, l'autorité policière (remplaçant l'autorité parentale) et d'autre part, l'encadrement hospitalier (régé par la loi juridique et non pas coutumière) et qui remplace ainsi l'encadrement familial et les soins traditionnels. Il y a comme une démission, un désistement de ces deux structures traditionnelles (famille-parents-soins traditionnels), jadis encadrantes, embrassantes, 'enveloppantes', au profit de structures étatiques (police- hôpital). Ces structures ne sont pas protectrices de Ruqya, mais aliénantes voire même anomisantes et annihilantes.

Trouble identitaire, rage, mélancolie et aliénation

La notion de captivité par des structures aliénantes est retrouvée à la fois, dans le syndrome de stress post-traumatique complexe (décrit dans les situations d'emprisonnement), le TPL et la 'assabeyya, et dans les trois, cohabitent trouble identitaire, rage et mélancolie. Au-delà des structures emprisonnantes de l'État, 'les gens', la famille, la mère, l'honneur, tous ces concepts traditionnels sont les geôliers de Ruqya contre lesquels elle sent de la défiance. Et il y a une cassure, une rupture avec les éléments de la tradition qui auraient dû lui être protecteurs⁵⁰⁵. Ce mécanisme est retrouvé chez bon nombre de femmes rencontrées lors de cette recherche et qui étaient en souffrance, mais à la différence de Ruqya, elles avaient de la 'assabeyya, c'est-à-dire qu'il n'y avait pas encore eu de rupture totale entre les structures emprisonnantes et elles-mêmes.

L'exemple de Ruqya permet de comprendre le mécanisme de la formation de l'aliénation. Aliénation signifie couper le lien entre Soi et les Autres (le groupe social) (Bagley 1967). C'est le « *entanglement in the social 'We'* » à l'intérieur de cette structure organique qui

⁵⁰⁵ J'aimerais citer ici Pandolfo (2008) et sa description de l'analyse de Roland (1957) de la santé mentale au Maroc qui rappelle beaucoup celle que l'on pourrait avoir pour l'Égypte : « [...] *the focus is on processes of anomie in colonial modernity. The causes of mental illness are sought in the destructuring effects on the Ego of traumatic socioeconomic transformations: the rural exodus, rapid urbanization and overpopulation; the compression and promiscuity of living space in poor urban neighborhoods, where intimacy is systematically violated, producing in subjects a sentiment of intrusion bordering on psychosis; the crisis of paternal authority; the "dissociation of the family"; growth of aggression and self-destructive behavior caused by the unconscious guilt of having violated ancestral rules; the stress of bilingualism with the colonial language; the formation of an urban lumpen proletariat; the spread of alcohol and crime. The biopolitical production of "patients" is presented in this reading as the result of a historical process of uprooting, the effect of catastrophic social change, comparable to the production of refugees in a war. The task of psychiatry becomes that of understanding and healing these ruptures, without looking back to the past, in the imagination of a new society* » (Pandolfo 2008 : 334-335).

crée l'aliénation. Cette dernière y coexiste avec l'anomie. L'anomie (qui signifie ici couper le lien entre Soi et Soi (Bagley 1967) est le résultat de l' « *heterogeneity of the concept of the Ego* », de la désorganisation de l'attachement à Soi et aux Autres, pouvant aboutir dans les cas extrêmes à l'annihilation de l'individu.

Perte de la 'assabeyya khaldunienne durant la phase de déclin social : anomie, aliénation et 'assabeyya

Selon cette interprétation, durant la phase de déclin de la société il y a une perte de la 'assabeyya khaldunienne. Cette perte de la 'assabeyya khaldunienne entraîne la désintégration de deux liens : Le lien entre Soi et les Autres dont la désintégration caractérise l'aliénation et qui conséquemment entraîne la désintégration du lien entre Soi et Soi, aboutissant à l'anomie puis à l'annihilation. Les termes aliénation, anomie et annihilation ont une portée est à la fois philosophique, politique et psychologique (Khalil 2006 ; Mohammad 1998 ; Soyer et Gilbert 2012).

Aliénation et anomie sont retrouvée dans la 'assabeyya idiome de détresse comme ceci a été vu dans le chapitre VII. *El nāss* (les gens) ou le 'social *We*' ou la *manzouma* (le système) coupent la personne de ses liens sociaux et de la réalisation de ses aspirations induisant aliénation et anomie. Et ce faisant, la personne perd le contact avec ses aspirations, car les structures auxquelles elle cherchait à se lier ont perdu leur aspect matériel mécanique protecteur et sont devenues organiques, violentes, et diffuses (Held et Mc Grew 2007 ; Hobbes 2006 ; Keohane 2002).

Cette perte de contact avec ses aspirations, cette aliénation de Soi et des Autres et enfin cette anomie, induisent de la violence que va exprimer l'individu d'abord contre les forces aliénantes dans le cas de l'aliénation. Cette violence prend la forme de colère et de rage. Lorsque cette violence ne trouve plus de structure contre laquelle se révolter, la personne s'autodétruit comme dans l'anomie et aboutit à son annihilation et au suicide réel ou symbolique (mélancolie) (Durkheim 1960).

IX.2.2.4. Répercussions sociopolitiques de la théorie cyclique du changement social et de son impact sur la *'assabeyya* khaldunienne

Les théories de Ibn Khaldun (1986) et de Durkheim (1984) sont essentiellement sociales. La société est, comme déjà précisé, un organisme en évolution, qui subit les mêmes phénomènes évolutifs que l'individu. Ceci impliquerait, conséquemment, que l'on retrouve les notions d'aliénation et d'anomie, aussi bien au niveau individuel que social, et que la société aussi développerait aliénation, anomie et annihilation, tout comme l'individu.

Lorsque la société est en phase de déclin, les liens sociaux deviennent organiques et la *'assabeyya* khaldunienne, dans un sursaut de survie contre sa désintégration, prend, tel que le décrit Ibn Khaldun (1986), un aspect de ferveur, de passion et de rage, rappelant ainsi la violence de l'individu (*'assabeyya* idiome de détresse) qui se bat contre l'aliénation. La *'assabeyya* apparaît alors, dans cette phase de déclin social, comme un sursaut à la fois individuel et social contre cette décadence sociale. Le sens du terme *'assabeyya*, de même que son utilisation, se voit alors s'élargir pour comprendre toute expression intense de colère, de rage et d'agitation, qu'elle soit individuelle ou plus globale.

La *'assabeyya* khaldunienne apparaît donc comme étant un concept 'vivant' qui structure et aboutit à la cohésion sociale (et à la constitution d'un Soi structuré grâce à son attachement organisé à l'Autre). Puis, la *'assabeyya* khaldunienne suite à l'évolution 'naturelle' de l'organisme social et à sa décadence inéluctable, perd sa capacité de cohésion. En tentant désespérément de maintenir cette cohésion, la *'assabeyya* khaldunienne en déchéance est transformée en une force aliénante (la *'assabeyya* idiome de détresse), multipliant ainsi le processus destructeur en y rajoutant la violence de cette aliénation désespérée et la violence de l'anomie qui en résulte, aboutissant à sa propre annihilation.

'Assabeyya, idiome de détresse, incarne donc la déchéance et la désintégration de cette *'assabeyya* khaldunienne, à travers le corps aliéné. Et là, encore une fois, l'analogie entre TPL et la *'assabeyya* (khaldunienne et l'idiome de détresse) s'impose. En effet, la rage est la principale caractéristique de ces deux notions. Cette rage a pour but de défendre les

limites identitaires ou tribales contre une violence externe invasive (l'autorité étatique, l'Autre, ou les ennemis de la tribu) ou contre une violence interne (née d'un sentiment de désintégration du Soi et unique tentative restante de survie du Soi).

Il est intéressant ici de noter l'avis de la psychiatre féministe et romancière Nawal Al-Saadawi (Al-Saadawi 1993 : 92-93 citée dans Mostafa 2008 : 5) qui affirme que les femmes en souffrance psychologique sont parfois plus courageuses à défendre leurs besoins personnels (et ce afin de pouvoir les satisfaire) et à résister aux structures oppressives prévalentes ainsi que la domination masculine ; d'où peut-être leur utilisation, plus que chez les hommes (une recherche serait à faire sur la prévalence de la *'assabeyya* chez chacun des sexes), de la *'assabeyya* comme idiome de détresse afin d'exprimer à travers elle leur rage de survie.

La *'assabeyya* est en fait la rage qui coexiste, intimement et de manière ambivalente (ambivalence induite par un Soi de structure désorganisée), avec la mélancolie. La rage exprime la douleur et la colère suite à la perte de l'objet (cet objet étant l'Autre et/ou Soi) ; et elle peut être perçue comme étant un acte de révolte politique contre un pouvoir qui a emprisonné et puni le Soi, comme nous verrons plus loin. La mélancolie, quant à elle, représente le deuil de cet objet après la réalisation de sa perte définitive. C'est cette approche psychanalytique qui sera développée dans la section suivante.

IX.2.3. Interprétation psychanalytique de la *'assabeyya* et du TPL

Après avoir exploré dans cette approche ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique de la *'assabeyya* d'abord les notions de contrôle totalitaire et d'assujettissement et leur impact identitaire et psychologique, puis le rôle de l'attachement dans la formation identitaire et les notions de *'assabeyya* khaldunienne, d'aliénation et d'anomie, cette troisième et dernière perspective est l'interprétation psychanalytique de la *'assabeyya* et du TPL. Basée sur les concepts de Freud (1914-1916, 1961) et de Butler (1997) cette approche psychanalytique abordera les notions de deuil et de mélancolie dans la formation identitaire ainsi que le symbolisme du passage à l'acte (souvent retrouvé dans la *'assabeyya* et le TPL) et la place du corps comme incarnation de la violence retournée contre soi. Le

dernier point évoquera la place de cette violence auto-infligée dans la formation identitaire et dans l'annihilation.

IX.2.3.1. Deuil, formation identitaire, mélancolie et rage

Comme abordé dans la section précédente, le déclin et la désintégration de la *'assabeyya* khaldunienne aboutit à une perte du lien entre Soi et l'Autre et entre Soi et Soi. Ils induisent aussi un sentiment de rage (qui exprime la douleur et la colère suite à la perte de l'objet qui est l'Autre et/ou Soi), coexistant de manière ambivalente (ambivalence due à la désorganisation du Soi) avec la mélancolie (mélancolie induite par la réalisation de la perte définitive et irrémédiable de cet objet). C'est cette même dynamique que décrivent Freud (1914-1916, 1961) et Butler (1997) selon une analyse psychanalytique des effets psychologiques du déclin et de la perte de la *'assabeyya* khaldunienne, effets représentés par la formation de la *'assabeyya* et du TPL.

Deuil et formation identitaire

L'incorporation mélancolique de l'objet perdu comme étape primordiale du processus du deuil de l'objet est selon Freud (1914-1916, 1961 cité dans Butler 1997 : 134) à la base de la formation du Moi⁵⁰⁶ et donc de l'identité. L'objet perdu est ici la figure parentale d'attachement à travers laquelle l'individu devrait passer par un attachement sécure, puis à son évolution de l'adolescence vers l'âge adulte, il devrait commencer à faire le deuil de l'objet en l'incorporant pour pouvoir créer un attachement aussi sécure avec le Moi. Dans les troubles identitaires, cette séquence n'a pas lieu car il y a une désorganisation de l'attachement à l'Autre (la figure parentale d'attachement), qui lorsqu'il se détache pendant l'adolescence devient ainsi l'objet perdu. L'attachement désorganisé empêche l'incorporation de l'objet perdu et donc l'évolution vers le deuil de cet objet perdu. Conséquemment, le réinvestissement de cet attachement vers le Moi ne se fait pas. Safouan (1996) explique que cette désorganisation de l'attachement est due au fait que l'Autre a

⁵⁰⁶ Dans cette section dédiée à l'interprétation psychanalytique freudienne de la *'assabeyya*, l'appareil psychique selon Freud (1961) sera défini selon les termes : le Ça, le Moi, le Surmoi. Plus précisément, le terme le Moi (Ego) sera utilisé au lieu du Soi (Self) mentionné dans la section précédente et qui représente une dimension plus vaste que le Moi, une dimension sociale et archétypale (Jung 1915). En psychologie analytique et en psychologie sociale, le Moi selon Jung (1915) est la perception du Soi par la personne.

perdu ses limites et sa structure et est devenu 'organique', conséquence des effets de l'argent et du pouvoir, empêchant ainsi l'identification du Moi à lui. Ceci rappelle l'évolution des liens sociaux selon Ibn Khaldun (1986), qui passent de simples liens sociaux à des liens sociaux 'organiques' diffus et confus, suite à l'évolution de la société (cette évolution ne serait pas sans rappeler l'impact de la globalisation et de l'économie du marché sur les liens sociaux). Ces liens 'organiques', comme mentionné dans la section précédente, ne sont pas source de cohésion ni de structuration identitaire sociale, mais plutôt source d'emprisonnement et de déchéance de la '*assabeyya* khaldunienne :

What is particularly painful in the present situation is that we do not even know whom to charge. Power, we are told, is money. But money has no figure. If it were a King, we could cut off its head monarchy as a political and psychic institution. (Safouan 1996 : 123).

Pour revenir à la formation identitaire, Butler (1997 : 136) ajoute que la dimension du genre dans la formation identitaire est due au fait que le processus de l'acquisition du genre comprend le deuil de l'investissement pulsionnel de l'objet homosexuel, notamment chez la fille, et que comme ce deuil ne se fait pas, cet investissement homosexuel persiste, latent ou pas, selon les cultures qui le tolèrent ou pas. Comme précisé précédemment, la confusion identitaire est à la base des caractéristiques du TPL, et aussi à la base de ceux de la '*assabeyya*, comme le chapitre VII permet d'évoquer, ce qui pourrait expliquer l'existence de tendance homosexuelle chez de nombreuses personnes de sexe féminin, souffrant de TPL (Bender et Skodol 2007 ; Sargent 2003 ; Wilkinson-Ryan et Westen 2000). Quant à la '*assabeyya*, les entretiens n'ont pas effleuré l'homosexualité (à une ou deux exceptions près) bien que la sexualité, en général, ait souvent occupé un grand espace de l'entretien. L'on peut supposer que ceci est dû à la pudeur culturelle à aborder ce sujet. Cependant, il semble que les impulsions, voire même les pratiques homosexuelles, sont beaucoup plus répandues qu'elles n'y paraissent du fait de plusieurs raisons : (1) le manque d'ouverture sexuelle entre les deux sexes à l'adolescence ; (2) la suppression de l'identification des besoins sexuels, de leur expression et de leur assouvissement ; (3) la proximité permise et encouragée entre les personnes du même sexe ; (4) l'échec du deuil de l'investissement pulsionnel de l'objet homosexuel, expliquant aussi peut-être, en partie

la fréquence des troubles de l'humeur chez les femmes en Égypte (essentiellement à type de dépression) et les troubles sexuels (Okasha 1999, 2004).

Mélancolie et rage

Pour Freud (1961 cité dans Butler 1997 : 168), la mélancolie est l'échec du Moi à trouver l'objet d'amour, à identifier cet Autre (Safouan 1996), objet qu'il aurait désiré investir. Dans son incapacité à identifier cet objet et conséquemment à l'investir, naît le désir de le détruire pour ne pas lui avoir permis de l'investir. Mais comme le Moi n'arrive pas à identifier cet Autre, ni pour l'aimer ni pour le détruire, il se prend alors lui-même, non seulement comme objet d'amour, mais aussi d'agressivité et de haine. La mélancolie et la rage, comme mentionné au préalable, expriment les émotions ressenties face au deuil de l'Autre ou, comme expliqué dans le paragraphe suivant, face au deuil de l'Idéal perdu, notamment l'Idéal social.

Mélancolie, *shagan*⁵⁰⁷, *saudade*⁵⁰⁸ sont différentes appellations pour un même deuil, politiques désespérées, autodestructrices et de résistance à la perte de l'objet. Elles rappellent l'expression émotionnelle de la violence et de la rage interne retrouvée lors de la phase de déclin de la 'assabeyya khaldunienne, décrite dans la section précédente, où cette dernière refuse d'abandonner son Idéal perdu, cette cohésion sociale, si précieuse. Pour Freud (1961 cité dans Butler 1997 : 167), la mélancolie annule le monde extérieur car elle représente le refus de la perte de l'objet (l'Autre ou l'Idéal), et l'incorpore dans un monde intérieur, créant une ambivalence entre la réalité extérieure et intérieure du sujet. C'est cette ambivalence aussi que représente la 'assabeyya khaldunienne, alors qu'elle est en phase de déchéance, elle refuse de perdre sa 'assabeyya khaldunienne Idéale (cohésion sociale) et s'attache à ses liens 'organiques' qu'elle resserre encore plus, se donnant l'illusion de préserver sa 'assabeyya khaldunienne Idéale, ce qui au contraire ne fait qu'accentuer sa perte. La notion de *shagan*, qui par ailleurs rappelle la *saudade* dans la culture brésilienne (Feldman 2001 ; Laplantine 1999, 2005 ; Saillant et al. 2002), signifie la mélancolie en arabe littéraire, notion omniprésente dans la culture égyptienne (les

⁵⁰⁷ Mélancolie en Arabe littéraire.

⁵⁰⁸ Mot portugais, signifiant sentiment de nostalgie, du regret mélancolique.

poèmes, les chansons, les histoires et les proverbes), reflétant peut-être ce refus 'collectif' d'accepter la perte de l'Autre ou de l'Idéal. Comme Butler (1997 : 167) le précise, accepter la perte c'est accepter de perdre l'attachement, et l'on peut croire que l'attachement émotionnel, comme ceci a été très souvent exprimé par les femmes rencontrées lors de cette recherche, revêt une importance extrême, notamment dans le milieu où a eu lieu l'étude et qui est l'Égypte, que ce soit l'attachement à la terre, à l'espace, aux personnes, au pays, aux valeurs traditionnelles ou religieuses, ou aux idéaux politiques ou moraux.

La mélancolie, tout comme la rage, ont une dimension sociale et politique, et ce, lorsque la perte de l'Autre est représentée par la perte des idéaux sociaux et conséquemment la perte du Moi. Cette mélancolie a lieu à un niveau de développement psychologique plus avancé que la mélancolie par perte de l'attachement à l'Autre car, ici, il y a déjà eu attachement à l'Autre, puis avec l'évolution psychologique, il y a eu détachement vers l'adolescence, puis une tentative de réinvestissement du Moi dans des idéaux sociaux. Lorsque ces idéaux sociaux ne sont pas présents pour être investis et pour remplacer l'Autre dont l'individu a déjà fait le deuil, il y a une perte du Moi et naissance de la mélancolie. Ce Moi a échoué à investir un Autre objet dû à l'absence de cet objet, objet qui aurait dû être un Idéal social, et cet échec entraîne la destruction du Moi.

Selon Butler (1997 : 185), la mélancolie revêt un aspect social, voire politique, car le Moi se juge (*critical agency*) et se compare aux idéaux sociaux (parmi les idéaux sociaux on peut reconnaître les rôles d'épouse et de mère, très souvent mentionnés par les femmes rencontrées sur le terrain). Le Moi de ces femmes peut perdre ces idéaux sociaux, soit parce qu'elles ne se marient pas ou qu'elles n'ont pas d'enfant par exemple. Ces femmes ne peuvent alors pas exprimer cette perte ouvertement dans le monde extérieur. En effet, elles ne peuvent pas se plaindre par exemple de ne pas avoir d'enfant ou de ne pas se marier, car ce sont des choses 'dans les mains de Dieu', et elles ne peuvent pas objecter la volonté de Dieu. Ceci génère une ambivalence, entre le ressenti, à savoir le sentiment de perte, et l'occultation de son expression. Il est important de rappeler que cette ambivalence est caractéristique, à la fois, de la 'assabeyya et du TPL, comme vu précédemment. Cette perte devient, alors, celle du Moi, et apparait diffuse, sans nom. Elle peut entraîner la création

de rituels publics d'autopunition (tels que les symptômes mélancoliques sous forme de perte d'appétit, de sommeil, de désir sexuel), ou plus impulsifs et autodestructeurs (comme ceux fréquemment observés en association aux troubles de l'humeur à type de dépression dans le TPL).

Une dimension encore plus sociale est donnée à la mélancolie par Bhabha (1992 : 12-13), pour qui la mélancolie s'oppose à l'autorité, et ce, en l'incorporant. Pour lui la mélancolie n'est pas une forme de passivité, mais une révolte qui prend place à travers des répétitions. Le mélancolique retourne contre lui les accusations qu'il aurait voulu adresser à l'Autre. La dimension politique de la mélancolie vient du fait qu'elle conteste l'aspect idéal de l'autorité en l'incorporant, et du fait que l'idéalité de l'autorité soit incorporable, fait qu'elle n'est plus liée à une seule figure de la loi (Bhabha 1992 : 13 cité dans Butler 1997 : 190). Ceci peut être illustré par les lamentations, les pleurs et les gifles auto-infligées par les lamentatrices et par certaines femmes rencontrées, qui au lieu de se rebeller contre Dieu ou contre le mari de les avoir fait souffrir, elles s'accusent elles-mêmes de ne pas être de bonnes musulmanes ou de bonnes épouses ou de bonnes mères, se punissant selon les mêmes règles de la discipline qui les a punies. Pour Butler (1997 : 190-191), l'État est à l'origine de la mélancolie (rébellion qui a été avortée) parmi les citoyens, car il l'initie et la renforce comme un moyen de dissimuler et de déplacer sa propre autorité et de ce fait de prévenir toute rage insurrectionnaire :

The "critical agency" of the melancholic is at once a social and psychic instrument. This super-egoic conscience is not simply analogous to the state's military power over its citizenry; the state cultivates melancholia among its citizenry precisely as a way of dissimulating and displacing its own ideal authority. (Butler 1997 : 190-191).

Ce point, à savoir l'encouragement de la *critical agency* et du Surmoi, *peut* faire penser à la dynamique infligée aux femmes par le mouvement de la *da'wa* ou par la culture machiste. En effet, le mouvement de la *da'wa* prône la docilité et la discipline éthique au nom de l'Islam, mais peut-être a-t-il aussi pour but, celui d'endiguer toute rébellion contre l'ordre imposé à l'intérieur du mouvement des mosquées ? La culture machiste quant à elle prône l'obéissance aux figures masculines au nom de l'Islam, ceci aussi pour empêcher toute rébellion contre l'ordre imposé à l'intérieur du système familial ou social. Le résultat

dans les deux situations est une prévention de tout élan instinctuel de libération, élan mené par le Ça des instincts de Freud pour assurer la ‘survie’ du Moi, entraînant la mélancolie par emprisonnement du Moi par le Surmoi (*critical agency*). Le Surmoi utilise, entre autres, les sentiments de culpabilité et de honte, pour juguler les élans du Ça, et permettre au Moi de survivre dans la société. C’est ce qu’explique Sartre (1964), pour qui c’est le sentiment de honte qui nous socialise en maintenant notre dépendance les uns envers les autres : « *it is shame that keeps us human by imposing on us our dependency upon others ; without shame we would disappear into ourselves* » (Sartre 1964 cité dans Crowe 2004 : 332). Cependant, dans le contexte d’une ‘*assabeyya* khaldunienne en décadence, l’utilisation de la honte se fait, non pas dans un but de renforcer la cohésion sociale, mais plutôt dans celui d’un regain du contrôle perdu sur elle. La honte devient alors ici l’outil de l’aliénation de l’individu (ou de son assujettissement ou de sa captivité, selon les concepts d’où l’on se place), et ce, à travers le maintien des liens sociaux, devenus organiques, que représentent les structures religieuses, sociales ainsi que les us et coutumes (*el orf wal takalīd*). Il est intéressant de préciser que pour Crowe (2004 : 332), la honte est responsable de nombreux symptômes du TPL (dont les troubles identitaires, l’instabilité affective, l’impulsivité, la tendance suicidaire, l’automutilation, la dissociation, et le sentiment de vide). Ceci rejoint encore une fois l’hypothèse de départ, à savoir que le TPL et la ‘*assabeyya* représentent en fait l’expression psychologique de la désintégration de la ‘*assabeyya* khaldunienne, lien d’attachement entre Soi⁵⁰⁹ et l’Autre et par conséquent entre Soi et Soi. L’on peut rappeler ici que la honte engendrée par les comparaisons et l’humiliation, est l’un des moyens les plus puissants de la violence émotionnelle que subissent les femmes rencontrées à Maadi, infligée par tout leur entourage et par la société, et dont les répercussions psychologiques sont les plus profondes.

La rage et l’accès maniaque sont l’autre face de la mélancolie. L’accès maniaque, contrairement à l’accès dépressif, est l’aspect énergétique du rejet de l’attachement à l’objet perdu (Freud, 1914-1916 : 254 cité dans Butler 1997 : 191-192). Comme déjà mentionné, l’objet perdu est ressenti comme étant un tyran pour l’avoir abandonné. Pour Butler (1997

⁵⁰⁹ C’est le terme Soi qui est utilisé ici pour sa dimension sociale.

: 191-192), bien qu'il demeure inconnu et inatteignable, l'objet perdu/tyran demeure structurellement installé pour la psyché. L'accès maniaque représente, alors, la suspension temporaire de l'objet perdu/tyran ou sa domination par le Moi.

Ceci rappelle la violence de la *'assabeyya* khaldunienne suite à la désintégration de ses liens sociaux directs et leur remplacement par des liens 'organiques'. En effet, dans sa quête désespérée de retrouver sa cohésion sociale, la *'assabeyya* khaldunienne réagit violemment contre ces liens 'organiques' auxquels elle n'arrive pas à s'attacher car ils l'emprisonnent sans pouvoir la structurer. Cette violence de la *'assabeyya* khaldunienne n'est pas sans rappeler la violence révolutionnaire telle que la décrit Khosrokhavar (2016 b). Elle est aussi retrouvée sous forme d'accès de rage dans la *'assabeyya* (idiome de détresse) et le TPL, comme décrit par de nombreuses femmes rencontrées durant la recherche, alternant avec des épisodes de mélancolie, pouvant souvent être prise pour un accès maniaque de la maladie bipolaire.

Pour conclure, cette analyse psychanalytique de la *'assabeyya* et du TPL permet, entre autres, de comprendre la dynamique sous-jacente aux troubles identitaires ainsi qu'aux troubles de l'attachement et de l'humeur (à type de dépression, d'agressivité et actes autodestructeurs). Ces troubles sont retrouvés à la fois dans le TPL et la *'assabeyya*, comme ceci a été évoqué dans l'analyse des entretiens. La section suivante s'intéresse particulièrement au symbolisme du passage à l'acte selon l'approche psychanalytique, comportement retrouvé à la fois dans le TPL et la *'assabeyya*, et où le corps occupe une place 'charnière'.

IX.2.3.2. Place du corps dans la *'assabeyya* et le TPL : le symbolisme du passage à l'acte

« *Je vous défie avec ce même corps avec lequel vous m'avez insultée* ». C'est ce qu'expriment à la fois Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), rencontrée sur le terrain, victime de nombreuses violences sexuelles et engagées dans plusieurs relations sexuelles hors mariage, et Firdaus (El Saadawi 1983, 2007), prostituée. Et comme pour Ruqya (Pandolfo 2008), il arrivera bientôt pour Nagat, de par la rage qu'elle porte en elle, un

moment où le *'assab* (le lien) se coupe (le *'assab* avec la tradition, avec l'appartenance à cette tradition), entraînant son expulsion dans un monde *borderline* situé entre la famille et l'État, un espace public, un espace *borderline*. Cet espace public, *borderline*, représente le vide, car il est chaotique : c'est une jungle de béton, un magma, rendant ainsi impossible la création d'un nouveau *'assab* de remplacement au lieu de celui qui s'est rompu avec la tradition⁵¹⁰. Dans le terrain de bataille du pouvoir (la rue) qu'elle investit déjà beaucoup, elle prenait des taxis, beaucoup de taxis en y séduisant le chauffeur, toujours vêtue de son *niquāb*. Pandolfo (2008 : 97) exprime l'aliénation de ces trois femmes de leur milieu d'origine, et leur quête de transformation de cet espace d'aliénation en un 'autre espace', espace qui va ancrer leur présent, leur existence :

[...] the reality of exile at home is at stake. The question is how and to what degree, within the given social, economic, and political conditions, a rejection experienced as an irrevocable fate, violent and incomprehensible, which amounts to the prison of the subject, can transform into the experience of an elsewhere, which is also a re-territorialization of the present. (Pandolfo 2008 : 97).

Comme Ruqya (Pandolfo 2008), Firdaus (El Saadawi 1983, 2007)) ou Nagat (30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer), les jeunes marocains qu'évoque aussi Pandolfo (2007) souffrent de ce même malaise de rupture avec leur milieu, mais l'un deux pour se reconnecter avec son Soi, chercher à émigrer physiquement, alors que ces femmes n'en ont pas la possibilité (Pickel 2005). Pour elles, l'inertie du mouvement de la quête de Soi, ne se traduit pas vers l'extérieur dans un voyage initiatique extérieur, mais à travers un voyage intérieur émotionnel affectif, vers Dieu. Celui-ci rappelle le voyage des sœurs Carmélites qui traversent *the dark night of the soul* (Durà-Vilà et al. 2010 ; Hunt 2007), celui des jeunes femmes jihadistes (Khosrokhavar 2016b), des femmes du mouvement des mosquées (Mahmood 2011) et de la poétesse mystique Râbi'a Al-'Adawiyya (Kchouk 2015) (sur laquelle reviendra la section suivante).

⁵¹⁰ « Pour réduire la complexité sociale et sociétale et afin de vivre et d'évoluer dans les sociétés modernes contemporaines, l'individu doit être capable de compter sur des systèmes plus ou moins anonymes, comme des institutions culturelles, sociales ou même religieuses, et sur leurs représentants. Pour ceci, la confiance, mécanisme fondé psychologiquement, est important » (Luhmann 1968 cité dans Jørgensen 2006 : 639 ; traduction libre).

Peut-être un exemple de cette quête de soi à travers un voyage initiatique, est celui, depuis la révolution de 2011, de nombreuses jeunes femmes égyptiennes faisant des demandes d'émigration vers de nombreuses régions du monde, dont Dubaï (le nouvel Eldorado moyen-oriental), seules, non plus pour prétexte d'études ou pour faire la connaissance d'un prétendant vivant à l'étranger, mais pour se 'libérer'⁵¹¹ (observation personnelle, répondante anonyme). L'optique de la migration de ces jeunes femmes égyptiennes diffère de celle qui émigrent pour accompagner leurs maris ou pour travailler elles-mêmes, souvent de manière contractuelle et limitée dans le temps, la célèbre *e'ara*⁵¹² de leur poste dans la fonction publique en Égypte vers une structure étatique des pays du Golfe, notamment dans l'enseignement et la santé (Amin et Al-Bassusi 2004). La migration a souvent aujourd'hui une motivation matérialiste et pratique, ayant pour but de 'nourrir' les constructions socio-familiales de la société d'origine, et non pas à s'en détacher pour reconstruire de nouvelles comme pour la première.

Cependant, lorsque ce mouvement de la quête de Soi ne trouve pas d'espace extérieur où exister (cet espace *borderline* où errent Nagat ou Ruqya), car tenu prisonnier par des liens devenus trop 'organiques', il investit alors le corps, dans une tentative désespérée d'échapper à l'annihilation. Dans ce corps, il se trouve alors emprisonné par la peau :

Ce qu'il y a de plus profond dans l'homme, c'est la peau, en tant qu'il se connaît.
(Valéry 1931 : 215-216).

C'est cette même peau qui limite la personne et la définit par rapport à l'espace extérieur, sous la forme d'automutilation esthétique, régimes parfois anorexiques, lamentations accompagnées de gifles, prostitution, abus de drogues, tentative de suicide ou exécution (comme pour Firdaus (El Saadawi 1983, 2007) pour avoir commis des crimes sachant qu'ils induiraient la peine de mort).

Cet espace délimité par la peau et investi par le mouvement de la quête de Soi, devient le Soi/Moi investi en lui-même, au lieu de s'investir dans l'Autre à travers le voyage initiatique, voyage initiatique ici avorté. Cet espace est alors le Moi-Peau (Anzieu 1995),

⁵¹¹ Selon leurs termes.

⁵¹² Prêt en arabe littéraire, le gouvernement égyptien prêtant ses fonctionnaires.

siège de nombreuses mutilations et de l'expression de troubles psychosomatiques. La peau est l'organe qui imaginativement va tracer le dedans et le dehors (Dolto 1984 et Anzieu 1985 cités dans Goffinet 2006 : 160). Le Moi-Peau désigne « [...] *une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement, pour se représenter lui-même comme Moi, contenant les contenus psychiques à partir de son expérience de la surface du corps* » (Anzieu 1995: 39). Cette surface symbolise la consistance de l'image du corps (Lacan 2005). Ce Moi-Peau est donc sensible aux dires, et le toucher est le premier appareil à créer de la pensée, dès avant la formation du Soi/Moi (Goffinet 2006 : 160).

Il est à rappeler que les comportements sexuels à risque, les troubles du comportement alimentaire ainsi que les conduites suicidaires et d'automutilations (coupures, brûlure, piercing à outrance, opérations de chirurgie esthétique à répétition) sont caractéristiques du trouble de la personnalité limite (Brodsky et al. 1995 ; Critchfield et al. 2004). L'analyse des entrevues a montré la fréquence de ces nombreux troubles parmi les femmes rencontrées sur le terrain. De même, la '*assabeyya*, en tant qu'idiome de détresse, comprend des manifestations d'automutilations comme le *latm*⁵¹³ ou le fait de se fendre la *galabeyya*⁵¹⁴ en public (Aouattah 2007 ; Chamoun 2005 ; Sengers 2003).

Le *acting out* (passage à l'acte), mécanisme de défense (Freud 1968), où l'agression est due à la souffrance induite par l'évènement traumatique retrouvé dans le TPL et la '*assabeyya* (Sargent 2003), sous-tend la plupart des symptômes du TPL et de '*assabeyya*. Durant le passage à l'acte, le corps (et donc la peau) est pris comme lieu d'expression de cette agression et de cette impulsivité, un élan de survie et de révolte de cette quête de Soi inachevée, frustrée, donnant l'illusion d'une maîtrise du Soi, de son corps, de son espace, et du temps ; maîtrise usurpée par le traumatisme, qui fige le temps, cloître l'espace, immobilise le corps et annihile le Soi. Le passage à l'acte est aussi le mécanisme de base sous-jacent à la '*assabeyya* khaldunienne. Le traumatisme, dans ce cas, n'est pas individuel

⁵¹³ Gifles auto-infligées.

⁵¹⁴ Habit traditionnel Égyptien.

mais atteint toute la société, et il consiste en la désintégration de ses liens sociaux. La 'assabeyya khaldunienne se retrouve alors figée dans ce moment traumatique, essayant de réinvestir cet objet idéal perdu qu'est la cohésion sociale et les liens sociaux, et ce, en réinvestissant, avec violence et agression, ses propres liens sociaux désintégrés devenus organiques. Elle se retrouve alors elle-même emprisonnée dans ces liens organiques, ces liens étant devenus, comme la peau pour l'individu, sa propre prison.

Le passage à l'acte apparaît donc, comme une réaction au mécanisme de 'fixation' spatiale et temporelle de l'individu et de la société à l'évènement traumatique. Ce passage à l'acte, peut prendre la forme d'une révolte agressive de la femme orientale contre la *victimcy* de Shéhérazade, comme décrite par Joumana Haddad dans son livre *'I Killed Schéhérazade : Confessions of an Angry Arab Woman'* (Haddad 2011). Mais la *victimcy* de Shéhérazade dont parle Haddad (2011) n'est pas celle due à sa captivité par Shahrayar à travers un lien mécanique direct, un lien qui, quoique la captivant, ne l'aliène pas ni de lui (il l'écoute interminablement), et de ce fait ni d'elle-même, car il lui permet de scruter le visage et les yeux de Shahrayar afin de décider quelle stratégie de survie adopter, et c'est à travers cette quête de stratégie de survie qu'elle existe et se définit. La *victimcy* de Shéhérazade dont parle Haddad (2011) est celle induite par des liens organiques, ceux dus à *el soura al namateyya wal taklīdeyya lel mar'a*⁵¹⁵, dernière tentative de la 'assabeyya khaldunienne, en phase de déchéance, de préserver sa cohésion sociale en désintégration, à travers des 'orf wal takalīd⁵¹⁶. Ces 'orf wal takalīd, au lieu de guider la femme orientale à travers d'abord un attachement sûr à l'Autre, la maintiennent en fait prisonnière dans un espace genré, le Harem, et ce, sans la guider dans sa quête initiatique du Soi. Cette quête initiatique du Soi commence idéalement par un attachement à une mère non-victimisée permettant la définition du Soi, suivie par le transfert de cet attachement initial à l'Autre vers un Idéal social ; ce transfert a lieu à travers des rites initiatiques socialement et traditionnellement construits, rites qui structurent cette quête du Soi vers le Soi. En fait, ces 'orf wal takalīd ont perdu l'essence de l'Idéal social à laquelle les femmes orientales auraient dû s'attacher car ils n'ont en fait gardé que *al soura al namateyya wal taklīdeyya lel mar'a*, cadre vide

⁵¹⁵ L'image culturelle stéréotypée de la femme.

⁵¹⁶ Les us et coutumes.

de sens, auquel les femmes ne peuvent pas s'attacher, tout en les emprisonnant. En effet, ce cadre a un effet ambivalent, rappelant l'ambivalence qui caractérise la formation *borderline* (Bender et Skodol 2007) : il emprisonne ces femmes car il les aliène de cet Idéal social, objet perdu du fait qu'il ne soit plus qu'un cadre vidé de son sens ; cette aliénation empêche leur attachement à l'Idéal social nécessaire à leur évolution, ce qui les aliène conséquemment aussi du Soi.

Makhnou'a est une expression souvent répétée par les femmes interrogées et qui exprime cette sensation d'étouffement due au sentiment d'emprisonnement, de captivité, rappelant celui dû aux liens devenus organiques de la '*assabeyya* khaldunienne. Et quoi de mieux qu'une relation de captivité du corps ou de l'âme pour représenter cette notion d'usurpation du temps, de l'espace, du corps et du Soi comme celle de Firdaus (El Saadawi 1983, 2007) dans le couloir de la mort, de Shéhérazade durant les Mille et Une Nuits où elle 'raconte' (Galland 2004), ou de Ruqya à l'hôpital psychiatrique (Pandolfo 2008) ?

Paradoxalement, le mouvement et l'élan que nécessitent l'acte suicidaire, l'automutilation, les conduites à risque et même les addictions, bien que revêtant un aspect destructeur, sont en fait des expressions de l'élan vital et des hymnes à la vie, comme celui de la '*assabeyya* khaldunienne qui refuse d'abdiquer face à sa déchéance, et devient alors violente. La prostitution de Firdaus (El Saadawi 1983, 2007), son refus de coopérer avec le pouvoir et enfin sa pendaison, sont tous trois des mouvements extrêmes de survie. En effet, bien que revêtant l'image d'une destruction, ces mouvements autodestructeurs prennent en fait souvent une dimension de sublimation créatrice, où le corps devient notamment une toile de graffiti lors des conduites d'automutilation par exemple ; ou celle d'une sublimation héroïque, comme dans le cas de l'exécution de Firdaus. Enfin ces comportements s'ils aboutissent à la mort acquièrent une dimension mystique voir même transcendante (Bond et al. 1994; Post 1994 ; Sansone 2004). Le suicide d'icônes, notamment d'icônes de créativité semblant avoir souffert de TPL, comme Janis Joplin, Jim Morrison (Faris et Faris 2010), Marilyn Monroe ou Amy Whinehouse (Bursztajn 1990 ; Hooley 2008), est-il leur dernier acte de sublimation artistique, dernier pas avant l'éternité ? Enfin, il est important de remarquer ici que tout comme le suicide, l'anorexie conduite autodestructrice pouvant

mener à la mort souvent présente dans le TPL, est très ‘politique’, vu le contrôle extrême qu’exerce la personne sur son corps l’anorexie (Malson 2003 : 11). Cet aspect de sublimation existentielle des actes autodestructeurs, notamment de ceux observés dans la ‘*assabeyya* et le TPL, sera abordé un peu plus loin dans le texte.

IX.2.3.3. Soi et l’Autre : entre douleur subie ou auto-infligée et annihilation

[...] for many women, the ‘symptoms’ of BPD⁵¹⁷ are a complex attempt to maintain personal survival and integrity in the face of past and current trauma. (Shaw et Proctor 2005 : 486).

Le *borderline* est un terme signifiant la limite entre la psychose et la névrose. La psychose comprend un déni de la réalité, une annihilation de soi et du monde, tandis que la névrose implique un conflit entre la réalité de la personne et le monde.

La ‘*assabeyya*, en tant qu’idiome de détresse, naît de la même dynamique que le TPL (*borderline*), et sous-entend la présence de la personne dans un espace (l’espace *borderline*) séparant⁵¹⁸ la névrose et la psychose. Cet espace se trouve entre l’existence et la non-existence. Cette existence, en cherchant à maintenir malgré tout un lien avec l’Autre, bien que cet Autre l’ait abandonné ou jamais existé, entre en conflit avec le monde extérieur. Cet abandon de l’Autre, ou son absence, sont vécus comme des événements traumatiques, raison pour laquelle la personne cherche à tout prix à maintenir ce lien avec cet Autre, objet perdu. La non-existence signifie par contre annihilation et donc absence de conflit. Cette annihilation résulte, comme précédemment mentionné, de l’aliénation du Soi de l’Autre par la coupure du lien, du ‘*assab*. Cette aliénation, à son tour, entraîne l’aliénation du Soi de Soi aboutissant éventuellement à son annihilation.

Ce mécanisme sous-jacent à l’espace *borderline*, entre névrose et psychose, explique l’intrusion en cas de stress importants de symptômes psychotiques constitués de délires de persécution dans le TPL (et l’ESPT complexe) et la ‘*assabeyya* où la victimisation chronique qui les caractérise entraîne un trouble du jugement, comme mentionné dans le

⁵¹⁷ Borderline Personality Disorder.

⁵¹⁸ Et cette image me rappelle l’expression d’une des personnes ressources en se décrivant ‘*being on the edge*’.

chapitre VII, ainsi qu'une lecture du monde et des événements à travers le filtre d'une 'future victimisation inéluctable' (*Inevitability of future victimization* (Van der Kolk 2005)).

La douleur émotionnelle ou physique, auto-infligée ou subie, suite à l'exposition récurrente à des relations violentes dans une dynamique appelée *reenactment of the trauma*⁵¹⁹ (Trippany et al. 2006), est parfois le seul fil rattachant la personne à 'la réalité', fut-elle même réalité névrotique (névrotique car conflictuelle née de l'ambivalence du besoin de se lier à l'Autre et la rage contre l'Autre de l'avoir abandonné) ; la douleur physique étant utilisée ici pour anesthésier la douleur émotionnelle. Parfois les tentatives de cet attachement à la réalité quoique 'distordue', échouent, et la personne souffrant de TPL expérimente alors des épisodes d'idées de persécution quasi-psychotiques, comme le cas de Ruqya (Pandolfo 2008).

La 'assabeyya khaldunienne, dans sa définition initiale par Ibn Khaldun (1986), est un terme désignant l'attachement (solidarité) à sa tribu, et sous-entend l'attachement à tout ce que cette tribu représente comme caractéristiques identitaires, comme existence. Ceci permet d'inférer que la 'assabeyya, idiome de détresse, est la réaction exprimée par la personne lorsque son attachement identitaire est compromis et menacé d'anéantissement, de désintégration, d'annihilation. Cette réaction prend souvent la forme d'une explosion de colère et de rage, ressemblant à la détonation d'une boule de 'nerfs', comme si la personne 'assabeyya était le kamikaze qui se fait 'explorer' pour crier la détresse de sa communauté détruite à cause de la désintégration de sa cohésion sociale, de sa 'assabeyya khaldunienne. Ce chapitre, a tenté de comprendre la 'assabeyya selon les trois axes conceptuels *disease*, *illness* et *sickness* et les approches biomédicale, anthropologique médicale critique puis ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique. Cette dernière approche s'est proposé d'explorer la 'assabeyya à travers l'impact du contrôle totalitaire et de l'assujettissement sur la formation identitaire et la psyché ainsi qu'à travers le rôle de l'attachement dans la formation identitaire selon les notions de 'assabeyya khaldunienne

⁵¹⁹ La reproduction, la réactivation ou la reviviscence de l'évènement traumatique.

(Ibn Khaldun 1986) et d'aliénation et d'anomie (Durkheim 1957, 1960). La dernière perspective de cette approche ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique de la *'assabeyya* et du TPL a été celle de l'interprétation psychanalytique des notions de deuil et de mélancolie dans la formation identitaire (Freud 1914-1916, 1961 et Butler 1997), puis l'exploration du symbolisme du passage à l'acte souvent retrouvé dans la *'assabeyya* et le TPL et celui du corps comme lieu d'expression de cette violence auto-infligée. Le rôle de cette violence auto-infligée dans la formation identitaire et l'annihilation a été le dernier point abordé dans cette section. Enfin, la dernière partie de ce chapitre dédié à la compréhension synthétique de la *'assabeyya* tentera d'explorer son aspect existentiel.

IX.3. Approche existentielle de la *'assabeyya*

IX.3.1. Déclin de la *'assabeyya* khaldunienne, espace borderline et sublimation de l'agression

Passé qui survit dans l'actuel et qui tend à se perpétuer dans l'avenir en s'actualisant dans des pratiques structurées selon ses principes, loi intérieure à travers laquelle s'exerce continûment la loi de nécessités externes irréductibles aux contraintes immédiates de la conjoncture. (Bourdieu 1980 : 91).

Ce passage de Bourdieu (1980 : 91) fait penser à la *'assabeyya* khaldunienne (cohésion sociale), dans sa lutte existentielle à « [...] *se perpétuer dans l'avenir en s'actualisant dans des pratiques structurées* [...] » (Bourdieu 1980 : 91) et dans sa lutte contre la désintégration de ses liens sociaux, mort inéluctable car faisant partie du cycle évolutif naturel de toute société selon la théorie cyclique du changement social d'Ibn Khaldun (Ibn Khaldun 1986 ; Soyer et Gilbert 2012 : 15-16). La religion est ici l'outil au moyen duquel la *'assabeyya* khaldunienne tente de préserver la cohésion sociale (Durkheim 1984 ; Ibn Khaldun 1986). Cependant, lorsque la religion est utilisée pour lutter contre ce phénomène inévitable qu'est cette dégradation des liens sociaux (selon la conception cyclique d'Ibn Khaldun (Ibn Khaldun 1986 ; Soyer et Gilbert 2012 : 15-16)), elle perd en fait de sa capacité intégratrice, unificatrice et consensuelle, car cette lutte prend alors l'aspect d'une rébellion contre la 'fatalité'. La religion, dans ce contexte-là, devient le véhicule de la rage, en essayant d'empêcher par la force et la violence, ces liens sociaux de se désintégrer (Asad 2003 ; Bourdieu 1980).

Comme mentionné dans la section précédente, l'espace *borderline* est un espace de choix multiples, transitionnel, où le Soi, dans sa quête initiatique, cherche à être guidé vers un Idéal social auquel s'attacher. Les rites initiatiques qu'offrent les structures sociales acheminent le Soi vers la découverte de cet Idéal social et initient son attachement à lui (Peters 1994). L'une des composantes majeures de cet Idéal social est d'ordre religieux. Elle représente la façon idéale, selon le contexte social où se déroule cette évolution du Soi, d'établir une relation à Dieu, sous la forme d'un lien stable. Ce lien permet aussi au Soi d'avoir un lien stable et permanent avec l'Autre (l'Autre ici étant l'Idéal social que l'on pourrait voir comme étant l'Idéal du Moi commun (en termes freudiens l'Idéal du Moi devenu commun à toute la société (Freud 2010)). Les rites initiatiques offrent au Soi en quête de Soi, et en transition vers cet Idéal social, un espace transitionnel comme le qualifie Winnicott (1953). Cet espace est créé par une dynamique de groupe, dynamique qui crée une 'illusion groupale' (Anzieu 1998), rappelant la notion de *communitas* abordée dans le chapitre III. Ce groupe social en créant cet espace guide le Soi à travers l'initiation vers l'Idéal social :

L'illusion groupale apporte aux membres une confiance de base dans leur groupe, qui est proprement « transitionnelle » au sens Winnicottien : confiance en une double continuité entre la réalité psychique interne individuelle et la réalité psychique interne groupale ; entre celle-ci et le secteur de la réalité externe, physique et sociale, où le groupe poursuit ses objectifs. Elle apporte aux membres du groupe la capacité de jouer, d'imaginer, de se cultiver, de créer ensemble. (Anzieu 1998 : 2).

C'est cet espace transitionnel de créativité collective (Winnicott 1953), laissé vacant par la désintégration de la '*assabeyya* khaldunienne, qui semble donner lieu à l'espace *borderline* rempli de violence (agressivité non sublimée) mentionné plus haut. L'alternative que pourrait avoir la '*assabeyya* khaldunienne, au lieu de se retrouver captive, comme Bourdieu (1980 : 91) le souligne, d'une quête têtue de sa perpétuation illusoire, serait d'investir cet espace *borderline*, non pas par l'agression inhérente à son instinct de survie, mais par la créativité dans une dynamique de sublimation⁵²⁰ (de Mijolla-Mellor 2005)), comme dans l'espace transitionnel de Winnicott (1953) qui permet de 'créer

⁵²⁰ Pour Freud, la sublimation est un processus de transformation de l'énergie sexuelle (libido) et de l'agression, en la faisant dériver vers d'autres domaines, notamment les activités artistiques (Freud 2011).

ensemble'. Et ce n'est que grâce à cette création 'ensemble' que la 'assabeyya khaldunienne pourra atteindre la perpétuité à laquelle elle aspire, mais ici elle ne sera pas appelée perpétuité (celle-ci ayant une consonance plutôt 'linéaire', unidimensionnelle) mais éternité, puisque cette dernière possède une consonance de transcendance. La notion de cet espace transitionnel en tant qu'espace de créativité et de transcendance sublimantes, potentiellement thérapeutiques pour le TPL et la 'assabeyya, sera abordée plus loin dans le texte.

Comme déjà mentionné, les rites initiatiques sociaux, en plus d'offrir cet espace transitionnel, offrent aussi la possibilité de se lier à Soi à travers l'établissement d'un lien avec Dieu, et à travers ce lien, ils permettent d'établir un lien avec l'Idéal social. C'est cette vision qu'exprime Anzieu (1998) en parlant d'illusion groupale en ce qu'elle permet de créer l'idéal du Moi à travers l'existence d'un leader pour le groupe (Dieu) (Freud 1981[1921], 1998) qui est lié à tous les membres du groupe de la même manière, et de ce fait, tous les membres de ce groupe se trouvent être liés entre eux :

[...] le rôle cohésif de l'illusion selon laquelle le leader (Dieu, le commandant en chef) aime d'un amour égal tous les membres du groupe, qui, à leur tour, s'aiment les uns les autres comme des frères. Cette illusion, que l'on a proposé de dénommer « sociétale », [...] La mise à jour de cette illusion a contribué à permettre à Freud de concevoir une nouvelle instance psychique, l'Idéal du Moi. (Anzieu, 1998 : 1).

C'est aussi ce qu'explique Anzieu (1998) en précisant que cette illusion groupale, en ce qu'elle contient de cohésion sociale, est une défense contre une désintégration et une régression vers un stade antérieur de développement. Ce stade antérieur est celui d'objet partiel où l'objet est clivé en deux : un objet idéal et un objet persécuteur. Ce clivage, retrouvé dans le TPL et la 'assabeyya, est exprimé, surtout dans cette dernière, à travers l'ambivalence des émotions et leur instabilité, comme l'analyse dans le chapitre VII l'a montré. L'illusion groupale permet alors la création d'un Idéal social, appelé en termes freudiens Moi idéal unique.

L'illusion groupale est l'illusion - nécessaire à un certain stade du processus groupal - que le groupe puisse constituer un objet total. C'est une illusion-écran contre la régression à la relation aux objets partiels, suscitée par la situation de groupe. L'illusion groupale se fait l'héritière d'une relation massive au sein idéalisé, clivé comme M. Klein l'a montré, du sein persécuteur. [...] L'illusion groupale provient

de la substitution, au Moi idéal de chacun, d'un Moi idéal unique, partagé et a-conflictuel. (Anzieu, 1998 : 3).

En se référant à cette dynamique et en la transposant de l'échelle de l'individu à l'échelle de toute une société, l'on peut dire que la désintégration des liens sociaux de la *'assabeyya* khaldunienne et leur transformation en des liens organiques crée un espace *borderline* entre les deux états (liens sociaux intacts et liens sociaux désintégrés). Cette désintégration des liens sociaux est aussi l'instigatrice de l'agressivité qui caractérise la *'assabeyya* khaldunienne dans sa phase de déclin. Cette agressivité est issue de l'instinct de préservation de la *'assabeyya* khaldunienne. C'est en exprimant cette agressivité à l'intérieur de cet espace *borderline* et en la sublimant, que ces liens sociaux vont pouvoir renaître et se restructurer de manière non plus cyclique (unidimensionnelle) mais transcendante (multidimensionnelle). Cette sublimation, pour se faire, nécessite la présence d'un groupe initiatique et d'un leader (Dieu) pour créer un lien entre Soi et Dieu, et entre Soi et l'Autre, lien qui aboutit à la création de l'Idéal social commun à ce groupe et auquel chaque membre de ce groupe se lie, aboutissant à la cohésion sociale.

Pour revenir à la nécessité du rite initiatique sur un plan individuel, il y a une quête existentielle qui commence à l'adolescence pour combler le vide laissé par le détachement de l'objet primaire (cet objet primaire est la figure parentale) (Frankl et al. 2007 ; Fromm 1994 ; Habib 1952 ; Jung 2014). Ce sentiment de perte de l'objet et de vide incite à commencer un chemin initiatique. L'échec à trouver ce chemin initiatique, et conséquemment à combler ce vide, induit aliénation, suivie d'anomie et enfin d'annihilation, ce que Salbi (2010) décrit comme étant « [...] *the death of the eye inside* » (Salbi et al. 2006). Ce vide est souvent retrouvé chez les personnes souffrant de TPL et de *'assabeyya* ; le corps essaie alors de le combler en s'y investissant, mais d'une manière agressive, d'où les actes autodestructeurs décrits dans les sections précédentes.

Cette section a essayé de mettre en évidence l'importance d'un investissement sublimant de l'agression pour la prévention de l'aliénation et de l'annihilation des individus. Cette agression, née de la désintégration de la *'assabeyya* khaldunienne à l'échelle sociale et de la désintégration identitaire du TPL et de la *'assabeyya* idiome de détresse à l'échelle

individuelle, gagne à être réinvestie dans l'espace *borderline* créé par cette désintégration, dans un investissement à caractère transcendantal à travers la créativité et la religion.

IX.3.2. Art: Sublimation et transcendance

The aesthetic and political significance of the murals and the graffiti of Mohammed Mahmud Street continue to attract attention due to their mesmerizing beauty and their crucial significance for the visual and artistic narration of the revolution. It is not only the murals' aesthetic appeal that has captured the imagination of many observers, but also how they exemplify a fascinating fusion between a variety of cultural artistic traditions that portray Egypt's rich history, namely Pharaonic, popular Islamic and contemporary traditions. They all reinvent, adapt to and adopt universal schools of painting, adding a fascinating 'Egyptian twist' to express – sometimes humorously – the spirit of rebellion and resistance. (Abaza 2012 : 10).

Les murs autour de Midān Al-Tahrīr (place de la libération) sont le témoin de la naissance de cet espace transitionnel, en pleine ébullition révolutionnaire durant les 18 jours allant du 25 Janvier au 11 février 2011, espace tel que défini par Anzieu (1998) et Winnicott (1953), son vecteur, et son structurant., comme l'a décrit Abaza (2012 : 10) : « *They all reinvent [...] adding a fascinating 'Egyptian twist' to express – sometimes humorously – the spirit of rebellion and resistance.* ». La place Tahrīr a été durant cette période 'utopique' (comme beaucoup la qualifie) une sorte de Woodstock égyptien (dans les moments d'accalmie des manifestations révolutionnaires) ; avec ses tentes plantées partout, où même les femmes pouvaient y passer la nuit, sans qu'aucun incident de violence sexuelle n'y ait été reporté, avec l'esprit de solidarité entre les habitants de chaque tente pour se tenir chaud le soir avec un bon thé, et enfin où les musulmans étaient protégés par les chrétiens durant leur prière sur l'asphalte de la place (Swanson 2015). La créativité y a véritablement explosé (Makar 2011) sous la forme de graffitis, de pancartes souvent humoristiques (Mersal 2011), de compositions musicales jouées localement de manière spontanée ou sous forme de concerts par des artistes pro-révolutionnaires (Swedenburg 2012), parfois même des mouvements de danse *baladi*⁵²¹ spontanés. L'espace Tahrīr, avec l'esprit Tahrīr (*the Tahrīr spirit*) comme beaucoup de participants l'ont surnommé, est devenu pour eux une sorte de madeleine de Proust (Shahin 2012) dont le goût ne les quitte

⁵²¹ Orientale, populaire.

pas. Cet espace a permis, comme l'écrit Abaza (2012), de sublimer toute l'agressivité de la révolte tout en créant des liens entre les personnes présentes, unies par la quête d'un même Idéal social (pour ceux présents durant cette partie des manifestations). Dans cette sublimation, tous les archétypes présents dans l'inconscient collectif de la population se sont retrouvés, et toutes les influences dont est constituée la culture égyptienne se sont exprimées (Abaza, 2012). Au-delà de la dimension politique de ces 18 jours à Midān Al-Tahrīr, ce qu'il est intéressant d'observer c'est la création spontanée par une foule en mouvement révolutionnaire d'un espace de sublimation créatif, transitionnel, notamment pour les femmes (El Nossery 2016 ; Mohamed 2014), qui y ont massivement et librement participé. Aller à Tahrīr était comme un voyage initiatique vers cet Idéal social. (Lavergne 2012 ; Sowers et Toensing 2012). La menace perçue contre cet Idéal social dont la culture constitue une grande partie (ce que les Égyptiens considèrent comme leur *tourāss sakafi wah sha bi*⁵²²), a provoqué une deuxième vague de manifestations en 2013⁵²³. Cette deuxième vague de manifestations est comme une réponse à la question de Spivak (1988), reformulée par Arnaud (2014) : Les 'dominés' peuvent-ils créer ? (« *Can the subaltern create ?* »).

Cette dynamique de groupe, née à Midān Al-Tahrīr, mue vers un Idéal social, a, à mon sens, initié un mouvement à la base de la constitution de différents regroupements, dans des domaines différents (artistique, culturels, sportifs, religieux). La prochaine section donnera l'exemple de la constitution de groupes de *zeker* soufi et de leur signification pour la 'assabeyya khaldunienne ; puis sera abordée, dans l'optique d'un processus de sublimation spécifique à la manifestation de la 'assabeyya chez les femmes égyptiennes et

⁵²² Patrimoine culturel et populaire.

⁵²³ L'un des événements déclencheurs de la seconde révolution en Juin 2013 a été une décision par le ministère de la culture de mouvance islamiste d'interdire une représentation de ballet. Une manifestation des intellectuels et des artistes égyptiens a eu lieu devant l'opéra et le ministère de la culture en Mai 2013, et a rallié une grande partie de la population égyptienne, non seulement l'intelligentsia mais toutes les couches de la population. Un moment clé de cette manifestation a été la grève du maestro Nayer Nagui chef d'orchestre de l'opéra du Caire, durant une représentation de l'opéra Aida à l'opéra du Caire en protestation au licenciement de Dr. Inas Abdel Daem directrice de l'opéra par le ministre de la culture. <http://english.ahram.org.eg/NewsContent/5/35/72612/Arts--Culture/Stage--Street/The-show-will-not-go-on-Cairo-Opera-House-on-strik.aspx>; <https://youtu.be/lMIAm5dMzz0>.

ce que sa symbolique corporelle représente, la danse, notamment orientale, déjà introduite brièvement avec l'hommage d'Edward Said à Tahia Carioca (Said 1999).

IX.3.3. Rite initiatique, espace transitionnel, soufisme et 'assabeyya

«حبيب غاب عن بصري وشخصي

و لكن في فؤادي ما يغيب.»

« Un Amant qui se dérobe à ma personne et à ma vision,

Mais, avec mon cœur, il fait toujours jonction. » (Kchouk 2015: 29).

Ces vers de Rābi'a Al-'Adawiyya poétesse mystique d'Irak du IX^{ème} siècle sont adressés à Dieu (Abdelhay 2004 ; Andezian 1995). Elle décrit *al wessāl*, ce lien, cette connexion avec Dieu, son bien-aimé, qui bien qu'elle ne le voie pas est toujours dans son cœur. Pour arriver à ce stade de *wessāl*, Rābi'a Al-'Adawiyya a suivi un parcours initiatique qui a été déclenché par le traumatisme de la déception par l'être aimé, puis en deuxième phase elle s'est retrouvée dans l'espace *borderline* où elle s'est prostituée et s'est dissociée de tout, comme le décrit Kahf (2001) :

Rabia made her way from slavery and a past as a flute-player and barmaid, a past which surely included sexual abuse as well as economic exploitation, to a fragile independence at the fringe of society. Daughter of nobody, wife of no one, orphan. (Kahf, 2001 : 41).

La troisième phase de son parcours initiatique s'est déroulée après sa libération de la prostitution, et est constituée de l'investissement mystique et créatif de cet espace *borderline* où elle était « [...] *at the fringe of society. Daughter of nobody, wife of no one, orphan* [...] » par l'établissement d'un lien avec Dieu, lui permettant de renouer à travers lui le lien entre Soi et Soi :

We see Rabia in Muslims on the fringe who are invisible to the eye trained to look for prominently marked [adjust headscarf here], clamorous believers. We find her not just in Muslims but in the illuminated everywhere and in the seekers of illumination at the core of every spiritual path. Rabia the Yogi is a cobalt blue flame that licks the edges of what we are; in her we embrace an annihilation that is, paradoxically, the making possible of all things. (Kahf, 2001 : 41- 42).

Kahf (2001 : 41-42) décrit ici le dépassement de l'annihilation où Rabia était plongée dans la deuxième phase de sa quête initiatique pour atteindre cette sublimation mystique et créative qu'il décrit comme « [...] *the making possible of all things* [...] » De même, Fernino (2003) voit le parcours initiatique de Rābi'a Al-'Adawiyya comme un symbole d'agentivité féminine (Fernino 2003).

Le mysticisme de Rābi'a Al-'Adawiyya a précédé celui d'autres célèbres poètes et écrivains soufis (Arberry 1959 ; Karamustafa 2007) tels que notamment Rumi (Çitlak et Bingül 2014 ; Motoyoshi 2001 ; Rūmī 1984 ; Shariat Mohammad Aba 1996), Ibn Arabi (Ibn Arabi 1964 ; Corbin 2013) et Hallaj (Mason 2013 ; Massignon et Mason 1994) dont les œuvres inspirent de nombreuses personnes en quête identitaire, de toute confessions confondues, dans le monde entier.

Le *zeker* est une pratique soufie, alliant des incantations religieuses associées parfois à des mouvements corporels rythmés. Les derviches tourneurs (en Égypte et en Turquie) (Lory et al. 2006 ; Mayeur-Jaouen 2000), précédemment mentionnés, sont des soufis entraînés à une danse qui consiste à tourner pendant de longs moments autour de soi sur les sons des incantations religieuses et des percussions jusqu'à atteindre un état d'exaltation mystique (Wolf 2006). Les cérémonies de *zeker* sont très populaires aujourd'hui en Égypte, et elles représentent l'expression d'un mouvement spontané de recherche d'une espace initiatique transitionnel, où se mêlent quête transcendantale et mouvement corporel, dans une double libération spirituelle et physique. De même, comme précédemment abordé, l'illusion groupale permet de créer un lien entre Soi et Dieu, Soi et l'Autre et enfin entre Soi et Soi. Le *zeker* semble représenter une sublimation de cet espace *borderline* de la '*assabeyya* khaldunienne en désintégration, et dont la violence avait provoqué l'élan révolutionnaire à Midān Al-Tahrīr, violence qui s'est mue en une quête initiatique de l'Idéal social. Le recours au *zeker* est, à mon avis, une continuité de cette même quête de la '*assabeyya* khaldunienne qui consiste à retrouver la cohésion sociale (cohésion défigurée, déstructurée en liens organiques diffus, emprisonnants et aliénants), et ce, grâce à une reconnexion à travers le groupe, notamment le groupe de *zeker*, induisant une restitution de la cohésion sociale de la '*assabeyya* khaldunienne à travers la spiritualité.

IX.3.4. Espace transitionnel, danse orientale et 'assabeyya

Le corps à travers lequel la 'assabeyya khaldunienne s'exprime, notamment celui de la femme égyptienne, est l'espace *borderline* où le Soi n'ayant pas pu aller vers une quête de Soi à l'extérieur de lui-même pour se lier notamment à l'Idéal social, se réinvestit. Avec ce réinvestissement de l'espace *borderline*, le corps réinvestit aussi toute l'agressivité de survie de la 'assabeyya khaldunienne en déchéance. La danse orientale, comme pratique culturelle traditionnelle, permet de créer un espace de sublimation pour ce corps-espace *borderline*, où l'agressivité investissant le corps est sublimée en des mouvements artistiques, qui la libèrent. Il y a alors une reconstruction de l'image du corps de la femme, et ce, en restructurant ce corps devenu espace transitionnel de créativité. À travers cette création artistique, un lien avec l'Autre se fait, car la danse est une pratique *sha'abi* en Égypte qui se pratique en famille pour les filles et les femmes depuis toujours en Égypte (Gross 1914), au cours des occasions festives, et à travers ce lien avec l'Autre, le lien avec Soi tend à se reconstituer. L'essor mondial que connaît la danse orientale, comme nous l'avons vu plus haut, indique un besoin profond pour ce genre d'espace de création artistique qu'elle offre, non seulement aux femmes atteintes de 'assabeyya en Égypte, mais aux femmes à travers le monde. Il est à rappeler que la danse, notamment la danse orientale (De Leon 2006), est un moyen thérapeutique efficace pour les femmes victimes de violence physique et sexuelle (Mijares 2015, Moe 2013, Mölsä et al. 2010).

La sublimation et la transcendance offrent à la 'assabeyya la possibilité d'un espace transitionnel de création, permettant ainsi le passage (non seulement de la femme atteinte de 'assabeyya, mais aussi de toutes les femmes, voire de tous les hommes aussi), de l'état de corps social (Bourdieu 1997 : 136-137) à celui de sujet créatif transcendantal, comme Tahia Carioca (Said 1999), Rābi'a Al-'Adawiyya (Fernino 2003) et je rajouterai aussi Oum Kalsoum, la diva arabe (Lohman 2011), et plus récemment Nelly Karim (Videau 2012) (actrice d'œuvres dédiées aux femmes égyptiennes, citée précédemment, et est-ce une coïncidence, danseuse étoile à l'opéra du Caire), toutes symbole d'une *enhanced agency*, après avoir été pour de nombreuses d'entre elles emprisonnées dans une dynamique de *alienated agency*. Pour ces quatre femmes, l'art a occupé l'espace *borderline* et en a fait un espace transitionnel qui leur a permis de commencer leur quête de Soi en

allant vers l'Idéal social, ainsi que la constitution de leur lien avec Dieu (pour toutes, la spiritualité représente un important aspect de développement personnel), avec l'Autre et avec Soi.

C'est la référence à la psychanalyse, et ici à l'ethnopsychanalyse (ou à l'ethnopsychiatrie psychanalytique) qui, permet de dépasser, de transcender les dimensions politiques du discours du genre et celui du pouvoir, pour effleurer ne serait-ce que timidement l'universalité de la condition humaine, à travers le rappel de notions telles que celles énoncées par Butler (2011 citée dans Abu-Lughod 2012 : 21) :

We are finally creatures of life, including creatures of passion, who need what we cannot fully understand or choose, and whose sexual and emotional lives are marked from the start from this being bound up with one another with unknowing and necessity.

C'est ce *bound up* dont parle Butler (1997) que représente la '*assabeyya khaldunienne* (solidarité, attachement), besoin universel d'être liés les uns aux autres évoqué tout d'abord par Ibn Khaldun (1986) puis Durkheim (1984), Sartre (1964) et (Turner 1969). Ce lien, dans sa phase de cohésion sociale, représente la structure d'un espace 'transitionnel' créatif (Winnicott 1953). Mais lorsque la '*assabeyya khaldunienne* est en phase de désintégration, ses liens sociaux deviennent organiques, aliénants, anomisants puis annihilants, déclencheurs de l'agression. Cette agression visant à préserver la '*assabeyya khaldunienne* en désintégration investit cet espace *borderline* et est exprimée par le corps, notamment celui des femmes égyptiennes. Et c'est à travers ce même corps, et son réinvestissement en un espace transitionnel créatif par le *zeker* et la danse, que la '*assabeyya* peut renaître, en tant que cohésion sociale, sublimante et transcendante.

Il serait intéressant de souligner ici l'attrait de l'Occident pour des pratiques artistiques et spirituelles orientales telles que la danse orientale, la méditation transcendantale, le soufisme et le yoga. Cet attrait semblerait être l'indicateur d'un besoin profond de s'affranchir de cette toile matérialiste aliénante et annihilante que constituent la globalisation et l'économie de marché, besoin exprimé à travers une quête de connections artistiques et spirituelles transculturelles. Danse soufi (*zeker*) et danse orientale, deux

pratiques corporelles à dimension spirituelle et artistique, profondément ancrées dans la culture égyptienne, symbolisent respectivement l'affranchissement du corps de l'homme et de la femme de l'emprise du pouvoir symbolique exprimé à travers la religion et la sexualité. Danse soufi (*zeker*) et danse orientale définissent aussi les personnes qui les pratiquent qu'elles soient d'Occident ou d'Orient. En effet, les femmes qui pratiquent la danse orientale en Égypte redéfinissent, à travers la danse, leur corps et elles-mêmes, et ce, par rapport à la religion et à la sexualité telles qu'elles leur sont imposées culturellement. La pratique de la danse orientale par les femmes occidentales est, quant à elle, un symptôme existentiel indiquant que celles-ci viennent puiser dans les traditions orientales une reconnexion avec leur féminité et leur propre humanité. De même, le groupe de personnes réunies dans une cérémonie de *zeker* soufi, en Égypte ou en Occident, redéfinissent par la danse et la prière et à travers leur corps, leur connexion d'abord entre eux-mêmes en tant qu'élément social cohérent, puis au divin. Dans une pratique spirituelle libérée des aspects dogmatiques d'une religion aliénante ainsi que de ceux d'une globalisation anomisante, la danse et l'invocation, présentes dans le *zeker*, apparaissent comme affranchissantes et transcendantes.

En somme, le présent chapitre, dédié à la compréhension synthétique de la '*assabeyya* a essayé de relier les concepts évoqués par les éléments issus de l'analyse des données du terrain, aux notions théoriques développées dans les chapitres II et III, afin de les interprétés selon trois approches : L'approche selon les 3 axes (*disease, illness, sickness*), l'approche ethnopsychiatrique et psychanalytique et enfin l'approche existentielle. Pour les trois approches, la notion d'assujettissement est un concept clé qui a été interprété selon les notions issues de l'analyse des données récoltées dans le contexte de la recherche. La partie suivante, approfondira cette conclusion et ouvrira ses perspectives vers d'autres approches.

CONCLUSION

La problématique centrale qui a animé cette recherche est le questionnement relatif à l'importance, au contenu et aux causes de la *'assabeyya*, en tant que modalité d'expression de la détresse émotionnelle, chez les femmes dans le Caire contemporain, ainsi que les liens entre *'assabeyya* et TPL. Pour y répondre, cette thèse a tenté d'explorer l'expression culturelle de la détresse de ces femmes, et ce, en partant d'une hypothèse centrale, à savoir, que les femmes cairottes utilisent des catégories culturelles qualifiées d'idiomes de détresse (Nichter 1981 ; 2010), tels que la *'assabeyya*, pour exprimer des troubles retrouvés dans le TPL. Conséquemment, le principal objectif de cette recherche, construit inductivement et itérativement, a consisté à examiner l'éventuelle relation entre le TPL, l'exposition à la violence (et les conséquences psychologiques que celle-ci entraîne) et l'idiome de détresse *'assabeyya*. Le but de cette démarche a été tout d'abord de répondre à ce questionnement soulevé lors de ma pratique psychiatrique au Caire. Il a aussi été d'explorer les points suivants (qui sont relatifs au principal questionnement, mais qui sont eux soulevés, non seulement par cette pratique clinique, mais aussi par les analyses des données de cette recherche). Et ces points sont : L'augmentation, surtout chez les femmes, du diagnostic de TPL posé par les intervenants en santé mentale en Égypte (Ghanem et al. 2009) ; la manifestation de l'idiome de détresse *'assabeyya* comme expression de leur souffrance et de leur détresse chez de plus en plus de femmes égyptiennes (Hattar-Polara et al. 2000, 2002) ; et enfin le diagnostic de TPL donné aujourd'hui à des symptômes psychologiques, qui auparavant, étaient courants et communément acceptés par la culture égyptienne.

L'exploration de l'expression culturelle de la détresse des femmes égyptiennes s'est d'abord fondée sur l'analyse contextuelle de cette détresse psychologique selon l'approche tridimensionnelle de Kleinman et al. (1980, 2006) (*the disease, the illness et the sickness*) dans l'Égypte d'aujourd'hui. *The disease* est l'aspect biomédical où évolue cette détresse et il comprend les systèmes de soins biomédicaux et les professionnels de la santé mentale en Égypte ; *the illness* est l'aspect de la détresse s'adressant aux dimensions culturelles des systèmes traditionnels ou *sha'bi* (populaire) (Adly et al. 2007 ; Nelson 1974) et religieux (islamique ou chrétien ces deux systèmes étant les plus souvent visités par les

femmes ; et enfin *the sickness* et les dimensions socioéconomiques et politiques de la santé mentale en Égypte. L'ordonnement de ces trois systèmes (biomédical, religieux, traditionnel), qui coexistent simultanément, prend des aspects différents selon le praticien et le patient, évoquant ainsi la notion de trièdre ethno-épistémologique (Mekki-Berrada 2010). Les facteurs culturels et les conditions socioéconomiques et politiques, surtout le processus de gain d'autonomie des femmes encore très lent, influencent les systèmes de soins de la détresse psychologique et son expression qui penche vers la symptomatologie du TPL, remplaçant de plus en plus la symptomatologie de la personnalité hystérique (Okasha et al. 2012 : 164-165).

Afin d'inclure les dimensions sociales, culturelles, politiques et structurelles de la détresse émotionnelle et de la violence qui l'engendre, l'analyse conceptuelle et théorique de la '*assabeyya*, et éventuellement du TPL (à la fois idiomes culturels de détresse et modèles explicatifs de cette détresse), s'est structurée selon l'approche tridimensionnelle de Kleinman et al. (2006), *the disease, the illness, et the sickness*. De même, tout en précisant les nuances entre idiome culturel et syndrome culturel de détresse, la nouvelle classification des *Cultural Concepts of Distress* selon l'approche biomédicale liée au DSM-5 a été présentée. La souffrance psychologique, objet central du chapitre dédié au cadre conceptuel de cette recherche, a été analysée sous de nombreux d'angles, à savoir : ses différents sens, sa 'médicalisation' ou son 'anthropologisation', ses diverses dimensions (la temporalité et la spatialité), ses aspects ethnomédicaux, et enfin les réactions que cette souffrance engendre (surtout au niveau du corps telles que dans les notions d'*embodiment* et de somatisation). L'accent a été particulièrement mis sur les causes de la souffrance, notamment sur ses causes universellement communes telles que : les pathologies du pouvoir et la violence structurelle, la globalisation et ses effets sur la santé mentale ainsi que la modernisation et le développement de symptômes psychosomatiques. L'aspect traumatique de ces causes de détresse et de souffrance a été mis en exergue, ainsi que les différentes manifestations que celles-ci peuvent engendrer, telles que les idiomes locaux de détresse, en particulier ceux liés aux traumatismes et associés aux 'nerfs' (*nervoso, nervios, nevra, nerves, niebi, narfaza*), notamment la '*assabeyya*. Les caractéristiques de la '*assabeyya*, idiome local (notamment égyptien) de détresse liée au stress et aux traumatismes et

associé aux nerfs, ont été passées en revue suivies d'une interprétation anthropologique et historique de celle-ci.

Les données recueillies durant cette recherche ont été profuses, et leur analyse a fait ressortir de nombreux thèmes qui ont été ensuite intégrés dans la discussion aux concepts théoriques précédemment exposés, discussion appuyée par des références issues du contexte égyptien auxquelles se sont ajoutées mes propres réflexions. Les différents types de violence subis par les femmes rencontrées, leurs conséquences (notamment la souffrance psychologique, telles que la *'assabeyya* et le TPL) et les stratégies de *coping* utilisées pour faire face à cette violence et ses différentes sources sont les principaux thèmes qui se sont dégagés de cette analyse. Le thème le plus fréquemment retrouvé dans cette analyse est la violence, à la fois interpersonnelle et généralisée. Les vecteurs de violence interpersonnelle sont les abus physique, sexuel, émotionnel et psychologique ; sa principale source étant la famille proche. La mère y est la responsable directe de violence sexuelle contre sa fille, de par son insistance à la circoncire, ainsi que de violence émotionnelle et psychologique à type de culpabilisation et de négligence émotionnelle. La mère est aussi l'instigatrice indirecte de violence physique en poussant les hommes de la famille à l'exercer sur sa fille. Le deuxième membre de la famille responsable de violence interpersonnelle est le mari et ce, d'après la fréquence des abus physiques et sexuels qu'il inflige à sa femme et de la violence émotionnelle et psychologique sous forme d'humiliation et de négligence. Dans tous les cas, la culpabilisation (qui instigue des sentiments de peur, voire de terreur et de honte, qui vont prendre en otage la personne et l'emprisonner) est le moyen principal qu'utilise le dominant afin d'asseoir son autorité, qu'elle soit parentale ou conjugale.

Le deuxième type de violence, rapporté très fréquemment par les femmes de la communauté rencontrées, est la violence généralisée, omniprésente dans leur quotidien, sous la forme de violence symbolique, culturelle et structurelle. *El 'orf wal takalīd*⁵²⁴ est la notion de base autour de laquelle de nombreux concepts culturels, issus de la culture

⁵²⁴ Les us et coutumes.

égyptienne, porteurs de violence symbolique et culturelle, s'articulent. Ces concepts, comportent deux facettes, l'une 'saine' et l'autre 'pervertie', les deux concepts majeurs qui se démarquent de l'analyse des données recueillies étant la piété et la sexualité de la femme. Les deux facettes de la piété sont *el tadayoun*⁵²⁵ (sa facette saine) et *el ta'asloum*⁵²⁶ (celle pervertie et répressive), tandis qu'*el sharaf*⁵²⁷ (l'honneur), dont la sexualité de la femme est à la base, devient *kawwāma-tou al rajoul 'alā al mara'a*⁵²⁸ s'il est appliqué dans une optique répressive.

Dans un but de subordination des personnes sur lesquelles ces concepts culturels seront appliqués, à savoir, ici, les femmes, les aspects pervers de ces deux concepts sont développés par les acteurs de la *manzouma* (le système socioculturel) détenteurs du pouvoir (la mère, *el nāss*⁵²⁹, *el 'eila (ou el ahl)*⁵³⁰, et *el shoyoukh*⁵³¹). *El tār*⁵³² (crimes d'honneur), *el tahāra*⁵³³ et la stigmatisation des plaintes psychologiques sont les facettes répressives des concepts de piété et d'honneur exprimées à travers des comportements directement violents et entraînant la subordination des femmes et conséquemment leur souffrance. *El soura al namateyya wal taklīdeyya lel mar'a*⁵³⁴ est le concept culturel qui regroupe toute ces pratiques.

La violence structurelle (source de violence et de pression sur les femmes de la communauté et sur toute la société) est représentée par *doghout el hayā*, dont les principales composantes sont : le système de santé, le système éducatif et les systèmes autoritaires (religieux, familial (*el bēt*)⁵³⁵ et policier), et enfin le système financier. Les facteurs et les causes de *doghout el hayā* (conditions économiques, nouvelles obligations financières, situation politique, médias, la vie même au Caire avec surpopulation, pollution

⁵²⁵ La spiritualité et l'importance des valeurs religieuses.

⁵²⁶ Se prétendre être musulman religieux et pratiquer, et l'afficher par des comportements visibles sans en respecter l'essence ni les enseignements.

⁵²⁷ L'honneur.

⁵²⁸ L'autorité de l'homme sur la femme comme définie par le Coran.

⁵²⁹ Les gens.

⁵³⁰ La famille.

⁵³¹ Les sheikhs, le clergé.

⁵³² Crimes d'honneur et revanche pour sauver *el sharaf*.

⁵³³ Circoncision.

⁵³⁴ L'image culturelle stéréotypée de la femme.

⁵³⁵ La structure familiale : Le foyer, la maison et aussi la famille.

et manque d'infrastructures urbaines), le théâtre où ces *doghout* évoluent (le Caire, espace genré), ainsi que leurs effets sur les femmes interviewées, et sur les Égyptiennes en général, ont été analysés.

Les répercussions de la violence sur ces femmes sont nombreuses : physiques, psychologiques et familiales. Les troubles sexuels (vaginisme et dyspareunie), l'infertilité et certaines perversions sexuelles sont les répercussions physiques les plus fréquemment citées. L'idiome de détresse '*assabeyya*' est l'une des plus importantes répercussions psychologiques de la violence identifiée par l'analyse des données des entrevues, suivie par la tendance anxieuse (*el 'ala', el tawattour*)⁵³⁶, dépressive (*el za'al, el hozn, el ekte'ab*)⁵³⁷, addictive (*el 'edmān*), troubles de l'image du corps (*ana mesh helwa*), troubles du comportement (à type d'agressivité due à des sentiments de *ghell, ghayz, korh, entekam*) ou de la personnalité (*edterāb el shakhseya*) et enfin troubles cognitifs retrouvés dans l'attitude de victimisation. Enfin, les répercussions familiales de la violence sont nombreuses, atteignant d'abord le couple, puis les enfants.

L'analyse des données a aussi abordé le *coping* de ces femmes confrontées à la violence, et ce en analysant d'abord leurs stratégies (adaptées et positives ou non) de résolution de problèmes stressants voire traumatisants, puis en analysant les facteurs favorisant ce *coping* et ses 'politiques' en termes d'agencéité. La capacitation (l'acquisition de moyens d'*empowerment* et d'agencéité) à travers la connaissance, le travail, l'indépendance financière et l'auto-responsabilisation (Côté, 2013) est l'une des stratégies adaptées et positives retrouvées dans cette analyse. Décrite dans le concept de victimisation et relevant de l'évitement, notamment de la *résignation-déresponsabilisation* (Côté, 2013), en relation avec une situation jugée comme non-contrôlable, *el momayna* et *el tahāyoul* sont des stratégies de *coping* avec les sources de pouvoir, fréquemment citées par les femmes interviewées et centrées sur les émotions ou le support social.

⁵³⁶ L'anxiété, l'angoisse en arabe littéraire et dialecte égyptien.

⁵³⁷ Tristesse, désespoir et 'dépression'.

Le *ta'akloun* (adaptation) utilise des stratégies facilitant le *coping* adapté, basé notamment sur la modification de la situation. C'est le plus important facteur favorisant le *coping*. Principalement motivé pour les femmes interrogées par la quête du bien-être de leurs enfants, ce coping adapté est soit centré sur le problème ou bien centré sur les émotions, induisant chez elles un sentiment d'agencéité (sous la forme d'une possibilité d'indépendance financière), d'optimisme et d'espoir de ne plus souffrir psychologiquement.

Malgré les multiples et diverses situations oppressives, chercher à acquérir une agencéité et devoir composer avec les acteurs du pouvoir à l'intérieur d'une *manzouma* bien ficelée d'hégémonisme et d'oppression, est un acte de nature politique. L'un de ces premiers actes relevé est le symbole d'une capacitation naissante, à savoir la quête de soulagement de la souffrance psychologique, dont la '*assabeyya*, souffrance due à un quotidien oppressif à tous les niveaux publics et privés. Cette quête se heurte à des facteurs culturels de résistance aux soins de santé mentale ainsi qu'aux limites des circuits médicaux conventionnels (manque de personnels et de structures de santé mentale). Bien que la tendance récente à 'l'islamisation' de la culture de la société égyptienne ait aussi influencé la santé mentale et psychologique à tous les niveaux, il semble toutefois que l'élan révolutionnaire, dont les outils ont été la télévision, le cinéma et les médias sociaux, en libérant la parole à Midān el Tahrīr et en faisant renaître le sentiment d'honneur chez les hommes égyptiens, ait eu un effet bénéfique sur la santé psychologique.

L'analyse des données s'est ensuite intéressée aux mécanismes de l'articulation de la '*assabeyya* avec le concept d'agencéité (particulièrement ses dimensions sociale, culturelle et politique) par le biais du concept de *victimcy* ainsi qu'aux bénéfices secondaires à l'adoption de la *victimcy*, forme d'agencéité tactique. La *victimcy*, tout comme l'agencéité éthique, a été analysée par le biais de la notion de piété, ainsi que selon sa dynamique, l'espace d'assujettissement dans lequel elle se situe, les moyens qu'elle utilise, les concepts qui l'animent (discipline/liberté et douleur/plaisir) et enfin selon les principaux champs de son expression (religion et sexualité). L'analyse a enfin porté sur le corps, principal outil de l'expression de cette agencéité, et sur le pouvoir politique dans la dynamique de la

victimcy que possède ce corps. L'hypothèse suggérée ici est que la '*assabeyya* est l'expression de l'échec à la fois de l'agencéité tactique et éthique.

Ressentie et exprimée par de nombreuses personnes dans la société égyptienne et sous les formes de *nervios*, *nevra*, *nervos* dans le monde, la '*assabeyya*, idiome de la détresse des *Masraweyyates*, peut-être vue, entendue, touchée, sentie, lue et analysée à travers différentes perspectives. La compréhension synthétique de la '*assabeyya* a essayé de relier les concepts évoqués par les éléments issus de l'analyse des données du terrain, aux notions théoriques développées dans les chapitres II et III, afin de les interprétés selon trois approches : L'approche selon les 3 axes (*disease*, *illness*, *sickness*), l'approche ethnopsychiatrique et psychanalytique et enfin l'approche existentielle. Pour les trois approches, la notion d'assujettissement est un concept clé qui a été interprété selon les notions issues de l'analyse des données récoltées dans le contexte de la recherche.

(1) Selon les 3 axes du cadre conceptuel '*disease*, *illness*, *sickness*', cette détresse est le résultat de différents mécanismes de violence induisant l'assujettissement.

Le *disease*, penchant biomédical de la '*assabeyya*, et sa relation au TPL, a été le premier point évoqué, et ce, à travers l'étude de la notion d'assujettissement et son interprétation à l'intérieur de ce cadre. Dans celui-ci, le corps, principal objet de ce domaine, est l'objet même de cet assujettissement. Cet assujettissement entraîne des traumatismes aigus et chronique, et la souffrance qu'il induit est retrouvée dans les catégories diagnostiques de l'ESPT complexe et du TPL dont elle est l'expression biologique et psychologique, selon les mécanismes du stress et de l'adaptation psychologique et physiologique à ce stress.

Le deuxième point dans cette approche a exploré le *illness*, l'expression de la '*assabeyya* dans son aspect d'idiome de détresse. Les notions de violences culturelle et symbolique retrouvées dans les analyses de données ont été approchées ainsi que leurs conséquences en termes d'assujettissement du corps et de sa relation au féminisme. En effet, '*assabeyya*, idiome de détresse sous la forme duquel cette souffrance est exprimée, résulte de l'assujettissement du corps, causé notamment par *el 'orf wal takalīd* et *el manzouma*,

sources de violence culturelle et symbolique auxquelles les *Masraweyyates* font face dans leur quotidien. Les mécanismes de cet assujettissement utilisent en particulier les sentiments de culpabilité, de honte et de terreur et sont essentiellement exprimés à travers la religion et la sexualité, induisant la mise en place de stratégies de survie telles qu'*el momayna*, *el tahāyoul*, *victimcy* et *victimism*.

Le troisième point s'est penché sur *sickness*, c'est-à-dire ici, la '*assabeyya* du point de vue de la violence structurelle et de l'anthropologie médicale critique, par rapport à sa prise en charge en tant que souffrance psychologique, par les structures de la santé mentale en Égypte. '*Assabeyya*, causée par la violence structurelle que contient la *manzouma*, a une dimension de malaise socio-politique ayant mené à des manifestations révolutionnaires. La subordination, l'hégémonisme et la ségrégation sont les mécanismes de cette violence qui induit la mise en place de différentes sortes d'agencéité (surtout tactique) et notamment d'agentivité.

(2) La deuxième approche dans cette démarche a tenté de comprendre la '*assabeyya* selon un angle ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique, toujours à travers la notion d'assujettissement et de celles de l'aliénation et de l'anomie qui en résultent, et ce, à travers l'approche sociale et psychologique d'Ibn Khaldun (1986) et de Durkheim (1960) ainsi que celle psychanalytique de Freud (1914-1916 ; 1961) et de Butler (1997).

Le premier point soulevé ici a été l'impact sur la formation identitaire et sur la psyché des notions de contrôle totalitaire et d'assujettissement, retrouvées dans l'analyse des données en chapitre VII. Le rôle du corps comme lieu d'incarnation de la souffrance identitaire a été étudié ainsi que l'impact de ce contrôle totalitaire exercé à travers le corps sur la '*assabeyya*. Enfin la notion d'assujettissement et sa relation avec la '*assabeyya* a été abordée.

Le deuxième point a tenté d'explorer les notions d'identité et d'attachement présentes dans la '*assabeyya* et le TPL selon les théories d'Ibn Khaldun (1986) et de Durkheim (1960) en évoquant la notion de '*assabeyya* khaldunienne, cohésion et solidarité sociale promouvant

l'attachement à l'Autre, et conséquemment à Soi, ainsi que la formation identitaire. Il a aussi évoqué la théorie des conflits et la théorie cyclique du changement social développées par Ibn Khaldun et plus tard par Durkheim, et leur impact sur la 'assabeyya khaldunienne. Ces théories ainsi que leur impact sur la 'assabeyya khaldunienne, ont des répercussions psychologiques qui ont été mises en évidence dans ce deuxième point de cette approche ethnopsychiatrique. « [...] *heterogeneity of the concept of the Ego which remains entangled in the social 'We'* » (Safouan et al. 2004), notion retrouvée durant l'évolution de la 'assabeyya khaldunienne comme décrite selon la théorie des conflits et la théorie cyclique du changement social développées par Ibn Khaldun, induit aliénation, anomie et annihilation. Les conséquences psychologiques de l'aliénation, de l'anomie et de l'annihilation sont à type de trouble identitaire et d'apparition de sentiments de rage et de mélancolie. Cette approche ethnopsychiatrique et ethnopsychanalytique de la 'assabeyya, selon Ibn Khaldun (1986) et Durkheim (1960), suggère aussi que l'une des conséquences psychologiques de la désintégration de la 'assabeyya khaldunienne, est le développement sur le plan individuel, de la 'assabeyya idiome de détresse. Enfin, les répercussions sociopolitiques de la théorie cyclique du changement social et de son impact sur la 'assabeyya khaldunienne sont évoquées dans la dernière partie de ce point.

Le troisième point développé dans cette approche est l'interprétation psychanalytique et ethnopsychanalytique de la 'assabeyya et du TPL, selon les théories de Freud (1914-1916, 1961) et de Butler (1997). L'importance de la dynamique du deuil dans la formation identitaire et dans le développement de la mélancolie et de son autre facette, la rage, a été soulignée. De même, la place du corps dans la 'assabeyya et le TPL, surtout par rapport au symbolisme de la notion du passage à l'acte souvent retrouvée dans les deux, a été mise en avant. Enfin, ce point a essayé d'expliquer le rôle de la douleur portée dans le corps, qu'elle soit subie ou auto-infligée, dans la dynamique identitaire de la formation du Soi dans ses rapports à Soi et à l'Autre.

(3) La troisième approche dans cette compréhension synthétique de la 'assabeyya a abordé ses dimensions existentielles avec les théories de Jung (2014), Fromm (1942, 1992, 1994, 2012, 2013) et Frankl (1973, 1985, 2011, 2014) où l'art à travers notamment la danse

orientale ou sous forme d'incantations et de danses rituelles soufies, est le moyen par lequel, à l'intérieur d'un espace initiatique (Anzieu 1998 ; Peters 1994 ; Winnicott 1953), la souffrance incarnée dans la *'assabeyya*, est sublimée (Freud 2010). Cette *'assabeyya*, à travers le parcours initiatique, est alors transcendée, pour atteindre des dimensions plus globales, celles de la *'assabeyya* khaldunienne. En effet, le déclin de la *'assabeyya* khaldunienne, selon la théorie d'Ibn Khaldun déjà citée, induit la formation d'un espace borderline, espace situé entre des liens sociaux solides et des liens sociaux désintégrés. L'agression, retrouvée à un niveau social durant le déclin de la *'assabeyya* khaldunienne et à un niveau individuel dans la *'assabeyya* et le TPL, habitent cet espace borderline. C'est la transformation de cet espace borderline en espace transitionnel winnicottien, encouragé par l'illusion groupale (Anzieu 1998) créée par le regroupement de personnes dans cet espace, qui permet la sublimation de cette agressivité en une production artistique. Le corps, décrit comme étant l'incarnation de l'assujettissement et de la souffrance, est aussi utilisé dans cet espace, à travers le rite initiatique (Peters 1994), pour sublimer l'agression, et ce, à travers la danse, soit elle soufie ou orientale, induisant ainsi sa sublimation artistique et spirituelle (Freud 2010).

Dans cette première partie, la conclusion a tenté de synthétiser les résultats, les réflexions et les suggestions issues de l'analyse des données de la recherche. En fait, la principale contribution de cette thèse est d'avoir confronté des cadres théoriques préexistant avec un nouveau terrain où ils n'ont pas été appliqués auparavant, à savoir celui de la détresse émotionnelle en Égypte. Il serait important d'évaluer, dans de futures recherches, la conséquence de l'identification de la nature identitaire et socio-culturelle de la *'assabeyya* et du TPL sur leur relation avec le monde psychiatrique et biomédical, notamment en Égypte. C'est ce qu'essaie de suggérer cette dernière partie, à savoir une ouverture qui approfondisse la perspective de cette thèse voir même qui puisse mener à une nouvelle thèse.

It is certainly not by mere accident that two bestselling texts from the end of the first decade of the new millennium re-enact a process of maturation and re-tell the concomitant escalation until the point where time is ripe for the protagonists to say 'it's enough now, kifāyah ba'a'. The wish to rebel against, and eventually free oneself from, a mighty inhuman political and social system was, it will be shown, not limited to the Middle East but was also a Western phenomenon. [...] why the

individual revolts that both texts enact gave rise to large-scale uprisings in the Middle East while socio-political change in the West—so far, at least—has remained rather limited? While ‘Azāzīl, in retrospect, undoubtedly can be read as a ‘pre-Arab Spring’ novel, why has the climate that produced Avatar, a narrative that displays such a high degree of similarity with ‘Azāzīl, not resulted in something comparable to the ‘Arab Spring’ in the West? [...] a last impressive parallel between two narratives that, despite their origin in different regions of this world, display very similar basic structures and in this way testify to a global tendency towards rebellion against the way things used to be until now, i.e., a desire to rebel against a dated politico-ideological, socioeconomic, and religious order and its moral codes. (Guth 2016 : 22).

Le choix de cette belle comparaison de Guth (2016 : 22) entre Avatar, film de science-fiction du metteur en scène américain Cameron (2010), et le roman de l'égyptien Youssef Ziedan ‘La Malédiction d’Azazel’ (Baker 2015 ; Ziedan 2012, 2014) qui retrace le chemin initiatique d’un prêtre Hypa (qui s’est prénommé ainsi lui-même en hommage à Hypatia d’Alexandrie⁵³⁸ (AlMostafa 2016)) dans l’Égypte chrétienne du IV^{ème} siècle, est né du désir de faire partager cet élan que ces deux œuvres, en apparence si différentes, partagent, élan que traduit Guth (2016) : « [...] *it’s enough now, kifāyah ba’a* ’ ».

Mais de quel ‘assez’ ces deux productions artistiques parlent-elles ? Et pourquoi l’une née de cet élan en Occident a vu sa dynamique et sa verve s’émousser, alors que celle née en Orient, plus précisément en Égypte, s’est accompagnée, moins de deux ans après sa sortie d’une explosion sociale et politique pendant 18 jours, en Janvier 2011, à Midān Al-Tahrīr ? Cet ‘assez’ est né du « [...] *desire to rebel against a dated politico-ideological, socioeconomic, and religious order and its moral codes.* » (Guth 2016 : 22).

Midān Al-Tahrīr, espace transitionnel winnicottien (Abaza 2012 ; Shahin 2012), est le lieu de résurrection de la *communitas* (Turner 1969) et celui de la transition initiatique de l’humanité vers la troisième phase de son rite de passage, la phase transcendantale (Kahf 2001 ; Peters 1994). L’espace *borderline* est celui où évolue le monde aujourd’hui. Comme exposé dans le chapitre IX, cet espace est créé par le passage de liens sociaux solides à des

⁵³⁸ Mathématicienne et philosophe du IV^{ème} siècle.

liens sociaux désintégrés et organiques, engendrés par le déclin et la désintégration de la 'assabeyya khaldunienne. Ces liens sociaux désintégrés et organiques sont le résultat, non seulement de la globalisation, de l'économie de marché, des media sensationnalistes, mais aussi d'Internet, ne l'appelle-t-on pas la toile (*the web*) (Bagley 1967 ; Durkheim 1947 ; Kelly 2003) ?

Cet élan révolutionnaire et agressif, exprimé par « *it's enough now, kifāyah ba'a* », occupe, comme mentionné dans le chapitre IX, l'espace *borderline*. Cet élan a utilisé cette même de toile de connexion virtuelle qui a causé le déclin de la 'assabeyya khaldunienne et la désintégration des liens sociaux, et a transformé l'espace *borderline* où il est né en un espace initiatique transitionnel de *communitas* virtuel, lieu de la troisième étape du parcours initiatique du monde, l'étape transcendantale. La profusion d'écrits et de mouvements révolutionnaires ainsi que la production artistique prolifique, diffusés sur Internet durant les deux ou trois années pré-révolutionnaires et pendant la révolution, sont remarquables⁵³⁹ (Abaza 2012 ; Makar 2011 ; Mersal 2011 ; Swanson 2015 ; Swedenburg 2012).

La révolution de Janvier 2011 a vu cette *communitas* virtuelle être transposée à Midān Al-Tahrīr, pendant 18 jours, où elle y a pris forme et a créé ce qui est appelé à présent *Tahrīr spirit* ou *the spirit of Tahrīr* (Shahin 2012). Midān Al-Tahrīr s'est transformé ainsi en espace transitionnel winnicottien initiatique réel. Depuis, de nombreux Midān Al-Tahrīr virtuels ou réels ont été créés, inspirés par le *Tahrīr spirit* (Amin 2015).

⁵³⁹ Il est à rappeler que c'est dans le monde islamique, et notamment en Iran, que les nouvelles révolutions de la fin 20ème siècle ont commencé. Ces révolutions sont nées à travers les nouvelles technologies de communications comme les cassettes, les camera vidéo, les fax, le téléphone, les arts graphiques, la musique et la circulation globale des images, ces deux derniers étant les plus puissants car ils ont redessiné les styles de vie des musulmans (Fischer 2002: 63). Et de manière similaire, les révolutions du XXIème siècle ont commencé dans le monde arabe, et les nouvelles technologies, principalement internet, en ont été les véhicules. En effet, internet a changé la face de la communication dans le monde. Le début des années 2000 a été dominé par *al modawanāt* (les blogs) (Elsadda 2010), première plateforme anonyme et universelles offerte aux femmes pour s'exprimer librement loin des yeux du monde et de l'emprise familiale (Lindsey 2011). La révolution, pour beaucoup, a commencé après la mort de Khaled Said et la création d'une page sur Facebook appelée '*Kollena Khaled Said*' (Nous sommes tous Khaled Said) (Etling et al. 2010 ; Olesen 2013).

Tahrīr spirit est l'élan d'utiliser les mêmes outils, à savoir les moyens modernes de communication issus de la globalisation tels que les médias sociaux et internet, ceux là-mêmes qui sont portés responsable de la désintégration de la 'assabeyya khaldunienne et de la déstructuration des liens sociaux, et ce, pour transformer l'espace borderline qu'ils ont créé et qu'ils contiennent en un espace transitionnel d'abord virtuel, puis réel. Les liens sociaux, devenus organiques sont, comme déjà précisé, responsables de l'aliénation et de l'anomie ressentis par une grande partie de la population mondiale (la dépression est aujourd'hui la deuxième cause de morbidité dans le monde (World Health Organization 2017)). *Tahrīr spirit* est ce sursaut de survie, cet élan face à l'échec de la société à offrir un espace transitionnel initiatique, échec dû à l'archaïsme et à la rigidité suffocante et aliénante de ses institutions.

L'élan animant Avatar (Jenkins 2010 ; Zukeran 2010) semble être similaire à celui ayant provoqué la naissance du TPL, défini comme étant un *Culture Bound Syndrome* occidental (chapitre III) (Peters 1994). Cet élan rappelle l'agressivité que contient le TPL et qui occupe tout l'espace borderline où évoluent les symptômes du TPL. De même, l'élan animant Azazel semble être similaire à celui à l'origine de la 'assabeyya idiome de détresse. Il est animé par la quête de se connecter les uns aux autres.

Les deux élans, celui d'Avatar et d'Azazel, sont mus par une même quête d'atteindre la troisième phase du parcours initiatique (Kahf 2002 ; Peters 1994), celle de la phase initiatique de l'Idéal social pour ensuite retourner dans le monde après être renaît et après avoir acquis le savoir sacré, savoir accompagné d'une maturité et d'une sublimation créatrice de cet élan.

Ce n'est pas un hasard si beaucoup de femmes Égyptiennes ont investi virtuellement l'espace transitionnel créé dans l'esprit de Tahrīr (sur Internet et les médias sociaux) et investi physiquement Midān Al-Tahrīr. Ce sont ces femmes, gardiennes de la 'assabeyya' khaldunienne, qui ont vu leurs liens sociaux être les plus traumatisés, par la violence du monde qui les entoure et par la violence de leur famille envers elles. Et ce sont ces mêmes

femmes, avec ces mêmes *'asab* (*'asab* qui portent en eux toute la violence qu'elles ont subie et qu'elles expriment par la *'assabeyya*-idiome de détresse) qui ont participé à la création de ces espaces transitionnels initiatiques virtuels et réels, mues par cet élan de colère qui caractérise leur *'assabeyya*-idiome de détresse et qui disait *'it's enough now, kifāyah ba'a*. Et cette image de renaissance n'a de cesse de nous rappeler celle d'Isis, déesse de la vie, recollant morceau par morceau les fragments dispersés d'Osiris avant qu'il ne renaisse (Mijares 2015).

Ce sont ces mêmes femmes qui, en transmettant à leurs consœurs d'Occident porteuses du TPL (CBS occidentale), leur danse millénaire (orientale ou soufie), font renaître en ces dernières leur *'assabeyya* khaldunienne qui s'était désintégrée avec l'évolution des sociétés modernes, selon la théorie sociale cyclique d'Ibn Khaldun (1986). La *'assabeyya* khaldunienne renaissante est constituée non seulement de liens sociaux mécaniques mais surtout de liens faits de 'lumière spirituelle', liant les êtres entre eux et les liant aussi à cet espace Idéal auxquels ils aspirent tous (Anzieu 1998 ; Turner 1969 ; Peters 1994). Serait-ce le paradis ?

Une telle conclusion semble bien utopique, n'est-ce pas ? En fait elle est pour moi, en tant que clinicienne confrontée quotidiennement à la souffrance humaine, surtout de femmes, d'une extrême pertinence pratique et l'on peut citer ici Shaw et Proctor (2005 : 488) pour dire de cette conclusion qu'elle est pour moi « [...] *the grounds for a meaningful movement towards the creation of a more acceptable reality.* »

We conclude, therefore, by urging those involved in service provision and those engaged in survivor /user activism –as well as those in wider society- to challenge and resist the increasing pressure to pathologize people who have survived abuse and who are *coping* with its impact. If we continue to define distress as symptoms of psychiatric illness and disorder rather than as a 'realistic response to an unacceptable reality' (Kelly 1988–89), we not only continue to deny the agency and integrity of people who have already been abused and silenced; we also deny ourselves the grounds for a meaningful movement towards the creation of a more acceptable reality. (Shaw et Proctor 2005 : 488).

L'expérience pratique sur le terrain en Égypte de femmes comme Aisha Rafea⁵⁴⁰ et Randa El Masry⁵⁴¹, femmes très actives, impliquées bénévolement dans la vie quotidienne de leurs concitoyens notamment à travers les ONGs qu'elles ont créés et dédiées surtout à la formation des parents, instituteurs, assistantes maternelles et toute personne en contact avec les enfants, est très inspirante. Elles y transmettent la pédagogie et les règles de bases des 'valeurs humaines' (paix, respect, amour). Elles offrent aux bénéficiaires de l'ONG Wa'y, notamment celles victimes de violence domestique et à leurs enfants une formation à ces valeurs fondamentales. Ces femmes depuis près de vingt ans, offre une approche spirituelle non seulement aux femmes et aux enfants, mais aussi aux hommes, et ce à travers leur travail dans les écoles publiques et les institutions sociales, sous l'égide des services publics dont dépendent ces institutions. Ces femmes ont réussi à créer des espaces transitionnels mus par l'esprit de Tahrīr et de la *communitas* à l'intérieur même de ces structures aliénantes, espaces qui permettent aux personnes les plus touchées par la violence même de ces structures, de trouver à l'intérieur d'elles un espace de maturation initiatique vers une renaissance et une créativité sublimante. Dans leur approche, l'art, sous toutes ses formes ainsi que la spiritualité, sont omniprésents.

Des approches thérapeutiques telles que la *Mind-Body medicine* fondée par Herbert Benson (2009; Herbert Benson et Klipper 1992) semblent être une excellente application thérapeutique de la philosophie de ces dames ainsi qu'une application des connaissances médicales les plus récentes, en intégrant le yoga et la relaxation aux techniques de psychothérapies. De même, une relecture de la psychologie transcendantale telle qu'introduite par Kant pourrait représenter une alternative intéressante à l'approche thérapeutique de la 'assabeyya/ TPL (Kitcher 1993).

La vision de Jung, respectueuse de traditions de l'Est semble aussi être capable d'apporter une dimension peut-être plus adaptée à la nature du mysticisme oriental égyptien et de ses idiomes de détresse (Gellner 1992 ; Jung 2014). En effet, proche de la notion de soufisme ainsi que de sa théorie des archétypes (inspirés de la mythologie de l'Égypte ancienne)

⁵⁴⁰ <http://www.hfegypt.org/aisha.html>.

⁵⁴¹ <http://www.sathyasaiehv.org.uk/Newsletters/Dec04/email.htm>.

(Jung 1978), l'approche jungienne est une alternative qui serait bien adaptée au caractère universel de la culture égyptienne (Oum el Dounia), notamment à son aspect religieux, approche qui n'est pas sans lien avec l'ethnopsychiatrie. Cette dimension religieuse et spirituelle de l'Égypte a commencé, entre autres, avec Akhenaton (premier pharaon monothéiste), en passant par Moïse et Jésus (les deux ayant vécu en Égypte, et y ont commencé leur mission religieuse) et finissant par la conquête islamique (Al Fath el Islami) de l'Égypte par Amr Ibn El Ass (Vatikiotis 1986).

De même, peut-on espérer qu'une approche psychanalytique et plus généralement une approche de la santé mentale telle que celle existant déjà (Safouan et al. 2004 ; Sami-Ali 1991 ; Benslama 2013), ou féminine (Saadawi 1983, 2007 ; Douki 2007) se développe inspirée des théories sociales et humanistes issues de la civilisation même d'Ibn Khaldun, père de la sociologie, ou celle des premières cliniques du sommeil dans le temple de Philae il y a 5000 ans ? De nombreuses pratiques actuelles que recherchent les personnes vivant en Occident pour un mieux-être, notamment psychologique, sont issues de la tradition orientale, fait indicateur d'un besoin universel d'un retour vers ces philosophies ou encore fait indicateur d'une anomie 'à l'occidentale'. Ne serait-ce donc pas paradoxal de se cantonner au savoir biomédical ou même social et psychanalytique venu du monde occidental afin de traiter une condition telle que la '*assabeyya* qui symbolise toute la complexité du Monde ?

Comprendre la '*assabeyya* dans toute sa complexité me semble être d'une importante nécessité pour une approche efficace de la détresse psychologique des *Masraweyyates* et des *Masreyyates*. La prise en charge thérapeutique pourra se faire sur les trois niveaux où s'articule la '*assabeyya* :

(1) Au niveau biomédical avec la prise en charge du complexe PTSD et du TPL selon les techniques psychiatriques basées sur les évidences (*evidence-based*) et une thérapie basée sur les théories de l'attachement ;

(2) Au niveau social, une participation de la famille et de la société est importante afin d'aider à mettre en place des dynamiques sociales permettant une agencéité adaptative, et

surtout la mise à contribution de certaines stratégies socioculturelles locales dont la danse orientale ou les incantations et les danses spirituelles soufies en sont des exemples ; Et enfin, (3) au niveau 'politique' de la *'assabeyya*, en promouvant une agentivité et une *'assabeyya* spirituelle telle que pratiquée par des femmes comme Aisha Rafea et Randa El Masry.

À l'heure où cette thèse s'achève (2017) des attentats suicide sont commis à Istanbul, Tunis, le Caire, Beyrouth, Paris, Bruxelles, Nice, Munich, Miami, New Orléans, Stockholm, Moscou, Londres et tout récemment Québec, Alexandrie et Tanta. Des jeunes hommes ont choisi de se donner et de donner la mort pour faire parler d'eux et faire entendre leur cause. Il est dit que bon nombre d'entre eux ont un passé d'instabilité psychologique.

C'est dans ce climat de stigmatisation à la fois de l'Islam, de la violence et de la maladie mentale que l'on peut se poser la question : N'est-il pas temps de repenser l'individu au-delà de tous ces théories 'post' (post-colonialisme, post-structuralisme, post-orientalisme, post-féminisme, post-psychanalyse, post modernisme) et de revenir à la notion fondamentale primitive de l'humanité, à savoir tout simplement celle de vivre ? En effet, il semble évident que ces théories ont pour la plupart dévié du but initial de leur développement qui est une meilleure compréhension de la civilisation et de la condition humaine. Elles se sont en fait retrouvées enfermées dans des discussions sophistiquées à l'intérieur des cercles restreints des intellectuels diplômés de grandes universités du monde développé, et n'ont pas, de ce fait, beaucoup réellement aidé l'humanité.

Toutes ces théories 'post quelque chose' pourront-elles jamais permettre à Oum-ramadan, Farida et Nagat en Égypte, à Ruqya au Maroc, aux guerrières du Libéria, aux ouvrières du Bangladesh, et à toutes ces femmes, non pas à survivre mais à vivre tout en étant 'saines' physiquement et psychologiquement ? Seule une approche critique et 'politique' de la santé et surtout de la santé mentale de ces femmes, inspirée de celle de Farmer en Haïti ou au Rwanda (Kidder 2009) pourrait être la source de solutions cohérentes et honnêtes du Monde à ces femmes.

Une autre question s'impose dans le cadre de futures recherches, Cette question serait de savoir si TPL/'assabeyya affectent aussi les hommes, et ce, qu'ils soient dans des pays en développement ou dans des pays développés ?

Enfin, et pour conclure, *'assabeyya* et BPD semblent dépasser les limites de la psychiatrie pour atteindre un large éventail de domaines liés à l'Homme, allant de la spiritualité à la politique, en passant par l'anthropologie, la psychologie et la sociologie. En effet, ils sont à la fois le cri de l'humanité à sa déshumanisation, à l'absence de liens humains. Ils sont l'expression condensée du besoin relationnel, si caractéristique de l'humanité, un besoin qui semble effervescent, quintessentiel, intensifié à la fois en *'assabeyya* et BPD, où la colère se mêle aux problèmes d'attachement, aux troubles de l'identité et à l'instabilité émotionnelle.

En attendant de voir un Avatar 2 ou de lire Azazel tome 2, ce travail de recherche, bien au-delà de la valeur scientifique qu'il représente, fut et sera toujours pour moi un voyage initiatique aux confins de mon identité plurielle de femme, d'égyptienne, de psychiatre et, je l'espère, d'anthropologue.

BIBLIOGRAPHIE

ABAS, M.A. et J.C. BROADHEAD, 1997, « Depression and Anxiety among Women in an Urban Setting in Zimbabwe », *Psychological Medicine*, 27 : 59-71.

ABAZA, M., 2006, *Changing Consumer Cultures of Modern Egypt: Cairo's Urban Reshaping*. Leiden, Brill.

_____, 2012, « Walls, Segregating Downtown Cairo and the Mohammed Mahmud Street Graffiti », *Theory, Culture & Society*, 30 : 1-18.

_____, 2014, « Post January Revolution Cairo: Urban Wars and the Reshaping of Public Space », *Theory, Culture & Society*, 31 : 163-183.

ABDEL-FADIL, M., 1980, *The Political Economy of Nasserism: A Study in Employment and Income Distribution Policies in Urban Egypt, 1952-72*. Cambridge, Cambridge University Press.

ABDEL-NABI, S., AGHA, J., CHOUCAIR, J. et M. MIKDASHI, 2004, « Pop Goes the Arab World: Popular Music, Gender, Politics, and Transnationalism in the Arab World », *Hawwa*, 2 : 231-254.

ABDEL AAL, G., 2010, « I Want to Get Married! One Wannabe Bride's Misadventures with Handsome Houdinis, Technicolor Grooms, Morality Police, and Other Mr. Not Quite Rights », Trans. Nora Eltahawy. Austin, University of Texas Press.

ABDELHAKIM, T., 2010, « Condition de la femme : Comment va la société égyptienne? », *Confluences Méditerranée*, 4 : 65-76.

ABDELHAY, B., 2004, « Rabia Al Adawyyia ou l'exaltation de l'amour divin », *Revue Annales du patrimoine* 1. Consulté sur Internet (<http://annales.univ-mosta.dz/index.php/archive?id=52>) le 2 avril 2017.

ABDENNOUR, S., 2007, *Egyptian Customs and Festivals*. Oxford, Oxford University Press.

ABOU ZEID, A.M., 1965, « Honour and Shame among the Bedouins of Egypt » : in J.G. Peristiany (dir.), *Honour and Shame. The Values of the Mediterranean Society*. Londres, Weidenfeld and Nicolson.

ABRAMOWITZ, S.A., 2010, « Trauma and Humanitarian Translation in Liberia: The Tale of Open Mole », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34 : 353-379.

ABU-LUGHOD, J., 1961, « Migrant Adjustment to City Life: The Egyptian Case », *American Journal of Sociology*, 47 : 22-32.

ABU-LUGHOD, J.L. et AMERICAN COUNCIL OF LEARNED SOCIETIES. 1971, *Cairo 1001 Years of the City Victorious*. Princeton, N.J., Princeton University Press. Consulté sur Internet (<http://hdl.handle.net/2027/heb.02308>) le 14 avril 2010.

ABU-LUGHOD, L., 1989, « Zones of Theory in the Anthropology of the Arab World », *Annual Review of Anthropology*, 18 : 267-306.

_____, 1990, « The Romance of Resistance : Tracing Transformations of Power through Bedouin Women », *American Ethnologist*, 17 : 41-55.

_____, 1993, « Finding a Place for Islam: Egyptian Television Serials and the National Interest », *Public Culture*, 5 : 493-513.

_____, 1995a, « Movie Stars and Islamic Moralism in Egypt », *Social Text*, 1 : 53-67.

_____, 1995b, « Community of Secrets » : 21-44, in P.A. Weiss et M. Friedman (dir.) *Feminism and Community*. Temple, Temple University Press.

_____, 1995c, « The Objects of Soap Opera: Egyptian Television and the Cultural Politics of Modernity » : 190-210, in D. Miller (dir.), *Worlds Apart: Modernity Through The Prism of The Local*. Londres, Routledge.

_____, 1998a. « The Marriage of Feminism and Islamism in Egypt: Selective Repudiation as a Dynamic of Postcolonial Cultural Politics » : 243-269, in L. Abu-Lughod (dir.), *Remaking Women, Feminism and Modernity in the Middle East*. Princeton, Princeton University Press.

ABU-LUGHOD, L. (dir.), 1998b, *Remaking Women: Feminism and Modernity in the Middle East*. Princeton, Princeton University Press.

ABU-LUGHOD, L., 1999, *Veiled Sentiments : Honor and Poetry in a Bedouin Society*. Berkeley ; Londres, University of California Press.

_____, 2001, « "Orientalism" and Middle East Feminist Studies », *Feminist Studies*, 27: 101-113.

_____, 2002a, « Egyptian Melodrama: Technology of the Modern Subject » : 115-133, in F.D. Ginsburg, L. Abu-Lughod L. et B. Larkin (dir.) editors, *Media Worlds: Anthropology on New Terrain*. California, University of California Press.

_____, 2002b, « Do Muslim Women Really Need Saving? Anthropological Reflections on Cultural Relativism and Its Others », *American Anthropologist*, 104 : 783-790.

_____, 2005, *Dramas of Nationhood : The Politics of Television in Egypt*. Chicago, Chicago, University of Chicago Press.

_____, 2006a, *Local Contexts of Islamism in Popular Media*. Amsterdam, Amsterdam University Press.

_____, 2006b, « The Muslim Woman. The Power of Images and The Danger of Pity », *Eurozine*. Consulté sur Internet ([.http:// www. eurozine. com](http://www.eurozine.com)) le 10 juillet 2016.

_____, 2008, *Writing Womens's Worlds : Bedouin Stories*. Berkeley, California, University of California Press.

_____, 2009, « Dialects of Women's Empowerment: The International Circuitry of the Arab Human Development Report 2005 », *International Journal of Middle East Studies*, 41 : 83-103.

_____, 2011a, « Seductions of the “Honor Crime” », *Differences*, 22 : 17-63.

_____, 2011b, « The Active Social Life of ‘Muslim Women’s Rights.’ » : 101-119, in D.L. Hodgson (dir.), *Gender and Culture at the Limit of Rights*. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

_____, 2012a, *Authorizing Moral Crusades to Save Muslim Women*. Washington, The Department of Near Eastern Languages and Civilization at the University of Washington.

_____, 2012b, « Living the “Revolution” in an Egyptian Village: Moral Action in a National Space », *American Ethnologist*, 39 : 21-25.

_____, 2013, *Do Muslim Women Need Saving?* Cambridge, Harvard University Press.

ABU-ODEH, L., 2011, « Crimes of Honor and the Construction of Gender in Arab Societies », *Comparative Law Review*, 2 : 1-47.

ABU HENDI, W., 2002, *Nahwa Tib Nafsy Islamy (toward an Islamic Psychiatry)*. Cairo, Dar al-Nahda.

_____, 2004, « Al-Nabi ‘Arabi Ya Doc (the Prophet Is an Arab, Doc) », *Rose al-Youssef*, 3974 : 74-75.

_____, 2014. « *Al-Tebb Al-Nafsy Al-Dyni (Psychiatrie Religieuse)* ». Consulté sur Internet (<http://maganin.com/contentlist.asp?CatId=47>) le 26 août 2014.

ABUKHALIL, A.A., 1993, « A Note on the Study of Homosexuality in the Arab/Islamic Civilization », *The Arab Studies Journal*, 1 : 32-48.

ADLY, E., IFAO, C. et N.Z. DAVIS, 2007, « Letters from the Heart Addressed to Imam Al-Shafi 'I in Cairo » : 123-139, in Dupret B., Moors A. et B. Drieskens (dir.), *Narratives of Truth in Islamic Law*. Londres, I.B. Tauris

AFANA, A.-H., PEDERSEN, D., RØNSBO, H. et L.J. KIRMAYER, 2010, « Endurance Is to Be Shown at the First Blow: Social Representations and Reactions to Traumatic Experiences in the Gaza Strip », *Traumatology*, 16 : 43-54.

AFANA, A., 2012, « Problems in Applying Diagnostic Concepts of PTSD and Trauma in the Middle East », *Arab Journal of Psychiatry*, 23 : 28-34.

AFIFI, Z.E., EL-LAWINDI, M.I., AHMED, S.A. et W.W. BASILY, 2003, « Adolescent Abuse in a Community Sample in Beni Suef, Egypt: Prevalence and Risk Factors », *East Mediterranean Health Journal*, 9 : 1003-1018.

AHMED, L., 1989, « Arab Culture and Writing Women's Bodies », *Gender Issues*, 9 : 41-55.

_____, 1992, *Women and Gender in Islam: Historical Roots of a Modern Debate*. New Haven, Yale University Press.

AINSWORTH, M.D.S., 1967, *Infancy in Uganda: Infant Care and the Growth of Love*. Baltimore, Johns Hopkins Press.

AITSI-SELMY, A., CHANDOLA, T., FRIEL, S., NOURAEI, R., SHIPLEY, M.J. et M.G. MARMOT, 2012, « Interaction between Education and Household Wealth on the Risk of Obesity in Women in Egypt », *PLoS One*, 7 : e39507.

AL-ADAWI, S.H. et R.G. MARTIN, 2001, « Zar: Group Distress and Healing », *Mental Health, Religion & Culture*, 4.

AL-GHAZAL, S.K., 2003, « Al Zahrawi (Albucasis): A Light in the Dark Middle Ages in Europe », *Journal of the International Society for the History of Islamic Medicine (JISHIM)*, 4 : 47-61.

AL-KRENAWI, A. et J. GRAHAM, 1999, « Gender and Biomedical/Traditional Mental Health Utilization among the Bedouin-Arabs of the Negev », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23 : 219-243.

AL-MÉKKAWI, H., 2015. « Une décharge et deux mondes », *Al-Ahram Hebdo (online)* Consulté sur Internet (<http://hebdo.ahram.org.eg/News/13230.aspx>) le 23 juillet 2016.

AL-SAADAWI, N., 1993, *Al Mar'a Wa Al-Sira' Al-Nafsi (Women and Psychological Conflict)*. Cairo, Al-Mustakbal Publishers.

AL-SAMMAN, H., 2008, « Out of the Closet: Representation of Homosexuals and Lesbians in Modern Arabic Literature », *Journal of Arabic Literature*, 270-310.

ALARCÓN, R.D., FOULKS, E.F. et M. VAKKUR, 1998, *Personality Disorders and Culture: Clinical and Conceptual Interactions*. New York, John Wiley & Sons.

ALARCÓN, R.D., WESTERMEYER, J., FOULKS, E.F. et P. RUIZ, 1999, « Clinical Relevance of Contemporary Cultural Psychiatry », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 : 465-471.

ALEXANDER, P.C., 2014, *Intergenerational Cycles of Trauma and Violence: An Attachment and Family Systems Perspective*. New York, W.W. Norton & Company.

ALI, S., 1977, *Intellectual Foundations of Muslim Civilization*. Publishers United.

ALLON, J.U., 2005, « Introduction: Reflections on the Study of Sexuality in the Middle East and North Africa », *Social Analysis: The International Journal of Social and Cultural Practice*, 49 : 3-15.

ALMODÓVAR, P., BONEZZI, B. et A. ALMODÓVAR, 1995, *Femmes au bord de la crise de nerfs*. L'Avant-scène cinéma, 445.

ALMOSTAFA, M.S., 2016, « The Representation of Women in Youssef Ziedan's Azazeel: A Feminist Study », *Journal of Arts and Humanities*, 5 : 38.

ALSUWAIGH, S.A., 1989, « Women in Transition: The Case of Saudi Arabia », *Journal of Comparative Family Studies*, 20 : 67-78.

AMER, M.M., 2013, *Counseling and Psychotherapy in Egypt: Ambiguous Identity of a Regional Leader*, in R. Moodley, U. P. Gielen and R. Wu (dir.), *Handbook of Counseling and Psychotherapy in an International Context*, Londres, Routledge.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980, *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.

_____, 1997, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition*. Washington DC, American Psychiatric Association.

_____, 2000, « Posttraumatic Stress Disorder DSM IV: Diagnosis and Criteria, 309.81 », *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Consulté sur Internet (www.mental-health-today.com/ptsd/dsm.htm) le 7 Mars 2010.

_____, 2013a, « État De Stress Post-Traumatique : Symptômes, Critères Diagnostiques Du DSM-5 », *Psychomédia*. Consulté sur Internet (<http://www.psychomedia.qc.ca/sante->

[mentale/2015-11-15/stress-post-traumatique-criteres-diagnostiques-dsm-5](#)) le 26 juillet 2016.

_____, 2013b, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* Bookpoint US.

_____, 2013c, *Cultural Formulation Interview*, Bookpoint US. Consulté sur Internet (http://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview-Supplementary-Modules.pdf) le 4 juin 2016.

_____, 2013d, Glossary of Cultural Concepts of Distress. *In: American Psychiatric Association. (dir.) The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, Bookpoint US.

_____, 2013e, *Cultural Formulation*, Bookpoint US. Consulté sur Internet (<http://dsm.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.books.9780890425596.CulturalFormulation>) le 4 juin 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC PUBLISHING, 2011, « *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders* ». Consulté sur Internet (<http://www.scid4.org/trans.html>) le 5 juillet 2011.

AMIN, A., 1938, « Al Madanya: Tahtim Al a‘Sâb » : 265-274, *in* A. Amin (dir.), *Fayd El Khâter*. Cairo, Maktabat Al-Nahda Al-Misryya.

AMIN, H.A., 1985, « Voile », *Revue de la presse égyptienne* 15, Le Caire, Cedej.

AMIN, S. et N.H. AL-BASSUSI, 2004, « Education, Wage Work, and Marriage: Perspectives of Egyptian Working Women », *Journal of Marriage and Family*, 66 : 1287-1299.

AMIN, S., 2015, « Keeping the Tahrir Spirit of Inclusion, Equality and Non-Violence Alive », *Middle East Eye*. Consulté sur Internet (<http://www.middleeasteye.net/columns/keeping-tahrir-spirit-inclusion-equality-and-non-violence-alive-813598638>) le 2 avril 2017.

ANAWATI, G.C., 1987, « Le Traité d'Averroès sur la thériaque et ses antécédents grecs et arabes », *Quaderni di Studi Arabi*, 5 : 26-48.

ANDEZIAN, S., 1995, « Femmes et religion en Islam: un couple maudit? », *Clio. Femmes, Genre, Histoire* (en ligne). Consulté sur Internet (URL : <http://clio.revues.org/493>) le 2 septembre 2016.

ANGEL, K., 1965, « Loss of Identity and Acting Out », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13 : 79-84.

- ANTONOVSKY, A., 1979, *Health, Stress and Coping*. San Francisco, Jossey-Bass.
- ANZIEU, D., 1985, « Altération des fonctions du moi-peau dans le masochisme pervers », *Revue de médecine psychosomatique*, 26 : 9-12.
- _____, 1995, *Le Moi-Peau* (1985). Paris, Dunod.
- _____, 1998, « L'illusion groupale », *Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale - Tome I*. Consulté sur Internet (http://www.cpgf.fr/Vocabulaire/Items/illusion_groupale_Anzieu.pdf) le 22 mars 2017.
- AOUATTAH, A., 2007, « De quelques résistances à la pratique psychanalytique dans la culture arabo-musulmane », *Cahiers de psychologie clinique*, 29 : 161-191.
- APPLBAUM, K., 2006, « Educating for Global Mental Health: The Adoption of SSRIs in Japan » : 85-111, in A. Petryna, A. Lakoff et A. Kleinman (dir.), *Pharmaceuticals and Globalization: Ethics, Markets, Practices*. Durham, NC, Duke University Press.
- ARBERRY, A.J., 1950, *Sufism: An Account of the Mystics of Islam*. Courier Corporation.
- ARISTOTE. 1840, *Métaphysique d'Aristote (Traduction de A. Pierron et de C. Zévort)*. Consulté sur Internet (https://play.google.com/books/reader?id=GVsLGxzd-O8C&printsec=frontcover&output=reader&hl=en_GB&pg=GBS.PP1) le 22 Mars 2017.
- ARNAUD, L., 2014, « Les « dominés » peuvent-ils créer ? », *SociologieS [Online], Files, Diversification artistique et politiques culturelles*. Consulté sur Internet (<http://sociologies.revues.org/4588>) le 31 juillet 2016.
- ARON, E., 2005, *Ces gens qui ont peur d'avoir peur: Mieux comprendre l'hypersensibilité*. Montréal, Éditions de l'Homme.
- _____, 2013, *The Highly Sensitive Person*. New York, Kensington Publishing Corp.
- ARRIEN, A., 1993, *The Four-Fold . Way*, San Francisco, CA, Harper.
- ASAD, T., 2000, « Agency and Pain: An Exploration », *Culture and Religion*, 1 : 29-60.
- _____, 2003, *Formations of the Secular: Christianity, Islam, Modernity*. Stanford, Stanford University Press.
- _____, 2009, « The Idea of an Anthropology of Islam », *Qui Parle*, 17 : 1-30.
- ASSAD, M.M., 1972, « The Coptic Church and Social Change in Egypt », *International Review of Mission*, 61 : 117-129.

ASSAD, T., OKASHA, T., RAMY, H., GOUELI, T., EL-SHINNAWY, H., NASR, M., FATHY, H., ENABA, D., IBRAHIM, D. et M. ELHABIBY, 2015, « Role of Traditional Healers in the Pathway to Care of Patients with Bipolar Disorder in Egypt », *International Journal of Social Psychiatry*, 61 : 583-590.

ASSOCIATION FOR THE DEVELOPMENT AND ENHANCEMENT OF WOMEN, 2011, « *Violence Elimination Program* ». Consulté sur Internet (<http://www.adew.org/en/?action=10003&sub=7>) le 20 Juillet 2011.

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE AQPAMM, 2016, « *Le Trouble De La Personnalité Limite* ». Consulté sur Internet (<http://www.aqpamm.ca/ressources/fiches-maladies/le-trouble-de-la-personnalite-limite/>) le 7 janvier 2016.

ASSOUN, P.-L., 2015, « D'un certain style de malaise de la modernité dénommé borderline: Une lecture freudienne », *Figures de la psychanalyse*, 30 : 95-107.

ATGER, F., 2007, « L'attachement à l'adolescence », *Dialogue*, 175 : 73-86.

ATRAN, S., 2015, « Isis is a Revolution », *Aeon* (15 December, 2015). Consulté sur Internet (<https://aeon.co/essays/why-isis-has-the-potential-to-be-a-world-altering-revolution>) le 2 avril 2017.

ATTAR, F., 1990, *Muslim Saints and Mystics*, Arkana. Consulté sur Internet (http://svenskmslim.se/damas/Damas/00_DATA/Kutub/English/Attar_Tadhkirat-al-awlia_Alberry-eng.pdf) le 6 octobre 2014.

AULAGNIER, P., 2009, *Les destins du plaisir : aliénation, amour, passion*. Paris, Presses Universitaires de France.

AVOTRI, J.Y. et V. WALTERS, 1999, « 'You Just Look at Our Work and See If You Have Any Freedom on Earth': Ghanaian Women's Accounts of Their Work and Their Health », *Social Science and Medicine*, 48 : 1123-1133.

AWAD, M., 2014, « The Salafi Dawa of Alexandria: The Politics of a Religious Movement », *Current Trends in Islamist Ideology*, 17 : 5-39.

AWKAF ONLINE, 2014, « *The Ministry of Awkaf Decides the Uniformization of the Khutbah All over Egypt* ». Consulté sur Internet (<http://www.awkafonline.com/portal/?p=6885>) le 6 octobre 2014.

AYROUT, H.H. et A. ALLIX, 1938, *Moeurs et coutumes des fellahs* préf. de M. André Allix. Paris, Payot.

AZARGOSHASB, A., 2009, « Review of ECWR's Seminar on Sexual Harassment and Egypt's Tourism Industry », *Surfacing-An Interdisciplinary Journal For Gender in The Global South*, 2 : 83-89.

BAALI, F., 1988, *Society, State, and Urbanism: Ibn Khaldun's Sociological Thought*. New York, SUNY Press.

BAASHER, T., 1975, « Traditional Treatment of Psychiatric Disorder in Africa », *African Journal of Psychiatry*, 1 : 77-85.

BACQUÉ, M.-H., 2006, « Empowerment et politiques urbaines aux Etats-Unis », *Géographie, économie, société*, 8 : 107-124.

BADRAN, M., 2005, « Between Secular and Islamic Feminism/S: Reflections on the Middle East and Beyond », *Journal of Middle East Women's Studies*, 1 : 6-28.

BAER, H.A., SINGER, M. et I. SUSSER, 2003a, *Medical Anthropology and the World System*. Westport, Connecticut, Greenwood Publishing Group.

BAER, R., WELLER, S., DE ALBA GARCIA, J., GLAZER, M., TROTTER, R., PACHTER, L. et R. KLEIN, 2003b, « A Cross-Cultural Approach to the Study of the Folk Illness Nervios », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27 : 315-337.

BAGLEY, C., 1967, « Anomie, Alienation and the Evaluation of Social Structures », *Kansas Journal of Sociology*, 3 : 110-123.

BAKER, A.J.L., CURTIS, P.A. et C. PAPA-LENTINI, 2006, « Sexual Abuse Histories of Youth in Child Welfare Residential Treatment Centers: Analysis of the Odyssey Project Population », *Journal of Child Sexual Abuse*, 15 : 29-49.

BAKER, A.M.A., 2015, « The Problematics of Identity & Identity Erasure in Youssef Ziedan's *Azazeel* », *Journal of Arts and Humanities*, 4 : 37-49.

BALHARA, Y.P.S., 2011, « Culture-Bound Syndrome: Has It Found Its Right Niche? », *Indian Journal of Psychological Medicine*, 33 : 210-215.

BANDURA, A., 1977, « Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change », *Psychol Rev*, 84 : 191-215.

_____, 2009, « Agency » : in D. Carr (dir.), *Encyclopedia of the Life Course and Human Development*. USA, Macmillan Reference.

BANGDIWALA, S.I., RAMIRO, L., SADOWSKI, L.S., BORDIN, I.A., HUNTER, W. et V. SHANKAR, 2004, « Intimate Partner Violence and the Role of Socioeconomic Indicators in Worldsafe Communities in Chile, Egypt, India and the Philippines », *Inj Control Saf Promot*, 11 : 101-109.

BARADON, T., 2009, *Relational Trauma in Infancy: Psychoanalytic, Attachment and Neuropsychological Contributions to Parent-Infant Psychotherapy*. Londres, Routledge.

BARAKAT, H. 1993. *The Arab World: Society, Culture and State*. Berkeley, University of California Press.

BARBER, B., 1995, *Jihad Versus Macworld*. New York, Times Books.

BARBER, C., 2008, *Comfortably Numb: How Psychiatry Medicated a Nation*. New York, Vintage.

BARLOW, J. et A. SCHRADER, 2010, *Safeguarding Children from Emotional Maltreatment: What Works*. [Londres](#), Jessica Kingsley Publishers.

BARNETT, E.A., 1989, « Notes on Nervios: A Disorder of Menopause », *Health Care for Women International*, 10 : 159-169.

BARRY, C., 1998, « Choosing Qualitative Data Analysis Software: Atlas/Ti and Nudist Compared », *Sociological Research Online [en ligne]*, 3. Consulté sur Internet (<http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/3/4.html>) le 20 avril 2011.

BARRY, K., 1979, *Female Sexual Slavery*. Prentice-Hall, N.J, Englewood Cliffs.

BARSOUM, G., 2004, *The Employment Crisis of Female Graduates in Egypt: An Ethnographic Account*. Cairo, American University in Cairo.

_____, 2010, « When There Is 'No Respect' at Work: Job Quality Issues for Women in Egypt's Private Sector », *OIDA International Journal of Sustainable Development*, 1 : 67-80.

BASSIONY, M.M., SALAH EL-DEEN, G.M., YOUSEF, U., RAYA, Y., ABDEL-GHANI, M.M., EL-GOHARI, H. et S.A. ATWA, 2015, « Adolescent Tramadol Use and Abuse in Egypt », *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 41 : 206-211.

BATESON, G., 1972, *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago, University of Chicago Press.

BATSON, C.D. et W.L. VENTIS, 1982, *The Religious Experience*. Oxford, Oxford University Press.

BAUM, F., MACDOUGALL, C. et D. SMITH, 2006, « Glossary: Participatory Action Research », *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)*, 60 : 854-857.

BAYAT, A., 1997, « Cairo's Poor: Dilemmas of Survival and Solidarity », *Middle East Report*, 202 : 2-12. Consulté sur Internet

(https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/11852/12_606_024.pdf?s) le 20 juillet 2016.

BAYAT, A. et E. DENIS, 2000, « Who Is Afraid of Ashwaiyyat? Urban Change and Politics in Egypt », *Environment and Urbanization*, 12 : 185-199.

BAYAT, A., 2002, « Piety, Privilege and Egyptian Youth », *ISIM Newsletter*, 10 : 1. Consulté sur Internet (https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/16791/ISIM_10_Piety_Privilege_and_Egyptian_Youth.pdf?sequence=1&sa=U&ei=zIhQU_yqBoenO8HkgNgP&ved=0CEAQFjAH&usq=AFQjCNGZH5OLddOyOoSFE9WmG0BtmbjFyw) le 20 juillet 2016.

_____, 2007, « Radical Religion and the Habitus of the Dispossessed: Does Islamic Militancy Have an Urban Ecology? », *International Journal of Urban and Regional Research*, 31 : 579-590.

BECK, L. et N.R. KEDDIE, 1978, *Women in the Muslim World*. Cambridge, MA, Harvard University Press.

BECKER-BLEASE, K.A. et J.J. FREYD, 2005, « Beyond PTSD an Evolving Relationship between Trauma Theory and Family Violence Research », *Journal Of Interpersonal Violence*, 20 : 403-411.

BECKER, D.F., AÑEZ, L.M., PARIS, M. et C.M. GRILO, 2010, « Exploratory Factor Analysis of Borderline Personality Disorder Criteria in Monolingual Hispanic Outpatients with Substance Use Disorders », *Psychiatry Research*, 178 : 305-308.

BELAALA, S., 2004, « Fabrique de la violence. Misère et Djihad au Maroc », *Le Monde Diplomatique*, Novembre.

BELLAH, R.N., MADSEN, R. et W.M. SULLIVAN, 1985, *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*. Berkeley, California, University of California Press.

BEN NÉFISSA-PARIS, S., 1992, « Le Mouvement associatif égyptien et l'Islam: Éléments d'une problématique », *Monde arabe: Maghreb Machrek*, 135 : 19-36.

BENCHOUIA, T.A., 2015, *Festivals : The Culture and Politics of Mahraganat Music in Egypt* (thesis), Austin, Department of Middle Eastern Studies, University of Texas at Austin. Consulté sur Internet (<http://hdl.handle.net/2152/32007>) le 20 juillet 2017.

BENDER, D.S. et A.E. SKODOL, 2007, « Borderline Personality as a Self-Other Representational Disturbance », *Journal of Personality Disorders*, 21 : 500-517.

BENHAM, G., 2006, « The Highly Sensitive Person: Stress and Physical Symptom Reports », *Personality and Individual Differences*, 40 : 1433-1440.

- BENJELLOUN, T., 1985 *L'enfant de sable*. Paris, Éditions du Seuil.
- BENSLAMA, F., 2013, *La psychanalyse à l'épreuve de l'Islam*. Paris, Flammarion.
- BENSON, H., 2009, *Timeless Healing*. New York, Simon and Schuster.
- BENZAKOUR-CHAMI, A., 1996, « Femmes et institutions », *Annuaire de l'Afrique du nord*, 35 : 169-180.
- BERGER, P.L., 1969, *The Sacred Canopy*. New York, Anchor Books.
- BERGERET, J., 1974, *La personnalité normale et pathologique*. Paris, Dunod.
- BERLIN, I., 2016 [1969], « Two Concepts of Liberty: Four Essays on Liberty » :111-114, in R. Blaug, et J. Schwarzmantel (dir.), *Democracy: A Reader*. New York, Columbia University Press. Consulté sur Internet (<http://sites.asiasociety.org/asia21summit/wp-content/uploads/2011/02/1.-Berlin-Isaiah-Two-Concepts-of-Liberty.pdf>) le 20 juillet 2017 .
- BERNARD, H.R., 2006, « Interviewing : Unstructured and Semistructured » : 210-250, in H.R., BERNARD (dir.), *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. Lanham, Altamira Press.
- BERNE, E., 2016, *Transactional Analysis in Psychotherapy: A Systematic Individual and Social Psychiatry*. Ravenio Books.
- BERROCAL, C., MORENO, M.A.R., RANDO, M.A., BENVENUTI, A. et G.B. CASSANO, 2008, « Borderline Personality Disorder and Mood Spectrum », *Psychiatry Research*, 159 : 300-307.
- BERTHO, A., 2005, « Penser La « Ville Monde » », *Socio-anthropologie [En ligne]*. Consulté sur Internet (<http://socio-anthropologie.revues.org/index430.html>) le 4 avril 2010.
- BEVERLEY, J., 1992, « The Margin at the Center: On Testimonio, 'Sidonie Smith and Julia Watson » : 91-114, in S. Smith et J. Watson (dir.), *De/colonizing the Subject: the Politics of Gender in Women's Autobiography*. Minneapolis, University of Minnesota Press.
- BHABHA, H., 1990, « The Third Space: Interview with Homi Bhabha » : 207-221, in J. Rutherford (dir.), *Identity: Community, Culture, Difference*. Londres, Lawrence & Wishart.
- _____, 1992, « Postcolonial Authority and Postmodern Guilt » : 65-66, in L. Grossberg, C. Nelson et P. Treichler (dir.), *Cultural Studies*. New York, Routledge.

BHASKAR, R., 1989, *The Possibility of Naturalism: A Philosophical Critique of the Contemporary Human Sciences*. New York, Harvester Wheatsheaf.

BHATIA, M. et S. MALIK, 1991, « Dhat Syndrome--a Useful Diagnostic Entity in Indian Culture », *The British Journal of Psychiatry*, 159 : 691-695.

BHAVSAR, V. et D. BHUGRA, 2008, « Globalization: Mental Health and Social Economic Factors », *Global Social Policy*, 8 : 378-396.

BHUGRA, D., SUMATHIPALA, A. et S. SIRIBADDANA, 2007, « Culture-Bound Syndromes: A Reevaluation » : 141-156, in D. Bhugra et K. Bhui (dir.), *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press.

BIBARS, I., 2001, *Victims and Heroines: Women, Welfare and the Egyptian State*. Londres, Zed.

BIBEAU, G., 1997, « Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda », *Transcultural Psychiatry*, 34 : 9-41.

BIGEARD, J.-M., 1974, *La Violence*. Paris, Larousse.

BINT, A.-S. et A. CALDERBANK, 1999, « Islam and the New Woman », *Alif: Journal of Comparative Poetics*, 19 : 194-202.

BJÖRKQVIST, K. et K. ÖSTERMAN, 2014, « Does Childhood Physical Punishment Predispose to a "Victim Personality" », *Pediatrics & Therapeutics*, 4 : 1-3. Consulté sur Internet

(https://www.researchgate.net/profile/Karin_Oesterman/publication/313405496_Does_Childhood_Physical_Punishment_Predispose_to_a_Victim_Personality/links/5899b28392851c8bb681bed7/Does-Childhood-Physical-Punishment-Predispose-to-a-Victim-Personality.pdf) le 20 juillet 2017.

BLAUSTEIN, M.E. et K.M. KINNIBURGH, 2010, *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency*. New York, Guilford Press.

BLOS, P., 1963, « The Concept of Acting out in Relation to the Adolescent Process », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 2 : 118-136.

BLY, R., 1987, « The Erosion of Male Confidence » : 189-197, in L.C. Mahdi, S. Foster et M. Little (dir.), *In Betwixt & Between: Patterns of Masculine and Feminine Initiation*. LaSalle, IL, Open Court Publishing.

BOCK, S.M., 2005, *From Harem Fantasy to Female Empowerment: Rhetorical Strategies and Dynamics of Style in American Belly Dance*, Thesis, The Ohio State University.

BODDY, J., 1992, « Comment on the Proposed DSM-IV Criteria for Trance and Possession Disorder », *Transcultural Psychiatry*, 29 : 323-330.

BOGDEWIC, S., 1992, « Participant Observation » : 45-69, in F. Crabtree et F. Miller (dir.), *Doing Qualitative Research: Multiple Strategies*. California, Sage Publications.

BOHLE, H.-G., ETZOLD, B. et M. KECK, 2009, « Resilience as Agency », *IHDP Update*, 2 : 8-13.

BOND, M., PARIS, J. et H. ZWEIG-FRANK, 1994, « Defense Styles and Borderline Personality Disorder », *Journal of Personality Disorders*, 8 : 28-31.

BORGHI, R., 2012, « De L'espace genré à l'espace «queerisé». Quelques réflexions sur le concept de performance et son usage en géographie », *Travaux et documents de ESO*, 33: 109-116.

BORRELL-CARRIÓ, F., SUCHMAN, A.L. et R.M. EPSTEIN, 2004, « The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry », *The Annals of Family Medicine*, 2 : 576-582.

BOUHDIBA, A., 1985, « *Sexuality in Islam, Translated by Alan Sheridan* », Londres et Boston: Routledge and Kegan Paul.

BOURDIEU, P., 1977, « Sur le pouvoir symbolique », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 32 : 405-411.

_____, 1980, *Le Sens pratique*. Paris, Éditions de Minuit.

_____, 1990, « La domination masculine », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 84 : 2-31.

_____, 1994, *Raisons Pratiques*. Paris, Seuil.

_____, 1997, *Méditations pascaliennes*. Paris, Seuil.

_____, 1998, *La Domination masculine*. Paris, Seuil.

_____, 1999, *The Weight of the World : Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge, Polity Press.

_____, 2004, « Gender and Symbolic Violence » : 339-342, in N. Scheper-Hughes et P. Bourgois (dir.), *Violence in War and Peace: An Anthology*. Malden MA, Blackwell Publishing.

BOURGOIS, P., 2002, « La violence en temps de guerre et en temps de paix. leçons de l'après-guerre froide : L'exemple du Salvador. Partie 1 », *Cultures & Conflits*, 47 : 81-116.

BOWLBY, J., 1984, *Violence in the Family as a Disorder of the Attachment and Caregiving Systems*. New York, Springer.

_____, 2008, *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York, Basic books.

BOYDELL, J., VAN OS, J. et K. McKENZIE, 2001, « Incidence of Schizophrenia in Ethnic Minorities in London: Ecological Study into Interactions with Environment », *BMJ*, 323 : 1336–1338.

BRACKEN, P.J., GILLER, J.E. et D. SUMMERFIELD, 1995, « Psychological Responses to War and Atrocity: The Limitations of Current Concepts », *Social Science & Medicine*, 40 : 1073–1082.

BRADLEY, J.R., 2010, *Behind the Veil of Vice: The Business and Culture of Sex in the Middle East*. Montreal, Macmillan.

BRANDEN, N., 1971, *The Disowned Self*. Los Angeles, Nash Pub.

BRENNAN, K.A. et P.R. SHAVER, 1998, « Attachment Styles and Personality Disorders: Their Connections to Each Other and to Parental Divorce, Parental Death, and Perceptions of Parental Caregiving », *Journal of Personality*, 66 : 835-878.

BRENNER, S., 1996, « Reconstructing Self and Society: Javanese Muslim Women and "the Veil". », *American Ethnologist*, 23 : 673-697.

_____, 2011, « Private Moralities in the Public Sphere: Democratization, Islam, and Gender in Indonesia », *American Anthropologist*, 113 : 478-490.

BRODSKY, B.S., CLOITRE, M. et R.A. DULIT, 1995, « Relationship of Dissociation to Self-Mutilation and Childhood Abuse in Borderline Personality Disorder », *The American Journal of Psychiatry*, 152 : 1788-1792.

BRODWIN, P., 1996, *Medicine and Morality in Haiti: The Contest for Healing Power*. Cambridge, Cambridge University Press.

BROWN, K. et E. WESTAWAY, 2011, « Agency, Capacity, and Resilience to Environmental Change: Lessons from Human Development, Well-Being, and Disasters », *Annual Review of Environment and Resources*, 36 : 321-342.

BROWN, P.J. et J. WOLFE, 1994, « Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder Comorbidity », *Drug and Alcohol Dependence*, 35 : 51-59.

BRUNER, J., 1994, « The “Remembered” Self » : 41-54, in U. Neisser et R. Fivush (dir.), *The Remembering Self: Construction and Accuracy in the Self-Narrative* (No. 6). Cambridge, Cambridge University Press.

BURCKHARDT, J.L., 2010, *Arabic Proverbs: Or, the Manners and Customs of the Modern Egyptians*. Cambridge, Cambridge University Press.

BURSZTAJN, H.J., 1990, « Bodies under Siege: Self-Mutilation » : in A.R. Favazza et B. Favazza (dir.), *Culture and Psychiatry*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

BUSKIRK, W.D., 2015, « Egyptian Film and Feminism: Egypt's View of Women through Cinema », *Cinesthesia*, 4 : 1-14. Consulté sur Internet (<http://scholarworks.gvsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1079&context=cine>) le 20 juillet 2016.

BUTLER, J., 1989, « Foucault and the Paradox of Bodily Inscriptions in Eighty-Sixth Annual Meeting American Philosophical Association, Eastern Division », *The Journal of philosophy*, 86 : 601-607.

_____, 1997, *The Psychic Life of Power: Theories in Subjection*. Stanford, Stanford University Press.

_____, 2011, « Sexual Consent: Some Thoughts on Psychoanalysis and Law », *Colum. J. Gender & L.*, 21 : 405-429.

CAI, H., KWAN, V.S. et C. SEDIKIDES, 2012, « A Sociocultural Approach to Narcissism: The Case of Modern China », *European Journal of Personality*, 26 : 529-535.

CAIRO INSTITUTE OF NATIONAL PLANNING, 1996, « *Egypt Human Development Report* ». Cairo, Cairo Institute of National Planning.

ÇAKSU, A., 2007, « Ideals and Realities: Ibn Khaldun's Justification of Asabíyya and Political Power », *Felsefe Dünyası*, 46: 125-142.

CALDWELL-HARRIS, C.L. et A. AYÇIÇEĞI, 2006, « When Personality and Culture Clash: The Psychological Distress of Allocentrics in an Individualist Culture and Idiocentrics in a Collectivist Culture », *Transcultural Psychiatry*, 43 : 331-361.

CAMERON, J., WORTHINGTON, S., SALDANA, Z. et S. LANG, 2010, *Avatar*. Twentieth Century Fox Home Entertainment.

CAMPBELL, J.C., 2002, « Health Consequences of Intimate Partner Violence », *The Lancet*, 359 : 1331-1336.

CAPELLI, P., 1999, *The New Deal at Work*. Boston, MA, Harvard Business School Press.

CÁRDENAS, R., 1985, « Estudio descriptivo del intento de suicidio en pacientes atendidos en el servicio de urgencias del hospital general de Talca-Chile (Agosto 1982-Agosto 1984) », *Rev. Chil. Neuro-Piquiatr*, 23 : 97-110.

CARR, J.E., 1985, « Ethno-Behaviorism and the Culture-Bound Syndromes: The Case of Amok » : 199-223, in R.C. Simons et C.C. Hughes (dir.), *The Culture-Bound Syndromes, Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. New York, Springer.

CASIMIR, M.J. et S. JUNG, 2009, « “Honor and Dishonor”: Connotations of a Socio-Symbolic Category in Cross-Cultural Perspective » : 1-52, in H.J. Markowitsch et B. Röttger-Rössler (dir.), *Emotions as Bio-Cultural Processes*. New York, Springer.

CASSAR, C., 2005, *L'honneur et la honte en Méditerranée*. Aix-en-Provence, Edisud.

CASSEL, J., PATRICK, R. et D. JENKINS, 1960, « Epidemiological Analysis of the Health Implications of Culture Change: A Conceptual Model », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 84 : 938-949.

CASSEL, J., 1976, « The Contribution of the Social Environment to Host Resistance », *American Journal of Epidemiology*, 104 : 107-123.

CATSOULIS, J., 2011, « Shehrazade, Tell Me a Story: A TV Host Seeks Fluff, but Real Life Intrudes », *The New York Times* Consulté sur Internet (http://www.nytimes.com/2011/08/12/movies/scheherazade-tell-me-a-story-review.html?_r=0) le 30 juillet 2011.

CAYLEFF, S.E., 1988, « ‘Prisoners of Their Own Feebleness’: Women, Nerves and Western Medicine—a Historical Overview », *Social Science & Medicine*, 26 : 1199-1208.

CEFAI, D., 2009, « *Les politiques de l'enquête (II) : Vers une anthropologie critique* (publié dans [Www.Laviedesidees.fr](http://www.laviedesidees.fr), le 14 Mai 2009) ». Consulté sur Internet (<http://www.laviedesidees.fr/Vers-une-anthropologie-critique.html>) le 29 mars 2011.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2008, « *Psychological/Emotional Abuse* ». Consulté sur Internet (http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_surveillance/11_section34.htm) le 19 août 2014.

CENTRAL AGENCY FOR PUBLIC MOBILIZATION AND STATISTICS (CAPMAS), 2000, *The United Evaluation 2000 (CAPMAS)*. Cairo.

_____, 2015, *Arab Republic of Egypt*, Cairo. Consulté sur Internet (www.capmas.gov.eg/default.aspx) le 31 juillet 2016.

CENTRE FOR GENDER EQUALITY NORWAY, 2001, « Domination Techniques: What They Are and How to Combat Them », *Conference of the Union of Women's Organizations of Macedonia*. Consulté sur Internet (http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files/projects/2002_181/int_domination_techniques_norway.pdf) le 20 mai 2010.

CENTRE FOR STUDIES ON HUMAN STRESS (CSHS), 2017, « *Coping Strategies* ». Consulté sur Internet (<http://www.humanstress.ca/stress/trick-your-stress/steps-to-instant-stress-management.html>) le 21 avril 2017.

CHALEBY, K., 1985, « Brief Communication: Women of Polygamous Marriages in an Inpatient Psychiatric Service in Kuwait », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 : 56-58.

CHAMOUN, M., 2005, « Islam et psychanalyse dans la culture arabo-musulmane », *Pratiques Psychologiques*, 11: 3-13.

CHARBEL, J., 2016, « Egypt's Shady World of Sex Videos », *Mada Masr*. Consulté sur Internet (<http://www.madamasr.com/en/2016/03/11/feature/society/egypts-shady-world-of-sex-videos/>) le 19 mars 2017.

CHARLESWORTH, S.J., GILFILLAN, P. et WILKINSON, R., 2004, « Living Inferiority », *British Medical Bulletin*, 69 : 49–60.

CHARNAY, J.-P., 2003, *Regards sur l'Islam, Freud, Marx, Ibn Khaldun*. Paris, l'Herne.

CHAVIRA, D.A., GRILO, C., SHEA, M.T., YEN, S., GUNDERSON, J. et L.C. MOREY, 2003, « Ethnicity and Four Personality Disorders », *Comprehensive Psychiatry*, 44 : 483 - 491.

CHEBEL, M., 2009, *Le Coran, nouvelle traduction*. Paris, Fayard.

CHEBIB, N.K. et R.M. SOHAIL, 2011, « The Reasons Social Media Contributed to the 2011 Egyptian Revolution », *International Journal of Business Research and Management (IJBRM)*, 2 : 139-162.

CHEDDADI, A., « Ibn Khaldun (A.D. 1332-1406/A.H. 732-808) », *Prospects: the Quarterly Review of Comparative Education*, XXIV. Consulté sur Internet (http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/khalidune.pdf) le 11 août 2011.

CHELHI, M., 1988, « The Modern Tunisian Woman between Hysteria and Depression » : 110-116, in N. Toubia (dir.), *Women of the Arab World: The Coming Challenge*. Londres: Zed Books.

CHESLER, P., 1972, *Women and Madness*. New York, Avon Books.

CHEVRIER, J., 2004, « Recherche sociale : de la problématique à la collecte de données » : in B. Gauthier (dir.), *La spécification de la problématique*. Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

CHIFFOLEAU, S., 1995, « Itinéraires médicaux en Égypte », *Tiers Monde*, 36. Consulté sur Internet (http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/tiers_0040-7356_1995_num_36_143_4974) le 10 avril 2010.

_____, 1996, « Réinventer une « médecine pour tous », *Egypte/Monde arabe*, Première série. Consulté sur Internet (<http://ema.revues.org/index1472.html>) le 3 mai 2010.

CHIH, R., 1997, « Entre tradition soufie et réformisme musulman: la littérature hagiographique dans le soufisme égyptien contemporain », *Egypte/Monde arabe*, 29 : 23-36. Consulté sur Internet (https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38585932/Contemporary_muslim_hagiographies.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1504395049&Signature=Um7U0S1HQ%2FT26M4QY7s0dx46lAQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_litterature_hagiographique_dans_le_so.pdf) le 20 juillet 2016.

CHU, J.A., 2011, *Rebuilding Shattered Lives: Treating Complex PTSD and Dissociative Disorders*. New Jersey, John Wiley & Sons.

ÇİTLAK, M.F. et H. BINGÜL, 2014, *Rûmî et le chemin soufi de l'amour*. New Jersey, Éditions du Nil.

CLARK, J.A., 1995, « Islamic Social Welfare Organizations in Cairo: Islamization from Below? », *Arab Studies Quarterly*, 17 : 11-28.

CLARK, M.H., 1989, « Nevra in a Greek Village: Idiom, Metaphor, Symptom, or Disorder? », *Health Care for Women International*, 10 : 195-218.

CLARKE, A.E., SHIM, J.K., MAMO, L., FOSKET, J.R. et J.R. FISHMAN, 2003, « Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and Us Biomedicine », *American Sociological Review*, 68 : 161-194.

CLOITRE, M., STOLBACH, B.C., HERMAN, J.L., KOLK, B.V., PYNOOS, R., WANG, J. et E. PETKOVA, 2009, « A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity », *Journal of Traumatic Stress*, 22 : 399-408. Consulté sur Internet (https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46255749/A_developmental_approach_to_complex PTSD20160605-16639-1nsuho9.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1504398198&Signature=o7RG1LY9bGXGNb7StPFbncwtF40%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DA_developmental_approach_to_complex PTSD.pdf) le 27 juillet 2017.

COKER, E.M., 2004, « The Construction of Religious and Cultural Meaning in Egyptian Psychiatric Patient Charts », *Mental Health, Religion & Culture*, 7 : 323-347.

COMBS, A. et M. HOLLAND, 1996, *Synchronicity. Science, Myth and the Trickster*. New York, Marlowe.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, QUÉBEC, 2012, *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux*. Consulté sur Internet (http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_FicheStatistiques2012.pdf) le 25 mars 2017.

CONNELL, P., 1997, « Understanding Victimization and Agency: Considerations of Race, Class and Gender », *Political and Legal Anthropology Review*, 20 : 116-143.

CONRAD, P. et D. POTTER, 2000, « From Hyperactive Children to ADHD Adults: Observations on the Expansion of Medical Categories », *Social Problems*, 47, 4 : 559-582.

CONSTANTINIDES, P., 1985, « Women Heal Women: Spirit Possession and Sexual Segregation in a Muslim Society », *Social Science & Medicine*, 21 : 685-692.

CORBIN, H., 2013, *Creative Imagination in the Sufism of Ibn'arabi*. Londres, Routledge.

COREIL, J., 1994, « Group Interview Methods in Community Health Research », *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, 16 : 193-210.

CORIN, E., 1979, « A Possession Psychotherapy in an Urban Setting: Zebola in Kinshasa », *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 13 : 327-338.

_____, 1998, « The Thickness of Being: Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience among Schizophrenics », *Psychiatry*, 61 : 133-146.

CÔTÉ, L., 2013, « Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail », *Psychologie Québec / Dossier*, 30 : 41-44.

COWELL, A., 1989a, « Cairo Journal; Egypt's Pain: Wives Killing Husbands », *The New York Times (online)*, 23 September 1989. Consulté sur Internet (<http://www.nytimes.com/1989/09/23/world/cairo-journal-egypt-s-pain-wives-killing-husbands.html?pagewanted=print>) le 27 juillet 2016.

_____, 1989b, « Cairo Journal; Finance and Islam Mix, Igniting a Mighty Scandal », *The New York Times*. Consulté sur Internet (<http://www.nytimes.com/1989/01/05/world/cairo-journal-finance-and-islam-mix-igniting-a-mighty-scandal.html>) le 22 juillet 2016.

CRAM, R.H., 2003, « Bullying: A Spiritual Crisis », *Education Review//Reseñas Educativas*.

CRANDON, L., 1983, « Why Susto », *Ethnology*, 22 : 153-167.

CRITCHFIELD, K.L., LEVY, K.N. et CLARKIN, J.F., 2004, « The Relationship between Impulsivity, Aggression, and Impulsive-Aggression in Borderline Personality Disorder: Empirical Analysis of Self-Report Measures », *Journal of Personality Disorders*, 18 : 555–570.

CRITCHFIELD, R., 1978, *Shahhat, an Egyptian*. Syracuse, Syracuse University Press.

CROSS, J.R. et R. CHARMAN, 2006, *Healing with the Chakra Energy System: Acupressure, Bodywork, and Reflexology for Total Health*. Berkeley, North Atlantic Books.

CROUTIER, A.L., 1989, *Harem: The World Behind the Veil*. New York, Abbeville Press.

CROWE, M., 2004, « Never Good Enough—Part 1: Shame or Borderline Personality Disorder? », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 : 327-334.

CROWLEY, M. et I. SANTOS, 2015, « Working with People with PTSD and Complex Trauma » : 182-196, in G. Davey, N. Lake et A. Whittington (dir.), *Clinical Psychology*. Londres, Routledge.

CSORDAS, T.J., 1985, « Medical and Sacred Realities: Between Comparative Religion and Transcultural Psychiatry », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9 : 103-116.

_____, 1990, « Embodiment as a Paradigm for Anthropology », *Ethos*, 18 : 5-47.

_____, 1993, « Somatic Modes of Attention », *Cultural anthropology*, 8 : 135-156.

CSORDAS, T., DOLE, C., TRAN, A., STRICKLAND, M. et M. STORCK, 2010, « Ways of Asking, Ways of Telling », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34: 29-55.

CURTIS, R., ZEH, D., MILLER, M. et S.C. RICH, 2004, « Examining the Validity of a Computerized Chakra Measuring Instrument: A Pilot Study », *Subtle Energies & Energy Medicine Journal Archives*, 15 : 209-223. Consulté sur Internet (https://www.wcu.edu/WebFiles/PDFs/CEAP-HS-COUN_AuraStudy2004.pdf) le 20 juillet 2017.

DAKHLIA, J., 1999, « " Entrées Dérobées": L'historiographie du Harem », *CLIO. Histoire, femmes et sociétés [En ligne]*, 9 : 1-12. Consulté sur Internet (<http://clio.revues.org/282>) le 22 juillet 2016.

DANGAREMBGA, T., 1988, *Nervous Conditions*. London, Women's Press.

DANTCHEV, N., 1989, « Stratégies de coping et pattern A coronarogène », *Revue de Médecine Psychosomatique*, 17 : 22-28.

DAOUD, M., 2003, « Images et fantasmes dans le roman de langue arabe », *Insaniyat/إنسانيات. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales* : 7-17.

DARADKEH, T., EL-RUFAIE, O., YOUNIS, Y. et R. GHUBASH, 1997, « The Diagnostic Stability of ICD-10 Psychiatric Diagnoses in Clinical Practice », *European Psychiatry*, 12 : 136-139.

DARLING, L.T., 2007, « Social Cohesion ('Asabiyya) and Justice in the Late Medieval Middle East », *Comparative Studies in Society and History*, 49 : 329-357.

DARWISH, M., ŞABBĀN, R., ALWAN, Y. et S. BORAÏE, 2008, *Sanawāt Al-Dhahabīyah Fī Al-Sīnimā Al-Miṣrīyah: Sīnimā Kāyrū, 1936-1967*. Cairo, American University in Cairo Press.

DAS, V., 1996, « Language and Body: Transactions in the Construction of Pain », *Daedalus*, 125 : 67-92.

_____, 2000, *Violence and Subjectivity*. Berkeley, California, University of California Press.

_____, 2001, *Remaking a World : Violence, Social Suffering, and Recovery*. Berkeley, California, University of California Press.

_____, 2003, « Technologies of the Self: Poverty and Health in an Urban Setting », *Sarai Reader*, 3 : 95-102.

_____, 2008, « Violence, Gender, and Subjectivity », *Annual Review of Anthropology*, 37 : 283-299.

DAVIDSON, D., 1971, « Agency » : 43-61, in D. Davidson (dir.), *Essays on Actions and Events*. Oxford, Clarendon Press.

DAVIDSON, J.R., CONNOR, K.M. et L.C. Lee, 2005, « Beliefs in Karma and Reincarnation among Survivors of Violent Trauma: A Community Survey », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 : 120-125.

DAVIS, D.L. et R.G. WHITTEN, 1988, « Medical and Popular Traditions of Nerves », *Social Science & Medicine*, 26 : 1209-1211.

DAVIS, D.L., 1989, « The Variable Character of Nerves in a Newfoundland Fishing Village », *Medical Anthropology*, 11 : 63-78.

DAVIS, D.L. et P.J. GUARNACCIA, 1989, « Health, Culture and the Nature of Nerves: Introduction », *Medical Anthropology*, 11: 1-13.

DAVIS, D.L. et S.M. LOW, 1989a, « Introduction to the Special Issue », *Health Care for Women International*, 10 : 11-15.

DAVIS, D.L. et S.M. LOW (dir.), 1989b, *Gender, Health and Illness: The Case of Nerves*. New York, Hemisphere Publishing Co.

_____, 2014, *Gender, Health and Illness: The Case of Nerves*. United Kingdom, Taylor & Francis.

DE CATALDO NEUBURGER, L. et T. VALENTINI, 1996, *Women and Terrorism*. Berlin, Springer.

DE CERTEAU, M., 1984, *The Practice of Everyday Life*. Steven Rendall (Trans.). Berkeley, University of California Press.

DE JONG, J. et R. REIS, 2010, « Kiyang-Yang, a West-African Postwar Idiom of Distress », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34 : 301-321.

_____, 2013, « Collective Trauma Processing: Dissociation as a Way of Processing Postwar Traumatic Stress in Guinea Bissau », *Transcultural Psychiatry*, 50 : 644-661.

DE KONING, A., 2009, « Gender, Public Space and Social Segregation in Cairo: Of Taxi Drivers, Prostitutes and Professional Women », *Antipode*, 41 : 533-556.

DE LEON, N., 2006, « Belly Dance as a Means of Dance Therapy for Survivors of Sexual Assault », *Honors College Capstone. Experience/Thesis Projects. Paper 7*. Consulté sur Internet (http://digitalcommons.wku.edu/stu_hon_theses/7) le 2 avril 2017.

DE MIJOLLA-MELLOR, S., 2005, *La Sublimation*. Paris, PUF coll.

DE SNYDER, V.N.S., DE JESUS DIAZ-PEREZ, M. et V.D. OJEDA, 2000, « The Prevalence of Nervios and Associated Symptomatology among Inhabitants of Mexican Rural Communities », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24 : 453-470.

DELKATESH, M., 2011, « Humiliation: The Catalyst for the Arab Revolt », *New Perspectives Quarterly*, 28 : 57-59.

DELVECCHIO GOOD, M.-J. et B. GOOD, 1988, « Ritual, the State, and the Transformation of Emotional Discourse in Iranian Society », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12 : 43-63.

DELVECCHIO GOOD, M.-J., GOOD, B. et M.J. FISCHER, 1988, « Introduction: Discourse and the Study of Emotion, Illness and Healing », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12: 1-7.

DESJARLAIS, R.R., 1995, *World Mental Health : Problems, and Priorities in Low-Income Countries*. New York, Oxford, Oxford University Press.

DESJARLAIS R.R. et A. KLEINMAN, 1997, « Violence and Well-Being », *Social Science Medicine*, 45 : 1143-1145.

DEVEREUX, G., 1956, « Normal and Abnormal » : in J. Casagrande et T. Galwin (dir.), *Some Uses of Anthropology, Theoretical and Applied*. Washington, DC, The Anthropological Society of Washington.

_____, 1961, *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide : The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*. Washington, United States, Government Printing Office.

_____, 1978, *Ethnopschoanalysis : Psychoanalysis and Anthropology as Complementary Frames of Reference*. Berkeley, University of California Press.

DEVEREUX, G., 1996, *Ethnopsychiatry and Suicide : The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*. Washington D.C., Smithsonian Institution.

DEVEREUX, G. et R. NEUBURGER, 2009, *La Renonciation à l'identité : Défense contre l'anéantissement*. Paris, Payot & Rivages.

DEYAA', N., 2015, « *Fighting for Their Rights Is Many Women's Theme in Egypt: Naoom* », Daily News Egypt. Consulté sur Internet (<http://www.dailynewsegypt.com/2015/10/27/fighting-for-their-rights-is-many-womens-theme-in-egypt-naoom/>) le 6 juin 2016.

DIAB, M., 2010, « *Les Femmes Du Bus 678 (Film)* », Pyramide Distribution.

DICKEN, P., 1998, *Global Shift: Transforming the World Economy*. New York, The Guildford Press.

DIOP-SIDIBÉ, N., CAMPBELL, J.C. et S. BECKER, 2006, « Domestic Violence against Women in Egypt—Wife Beating and Health Outcomes », *Social Science & Medicine*, 62: 1260-1277.

DOHERTY, S.B., 2008, « Cosmetic Surgery and the Beauty Regime in Lebanon », *Middle East Report*, 249 : 28-31.

DOLS, M., 1992. *Majnun: The Madman in the Medieval Islamic World*. Oxford, Clarendon Press.

DOLTO, F., 1984, *L'image inconsciente du corps*. Paris, Le Seuil.

DORAY, B. et J.-M RENNES, 1993, Regards sur la folie: Investigations croisées des sciences de l'homme et de la société [Colloque, Mars 1988]. Paris, Éditions l'Harmattan.

DOUKI, S., BEN ZINEB, S., NACEF, F. et U. HALBREICH, 2007, « Women's Mental Health in the Muslim World: Cultural, Religious, and Social Issues », *Journal of Affective Disorders*, 102: 177-189.

DOX, D., 2006, « Dancing around Orientalism », *TDR/The Drama Review*, 50 : 52-71.

DRESSLER, W., 1985, « Psychosomatic Symptoms, Stress, and Modernization: A Model », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9 : 257-286.

_____, 2011, « Culture and the Stress Process » : 117-134, in M. Singer et P.I. Erickson (dir.), *A Companion to Medical Anthropology*. New Jersey, Wiley-Blackwell.

DROLET, J., 2011, « Women's Micro Credit Loans and Gam'iyyaat Saving Clubs in Cairo, Egypt . The Role of Social Networks in the Neighbourhood », *Journal of Human Security*, 7 : 20-31.

DUARTE, L.F., 1986, *Da Vida Nervosa Nas Classes Trabalhadoras Urbanas*. Rio de Janeiro, Zahar/CNPQ.

_____, 1993, « Os Nervos E a Antropologia Médica Norte-Americana: Uma Revisão Crítica », *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 3 : 43-73.

DUBOC, M., 2013, « Where Are the Men? Here Are the Men and the Women! », *Journal of Middle East Women's Studies*, 9 : 28-53.

DUNK, P., 1985, « Greek Women and Nerves in Montreal. », *Paper presented at the meeting of the American Anthropological Association, Washington, D.C.*

_____, 1989, « Greek Women and Broken Nerves in Montreal », *Medical Anthropology*, 11 : 29-45.

DUNMORE, E., CLARK, D.M. et A. EHLERS, 1997, « Cognitive Factors in Persistent Versus Recovered Post-Traumatic Stress Disorder after Physical or Sexual Assault: A Pilot Study », *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25 : 147-159.

DUNNE, B., 1998, « Power and Sexuality in the Middle East », *Middle East Report*, 206: 8-11.

DURÀ-VILÀ, G., DEIN, S., LITTLEWOOD, R. et G. LEAVEY, 2010, « The Dark Night of the Soul: Causes and Resolution of Emotional Distress among Contemplative Nuns », *Transcultural Psychiatry*, 47 : 548-570.

DURKHEIM, E., 1897, *Le Suicide: Étude de sociologie*. Paris, F. Alcan.

_____, 1947, *The Division of Labour in Society* (Trans. George Simpson). New York, Free Press.

_____, 1952, *Suicide: A Study in Sociology*. Londres, Routledge & K. Paul.

_____, 1957, *The Elementary Forms of the Religious Life*, 4th Edition. Londres, Allen & Unwin.

_____, 1984, *The Division of Labour in Society*. Londres, Macmillan.

_____, 1960, *Le Suicide : Étude de sociologie*. Paris, Presses Universitaires de France.

EARLY, E.A., 1993, *Baladi Women of Cairo : Playing with an Egg and a Stone*. Boulder, Colorado, Londres, L. Rienner Publishers.

EBBELL, B., 1937, « *The Ebers Papyrus* », *The Greatest Egyptian Medical Document*. Copenhagen, Londres, H. Milford and Oxford University Press.

EBERT, A. et M.J. DYCK, 2004, « The Experience of Mental Death: The Core Feature of Complex Post-Traumatic Stress Disorder », *Clinical Psychology Review*, 24 : 617-635.

ECKS, S. et S. BASU, 2009, « The Unlicensed Lives of Antidepressants in India: Generic Drugs, Unqualified Practitioners, and Floating Prescriptions », *Transcultural Psychiatry*, 46 : 86-106.

EGUCHI, S., 1991, « Between Folk Concepts of Illness and Psychiatric Diagnosis: Kitsune-Tsuki (Fox Possession) in a Mountain Village of Western Japan », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 15 : 421-451.

EGYPTIAN INITIATIVE FOR PERSONAL RIGHTS, 2010, « IV. Mental Health Situation and Services in Egypt », Reports and Studies Consulté sur Internet (<http://eipr.org/en/report/2010/03/06/645/650>) le 6 juin 2016.

EHLERS, A., MAYOU, R.A. et B. BRYANT, 1998, « Psychological Predictors of Chronic Posttraumatic Stress Disorder after Motor Vehicle Accidents », *Journal of Abnormal Psychology*, 107 : 508.

EHLERS, A., MAERCKER, A. et A. BOOS, 2000, « Post-Traumatic Stress Disorder Following Political Imprisonment: The Role of Mental Defeat, Alienation, and Perceived Permanent Change », *Journal of Abnormal Psychology*, 109 : 45.

EHRENSAFT, M.K., COHEN, P. et J.G. JOHNSON, 2006, « Development of Personality Disorder Symptoms and the Risk for Partner Violence », *Journal of Abnormal Psychology*, 115 : 474.

EL-ASSAL, F., 1993, مسرحية من فصلين :سجن النساء La prison des femmes: pièce de théâtre en deux actes. Le Caire, الهيئة المصرية العامة للكتاب، Le Haut Conseil Égyptien du Livre.

EL-FALAKY, M.S., 2015, « The Representation of Women in Street Songs: A Critical Discourse Analysis of Egyptian Mahraganat », *Advances in Language and Literary Studies*, 6 : 1-8.

EL-ISLAM, M.F., 1982, « Arabic Cultural Psychiatry », *Transcultural Psychiatry*, 19 : 5-24.

_____, 2001, « Social Psychiatry and the Impact of Religion », *Images in Psychiatry: An Arab Perspective*. Cairo, Scientific Book House.

_____, 2006, « The Socio-Cultural Boundaries of Mental Health: Experience in Two Arabian Gulf Countries », *World Cultural Psychiatry Research Review: Official Journal of World Association of Cultural Psychiatry* : 143-146.

_____, 2009, « Islamic Religious and Traditional Healers' Contributions to Mental Health and Well-Being » : 197-205, in M. Incayawar, R. Wintrob, L. Bouchard, G. Bartocci (dir.), *Psychiatrists and Traditional Healers: Unwitting Partners in Global Mental Health*. New Jersey, Wiley.

EL-MESSIRI, S., 1978, *Ibn Al-Balad : A Concept of Egyptian Identity*. Leiden, Brill.

EL-MISSIRY, A., SOLTAN, M., HADI, M.A. et W. SABRY, 2012, « Screening for Depression in a Sample of Egyptian Secondary School Female Students », *Journal of Affective Disorders*, 136 : e61-e68.

EL-ZANATY, F. et A. WAY, 2006, *Egypt Demographic and Health Survey 2005*, Cairo, Egypt, Ministry of Health and Population/Egypt, National Population Council/Egypt, El-Zanaty and Associates/Egypt, and ORC Macro. Consulté sur Internet (<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR176/FR176.pdf>) le 24 juillet 2017.

EL CHEIKH, N.M., 2005, « Revisiting the Abbasid Harems », *Journal of Middle East Women's Studies*, 1 : 1-19.

EL GHANDOUR, T., 2012, *How Football Are Reshaping Arab Spring Countries' Politics and Culture: Egypt's Ultras as a Case Study*, Viadrina Summer University. Consulté sur Internet (https://www.kuwi.europa-uni.de/de/lehrstuhl/vs/politik3/Lehre_SS_12/VSU-presentation-Egypt.pdf) le 24 juillet 2017.

EL GUINDY, H. et C. SCHMAIS, 1994, « The Zar: An Ancient Dance of Healing », *American Journal of Dance Therapy*, 16 : 107-120.

EL KHAYAT, R., 2000, *La Folie: El Hank - Casablanca*. Casablanca, Eddif.

EL NOSSERY, N., 2016, « Women, Art, and Revolution in the Streets of Egypt » : 143-157, in F. Sadiqi (dir.), *Women's Movements in Post-“Arab Spring” North Africa*. Berlin, Springer. Consulté sur Internet (https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/51401401/Fatima_Sadiqi_-_Womens_Movements_in_Post-Arab_Spring_North_Africa.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1504415479&Signature=cCS60KIcvbiaSsMHxgNGc6q3PWw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DWomens_Movements_in_Post-Arab_Spring_No.pdf#page=151) le 26 juillet 2016.

EL SAADAWI, N., 1983, *Woman at Point Zero*. Londres, Zed Books.

_____, 2007, *Woman at Point Zero*. Londres, Zed Books.

EL SENDIONY, M.F., 1974, « The Problem of Cultural Specificity of Mental Illness: The Egyptian Mental Disease and the Zar Ceremony », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 8 : 103-107.

ELEMBABY, R., 2015, « Taht El-Saytara: Reshaping Perceptions of Drug Addiction in Egypt », *Ahram Online*. Consulté sur Internet (<http://english.ahram.org.eg/NewsContent/5/32/136217/Arts--Culture/Film/Taht-ElSaytara-Reshaping-perceptions-of-drug-addic.aspx>) le 6 juin 2016.

ELIADE, M. 1958, *Rites and Symbols of Initiation: The Mysteries of Birth and Rebirth*. New York, Harper & Row.

ELIAS, N. et P. KAMNITZER, 1973, *La Civilisation des moeurs*. (Traduit par P. Kamnitzer). Paris, Calmann-Lévy.

ELIE, S.D., 2004, « The Harem Syndrome: Moving Beyond Anthropology's Discursive Colonization of Gender in the Middle East », *Alternatives: Global, Local, Political*, 29: 139-168.

ELKAMEL, S.F., 2013, *Objectivity in the Shadows of Political Turmoil*. Cairo, The American University in Cairo.

ELLENBERGER, H.F., 1970, *The Discovery of the Unconscious*. New York, Basic Books.

ELLISON, D.B., 2015, *Nationalism in the Arab Spring*. Senior Essay, Yale University, Department of Political Science. Consulté sur Internet (http://politicalscience.yale.edu/sites/default/files/files/Elison_Danielle.pdf) le 26 juin 2016.

ELNASHAR, A.M., EL-DIEN IBRAHIM, M., ELDESOKY, M.M., ALY, O.M. et M. EL-SAYD MOHAMED HASSAN, 2007, « Sexual Abuse Experienced by Married Egyptian Women », *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99 : 216-220.

ELSADDA, H., 2010, « Arab Women Bloggers: The Emergence of Literary Counterpublics », *Middle East Journal of Culture and Communication*, 3 : 312-332.

ELYAS, P., 2013, « Exporting People, Importing Ideas: Egyptian Migration to the Gulf in the 1970s and 1980s », *Sound Politicks* : 4-9.

EMBER, C.R. et M. EMBER, 2007, *Cultural Anthropology*. Upper Saddle River, N.J., Pearson Education.

ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, 2016, *Lumpenprolétariat*. Consulté sur Internet (<http://www.universalis.fr/encyclopedie/lumpenproletariat/>) le 21 avril 2016.

ENGEL, G.L., 1980, « The Clinical Application of the Biopsychosocial Model », *American Journal of Psychiatry*, 137 : 535-544.

EPSTEIN, R., QUILL, T. et I. MCWHINNEY, 1999, « Somatization Reconsidered: Incorporating the Patient's Experience of Illness », *Arch Intern Med*, 159 : 215-222

ESCOBAR, J.I., 1995, « Transcultural Aspects of Dissociative and Somatoform Disorders », *Psychiatric Clinics of North America*, 18 : 555-569.

EYSENCK, H.J. et M.W. EYSENCK, 1985, *Personality and Individual Differences*. New York, NY, USA, Plenum Press.

EYSENCK, H.J., 2013, *The Structure of Human Personality (Psychology Revivals)*. Londres, Routledge.

FABREGA, H.J., 1975, « The Need for an Ethnomedical Science », *Science*, 189 : 969-975.

FACE FOR CHILDREN IN NEED, 2013, *Contexte des enfants des rues au Caire*. Consulté sur Internet (http://www.facechildren.org/Contexte_des_Enfants_des_Rues.htm?PHPSESSID=618000e73a325b439cf85a179ab92198) le 18 août 2014.

FAHMY, A., EL-MOUELHY, M.T. et A.R. RAGAB, 2010, « Female Genital Mutilation/Cutting and Issues of Sexuality in Egypt », *Reproductive Health Matters*, 18 : 181-190.

FAHMY, H., 2012, « An Initial Perspective on "the Winter of Discontent": The Root Causes of the Egyptian Revolution », *Social Research: An International Quarterly*, 79 : 349-376.

FANON, F., 1967, *Black Skin, White Masks: The Experiences of a Black Man in a White World*. New York, Grove Press.

_____, 2008, *Concerning Violence*. Londres, Penguin.

FARIS, G. et R. FARIS, 2010, *Living in the Dead Zone: Janis Joplin and Jim Morrison: Understanding Borderline Personality Disorder*. Bloomington, Indiana, Trafford Publishing.

FARMER, P., 1994, « Aids-Talk and the Constitution of Cultural Models », *Social Science & Medicine*, 38 : 801-809.

_____, 1996, « Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases », *Emerging infectious diseases*, 2, 4 : 259-269. Consulté sur Internet (<https://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/5978727/2639930.pdf?sequence=1>) le 20 juillet 2017.

_____, 1999, *Infections and Inequalities : The Modern Plagues*. Berkeley, University of California Press.

_____, 2002, La Violence structurelle et la matérialité du social, leçon inaugurale faite le vendredi 9 novembre 2001. Chaire Internationale, Paris, Collège de France.

_____, 2004, *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. California, University of California Press.

FARMER, P.E., NIZEYE, B., STULAC, S. et S. KESHAVJEE, 2006, « Structural Violence and Clinical Medicine », *PLoS Med*, 3, 10 : e449.

FASSIN, D. et R. RECHTMAN, 2007, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*. Paris, Flammarion.

FATTAH, E., 1993, « La relativité culturelle de la victimisation. quelques réflexions sur les problèmes et le potentiel de la victimologie comparée », *Criminologie*, 26, 2 : 121-136. Consulté sur Internet (<http://id.erudit.org/iderudit/017342ar>) le 16 décembre 2008.

FAVA, G.A. et N. SONINO, 2008, « The Biopsychosocial Model Thirty Years Later », *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77 : 1-2.

FAVAZZA, A.R., DEROSEAR, L. et K. CONTERIO, 1989, « Self-Mutilation and Eating Disorders », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19 : 352-361.

FAWCETT, J., 1995, « Compliance: Definitions and Key Issues », *Journal of Clinical Psychiatry*, 56 (suppl 1) : 4-10.

FELDMAN, B., 2001, « Saudade: Longing and Desire in the Brazilian Soul », *The San Francisco Jung Institute Library Journal*, 20 : 51-56.

FENOGLIO, I., 1995, « L'égyptianisme Mâ'lesh, Un Paradigme des fonctions de l'humour », *Revue du monde musulman et de la Méditerranée*, 77 : 191-197.

FERNEA, E.W., 1994, *Women and the Family in the Middle East: New Voices of Change*. Austin, TX, University of Texas Press.

_____, 1998, « Views of Egyptian Feminism: Review Article . Reviewed Work(S): Doria Shafik, *Egyptian Feminist: A Woman Apart* by Cynthia Nelson. The Mobilization of Muslim Women in Egypt by Ghada Hashem Talhami », *Middle East Journal*, 52 : 111-113.

FERNEA, E.W. et R. LOBBAN, 1998, *Middle Eastern Women and the Invisible Economy*. Gainesville, Fla., University Press of Florida.

FERNEA, E.W., 2000, « The Challenges for Middle Eastern Women in the 21st Century », *The Middle East Journal*.

FERNINO, J., 2003, *The Legendary Life and Poetry of Islam's First Woman Sufi Saint Rabia Al-Adawiyya: Tracing the Path of Her Story as Evidence for Female Empowerment in Islam*. Thèse, Southern Connecticut State University. English Department.

FINKEL, E.J. et C.I. ECKHARDT, 2013, « Intimate Partner Violence » : 452-474, in J.A. Simpson et L. Campbell (dir.) . *The Oxford Handbook of Close Relationships*. Oxford, Oxford University Press.

FINKLER, K., 1985, « Symptomatic Differences between the Sexes in Rural Mexico », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 9 : 27-57.

_____, 1989, « The Universality of Nerves », *Health Care for Women International*, 10 : 171-179.

FIRST, M.B., SPITZER, R.L., GIBBON, M. et J.B.W. WILLIAMS, 2007, « *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders - Non-Patient Edition (SCID-I/NP, 1/2007 Revision)* », Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute. Consulté sur Internet (<http://www.scid4.org>) le 30 juillet 2011.

FISCHER, M.M.J., 2002, « Islam: The Odd Civilization Out? », *New Perspectives Quarterly*, 19 : 62-71.

FLETCHER, J., 2001, « From Warrior Women to Female Pharaohs: Careers for Women in Ancient Egypt », *BBC History*. Consulté sur Internet (http://www2.mcdaniel.edu/german/egypt/egypt_files/From%20Warrior%20Women%20to%20Female%20Pharaohs%20by%20Joann%20Fletcher.pdf) le 3 juin 2016.

FLORIN, B., 2005, « Vivre en parallèle ? L'évolution des villes nouvelles du grand Caire », *Les annales de la recherche urbaine*, 98 : 97-105.

FONT I RODON, J., 1999, *Religió, Psicopatologia I Salut Mental*. Barcelona, Spain, Publicacions Abadia de Montserrat.

FOSTER, S. et M. LITTLE, 1987, « The Vision Quest: Passing from Childhood to Adulthood » : 79-110, in L.C. Mahdi, S. Foster et M. Little (dir.) *Betwixt and Between: Patterns of Masculine and Feminine Initiation*. Chicago, Open Court Publishing.

FOUCAULT, M., 1954, *Maladie mentale et psychologie* (Réédition 2002). Paris. PUF.

_____, 1975a, « Pouvoir et corps », *Quel corps*, 2 : 2-5.

_____, 1975b, *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. Paris, Gallimard.

_____, 1976, *Histoire de la sexualité*. Paris, Gallimard.

_____, 1977, *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York, Random House LLC.

_____, 1979, « Panopticism » : 170-228, in M. Foucault (dir.), *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York, Vintage Books.

_____, 1983, « Qu'est-ce qu'un auteur? (Conférence Du 22 Février 1969) », *Littoral, Revue de Psychanalyse*, 9, La discoursivité.

_____, 2001a, « Le sujet et le pouvoir » (1ère Éd. : 1982) » : 1041-1062, in M. Foucault (dir.), *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard.

_____, 2001b, « Pouvoirs et stratégies (Entretien avec Jacques Rancière, 1ère Éd. : 1977) » : 418-428, in M. Foucault (dir.), *Dits et écrits II, 1976-1988*. Paris, Gallimard.

FOURNEL, P., 2004, *Poils de cairote*. Paris, Seuil.

FRANK, J., 1979, *Persuasion and Healing* (Revised Edition). New York, Schocken Books.

FRANKEL, J., 2002, « Exploring Ferenczi's Concept of Identification with the Aggressor: Its Role in Trauma, Everyday Life, and the Therapeutic Relationship », *Psychoanalytic Dialogues*, 12 : 101-139.

FRANKFURTER, D., 2001, « The Perils of Love: Magic and Countermagic in Coptic Egypt », *Journal of the History of Sexuality*, 10 : 480-500.

FRANKL, V.E., 1973, *Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy*, Philpapers. Consulté sur Internet (<https://philpapers.org/rec/FRAPAE-2>) le 2 avril 2017.

_____, 1985, *Man's Search for Meaning*. New York, Simon and Schuster.

_____, 2011, *The Unheard Cry for Meaning: Psychotherapy and Humanism*. New York, Simon and Schuster.

_____, 2014, *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*. New York, Penguin.

FREUD, A., 1936, « Identification with the Aggressor » : 117-131, in A. FREUD (dir.), *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Londres, Karnac Books.

_____, 1968, « Acting Out », *The International Journal of Psychoanalysis*, 49 : 165-170.

FREUD, S., 1914-1916, « Mourning and Melancholia » : 237-258, in S. FREUD (dir.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*. The Institute of Psycho-Analysis. Londres : The Hogarth Press.

_____, 1961, « The Ego and the Id » : 12-66, in S. FREUD (dir.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Volume XIX (1923-1925))*. Londres, Hogarth Press.

_____, 1981 [1921] *Psychologie des masses et analyse du moi*. Paris, Payot.

_____, 1998, « Totem Et Tabou (1912-13) », in S. FREUD (dir.), *Œuvres complètes (1911-1913)*. Paris, PUF.

_____, 2010, *Psychologie des masses et analyse du moi*. Paris, Quadrige/PUF.

_____, 2011, *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris, Editions Flammarion.

_____, 2016, *Totem et tabou*. Paris, Seuil.

FREYD, J.J., 1994, « Betrayal Trauma: Traumatic Amnesia as an Adaptive Response to Childhood Abuse », *Ethics & Behavior*, 4 : 307-329.

FREYD, J.J., KLEST, B. et C.B. ALLARD, 2005, « Betrayal Trauma: Relationship to Physical Health, Psychological Distress, and a Written Disclosure Intervention », *Journal of Trauma & Dissociation*, 6 : 83-104.

FRIEDMAN, M., RESICK, P., BRYANT, R. et C. BREWIN, 2011, « Considering PTSD for DSM-5 », *Depression and anxiety*, 28 : 750.

- FROMM, E., 1942, *The Fear of Freedom*. Londres, Routledge & Kegan Paul.
- _____, 1992, *The Anatomy of Human Destructiveness*. United States, Macmillan.
- _____, 1994, *Escape from Freedom*. United States, Macmillan.
- FROMM, E. et T.B. BOTTOMORE, 2004, *Marx's Concept of Man*. New York, Bloomsbury Publishing USA.
- FROMM, E., 2012, *The Sane Society*. Londres, Routledge.
- _____, 2013, *To Have or to Be?*, Londres, A&C Black.
- FURSTENBERG, F.F., 2000, « The Sociology of Adolescence and Youth in the 1990s: A Critical Commentary », *Journal of Marriage and Family*, 62 : 896-910.
- GABBARD, G.O. et J. KAY, 2001, « The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist? », *American Journal of Psychiatry*, 158 : 1956–1963.
- GADAMER, H.-G., 1976, *Vérité et méthode: les grandes lignes d'une herméneutique philosophique*. Paris, Seuil.
- _____, 1999, *Hermeneutics, Religion, and Ethics*. New Haven, CT, Yale University Press.
- GAENSBAUER, T.J., 2004, « Telling Their Stories: Representation and Reenactment of Traumatic Experiences Occurring in the First Year of Life », *Zero to Three (J)*, 24 : 25-31.
- GAFFNEY, P.D., 1991, « The Changing Voices of Islam: The Emergence of Professional Preachers in Contemporary Egypt », *The Muslim World*, 81 : 27-47.
- GALAL, O.M., 2002, « The Nutrition Transition in Egypt: Obesity, Undernutrition and the Food Consumption Context », *Public Health Nutrition*, 5 : 141-148.
- GALLAND, A., 2004, *Les mille et une nuits, contes arabes* (présentation par Jean-Paul Sermain et Aboubakr Chraïbi; notices, dossier, chronologie, bibliographie par Jean-Paul Sermain). Paris, Flammarion.
- GALLO, F.P., 2002, *Energy Psychology in Psychotherapy: A Comprehensive Sourcebook*. New York, WW Norton & Co.
- GALTUNG, J., 1969, « Violence, Peace, and Peace Research », *Journal of Peace Research*, 6 : 167-191.

GALTUNG, J. et T. HÖIVIK, 1971, « Structural and Direct Violence: A Note on Operationalization », *Journal of Peace Research*, 8 : 73-76.

GALTUNG, J., 1974, *A Structural Theory of Revolutions*. Rotterdam, Rotterdam University Press.

_____, 1990, « Cultural Violence », *Journal of Peace Research*, 27 : 291-305.

GARAUDE, P., 2013, « Dans la clandestinité, avec les sœurs musulmanes d'Égypte », *Le Figaro*. Consulté sur Internet (<http://madame.lefigaro.fr/societe/tentative-de-liberalisation-091013-604422>) le 7 octobre 2014.

GARCÍA, J.S., 2014, « Constructing Counter-Discourses: Spaces of Youth in Cairo », *Academia.Edu*. Consulté sur Internet (http://www.academia.edu/12730746/From_Hara_to_Midam_Public_Spaces_of_Youth_in_Cairo) le 30 juillet 2016.

GAUTHAM, M., SINGH, R., WEISS, H., BRUGHA, R., PATEL, V., DESAI, N.G., NANDAN, D., KIELMANN, K. et H. GROSSKURTH, 2008, « Socio-Cultural, Psychosexual and Biomedical Factors Associated with Genital Symptoms Experienced by Men in Rural India », *Tropical Medicine & International Health*, 13 : 384-395.

GAWAD, M. et M. ARAFA, 1980, « Transcultural Study of Depressive Symptomatology », *Egyptian Journal of Psychiatry*, 3: 163-181.

GAWAD, M.A., 2015, « Sex in the Arab Cinema », *Mada Masr*. Consulté sur Internet (<http://www.madamasr.com/sections/culture/sex-arab-cinema>) le 7 juin 2016.

GEERTZ, C., 1966, « Religion as a Cultural System “ : in M. Banton (dir.), *Anthropological Approaches to the Study of Religions*. Londres, Tavistock Publications.

_____, 1973, *The Interpretation of Cultures Selected Essays*. New York, Basic books.

GELLNER, E., 1983, *Muslim Society*. Cambridge, Cambridge University Press.

GHANEM, M., MOURAD, S., EL-KHOLY, G., GADALLAH, M. et F.A. MEKY, 2009, « National Survey of Prevalence of Mental Disorders in Egypt: Preliminary Survey », *Eastern Mediterranean Health Journal*, 15 : 65-75.

GHANNAM, F., 2002, *Remaking the Modern : Space, Relocation, and the Politics of Identity in a Global Cairo*. Berkeley, University of California Press.

_____, 2008, « Beauty, Whiteness, and Desire: Media, Consumption, and Embodiment in Egypt », *International Journal of Middle East Studies*, 40 : 544-546.

_____, 2013, *Live and Die Like a Man: Gender Dynamics in Urban Egypt*. Stanford, Stanford University Press.

GHOUSSOUB, M., 1987, « Feminism-or the Eternal Masculine-in the Arab World », *New Left Review*, 161 : 3.

GHUBASH, R., DARADKEH, T.K., AL NASERI, K.S., AL BLOUSHI, N.B.A. et AL A.M. DAHERI, 2000, « The Performance of the Center for Epidemiologic Study Depression Scale (CES-D) in an Arab Female Community », *International Journal of Social Psychiatry*, 46 : 241-249.

GIBRAN, K., 1968, *The Broken Wings*. New York, Bantam Books.

GIDDENS, A., 1987, *Social Theory and Modern Sociology*. Stanford, California, Stanford University Press.

GILMORE, D.D., 1987, *Honor and Shame and the Unity of the Mediterranean*. Washington, D.C., American Anthropological Association.

GIORDANO, G.N. et M. LINDSTROM, 2010, « The Impact of Changes in Different Aspects of Social Capital and Material Conditions on Self-Rated Health over Time: A Longitudinal Cohort Study », *Social Science & Medicine*, 70 : 700-710.

GIRARD, R., 2002, *La violence et le sacré*. Paris, Hachette littératures.

GIROLAMO, G.D. et J. REICH, 1993, *Epidemiology of Mental Disorders and Psychosocial Problems: Personality Disorders*. Geneva, World Health Organization.

GLANZ, K., RIMER, B. et F.M. LEWIS, 2002, *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Fransisco, Wiley & Sons.

GLASER, B.G. (dir), 1978, *Theoretical Sensitivity*. Mill Valley California, Sociology Press.

GLASØ, L., MATTHIESEN, S.B., NIELSEN, M.B. et S. EINARSEN, 2007, « Do Targets of Workplace Bullying Portray a General Victim Personality Profile? », *Scandinavian Journal of Psychology*, 48 : 313-319.

GOFFINET, S., 2006, « Les adolescentes automutilantes à l'hôpital », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1 : 155-167.

GOHAR, S., 2015, « Narrating the Marginalized Oriental Female: Silencing the Colonized Subaltern », *Acta Neophilologica*, 48 : 49-66.

GÖKARIKSEL, B. et E. McLARNEY, 2010, « Muslim Women, Consumer Capitalism, and the Islamic Culture Industry », *Journal of Middle East Women's Studies*, 6 : 1-18.

GOLLEY, N.A.-H., 2003, *Reading Arab Women's Autobiographies: Shahrazad Tells Her Story*. Texas, University of Texas Press.

GOMEL, M.K. 1997, *Focus on Women. Nations for Mental Health*. Geneva, Switzerland: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, World Health Organization.

GONE, J.P. et L.J. KIRMAYER, 2010, « On the Wisdom of Considering Culture and Context in Psychopathology » : 72-96, in T. Millon, R. F. Krueger et E. Simonsen (dir.), *Contemporary Directions in Psychopathology: Scientific Foundations of the DSM-V and ICD-11*. New York, Guilford Press.

GONZALEZ-QUIJANO, Y., 2013, « Topless jihad day et moudjahidat », *Culture et politique arabes*. Consulté sur Internet (<http://cpa.hypotheses.org/4260>) le 2 Avril 2017.

_____, 2014, « Programme Commun Sur Les Écrans Arabes : Fin De L'émission Al-Barnameg De Bassem Youssef - », *Hypotheses.org*. Consulté sur Internet (<http://cpa.hypotheses.org/5151>) le date 20 juillet 2017.

_____, 2016, « (Adultes Seulement) secrets de famille et l'homosexualité dans le cinéma égyptien », *Culture et politique arabes*. Consulté sur Internet (<http://cpa.hypotheses.org/4886>) le 2 avril 2017.

GOOD, B.J., 1977, « The Heart of What's the Matter: The Semantics of Illness in Iran », *Cult Med Psychiatry*, 1 : 25-58.

_____, 1993, *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.

GOOD, M.-J.D. et S.D. HANNAH, 2015, « “Shattering Culture”: Perspectives on Cultural Competence and Evidence-Based Practice in Mental Health Services », *Transcultural Psychiatry*, 52 : 198-221.

GOODMAN, L.E., 1972, « Ibn Khaldun and Thucydides », *Journal of the American Oriental Society*, 92, 2 : 250-270.

GOODWIN, J., 1994, *The Price of Honor*. New York, Penguin.

GRAHAM-BROWN, S., 1988, *Images of Women: The Portrayal of Women in Photography of the Middle East, 1860-1950*. New York, Columbia University Press.

GRANT, B.F., CHOU, S.P., GOLDSTEIN, R.B., HUANG, B., STINSON, F.S., SAHA, T.D., SMITH, S.M., DAWSON, D.A., PULAY, A.J. et R.P. PICKERING, 2008, « Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 4 : 533-545.

GREGORIAN, H., 2013, « Egypt's Hip-Hop Uprising », *iPolitics*. Consulté sur Internet (<https://ipolitics.ca/2013/07/04/egypts-hip-hop-uprising/>) le 2 juillet 2016.

GRIFFITH, L., 2014, *Culture-Bound Syndrome*. New Jersey, The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society.

GROF, C. et S. GROF, 1990. *The Stormy Search for the Self: A Guide to Personal Growth through Transformational Crisis*. Los Angeles, Jeremy P. Tarcher. Inc.

GROF, S., 1980, *Beyond Death, the Gates of Consciousness*. Londres, Thames and Hudson Ltd.

_____, 1988, *The Adventure of Self-Discovery: Dimensions of Consciousness and New Perspectives in Psychotherapy and Inner Exploration*. New York, SUNY Press.

GROF, S. et C. GROF, 1989, *Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis*. New York, JP Tarcher.

GROF, S., 1994, « Alternative Cosmologies and Altered States », *Noetic Sciences Review*, 32 : 21-29.

GROSRICHARD, A., 1979, *Structure du sérail: la fiction du despotisme asiatique dans l'occident classique*. Paris. Seuil.

GROSS, V., 1914, « Sur quelques danses égyptiennes », *Revue Archéologique*, 23 : 332-336.

GRUNEBAUM, H.U. et G.L. KLERMAN, 1967, « Wrist Slashing », *American Journal of Psychiatry*, 124 : 527-534.

GUARNACCIA, P., DE LA CANCELA, V. et E. CARRILLO, 1985, « Ataques De Nervios: An Idiom of Distress in the Latino Community », *Meeting of the American Anthropological Association, Washington, DC*.

GUARNACCIA, P., DeLaCancela V et E. Carrillo E, 1989, « The Multiple Meanings of Ataques De Nervios in the Latino Community », *Medical Anthropology*, 11 : 47-62.

GUARNACCIA, P.J. et P. FARIAS, 1988, « The Social Meanings of Nervios: A Case Study of a Central American Woman », *Social Science & Medicine*, 26 : 1223-1231.

GUARNACCIA, P.J., 1993, « Ataques De Nervios in Puerto Rico: Culture-Bound Syndrome or Popular Illness? », *Medical Anthropology*, 15 : 157-170.

GUARNACCIA, P.J., CANINO, G., RUBIO-STIPEC, M. et M. BRAVO, 1993, « The Prevalence of Ataques De Nervios in the Puerto Rico Disaster Study: The Role of

Culture in Psychiatric Epidemiology », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181: 157-165.

GUARNACCIA, P.J., RIVERA, M., FRANCO, F. et C. NEIGHBORS, 1996, « The Experiences of Ataques De Nervios: Towards an Anthropology of Emotions in Puerto Rico », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 20 : 343-367.

GUARNACCIA, P.J., LEWIS-FERNÁNDEZ, R. et M.R. MARANO, 2003, « Toward a Puerto Rican Popular Nosology: Nervios and Ataque De Nervios », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 27 : 339-366.

GUARNACCIA, P.J., LEWIS-FERNANDEZ, R., MARTINEZ PINCAY, I., SHROUT, P., GUO, J., TORRES, M., CANINO, G. et M. ALEGRIA, 2010, « Ataque De Nervios as a Marker of Social and Psychiatric Vulnerability: Results from the NLAAS », *International Journal of Social Psychiatry*, 56 : 298-309.

GUATTARI, F., 1975, « Le Divan du pauvre », *Communications*, 23 : 96-103.

GUÉDENEY, A. et N. GUÉDENEY, 2002, *L'attachement, concepts et applications*. Paris, Masson.

GUELFY, J.-D. et F. ROUILLON, 2007, *Manuel de psychiatrie*. Elsevier Masson.

GUINNESS, E.A., 1992, « Patterns of Mental Illness in the Early Stages of Urbanisation », *The British Journal of Psychiatry*, 16 : 4-11.

GUNDERSON, J.G., 2011, « Borderline Personality Disorder », *New England Journal of Medicine*, 364 : 2037-2042.

GUREJE, O., SIMON, G., USTUN, T. et D. GOLDBERG, 1997, « Somatisation in Crosscultural Perspective: A World Health Organisation Study in Primary Care », *American Journal of Psychiatry*, 154 : 989-995.

GUTH, S., 2016, *Avatar and 'Azāzīl – Western and Middle Eastern Patterns of Individual Revolt. An Essay in the Simultaneity of Ruptures*. Consulté sur Internet (http://www.uio.no/studier/emner/hf/ikos/MES4000/h15/pensumliste/guth_avatarazazil.pdf) le 30 juillet 2016.

HABIB, H., 1952, *Le Rêve Ontique*. Thèse, La Sorbonne, Paris.

HABIB, H., ABOLMAGD, S. et A. SEIFELDIN, 2013, Profile of School Violence among Three Governorates in Egypt (Great Cairo, Alexandria and Dakahleya), Non Publié.

HABIB, S., 2007, *Female Homosexuality in the Middle East: Histories and Representations*. Londres, Routledge.

HACKING, I., 1992, « Multiple Personality Disorder and Its Hosts », *History of the Human Sciences*, 5, 2 : 3-31.

HADDAD, J., 2012, *On God, Marriage, Macho Men and Other Disastrous Inventions*. Londres, Westbourne Press.

_____, 2011, *I Killed Scheherazade: Confessions of an Angry Arab Woman*. Chicago, Review Press.

HADI, F., LIABRE, M.M. et S. SPITZER, 2006, « Gulf War-Related Trauma and Psychological Distress of Kuwaiti Children and Their Mothers », *Journal of Traumatic Stress*, 19 : 653-662.

HAFEZ, S., 2003, *The Terms of Empowerment: Islamic Women Activists in Egypt*. Cairo, American University in Cairo Press.

_____, 2012, « No Longer a Bargain: Women, Masculinity, and the Egyptian Uprising », *American Ethnologist*, 39 : 37-42.

HAFEZ, S. et S. SLYOMOVICS, 2012, *Anthropology of the Middle East and North Africa: Into the New Millennium*. Indiana, Indiana University Press.

HAFEZ, S., 2014a, « The Revolution Shall Not Pass through Women's Bodies: Egypt, Uprising and Gender Politics », *The Journal of North African Studies*, 19 : 172-185.

_____, 2014b, « Gender and Citizenship Center Stage: Sondra Hale's Legacy and Egypt's Ongoing Revolution », *Journal of Middle East Women's Studies*, 10 : 82-104.

HAFIZI, S. et TABATABAEI, D., 2014, « Borderline Personality Disorder and Religion: A Perspective from a Muslim Country », *Iran Journal of Psychiatry*, 9 : 137-141.

HAJ-YAHIA, M.M., 2002, « Attitudes of Arab Women toward Different Patterns of Coping with Wife Abuse », *Journal of Interpersonal Violence*, 17 : 721-745.

HALBREICH, U., ALARCON, R.D., CALIL, H., DOUKI, S., GASZNER, P., JADRESIC, E., JASOVIC-GASIC, M., KADRI, N., KERR-CORREA, F. et V. PATEL, 2007, « Culturally-Sensitive Complaints of Depressions and Anxieties in Women », *Journal of Affective Disorders*, 102 : 159-176.

HAMDAN, G., 1997, *La personnalité de l'Égypte, réflexion sur le génie du lieu. Traduction française de : Hamdan G., 1969, "Chakhsiat Masr"*. Le Caire, ministère égyptien de la culture, relations culturelles étrangères.

HAMDI, E., GAWAD, T., KHOWEILED, A., SIDRAK, A.E., AMER, D., MAMDOUH, R., FATHI, H. et N. LOZA, 2013, « Lifetime Prevalence of Alcohol and Substance Use in Egypt: A Community Survey », *Substance Abuse*, 34 : 97-104.

HAMMAMI, R. et M. RIEKER, 1988, « Feminist Orientalism and Orientalist Marxism », *New Left Review*, 170 : 93-106.

HANIFAN, L.J., 1916, « The Rural School Community Center », *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 67 : 130-138.

HARRIS, L.C., 1995, « Befriending Cairo », *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 16 : 3-4.

HASNA, F., 2003, « Islam, Social Traditions and Family Planning », *Social Policy & Administration*, 37 : 181-197.

HASSAN, G., ROUSSEAU, C. et N. MOREAU, 2013, « Ethnic and Religious Discrimination: The Multifaceted Role of Religiosity and Collective Self-Esteem », *Transcultural Psychiatry*, 50 : 475-492.

HASSAN, G., KIRMAYER, L., MEKKI-BERRADA, A., QUOSH, C. et R. EL CHAMMARY, 2015, Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support Staff Working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva, UNHCR. Consulté sur Internet (https://www.cms.fss.ulaval.ca/upload/ant/fichiers/2015_culture_mental-health_syrians-final.pdf) le 20 juillet 2017.

HASSOUN, J., 1981, *Juifs Du Nil*. Paris, Sycomore.

HATTAR-POLLARA, M., MELEIS, A.I. et H. NAGIB, 2000, « A Study of the Spousal Role of Egyptian Women in Clerical Jobs », *Health Care for Women International*, 21 : 305-317.

_____, 2003, « Multiple Role Stress and Patterns of Coping of Egyptian Women in Clerical Jobs », *Journal of Transcultural Nursing*, 14 : 125-133.

HAUFF, E. et P. VAGLUM, 1994, « Chronic PTSD in Vietnamese Refugees: A Prospective Community Study of Prevalence, Course Psychopathology and Stressors », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 : 85-90.

HAYAT, M., 2012, « L'homme limite et sa société: sous l'angle d'une anthropologie psychanalytique », *Psychiatrie française*, 42 : 27-41.

HEALY, D., 2004, « Shaping the Intimate: Influences on the Experience of Everyday Nerves », *Social Studies of Science*, 34 : 219-245.

HELD, D. et A. MCGREW, 2007, *Globalization/Anti-Globalization: Beyond the Great Divide*. Cambridge, Polity.

HÉLIE, A., 2004, « Holy Hatred », *Reproductive Health Matters*, 12 : 120-124.

HELMINSKI, C., 2013, *Women of Sufism: A Hidden Treasure*. Colorado, United States, Shambhala Publications.

HENDERSON, R.P., 2005, « The Egyptian Coptic Christians: The Conflict between Identity and Equality », *Islam and Christian-Muslim Relations*, 16 : 155-166.

HERBERT BENSON, M. et M.Z. KLIPPER, 1992, *The Relaxation Response*. Harper Collins, New York.

HERMAN, J.L., PERRY, J.C. et B.A. VAN DER KOLK, 1989, « Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 146 : 490-495.

HERMAN, J.L., 1992, « Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 5 : 377-391.

HICKS, M.H.-R., 2011, « “What Are You?” A Recurring Question in a Cross-Cultural Psychiatrist’s Life and Career », *Transcultural Psychiatry*, 48 : 37-52.

HICKS, R.R., 2008, « Translating Culture, Transcending Difference? Cosmopolitan Consciousness and Sufi Sensibilities in New York City after 2001 1 », *Journal of Islamic Law and Culture*, 10 : 281-306.

HINES, D.A. et K.J. SAUDINO, 2002, « Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence », *Trauma, Violence, & Abuse*, 3 : 210-225.

HINTON, D. et R. LEWIS-FERNÁNDEZ, 2010a, « Anxiety Disorders and Idioms of Distress: A Model of Generation and Its Treatment Implications » : 127-138, in H.B. Simpson, Y. Neria, R. Lewis-Fernández et F. Schneier (dir.) *Anxiety Disorders: Theory, Research, and Clinical Perspectives*. Cambridge, UK, Cambridge University Press.

_____, 2010b, « Idioms of Distress among Trauma Survivors: Subtypes and Clinical Utility », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34 : 209-218.

HINTON, D.E., PICH, V., MARQUES, L., NICKERSON, A. et M.H. POLLACK, 2010, « Khyâl Attacks: A Key Idiom of Distress among Traumatized Cambodia Refugees », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34 : 244-278.

HIRSCHKIND, C., 2001, « Civic Virtue and Religious Reason: An Islamic Counterpublic », *Cultural Anthropology*, 16 : 3-34.

_____, 2006, *The Ethical Soundscape: Cassette Sermons and Islamic Counterpublics*. New York, Columbia University Press.

HOBBS, T., 2006, *Leviathan*. Londres, A&C Black.

HOFFMAN, V.J., 2010, « Islam, Human Rights and Interfaith Relations: Some Contemporary Egyptian Perspectives », *Political Theology*, 11 : 691-716.

HOLLAN, D., 1994, « Suffering and the Work of Culture: A Case of Magical Poisoning in Toraja », *American Ethnologist*, 21 : 74-87.

_____, 2004, « Self Systems, Cultural Idioms of Distress, and the Psycho-Bodily Consequences of Childhood Suffering », *Transcultural Psychiatry*, 41 : 62-79.

HOODFAR, H., 1997, « Egyptian Male Migration and Urban Families Left Behind: 'Feminisation of the Egyptian Family' or a Reaffirmation of Traditional Gender Roles in Development, Change, and Gender in Cairo » : 51-79, in D. Singerman et H. Hoodfar (dir.), *Between Marriage and the Market : Intimate Politics and Survival in Cairo*. Berkeley, University of California Press.

HOOLEY, J.M., 2008, « Self-Harming Behavior: Introduction to the Special Series on Non-Suicidal Self-Injury and Suicide », *Applied and Preventive Psychology*, 12 : 155-158.

HONWANA, A., 2000, « Innocents Et Coupables: Les Enfants-Soldats Comme Acteurs Tactiques », *Politique africaine*, 80 : 58-78.

HORWITZ, A.V. et J.C. WAKEFIELD, 2007, *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford, Oxford University Press.

HORWITZ, A.V., 2010, « How an Age of Anxiety Became an Age of Depression », *Milbank Quarterly*, 88 : 112-138.

HUANG, Y., KOTOV, R., DE GIROLAMO, G., PRETI, A., ANGERMEYER, M., BENJET, C., DEMYTTENAERE, K., DE GRAAF, R., GUREJE, O., KARAM, A.N., LEE, S., LÉPINE, J.P., MATSCHINGER, H., POSADA-VILLA, J., SULIMAN, S., VILAGUT, G. et R.C. KESSLER, 2009, « DSM-IV Personality Disorders in the WHO World Mental Health Surveys », *The British Journal of Psychiatry*, 195 : 46-53.

HUGHES, D.M., 2013, « Violence against Women in the Egyptian and Syrian Uprisings », *Citizens Against Trafficking*. Consulté sur Internet (https://works.bepress.com/donna_hughes/27/) le 2 avril 2017.

HUNT, H.T., 2007, « " Dark Nights of the Soul": Phenomenology and Neurocognition of Spiritual Suffering in Mysticism and Psychosis », *Review Of General Psychology*, 11 : 209-234.

HUREIKI, J., 2005, *Ethnopsychiatrie compréhensive : anthropologie critique de la psychiatrie*. Paris, Harmattan.

IBN ARABI, 1964, *Fusûs Al-Hikam*, Beirut: Dâr al-Kutub al-'Arabî.

IBN KHALDUN, 1934, *Les prolégomènes traduits en français et commentés par M. de Slane, préface de Gaston Bouthoul*. Paris, P. Geuthner.

_____, 1967. *The Muqaddimah* (Translated from the Arabic by F. Rosenthal). Princeton, Princeton University Press.

_____, 1986, *The Muqaddimah: An Introduction to History* (Translated from the Arabic by F. Rosenthal). Londres, Routledge and Kegan Paul.

IBRAHIM, S., 1994, *Les années de Zeth*. Paris, Actes Sud.

IĤSĀN 'ABDALQUDDŪS et T.J. LE GASSICK., 1978, *I Am Free, and Other Stories / by Ihsan Abd El Qoddous ; Translated from Arabic and Edited by T.J. Le Gassick*. Cairo, General Egyptian Book Organization.

ILAHİ, N., 2010, *Gendered Contestations: An Analysis of Street Harassment in Cairo and Its Implications for Women's Access to Public Spaces*, Master's Thesis in Sociology, Cairo, American University in Cairo.

ILKKARACAN, P., 2002, « Women, Sexuality, and Social Change in the Middle East and the Maghreb », *Social Research*, 69 : 753-779.

INHORN, M.C., 2002, « Sexuality, Masculinity, and Infertility in Egypt: Potent Troubles in the Marital and Medical Encounters », *The Journal of Men's Studies*, 10 : 343-359.

JACKSON, R.T., RASHED, M. et R. SAAD-ELDIN, 2003, « Rural Urban Differences in Weight, Body Image, and Dieting Behavior among Adolescent Egyptian Schoolgirls », *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 54 : 1-11.

JACOB, K.S., BHUGRA, D., LLOYD, K.R. et A.H. MANN, 1998, « Common Mental Disorders, Explanatory Models and Consultation Behaviour among Indian Women Living in the UK », *Journal of Research in Social Medicine*, 91 : 66-71.

JACQUART, D. et F. MICHEAU, 1990, *La médecine arabe et l'occident médiéval*. Paris, Maisonneuve & Larose.

JAD, I., 2004, « The Ngo-Isation of Arab Women's Movements », *Women's Studies Programme Cultural Studies Department*. Consulté sur Internet (<http://www.shebacss.com/docs/sowcere0036-09.pdf>) le 14 mai 2010.

JAWDAT, S., 1952, « "Ahl Al-Fann: Mary Munib" ["Artists: Mary Munib"] », *Al-Kawakib*, 66. Consulté sur Internet (<http://www.azzamounib.com/maryarticle.html>) le 20 août 2014.

JENKINS, H., 2010, « Avatar Activism », *Le Monde Diplomatique*, 15.

JENKINS, J., 1988, « Ethnopsychiatric Interpretations of Schizophrenic Illness: The Problem of Nervios within Mexican American Families », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12 : 301-330.

JENKINS, J. et VALIENTE, M., 1994, « Bodily Transactions of the Passions: El Calor among Salvadorean Women Refugees » : in T. Csordas (dir.), *Embodiment and Experience*. Cambridge, Cambridge University Press.

JENKINS, S., 2008, *Egyptian Arabic*, Melbourne, Australia, Lonely Planet Publications.

JENSON, J., 1991, « Thinking (a Feminist) History: The Regulation Approach as Theatre », *Cahiers de recherche*, 17 : 185-197.

JOHNSON, M.P., 1995, « Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence against Women », *Journal of Marriage and the Family*, 57, 2 : 283-294.

JOHNSTONE, L., 2000, *Users and Abusers of Psychiatry*. Londres, Routledge.

JONES, M., 2015, « Why a Professor Says We Should All Keep up with the Kardashians », *Independent*. Consulté sur Internet (<http://www.independent.co.uk/news/science/why-a-professor-says-we-should-all-keep-up-with-the-kardashians-a6751856.html>) le 19 mars 2017.

JØRGENSEN, C.R., 2006, « Disturbed Sense of Identity in Borderline Personality Disorder », *Journal of Personality Disorders*, 20 : 618-644.

JOSEPH, S., 1993, « Gender and Relationality among Arab Families in Lebanon », *Feminist Studies*, 19 : 465-486.

JUNG, C.G., 1915, « Psychoanalysis ». *The Psychoanalytic Review (1913-1957)*, 2, 3 : 241-259

_____, 1978, *Psychology and the East: (from Vols. 10, 11, 13, 18 Collected Works)*. Princeton, Princeton University Press.

_____, 2014, *Collected Works of C. G. Jung, Volume 11 : Psychology and Religion: West and East*. Princeton, Princeton University Press.

KADRI, N., BERRADA, S., ALAMI, K.M., MANOUDI, F., RACHIDI, L., MAFTOUH, S. et U. HALBREICH, 2007, « Mental Health of Moroccan Women, a Sexual Perspective », *Journal of Affective Disorders*, 102 : 199-207.

KAGAN, J., 1991, « Temperament » : 61-74, in M.K. Rothbart (dir.), *Explorations in Temperament*. Berlin, Springer.

KAHF, M., 2001, « “The Water of Hajar” and Other Poems », *The Muslim World*, 91 : 31-44.

KAMAL, M.M., SHOLKAMY, H. et F. GHANNAM, 2004, « Fi Nas Wa Fi Nas: Class Culture and Illness Practice in Egypt » : 65-90, in H. Sholkamy et F. Ghannam (dir.), *Health and Identity in Egypt*. Cairo, American University in Cairo Press.

KAMALI, M.H., 2003, *Principles of Islamic Jurisprudence*. Cambridge, UK, Islamic Texts Society . Consulté sur Internet (http://islamland.com/uploads/books/en_Principles_of_Islamic_Jurisprudence_2.pdf) le 20 juillet 2016.

KANDIYOTI, D., 1991 (dir), *Women, Islam, and the State*, Temple, Temple University Press.

KANZER, M., 1957, « Acting out, Sublimation and Reality Testing », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 5 : 663-684.

KAPFERER, B., 1979, « Introduction: Ritual Process and the Transformation of Context », *Social Analysis*, 1 : 3-19.

KAPLAN, R.L., KHAWAJA, M. et N. LINOS, 2011, « Husband’s Control and Sexual Coercion within Marriage Findings from a Population-Based Survey in Egypt », *Violence Against Women*, 17 : 1465-1479.

KAPUR, R., 2002, « The Tragedy of Victimization Rhetoric: Resurrecting the “Native” Subject in International/Post-Colonial Feminist Legal Politics », *Harvard Human Rights Journal*, 15 : 1-317.

KARAMUSTAFA, A.T., 2007, *Sufism: The Formative Period*. California, University of California Press.

KARPMAN, S.B., 2011, « Fairy Tales and Script Drama Analysis », *Group Facilitation*, 11 : 49-52.

KASTURIRANGAN, A., KRISHNAN, S. et RIGER, S., 2004, « The Impact of Culture and Minority Status on Women’s Experience of Domestic Violence », *Trauma, Violence, & Abuse*, 5: 318-332.

KATSIAFICAS, G., 2014, « A Personal Perspective on Individual and Group: Comparative Cultural Observations with a Focus on Ibn Khaldun », *Journal of Biosciences*, 39 : 327-332.

KAWABATA, Y., YOUNGBLOOD, J. et Y. HAMAGUCHI, 2014, « Preadolescents' Borderline Personality Features in a Non-Western Urban Context: Concurrent and Longitudinal Associations with Physical and Relational Aggression, Friendship Exclusivity and Peer Victimization », *Asian Journal of Social Psychology*, 17 : 219-228.

KAWANISHI, Y., 1992, « Somatization of Asians: An Artifact of Western Medicalization? », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29 : 5-36.

KAY, M. et C. PORTILLO, 1989, « Nervios and Dysphoria in Mexican American Widows », *Health Care for Women International*, 10 : 273-293.

KAYA, L.P., 2009, « Dating in a Sexually Segregated Society: Embodied Practices of Online Romance in Irbid, Jordan », *Anthropological Quarterly*, 82 : 251-278.

KAYSEN, S., 1996, *Girl, Interrupted*. New York, Vintage Books.

KAZIMIRSKI BIBERSTEIN, A., 2005, *Dictionnaire Arabe-Français [1860]*. Paris, Al-Bouraq.

KCHOUK, K., 2015, « Poésie et féminité dans l'expérience spirituelle de Râbi 'a Al-'Adawiyya (m.135h/ 752) » », *Le Courrier du GERI, Recherches d'Islamologie*. Consulté sur Internet (<http://www.lecourrierdugeri.org/k-kchouk-po%C3%A9sie-et-f%C3%A9minit%C3%A9-dans-l-exp%C3%A9rience-spirituelle-de-rab%C3%AE-a-al-adawiyya/>) le 26 juillet 2016.

KELBESSA, W., 2008, « Oral Traditions, African Philosophical Methods, and Their Contributions to Education and Our Global Knowledge “ :in R. Ames et P. Hershock (dir.), *Educations and Their Purposes: A Conversations among Cultures*. Hawaii, University of Hawaii Press.

KELLY, B.D., 2003, « Globalisation and Psychiatry », *Advances in Psychiatric Treatment*, 9 : 464-470.

KENNEDY, J., 1967, « Nubian Zar Ceremonies as Psychotherapy », *Human Organization*, 26 : 185-194.

KENNY, M.G., 1986, *Passion of Ansel Bourne*. Washington, Smithsonian Institution.

KEOHANE, R.O., 2002, *Power and Governance in a Partially Globalized World*. United Kingdom, Psychology Press.

KERNBERG, O.F., 1967, « The Structural Diagnosis of Borderline Personality Organization », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 3 : 641-685.

_____, 1975, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Aronson.

KAFKA, J.S., 1981, Borderline Personality Disorders: The Concept, The Syndrome, The Patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 29, 1 : 236-247.

KHALIL, A., 2006, « The Enactment of Constituent Power in the Arab World », SSRN. Consulté sur Internet (<http://ssrn.com/abstract=1523280>) le 30 Juillet 2016.

KHALIL, S., 2014, « Why ‘Segn El Nessa’ Is the Leading Series This Ramadan », *Scoopempire*. Consulté sur Internet (<http://scoopempire.com/segn-el-nessa-leading-series-ramadan/>) le 27 juillet 2016.

KHATER, A. et C. NELSON, 1988, « Al-Harakah Al-Nissa'iyah: The Women's Movement and Political Participation in Modern Egypt », *Women's Studies International Forum*, 11: 465-483.

KHOSROKHAVAR, F., 2016a, *Les Révolutions arabes: avènement de nouveaux acteurs*, Astérior. Philosophie, histoire des idées, pensée politique. Consulté sur Internet (<http://asterion.revues.org/2698>) le 20 juillet 2016.

_____, 2016b, « The New European Jihadism and Its Avatars », *Interdisciplinary Journal for Religion and Transformation in Contemporary Society – J-RaT*, 2, 2 : 1-29.

KHOURY-TADIÉ, A., 2002, *Le sel de la conversation: 3000 proverbes d'Égypte*. Paris, Maisonneuve & Larose.

KHOURY, N., KAISER, B., KEYS, H., BREWSTER, A.-R. et B. KOHRT, 2012, « Explanatory Models and Mental Health Treatment: Is Vodou an Obstacle to Psychiatric Treatment in Rural Haiti? », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36 : 514-534.

KIDDER, T., 2009, *Mountains Beyond Mountains*. New York, Random House.

KIMBALL, S., 1960, *Introduction. In the Rites of Passage*. Chicago, University of Chicago Press.

KIRMAYER, L.J., 1984, « Culture, Affect and Somatization, Part I », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21, 3 : 159-188.

_____, 1989, « Cultural Variations in the Response to Psychiatric Disorders and Emotional Distress », *Social Science & Medicine*, 29 : 327-339.

_____, 1991, « The Place of Culture in Psychiatric Nosology: Taijin Kyofusho and DSM-III-R », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 : 19-28.

_____, 1992, « The Body's Insistence on Meaning: Metaphor as Presentation and Representation in Illness Experience », *Medical Anthropology Quarterly*, 6: 323–346.

_____, 1993, « Healing and the Invention of Metaphor: The Effectiveness of Symbols Revisited », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 17: 161-195.

KIRMAYER, L.J., ROBBINS, J. et M. DWORKIND, 1993, « Somatization and the Recognition of Depression and Anxiety in Primary Care », *American Journal of Psychiatry*, 150: 734–741.

KIRMAYER, L.J., 1996, « Confusion of the Senses: Implications of Ethnocultural Variations in Somatoform and Dissociative Disorders for PTSD » : 131-164, in M.J. Friedman, A.J. Marsella, E.T. Gerrity et R.M. Scurfield (dir.), *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research, and Clinical Applications*. Washington, DC, American Psychological Association.

KIRMAYER, L.J. et A. YOUNG, 1998, « Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspectives », *Psychosomatic Medicine*, 60: 420-430.

KIRMAYER, L.J., 2001, « Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment », *Journal of Clinical Psychiatry*, 62: 22-30.

_____, 2002, « Psychopharmacology in a Globalizing World: The Use of Antidepressants in Japan », *Transcultural Psychiatry*, 39: 295-322.

KIRMAYER, L.J., ROUSSEAU, C., JARVIS, G.E. et J. GUZDER, 2003, « *The Cultural Context of Clinical Assessment* » : 19-29, in A. Tasman, J. Kay, J.A. Lieberman, M.B. First, M. Maj (dir.), *Psychiatry*, Second Edition. Chichester, Wiley.

KIRMAYER, L.J., LEMELSON, R. et M. BARAD, 2007, *Understanding Trauma : Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives*. Cambridge, Cambridge University Press.

KIRMAYER, L.J., ROUSSEAU, C., GUZDER, J. et G.E. JARVIS, 2008, « Training Clinicians in Cultural Psychiatry: A Canadian Perspective », *Academic Psychiatry*, 32: 313-319.

KITCHER, P., 1993, *Kant's Transcendental Psychology*. Oxford, Oxford University Press.

KLEINMAN, A., 1977, « Depression, Somatization and the "New Crosscultural Psychiatry" », *Social Science Medicine*, 11: 3-10.

_____, 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley, Londres, University of California Press.

_____, 1986. *Social Origin of Distress and Disease*. New Haven, CT, Yale University Press.

_____, 1988, *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York, Free Press.

KLEINMAN, A. et J. KLEINMAN, 1991, « Suffering and Its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 : 275-301.

KLEINMAN, A., 1995, *Anthropology of Bioethics*. New York, Macmillan.

_____, 1997, *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley, Londres, University of California Press.

KLEINMAN, A., DAS, V. et M.M. LOCK, 1997, *Social Suffering*. Berkeley ; Londres, University of California Press.

KLEINMAN, A. et A.E. BECKER, 1998, « " Sociosomatics": The Contributions of Anthropology to Psychosomatic Medicine », *Psychosomatic Medicine*, 60: 389-393.

KLEINMAN, A., 1999, « Social Violence: research questions on local experiences and global responses. », *Archives of General Psychiatry*, 56, 11 : 978-979.

KLEINMAN, A. et P. BENSON, 2006, « Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It », *PLoS Med*, 3: e294.

KLEINMAN, A., EISENBERG, L. et B. GOOD, 2006, « Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research », *FOCUS: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 4: 140-149.

KLEINMAN, A., 2007, « Psychiatry without Context: Turning Sadness into Disease », *The Lancet*, 370: 819-820.

KOFOED, L., FRIEDMAN, M.J. et R. PECK, 1993, « Alcoholism and Drug Abuse in Patients with PTSD », *Psychiatric Quarterly*, 64: 151-171.

KOSTICK, K.M., 2010, « The Encounter Never Ends: A Return to the Field of Tamil Rituals. Isabelle Clark-Decès. Albany, Ny: State University of New York Press. 2007. », *Ethos*, 38: 1-3.

KOTB, H., 2004, « *Sexuality in Islam* », Unpublished Doctoral Dissertation, Maimonides University.

KRAEPELIN, E., 1904, *Lectures on Clinical Psychiatry*. Londres, Paris, Baillière.

KRETSCHMER, E. et W.J.H. SPROTT, 1925, *Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and the Theory of Temperament*. New York, NY, USA, Harcourt Brace.

KRIEGER, L., 1989, « Nerves and Psychosomatic Illness: The Case of Um Ramadan », *Health Care for Women International*, 10 : 181-193.

KROLL, J., LINDE, P. et M. HABENICHT, 1990, « Medication Compliance, Antidepressant Blood Levels, and Side Effects in Southeast Asian Patients », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 10 : 279-283.

KRUG, E.G., MERCY, J.A., DAHLBERG, L.L. et A.B. ZWI, 2002, « *The World Report on Violence and Health* », *The Lancet*, 360 : 1083-1088.

KUTCHINS, H. et S.A. KIRK, 1997, *Making Us Crazy: DSM—the Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. New York, Free Press.

LA BOETIE, E., 2002, *Discours de la servitude volontaire (1576)*. Paris, Payot.

LACAN, J., 1966, « Kant avec Sade (1963) » : 765-792, in J. Lacan (dir.), *Écrits. Le Champ freudien*. Paris, Seuil.

LACAN, J. et J.-A MILLER, 1973, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse: 1964-1965*. Paris, Seuil.

LACAN, J., 2005, « Le Séminaire. Livre 23 : Le sinthome », Paris, Seuil.

LACHENAL, P., 2011, « Le Caire, 2011. Plongée ethnographique au coeur des lijân sha'abeya (comités populaires) », *L'année du Maghreb, VIII*. Consulté sur Internet (<http://anneemaghreb.revues.org/1462>) le 27 août 2014.

LAING, R.D., 2010, *The Divided Self : An Existential Study in Sanity and Madness*. Londres, Penguin.

LANDRY, J.-M., 2010, « Repenser la norme, réinventer l'agencéité: entretien avec Saba Mahmood », *Anthropologie et Sociétés*, 34 : 217-231.

_____, 2016, « Les territoires de Talal Asad », *L'Homme* : 77-89.

LANGDON-DAVIES, J., 1927, *A Short History of Women*. New York, Viking Press.

LAPLANTINE, F., 1976, *Le philosophe et la violence*. Paris, Presses Universitaires de France.

_____, 1988, *L' Ethnopsychiatrie*. Paris, Presses Universitaires de France.

_____, 1996, *La Description ethnographique*. Paris, Nathan.

_____, 1999, *Je, nous et les autres*. Paris, Le Pommier.

_____, 2005, *Le social et le sensible: Introduction à une anthropologie modale*. Paris, Téraèdre.

LAROUSSE, 2008, *Dictionnaire Français-Arabe, Collection dictionnaire poche*. Paris, Larousse.

_____, 2016a, « Piété », *Dictionnaire français*. Consulté sur Internet (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pi%C3%A9t%C3%A9/60829>) le 30 juillet 2016.

_____, 2016b, « Machisme », *Dictionnaire français*. Consulté sur Internet (<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/machisme/48342>) le 30 juillet 2016.

LAVERGNE, M., 2012, « 2009-2010: La marche vers Tahrir », *Chroniques égyptiennes*, 5-15. Consulté sur Internet (<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00729047>) le 20 juillet 2016.

LAZARUS, R.S., 1966, *Psychological Stress and the Coping Process*. New York, McGraw-Hill.

LAZARUS, R.S. et FOLKMAN, S., 1984, *Stress Appraisal and Coping*. New York, Springer.

LAZREG, M., 1994, *The Eloquence of Silence: Algerian Women in Question*. United Kingdom, Psychology Press.

LE BON, G., 1884, *La civilisation des Arabes. Ouvrage Illustré*. Paris, Mesnil.

_____, 1895, *Psychologie des foules*. Paris. F. Alcan.

LE MARCIS, F., 2005, « Farmer, Paul.—Pathologies of Power. Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley-Los Angeles-London, University of California Press, 2003, 402 P », *Cahiers d'études africaines*, 45, 178.

LEIMDORFER, F., 1997, « «L'humour En Orient», Revue du monde musulman et de la Méditerranée, N° 77-78, 1996, Irène Fenoglio et François Georgeon », *Langage et société*, 79, 1 : 109-112

LESCAUX, J., 2006, L'espace des cafés et les cafés dans l'espace, dans la ville contemporaine du Caire: étude sociologique et spatiale d'un lieu de sociabilité. Mémoire, Université Lumière Lyon 2. Institut d'études politiques de Lyon.

LESTER, R.J., 2013, « Lessons from the Borderline: Anthropology, Psychiatry, and the Risks of Being Human », *Feminism & Psychology*, 23 : 70-77.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R. et A. KLEINMAN, 1994, « Culture, Personality, and Psychopathology », *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 1 : 67-71.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R., GUARNACCIA, P.J., MARTÍNEZ, I.E., SALMÁN, E., SCHMIDT, A. et M. LIEBOWITZ, 2002, « Comparative Phenomenology of Ataques De Nervios, Panic Attacks, and Panic Disorder », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26 : 199-223.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R., HORVITZ-LENNON, M., BLANCO, C., GUARNACCIA, P.J., CAO, Z. et M. ALEGRÍA, 2009, « Significance of Endorsement of Psychotic Symptoms by US Latinos », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197 : 337-347.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R., GORRITZ, M., RAGGIO, G., PELÁEZ, C., CHEN, H. et P. GUARNACCIA, 2010, « Association of Trauma-Related Disorders and Dissociation with Four Idioms of Distress among Latino Psychiatric Outpatients », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34 : 219-243.

LEWIS, G. et L. APPLEBY, 1988, « Personality Disorder: The Patients Psychiatrists Dislike », *The British Journal of Psychiatry*, 153: 44-49.

LEWIS, J. et J. CHRISTOPHER, 1989, « Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry*, 1 : 46.

LEWIS, I.M. 1989. Ecstatic Religion: A Study of Spirit Possession and Shamanism. Londres, Routledge.

LEWIS, O., 1998, « The Culture of Poverty », *Society*, 35 : 7-9.

LEWIS, G. et R. ARAYA, 2002, « Globalization and Mental Health » : 57-78, in N. Sartorius, W. Gaebel et J. J. Lopez-Ibor et al. (dir.), *Psychiatry in Society*. Chichester, Wiley.

LEWIS, B., 2009, « Obsession: A History, and: The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder, and: Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness, and: Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture (Review) », *Literature and Medicine*, 28, 1 : 152-171.

LHOMOND, B. et M.-J. SAUREL-CUBIZOLLES, 2013, « Agressions sexuelles contre les femmes et homosexualité, violences des hommes et contrôle social », *Nouvelles Questions Féministes*, 32 : 46-63.

LI, X., STANTON, B., FANG, X. et D. LIN, 2006, « Social Stigma and Mental Health among Rural-to-Urban Migrants in China: A Conceptual Framework and Future Research Needs », *World Health and Population*, 8 : 1-18.

LIN, K.-M., POLAND, R. et D. ANDERSON, 1995, « Psychopharmacology, Ethnicity and Culture », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 32 : 3-40.

LINDSEY, U., 2011, « Revolution and Counter-Revolution in the Egyptian Media », *Middle East Research and Information Project*, 15. Consulté sur Internet (<http://www.merip.org/mero/mero021511>) le 20 juillet 2016.

LINEHAN, M., 1993, *Dialectical Behavior Therapy for Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford

LINEHAN, M.M., SCHMIDT, H., DIMEFF, L.A., CRAFT, J.C., KANTER, J. et K.A. COMTOIS, 1999, « Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence », *The American Journal on Addictions*, 8 : 279-292.

LINTON, R., 1956, *Culture and Mental Disorders*. Springfield, Thomas Publishers.

LIPOWSKI, Z., 1988, « Somatization: The Concept and Its Clinical Application », *American Journal of Psychiatry*, 145 : 1358-1368.

LITTLEWOOD, R., 2004, *Pathologies of the West: An Anthropology of Mental Illness in Europe and America*. Londres, UK, Continuum.

LIZARDI, D., OQUENDO, M.A. et R. GRAVER, 2009, « Clinical Pitfalls in the Diagnosis of Ataque De Nervios: A Case Study », *Transcultural Psychiatry*, 46 : 463-486.

LLOYD, K.R., JACOB, K., PATEL, V., LOUIS, L.S., BHUGRA, D. et A. MANN, 1998, « The Development of the Short Explanatory Model Interview (SEMI) and Its Use among Primary-Care Attenders with Common Mental Disorders », *Psychological Medicine*, 28 : 1231-1237.

LOCK, M., 1989, « Words of Fear, Words of Power: Nerves and the Awakening of Political Consciousness », *Medical Anthropology*, 11 : 79-90.

_____, 1990, « On Being Ethnic: The Politics of Identity Breaking and Making in Canada, or, Nevra on Sunday », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14 : 237-254.

LOCK, M. et N. SCHEPER-HUGHES, 1990, « A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent », *Medical anthropology: Contemporary theory and method*, 3 : 47-73.

LOCK, M. et P. WAKEWICH-DUNK, 1990, « Nerves and Nostalgia: Expression of Loss among Greek Immigrants in Montreal. », *Canadian Family Physician*, 36 : 253-258.

LOFFREDO, C.A., BOULOS, D.N., SALEH, D.A.A., JILLSON, I.A., GARAS, M., LOZA, N., SAMUEL, P., SHAKER, Y.E., OSTROWSKI, M.-J. et S. AMR, 2015, « Substance Use by Egyptian Youth: Current Patterns and Potential Avenues for Prevention », *Substance Use & Misuse*, 50 : 609-618.

LOHMAN, L., 2011, *Umm Kulthum: Artistic Agency and the Shaping of an Arab Legend, 1967–2007*. Connecticut, Wesleyan University Press.

LOKEN, M. et A. ZELENZ, 2016, « Explaining Extremism: Western Women in Daesh », *Sustainable Security*. Consulté sur Internet (<https://sustainablesecurity.org/2016/07/13/why-do-western-women-join-daesh/>) le 2 avril 2017.

LOMBARDI, C.B., 1998, « Islamic Law as a Source of Constitutional Law in Egypt: The Constitutionalization of the Sharia in a Modern Arab State », *Columbia Journal of Transnational Law*, 37 : 81-1015.

LORY, P., EVE, F. et Z. THIERRY, 2006. Les derviches tourneurs: doctrine, histoire et pratiques. *Studia Islamica*, 102/103 : 217-219.

LOTFI, W., 2004 «Hatta Al-Teb Al-Nafsi Aslamouhu (They Even Islamized Psychiatry)», *Rose al-Youssef*, 3972 : 44-46.

LOW, S.M., 1981, « The Meaning of Nervios: A Sociocultural Analysis of Symptom Presentation in San Jose, Costa Rica », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 5 : 25-47.

_____, 1985, « Culturally Interpreted Symptoms or Culture-Bound Syndromes: A Cross-Cultural Review of Nerves », *Social Science & Medicine*, 21 : 187-196.

_____, 1989a, « Gender, Emotion, and Nervios in Urban Guatemala », *Health Care for Women International*, 10 : 115-140.

_____, 1989b, « Health, Culture and the Nature of Nerves: A Critique », *Medical Anthropology*, 11 : 91-95.

_____, 1994, « Embodied Metaphors: Nerves as Lived Experience » : 139-162, in T.J. Csordas (dir.), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self, Volume 2*. Cambridge, Cambridge University Press.

LOYOLA, M.A., 1984, *Medicos E Curandeiros. Conflito Social E Saude*. Sao Paulo, Difel.

LUCCHETTI, G., AGUIAR, P.C., BRAGHETTA, C., VALLADA, C., MOREIRA-ALMEIDA, A. et H. VALLADA, 2012, « Spiritist Psychiatric Hospitals in Brazil: Integration of Conventional Psychiatric Treatment and Spiritual Complementary Therapy », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36 : 124-135.

LUHMANN, N., 1968, *Vertrauen: Ein Mechanismus Der Reduktion Sozialer Komplaxitat*. Ferdinand Enke Verlag.

LUKOFF, D., TURNER, R. et F. LU, 1992, « Transpersonal Psychiatric Research Review: Psychoreligious Dimensions of Healing », *Journal of Transpersonal Psychology*, 24 : 41-60.

LYONS, M., MORGAN, K., THOMAS, J. et A. AL HASHMI, 2013, « Patterns of Parental Warmth, Attachment, and Narcissism in Young Women in United Arab Emirates and the United Kingdom », *Individual Differences Research*, 11.

MA, E.Y.M. et F.W.S. LI, 2014, « Developmental Trauma and Its Correlates: A Study of Chinese Children with Repeated Familial Physical and Sexual Abuse in Hong Kong », *Journal of Traumatic Stress*, 27 : 454-460.

MACHILLOT, D., 2010, « Machos » et « machistes » anthropologie de stéréotypes mexicains depuis l'état de Jalisco. Université de Poitiers. Thèse de Doctorat en Anthropologie.

MACLEOD, A.E., 1991, *Accommodating Protest : Working Women, the New Veiling, and Change in Cairo*. New York, Columbia University Press.

MADOEUF, A., 2012, « Une vie, une ville. le Caire des années de Zeth » : 40-48, in A. Madoeuf et R. Cattedra (dir.). *Lire les villes. Panoramas du monde urbain contemporain*. Tours, Presses Universitaires François Rabelais de Tours. Consulté sur Internet (<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01017650/document>) le 20 juillet 2016.

MAHFOUZ, N., 1992, *Midaq Alley* ('Zuqaq al-Midaq'). New York, Anchor Books.

_____, 2009, *Awlad Haretna*. Cairo, Dar al-Shuruq.

MAHMOOD, S., 1996, « Interview with Talal Asad. Modern Power and the Reconfiguration of Religious Traditions », *SEHR*, 5. Consulté sur Internet (<http://web.stanford.edu/group/SHR/5-1/text/asad.html>) le 21 avril 2017.

_____, 2001, « Feminist Theory, Embodiment, and the Docile Agent: Some Reflections on the Egyptian Islamic Revival », *Cultural Anthropology*, 16 : 202-236.

_____, 2005, « Agency, Gender, and Embodiment » : 167-188, in S. Mahmood (dir.), *Politics of Piety. The Islamic Revival and the Feminist Subject*. Princeton, Princeton University Press

_____, 2009, Politique de la piété. le féminisme à l'épreuve du renouveau islamique traduit de l'anglais (États-Unis) par N. Marzouki. Paris, La Découverte.

_____, 2011, *Politics of Piety: The Islamic Revival and the Feminist Subject*. Princeton, Princeton University Press.

_____, 2012, « Sectarian Conflict and Family Law in Contemporary Egypt », *American Ethnologist*, 39 : 54-62.

MAHMOUD, M. et M. ENAMI (Translator), 2004, *Understanding the Qur'an: A Contemporary Approach*. Maryland, USA, Amana Publications.

MAJ, M., 2012, « Foreword » : XIV, in P.J. Verhagen, H.M. Van Praag, J.J. López-Ibor, J.L. Cox, D. Moussaoui (dir.), *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*. New Jersey, John Wiley & Sons.

MAJID, A., 1998, « The Politics of Feminism in Islam », *Signs*, 23, 2 : 321-361.

MAKAR, F., 2011, « 'Let Them Have Some Fun': Political and Artistic Forms of Expression in the Egyptian Revolution », *Mediterranean Politics*, 16 : 307-312.

MALSON, H., 2003, *The Thin Woman: Feminism, Post-Structuralism and the Social Psychology of Anorexia Nervosa*. Londres, Routledge.

MALTI-DOUGLAS, F., 1991, *Woman's Body, Woman's World: Gender and Discourse in Arabo-Islamic Writing*. Princeton, N.J., Princeton University Press.

MANN, C., 2015, « Women in Combat: Identifying Global Trends » : 20-35, in S. Shekhawat (dir.), *Female Combatants in Conflict and Peace: Challenging Gender in Violence and Post-Conflict Reintegration*, Berlin, Springer.

MARKUS, H.R. et S. KITAYAMA, 1991, « Culture and the Self: Implications for Cognition, Emotion, and Motivation », *Psychological Review*, 98 : 224-253.

MARMOT, M., 2004, *Status Syndrome: How Your Social Standing Directly Affects Your Health and Life Expectancy*. Londres, Bloomsbury.

MARTIN-BARO. 1994, *Writings for a Liberation Psychology*. Cambridge, Harvard University Press.

MARTIN, G., 2005, « Editorial: Globalization and Health », *Globalization and Health*, 1: 1-2.

MARTY, P., 1992, *La Psychosomatique de l'adulte*. Paris, Presses Universitaires de France.

MASON, H.I., 2013, *Al-Hallaj*. Londres, Routledge.

MASOUD, T.E., 2000, *The Arabs and Islam: The Troubled Search for Legitimacy*, United States, Daedalus.

MASSÉ, R., 1995, *Culture et santé publique*. Montréal. Gaëtan Morin Editeur.

MASSIGNON, L. et H. MASON, 1994, *The Passion of Al-Hallaj: Mystic and Martyr of Islam*. Princeton, Princeton University Press.

MAYEUR-JAOUEN, C., 1997, « V.J. Hoffman. Sufism, Mystics, and Saints in Modern Egypt », *Revue de l'histoire des religions*, 214: 121-123.

_____, 2000, « Rachida Chih, le soufisme au quotidien, confréries d'Égypte au XX^e siècle, Sindbad, préface de Michel Chodkiewicz », *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, 91-94: 432-434.

McCRACKEN, L. et C. ECCLESTON, 2003, « Coping or Acceptance: What to Do About Chronic Pain? », *Pain*, 105 : 197-204.

McCREERY, J., 1979, « Potential and Effective Meaning in Therapeutic Ritual », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 3: 53-72.

McILWAINE, C., 2013, « Urbanization and Gender-Based Violence: Exploring the Paradoxes in the Global South », *Environment and Urbanization*, 25 : 65-79.

McMANUS, J., 1979, « Ritual and Human Social Cognition », *The Spectrum of Ritual: A Biogenetic Structural Analysis*: 216-248.

MEHDI, G., JORG, R. et M.S. EISEMANN, 2003, « Personality Related to Coping and Social Support among Iranian Refugees in Sweden », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191 : 595-603.

MEISTER, R. 2010. *After Evil: A Politics of Human Rights*. Columbia, Columbia University Press. Consulté sur Internet (<http://14.139.206.50:8080/jspui/bitstream/1/2705/1/Meister,%20Robert%20-%20After%20Evil,%20A%20Politics%20of%20Human%20Rights.pdf>) le 26 juillet 2017.

MEKKI-BERRADA, A., 2010, *L'Islam en anthropologie de la santé mentale*. Münster, LIT Verlag.

_____, 2013, *Le concept organisateur de Baraka: entre thérapie et herméneutique dans les traditions ethnomédicales marocaines*. Québec, Presses de l'Université Laval.

- MERLEAU-PONTY, M., 1963, *The Structure of Behavior*. Boston, Beacon Press.
- MERNISSI, F., 1987, *Beyond the Veil: Male-Female Dynamics in Modern Muslim Society*. Indiana, Indiana University Press.
- MERSAL, I., 2011, « Revolutionary Humor », *Globalizations*, 8 : 669-674.
- MESKAOUI, Z., 2008, « Performing the Body: Haifa Wehbi in the Becoming », *Al-Raida Journal*, 122/123 : 67-70. Consulté sur Internet (<http://inhouse.lau.edu.lb/iwsaw/raida122-123/EN/p001-128.pdf#page=67>) le 20 juillet 2017.
- MESSIHA, J. et F. TEULON, 2014. L'Égypte dans la tourmente: révolution ou normalisation? *IPAG Business School Working Papers Series*, 305. Consulté sur Internet (https://www.ipag.fr/wp-content/uploads/recherche/WP/IPAG_WP_2014_305.pdf) le 2 avril 2017.
- MIGLIORE, S., 2001, « From Illness Narratives to Social Commentary: A Pirandellian Approach to "Nerves" », *Medical Anthropology Quarterly*, 15,1 : 100-125.
- MIJARES, S.G., 2015, « Tales of the Goddess » : 52-72, in S.G. Mijares, *Modern Psychology and Ancient Wisdom: Psychological Healing Practices from the World's Religious Traditions*. United Kingdom, Routledge.
- MILGRAM, S., 1963, « Behavioral Study of Obedience », *Journal of Abnormal Social Psychology*, 67, 4: 371-378.
- MILGRAM, S. et C. GUDEHUS, 1978, *Obedience to Authority*. New York, Ziff-Davis Publishing Company.
- MILLON, T., 1987, « On the Genesis and Prevalence of the Borderline Personality Disorder: A Social Learning Thesis », *Journal of Personality Disorders*, 1: 354-372.
- _____, 1993, « Borderline Personality Disorder: A Psychosocial Epidemic » : 197-210, in J. Paris (dir.), *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. Washington, D.C., American Psychiatric Press
- MILOT, T., COLLIN-VÉZINAT, D. et L. MILNE, 2013, « Traumatisme complexe. », *Observatoire sur la maltraitance envers les enfants*. Consulté sur Internet (http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_le_traumatisme_complexe.aspx) le 26 juillet 2016.
- MIRDAL, G., 1985, « The Condition of "Tightness": The Somatic Complaints of Turkish Migrant Women », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71: 287-296.
- MIRZA, I., HASSAN, R., CHAUDHARY, H. et R. JENKINS, 2006, « Eliciting Explanatory Models of Common Mental Disorders Using the Short Explanatory Model

Interview (SEMI) Urdu Adaptation--a Pilot Study », *Journal of Pakistani Medical Association*, 56 : 461-463.

MITCHELL, J. et J. ROSE, 1983, *Feminine Sexuality: Jacques Lacan and the École Freudienne*. Londres, Macmillan.

MITCHELL, T., 1990, « The Invention and Reinvention of the Egyptian Peasant », *International Journal of Middle East Studies*, 22 : 129-150.

MODRZEJEWSKI, J., 1991, *Les juifs d'Égypte: De Ramsès II à Hadrien*. Paris, A. Colin.

MOE, A.M., 2013, « Healing through Movement: The Benefits of Belly Dance for Gendered Victimization », *Affilia-Journal of Women and Social Work*, 29, 3 : 326-339.

MOHAMED, D., 2015, « On Translating a Superhero » : 137, in M. Baker (dir.), *Translating Dissent: Voices from and with the Egyptian Revolution*. Londres, Routledge.

MOHAMED, J., *The Egyptian Revolution in the Eyes of Women* [Documentaire Audio]. Cairo, American University in Cairo (Departement of Journalism and Mass Communication), 2014, 9 min 56 s. Consulté sur Internet (<http://dar.aucegypt.edu/handle/10526/4220>) le 20 juillet 2016.

MOHAMED, S., 2005, *El Reinado De Las Bailarinas (Mamlakat Al Rakesat)*, Spain, Mandala Ediciones.

MOHAMMAD, F., 1998, « Ibn Khaldun's Theory of Social Change: A Comparison with Hegel, Marx and Durkheim », *American Journal of Islamic Social Sciences*, 15, 2 : 25.

MOHANTY, C.T., 1991, « Cartographies of Struggle » : 1-47, in C.T. Mohanty, A. Russo et L. Torres (dir.), *Third World Women and the Politics of Feminism*. Indianapolis, Indiana University Press.

MOHSEN, S.K., 1994, « New Images, Old Reflections: Working Middle-Class Women in Egypt » : 56-71, in E.W. Fernea (dir.), *Women and the Family in the Middle East* Austin, TX, University of Texas Press.

MOLLICA, R., McINNES, K., PHAM, T., FAWZI, M., RPHY, E. et L. LIN, 1998, « The Dose-Effect Relationships between Torture and Psychiatric Symptoms in Vietnamese Ex-Political Detainees and a Comparison Group », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 : 543-553.

MOLLICA, R.F., CASPI-YAVIN, Y., BOLLINI, P., TRUONG, T., TOR, S. et J. LAVELLE, 1992, « The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma, and Posttraumatic Stress Disorder in Indochinese Refugees », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 : 111-116.

MÖLSÄ, M.E., HJELDE, K.H. et M. TIILIKAINEN, 2010, « Changing Conceptions of Mental Distress among Somalis in Finland », *Transcultural Psychiatry*, 47 : 276-300.

MONAHAN, J. et H.J. STEADMAN, 1996, *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Chicago, University of Chicago Press.

MONCRIEFF, J., 2014, « The Medicalisation of “Ups and Downs”: The Marketing of the New Bipolar Disorder », *Transcultural Psychiatry*, 51 : 581-598.

MOORE, T. 1992. *Care Of the Soul: A Guide for Cultivating Depth and Sacredness in Everyday Life*. New York, Harper Perennial.

MORO, M.-R. et T. NATHAN, 2004, « 25. Ethnopsychiatrie de l'enfant » : 423-446, in S. Lebovici, M. Soulé et R. Diatkine (dir.), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Volume 2)*. Paris, Presses Universitaires de France.

MORO, M.R. et Q. DE LA NOË, 2004, *Manuel de psychiatrie transculturelle: travail clinique, travail social*. Paris, Pensée sauvage.

MORO, M.R., 2009, « A Multidisciplinary Clinical Approach to Adolescents. Interview by Sylvie Warnet », *Revue De L'Infirmiere*. Consulté sur Internet (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=19537339) le 2 mai 2010.

MORSY, S.A., 1981, « Towards a Political Economy of Health: A Critical Note on the Medical Anthropology of the Middle East », *Social Science and Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 15B, 2 : 159-163.

_____, 1988, « Islamic Clinics in Egypt : The Cultural Elaboration of Biomedical Hegemony », *Medical Anthropology Quarterly*, 2, 4 : 355-369.

_____, 1993, *Gender, Sickness, and Healing in Rural Egypt : Ethnography in Historical Context*. Boulder, Colorado, Oxford, Westview Press.

MORTON, N. et K.D. BROWNE, 1998, « Theory and Observation of Attachment and Its Relation to Child Maltreatment: A Review », *Child Abuse & Neglect*, 22, 11 : 1093-1104, Consulté sur Internet (<https://www.infona.pl/resource/bwmeta1.element.elsevier-a5655f9d-beaf-3411-b43e-da96db4fce3a>) le 20 mars 2017.

MOSSALLAM, A., 2012, *Hikāyāt Sha' B–Stories of Peoplehood Nasserism, Popular Politics and Songs in Egypt 1956-1973*, Thèse, London School of Economics.

MOSTAFA, D.A., 2008, *Roses in Salty Soil: Women and Depression in Egypt Today*. Cairo, American University Cairo Press (Social Science).

MOTOYOSHI, A., 2001, « Sensibility and Synaesthesia: Ibn Al-Rūmī's Singing Slave-Girl », *Journal of Arabic Literature*, 32 : 1-29.

MOUKARBEL, N., 2009, *Sri Lankan Housemaids in Lebanon : A Case of 'Symbolic Violence' and 'Everyday Forms of Resistance'*. Amsterdam, Amsterdam University Press.

MOURAD, S., 2014, « The Stigma of Being Mentally Ill in Egypt's Abbassya Hospital », *Egyptians Streets*. Consulté sur Internet (<http://egyptianstreets.com/2014/06/02/the-stigma-of-being-mentally-ill-in-egypts-abassiya-hospital/>) le 6 Juin 2016.

MOUSAVIZADEH, V., 2010, *Legitimizing Change among Muslim Women in Malaysia and Egypt*. Consulté sur Internet (http://www.airpower.maxwell.af.mil/apjinternational/apj-af/2011/2011-1/eng/2011_1_03-E-Mousavizadeh.pdf) le 19 juillet 2014.

MUGGAH, R., 2012, *Researching the Urban Dilemma: Urbanization, Poverty and Violence*. Ottawa, International Development Research Centre.

MUNIR, L.Z., 2002, « 'He Is Your Garment and You Are His...': Religious Precepts, Interpretations, and Power Relations in Marital Sexuality among Javanese Muslim Women », *Sojourn: Journal of Social Issues in Southeast Asia*, 17, 2 : 191-220.

MURPHY, H., 1986, « The Historical Development of Transcultural Psychiatry », *Transcultural Psychiatry*. Londres, Croom Helm.

MURRAY, S.O. et W. ROSCOE, 1997, *Islamic Homosexualities: Culture, History, and Literature*. New York, New York University Press.

MUSAIGER, A., 2004, « Overweight and Obesity in the Eastern Mediterranean Region: Can We Control It? », *Eastern Mediterranean Health Journal*, 10, 6 : 789-793.

MYNARD, H. et S. JOSEPH, 1997, « Bully/Victim Problems and Their Association with Eysenck's Personality Dimensions in 8 to 13 Year-Olds », *British Journal of Educational Psychology*, 67 : 51-54.

NADA, K.H. et A.S. EL DAW, 2010, « Violence, Abuse, Alcohol and Drug Use, and Sexual Behaviors in Street Children of Greater Cairo and Alexandria, Egypt », *AIDS*, 24: S39-S44.

NAGEL, J., 1998, « Masculinity and Nationalism: Gender and Sexuality in the Making of Nations », *Ethnic and Racial Studies*, 21 : 242-269.

NAIT-BRAHIM, A., 2012, « Ideology at Work: Language as Performative Discourse », *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 23, 3 : 101-107.

NAJMABADI, A., 1993, « Veiled Discourse-Unveiled Bodies », *Feminist Studies*: 19, 3 : 487-518.

NASRALLAH, Y., 1998, « Veiled Cinema: A Conversation with Yousry Nasrallah », *Visual Anthropology Quarterly*, 10 : 381-400.

NASSER, M., 1988, « Eating Disorders: The Cultural Dimension », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23 : 184-187.

NATHAN, T., 1987, « La fonction psychique du trauma », *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie*, 7 : 7-9.

_____, 2000, « Spécificité de l'ethnopsychiatrie ». Consulté sur Internet (<http://www.ethnopsychiatrie.net/general/telecharge/specificite.pdf>) le 5 mai 2010.

NEHAOUA, S., 2010, « Prédicatrices de salon à Héliopolis: vers la salafisation de la bourgeoisie du Caire? », *Le mouvement social*, 2 : 63-76.

NELSON, C., 1968, « Changing Roles of Men and Women: Illustrations from Egypt », *Anthropological Quarterly*, 41 : 57-77.

_____, 1971, « Self, Spirit Possession and World View: An Illustration from Egypt », *International Journal of Social Psychiatry*, 17 : 194-209.

_____, 1974, « Public and Private Politics: Women in the Middle Eastern World », *American Ethnologist*, 1 : 551-563.

NEWCOMB, R., 2006, « Gendering the City, Gendering the Nation: Contesting Urban Space in Fes, Morocco », *City & Society*, 18 : 288-311.

NEWMAN, P. et P.A. HALVORSON, 1982, *Anorexia Nervosa and Bulimia*. New York, Nostrand Reinhold.

NGOKWEY, N., 1984, *Medical Pluralism in a Brazilian City*. Thèse de doctorat en anthropologie, Los Angeles, UCLA.

_____, 1995, « Naming and Grouping Illnesses in Feira (Brazil) », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 19, 3 : 385-408.

NICHTER, M., 1981, « Idioms of Distress: Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress: A Case Study from South India », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 : 379-408.

NICHTER, M. et C. NORDSTROM, 1989, « A Question of Medicine Answering », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 13 : 367-390.

NICHTER, M., 2002, « The Social Relations of Therapy Management », *New Horizons in Medical Anthropology: Essays in Honour of Charles Leslie*, 8 : 81-110.

NICHTER, M. et J.J. THOMPSON, 2006, « For My Wellness, Not Just My Illness: North Americans' Use of Dietary Supplements », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30 : 175-222.

NICHTER, M., NICHTER, M., CARKOGLU, A. et TOBACCO ETIOLOGY RESEARCH NETWORK, 2007, « Reconsidering Stress and Smoking: A Qualitative Study among College Students », *Tobacco Control*, 16 : 211-214.

NICHTER, M., 2010, « Idioms of Distress Revisited », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 34 : 401-416.

NORDANGER, D., 2007, « Discourses of Loss and Bereavement in Tigray, Ethiopia », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 31 : 173-194.

NORTON, A.R., SINGERMAN, D., MORRIS, M.E., MOGHADAM, V.M., FAKHRO, M.A., SAKTANBER, A., TARAKI, L., CHERIET, B. et S. CARAPICO, 1997, « Gender, Politics and the State: What Do Middle Eastern Women Want? », *Middle East Policy*, 5 : 155-189.

NUCKOLLS, C., 1992, « Toward a Cultural History of Personality Disorders », *Social Science and Medicine*, 35 : 37-47.

OBEYESEKERE, G., 1990, *The Work of Culture: Symbolic Transformation in Psychoanalysis and Anthropology*. Chicago, University of Chicago Press.

OKASHA, A., 1966, « A Cultural Psychiatric Study of El-Zar Cult in Uar », *The British Journal of Psychiatry*, 112 : 1217-1221.

OKASHA, A., KAMEL, M. et A. HASSAN, 1968, « Preliminary Psychiatric Observations in Egypt », *The British Journal of Psychiatry*, 114 : 949-955.

OKASHA, A., KAMEL, M., SADEK, A. et Z. LOTAIF, 1977, « Psychiatric Morbidity among University Students in Egypt », *The British Journal of Psychiatry*, 131 : 149-154.

OKASHA, A., 1978, « Mental Disorders in Pharaonic Egypt », *The Journal of the Egyptian Medical Association*, 61 (Suppl 1-2) : 3-12.

OKASHA, A. et F. LOTAIF, 1979, « Attempted Suicide », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 60 : 69-75.

OKASHA, A. et A. SEIF EL DAWLA, 1992, « Reliability of ICD-10 Research Criteria: An Arab Perspective », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86 : 484-488.

OKASHA, A., OMAR, A., LOTAIEF, F., GHANEM, M., EL DAWLA, A.S. et T. OKASHA, 1996, « Comorbidity of Axis I and Axis II Diagnoses in a Sample of Egyptian Patients with Neurotic Disorders », *Comprehensive Psychiatry*, 37 : 95-101.

OKASHA, A., 1999, « Mental Health in the Middle East: An Egyptian Perspective », *Clinical Psychology Review*, 19 : 917-933.

_____, 2000 « The Impact of Arab Culture on Psychiatric Ethics », *Ethics, Culture, and Psychiatry*: 15-28.

OKASHA, A. et T. OKASHA, 2000a, « Mental Health in Cairo (Al Qahira) », *International Journal of Mental Health*, 28 : 62-68.

_____, 2000b, « Notes on Mental Disorders in Pharaonic Egypt », *History of Psychiatry*, 11 : 413-424.

OKASHA, A., 2001, « Egyptian Contribution to the Concept of Mental Health », *Eastern Mediterranean Health Journal*, 7 : 377-380.

_____, 2003, « Mental Health Services in the Arab World », *Arab Studies Quarterly*: 39-52.

_____, 2004, « Focus on Psychiatry in Egypt », *The British Journal of Psychiatry*, 185: 266-272.

_____, 2005, « Editorial: Globalization and Mental Health: A WPA Perspective », *World Psychiatry*, 4 : 1-2.

_____, 2007, « The Individual Versus the Family: An Islamic and Traditional Societies Perspective » : 110-124, in J. Cox, A.V. Campbell et J. Neuberger (dir.), *Medicine of the Person: Faith, Science and Values in Health Care Provision*. Londres, Jessica Kingsley Publishers.

OKASHA, A. et T. OKASHA, 2010, *Contemporary Psychiatry (15th Edition) [in Arabic]* : 42-64. Cairo, Anglo Egyptian Bookshop.

OKASHA, T., ELKHOLY, H. et R. EL-GHAMRY, 2012, *Overview of the Family Structure in Egypt and Its Relation to Psychiatry*. United Kingdom, Taylor & Francis.

OLAVESON, T., 2001, « Collective Effervescence and Communitas: Processual Models of Ritual and Society in Emile Durkheim and Victor Turner », *Dialectical Anthropology*, 26 : 89-124.

OLESEN, T., 2013, « “We Are All Khaled Said”: Visual Injustice Symbols in the Egyptian Revolution, 2010–2011 », *Research in Social Movements, Conflicts and Change*, 35 : 3-25.

OLIVIER DE SARDAN, J.-P., 1995, « La politique du terrain. sur la production des données en anthropologie », *Enquête. Archives de la revue Enquête*, 1 : 71-109.

_____, 2008, « La rigueur du qualitatif. les contraintes empiriques de l'interprétation socioanthropologique. ». Consulté sur Internet (http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35759829/introduction.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1492687070&Signature=ivF%2BIpgfTfHNORtJJOZiLWvTYec%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_rigueur_du_qualitatif._Les_contrainte.pdf) le 20 avril 2017.

OLTMANN, T.F. et S. BALSIS, 2011, « Personality Disorders in Later Life: Questions About the Measurement, Course, and Impact of Disorders », *Annual Review of Clinical Psychology*, 7 : 321.

OMER, A., 2014, « Is “Docile Agency” Good for Women? ». Consulté sur Internet (<https://berkeleycenter.georgetown.edu/posts/is-docile-agency-good-for-women>) le 22 avril 2017.

OQUENDO, M., HORWATH, E. et A. MARTINEZ, 1992, « Ataques De Nervios: Proposed Diagnostic Criteria for a Culture Specific Syndrome », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16 : 367-376.

ORGANISME GÉNÉRAL DE L'INFORMATION DU GOUVERNEMENT D'ÉGYPTE. 2009, *Le tribunal de la famille*. Consulté sur Internet (<http://www.sis.gov.eg/Ar/Templates/Articles/tmpArticles.aspx?CatID=117#.U-5ofMWSy3w>) le 15 août 2014.

OTHMAN, N., 1999, « Grounding Human Rights Arguments in Non-Western Culture: Sharia and the Citizenship Rights of Women in a Modern Islamic State », *The East Asian Challenge for Human Rights*, 169.

OTTAWAY, M. et A. HAMZAWY, A., 2011, « Protest Movements and Political Change in the Arab World », *Policy Outlook, CARNEGIE Endowment for International Peace*, 28 : 1-14. Consulté sur Internet (http://carnegieendowment.org/files/ottawayhamzawy_outlook_jan11_protestmovements.pdf) le 20 Juillet 2016.

OUZGANE, L., 1997, « Masculinity as Virility in Tahar Ben Jelloun's Work », *Contagion: Journal of Violence, Mimesis, and Culture*, 4 : 1-13.

PANDOLFO, S., 2007, « The Burning 'finitude and the Politico-Theological Imagination of Illegal Migration », *Anthropological Theory*, 7, 3 : 329-363.

_____, 2008, « Testimony in Counterpoint: Psychiatric Fragments in the Aftermath of Culture », *Qui Parle*, 17 : 63-123.

PAO, P.N., 1969, « The Syndrome of Delicate Self-Cutting », *British Journal of Medical Psychology*, 42 : 195-206.

PAPPAS, G., 1990, « Some Implications for the Study of the Doctor-Patient Interaction: Power, Structure and Agency in the Works of Howard Waitzkin and Arthur Kleinman », *Social Science Medicine*, 30 : 199-204.

PARIS, J., 1988, « Follow-up Studies of Borderline Personality Disorder: A Critical Review », *Journal of Personality Disorders*, 2: 189-197.

_____, 1991, « Personality Disorders, Parasuicide, and Culture », *Transcultural Psychiatric Research Review*, 28, 1 : 25-39.

_____, 1996, « Cultural Factors in the Emergence of Borderline Pathology », *Psychiatry*, 59 : 185-192.

_____, 2004, « Sociocultural Factors in the Treatment of Personality Disorders » : 135-147, in J.J. Magnavita, *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. New Jersey, Wiley.

PARIS, J. et E. LIS, 2012, « Can Sociocultural and Historical Mechanisms Influence the Development of Borderline Personality Disorder? », *Transcultural Psychiatry*, 50, 1 : 140-151.

PARSONS, C.F. et P. WAKELEY, 1991, « Idioms of Distress: Somatic Responses to Distress in Everyday Life », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15 : 111-132.

PARSONS, J.B. et K.J. HARDING, 2011, « Post-Colonial Theory and Action Research », *Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry*, 2 : 1-6.

PASTERNAK, R., 2014, « Intergenerational Transmission of Parenting Style among Jewish and Arab Mothers in Israel », *Childhood Education*, 90 : 127-136.

PATEL, V., ARAYA, R., DE LIMA, M., LUDERMIR, A. et C. TODD, 1999, « Women, Poverty and Common Mental Disorders in Four Restructuring Societies », *Social Science & Medicine*, 49, 11 : 1461-1471.

PAULHAN, I., 1992, « Le concept de coping », *L'année psychologique*, 92 : 545-557.

PAXTON, P. et M.M. HUGHES, 2016, *Women, Politics, and Power: A Global Perspective*. Washington D.C., CQ Press.

PEDERSEN, D., 2002, « Political Violence, Ethnic Conflict and Contemporary Wars: Broad Implications for Health and Social Well-Being », *Social Science & Medicine*, 55: 175-190.

PEOPLES, F.M., 2008, « Street Harassment in Cairo: A Symptom of Disintegrating Social Structures », *African Anthropologist*, 15 : 1-20.

PEREIRA, S., BHUI, K. et S. DEIN, 1994, « Making Sense of 'Possession States': Psychopathology and Differential Diagnosis », *British Journal of Hospital Medicine*, 53: 582-586.

PERISTIANY, J., 1965, *Honour and Shame. The Values of the Mediterranean*. Londres, Weidenfeld & Nicolson.

PERISTIANY, J.G. et J.A. PITT-RIVERS, 1992, *Honor and Grace in Anthropology*. Cambridge, Cambridge University Press.

PERRIN, E., 2002, « Le creuset et l'orfèvre: le parcours d'Ahmad Amîn (1886-1954) », *Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée*, 95/98 : 307-335.

PERRY, B.D. et C.A. MALCHIODI, 2014, *Creative Interventions with Traumatized Children*. New York, Guilford Publications.

PERRY, M.J. et G.W. ALBEE, 1998, « The Deterministic Origins of Sexism », *Race, Gender & Class*, 5, 3 : 122-135.

PETERS, L., 1978, « Psychotherapy in Tamang Shamanism », *Ethos*, 6 : 63-91.

PETERS, L.G., 1994, « Rites of Passage and the Borderline Syndrome: Perspectives in Transpersonal Anthropology », *Anthropology of Consciousness*, 5 : 1-15.

PETERSON, C. et M.E. SELIGMAN, 1983, « Learned Helplessness and Victimization », *Journal of Social Issues*, 39 : 103-116.

PETIT, I., 2014, « Femmes et innovation sociétale dans l'espace méditerranéen », *IPAG Business School Working Papers Series*. Consulté sur Internet (https://www.ipag.fr/wp-content/uploads/recherche/WP/IPAG_WP_2014_339.pdf) le 2 avril 2017.

PETROVIĆ, G., 1963, « Marx's Theory of Alienation », *Philosophy and Phenomenological Research*, 23 : 419-426.

- PHAM-SCOTTEZ, A. et J.-D. GUELFY, 2003. Troubles de la personnalité: aspects cliniques et limites diagnostiques. *Annales Médico-psychologiques, Revue Psychiatrique*, 161, 9 : 727-732.
- PICKEL, A., 2005, « The Habitus Process: A Biopsychosocial Conception », *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 35 : 437-461.
- PIERREHUMBERT, B., 1996, « Les modèles de relations. Développement d'un autoquestionnaire d'attachement pour adultes », *La Psychiatrie de l'enfant*, 39 : 161-206.
- PINTO, C., DHAVALE, H.S., NAIR, S., PATIL, B. et M. DEWAN, 2000, « Borderline Personality Disorder Exists in India », *The Journal of Nervous and Mental disease*, 188 : 386-388.
- PITT-RIVERS, J.A. et A. ABŪ ZAYD, 1977, *Mediterranean Countrymen : Essays in the Social Anthropology of the Mediterranean*. Westport, Connecticut, Greenwood Press.
- PLAUT, A., 1975, « Where Have All the Rituals Gone? », *Journal of Analytical Psychology*, 20 : 3-17.
- POST, F., 1994, « Creativity and Psychopathology », *British Journal of Psychiatry*, 165, 1, : 22-34.
- POULANTZAS, N.A., 1971, *Pouvoir politique et classes sociales*. Paris, Maspéro.
- POULET, S., 1995, « Cinéma et politique en Égypte: une stratégie du rire », *Revue du monde musulman et de la Méditerranée*, 77 : 213-224.
- POWER, H. L., 1989, *Shahrazade, Turko the Terrible, and Shem: The Reader as Voyeur in Finnegans Wake. Coping with Joyce. Essays from the Copenhagen Symposium*. Columbus, Ohio State University Press.
- PRIMO, V., 2015, « Are Egypt's Women Taking Off Their Veils? », *Cairo Scene*. Consulté sur Internet (<http://www.cairoscene.com/In-Depth/Are-Egypt-s-Women-Taking-off-Their-Veil>) le 6 juin 2016.
- PSYCHOMÉDIA. 2016, « Qu'est-ce que le trouble de la personnalité limite (borderline)? (définition, symptômes, diagnostic) ». Consulté sur Internet (<http://www.psychomedia.qc.ca/personnalite/qu-est-ce-que-le-trouble-de-la-personnalite-limite-borderline>) le 7 janvier 2016.
- PUTNAM, R.D., 2000, *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, Touchstone.
- QUENTIN, J.-P., 2007, « Pour décoder la manipulation ou le marketing viral : la mémétique », *Technologies internationales (Strasbourg)*, 132 : 41-44.

RABELO, M. et L. SOUZA, 2003, « Temporality and Experience: On the Meaning of Nervoso in the Trajectory of Urban Working-Class Women in Northeast Brazil », *Ethnography*, 4 : 333-361.

RACAMIER, P.C., 1983, *Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. Paris, Payot.

RACY, J., 1980, « Somatization in Saudi Women: A Therapeutic Challenge », *The British Journal of Psychiatry*, 137 : 212-216.

RADWAN, S. et J.-L. REIFFERS, 2006, « Politique de voisinage et jalon dans le marché intérieur, quelles perspectives, quelle méthode, quel contenu, qui fait quoi ? », *Bruxelles, 10th Mediterranean Conference, 8-9 June*.

RAFEA, A., 2001, « Islam: An Expression of the Soul's Longing », *Sufism: An Inquiry*.

RASMUSSEN, S.J., 1992, « Reflections on Tamazai, a Tuareg Idiom of Suffering », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16 : 337-365.

RASSAM, A., 1986, « Sexuality in Islam. Abdelwahab Bouhdiba. (Alan Sheridan, Transl.) », *American Ethnologist*, 13, 3 : 577-577.

RASTEGAR, K., 2013, « 5. Film Studies » : 87-102, in S. Joseph (dir.), *Women and Islamic Cultures*. Leiden, Brill.

RATNER, C., 2000, « Agency and Culture », *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30, 4: 413-434. Consulté sur Internet (http://lchc.ucsd.edu/mca/Paper/00_01/agency.htm) le 4 octobre 2014.

REBHUN, L.-A., 1993, « Nerves and Emotional Play in Northeast Brazil », *Medical Anthropology Quarterly*, 7 : 131-151.

_____, 1994, « Swallowing Frogs: Anger and Illness in Northeast Brazil », *Medical anthropology quarterly*, 8 : 360-382.

RECHTMAN, R., 1998, « Anthropologie médicale et psychiatrie : de nouveaux paradigmes de recherche », *Pour la Recherche*, 17 : 2-9.

REHMAN, J., 2007, « The Sharia, Islamic Family Laws and International Human Rights Law: Examining the Theory and Practice of Polygamy and Talaq », *International Journal of Law, Policy and the Family*, 21 : 108-127.

RICOEUR, P., 1986, *Du texte à l'action, essais d'herméneutique II*. Paris, Seuil.

_____, 2013, *Le conflit des interprétations. essais d'herméneutique*. Paris, Seuil.

RIFAAT, A., 2014, *Distant View of a Minaret and Other Stories*. Illinois, Waveland Press.

RILEY, R. et E. MANIAS, 2002, « Foucault Could Have Been an Operating Room Nurse », *Journal of Advanced Nursing*, 39 : 316-324.

RINALDO, R., 2014, « Pious and Critical: Muslim Women Activists and the Question of Agency », *Gender & Society*, 28 : 824-846.

RITZER, G., 1983, « The "Mcdonaldization" of Society », *The Journal of American Culture*, 6 : 100-107.

ROBIN, R.W., CHESTER, B. et D. GOLDMAN, 1996, « Cumulative Trauma and PTSD in American Indian Communities » : 239-253, in A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity et R.M. Scurfield (dir.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, American Psychological Association (APA).

RODED, R., 2006, « Bint Al-Shati's Wives of the Prophet: Feminist or Feminine? », *British Journal of Middle Eastern Studies*, 33 : 51-66.

ROLAND, J.L., 1957, « De quelques incidences psycho-pathologiques des phénomènes de surpopulation: vue d'ensemble; aspect propre du Maroc. », *Maroc Médical*, 36 : 770-776.

ROOT, M.P., 1996, « Women of Color and Traumatic Stress in " Domestic Captivity": Gender and Race as Disempowering Statuses » : 374, in A.J. Marsella, M.J. Friedman, E.T. Gerrity et R.M. Scurfield (dir.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, American Psychological Association (APA).

ROSE, N., 2004, « Becoming Neurochemical Selves » : 89-128, in N. Stehr (dir.), *Biotechnology, Commerce and Civil Society*. New Brunswick, NJ, Transaction.

_____, 2006, « Disorders without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice », *BioSocieties*, 1 : 465-484.

ROSS, M.W., PAULSEN, J.A. et O.W. STALSTROM, 1988, « Homosexuality and Mental Health: A Cross-Cultural Review », *Journal of Homosexuality*, 15 : 131-152.

ROTH, S., NEWMAN, E., PELCOVITZ, D., VAN DER KOLK, B. et F.S. MANDEL, 1997, « Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Traumatic Stress*, 10 : 539-555.

ROTHBAUM, F., WEISZ, J., POTT, M., MIYAKE, K. et G. MORELLI, 2000, « Attachment and Culture: Security in the United States and Japan », *American Psychologist*, 55, 10 : 1093-1104.

ROUSSEAU, C., DRAPEAU, A. et S. RAHIMI, 2003, « The Complexity of Trauma Response: A 4-Year Follow-up of Adolescent Cambodian Refugees », *Child Abuse & Neglect*, 27 : 1277-1290.

ROWSON, E.K., 1991, « The Categorization of Gender and Sexual Irregularity in Medieval Arabic Vice Lists », in J.J. Epstein et K. Staub (dir.), *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*. Londres, Routledge.

ROZEMBERG, B. et L. MANDERSON, 1998, « ‘Nerves’ and Tranquilizer Use in Rural Brazil », *International Journal of Health Services*, 28 : 165-181.

RŪMĪ, J.A.-D., 1984, *Odes Mystiques*. Paris, Klincksieck.

RUTTER, M. et D.J. SMITH, 1995, *Psychosocial Disorders in Young People*. Cambridge, UK, Cambridge University Press

RYZOVA, L., 2005, « I Am a Whore but I Will Be a Good Mother: On the Production and Consumption of the Female Body in Modern Egypt », *Arab Studies Journal*, XII : 80-122.

SAFAI, H., 1973, « Les causes de divorce en droit iranien depuis la réforme de 1967 », *Revue internationale de droit comparé*, 25, 1 : 69-79.

SAFOUAN, M., 1996, « Safouan and Hirst Debate Monarchy as a Political and Psychic Institution », *Critical Quarterly*, 38 : 123-127.

SAFOUAN, M., HOUBBALLAH, A., DOUMIT, É., DESLANDES, S., LOUTFI, B., CORM, G., KADER, H.A., BENSLAMA, F., KHALIL, O. et M. HAMMAD, 2004, « La psychanalyse et le monde arabe », *La Célibataire*, 1: 11-18.

SAID, E.W., 1978, *Orientalism*. New York, Random House.

SAID, E., 1999, « Farewell to Tahia (Hommage à Tahia Carioca) publié dans *Courrier International* », *Ahram Weekly*, 7-13 October 1999. Consulté sur Internet (<http://thebestofhabibi.com/vol-17-no-4-dec-1999/farewell-to-tahia/>) le 26 juillet 2016.

SAILLANT, F., AUDET, C. et V. STASSE, 2002, « Modernité, religion, et responsabilité en matière de santé chez les femmes caboclas de l’amazone brésilienne » : 423-446, in R. Massé et J. Benoist (dir.), *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris, Karthala. Consulté sur Internet (http://classiques.uqac.ca/contemporains/saillant_francine/Modernite_religion_responsabilite/Modernite_religion_responsabilite.html) le 26 juillet 2016.

SAKAMOTO, N., MARTIN, R.G., KUMANO, H., KUBOKI, T. et S. AL-ADAWI, 2005, « Hikikomori, Is It a Culture-Reactive or Culture-Bound Syndrome? Nidotherapy and a Clinical Vignette from Oman », *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35 : 191-198.

SAKR, N., 2002, « Seen and Starting to Be Heard: Women and the Arab Media in a Decade of Change », *Social Research*, 69 : 821-850.

SALBI, Z., MEISELAS, S., PLACHY, S. et L. SINGH, 2006, *The Other Side of War: Women's Stories of Survival & Hope*. National Geographic Books.

SALBI, Z., Women, Wartime and the Dream of Peace, Ted Talk, Ideas Worth Spreading, 2010, 17:46. Consulté sur Internet (https://www.ted.com/talks/zainab_salbi) le 20 juillet 2016.

SALEM, E., SIRHAN, B., SWARTZ, M., SWEET, L., ZURAYK, C. et B. FARES, 1973, « Family Honor and the Forces of Change in Arab Society », *International Journal of Middle East Studies*, 4 : 40-54.

SALIBA, T., 1995, « On the Bodies of Third World Women: Cultural Impurity, Prostitution, and Other Nervous Conditions », *College Literature*, 22 : 131-146.

SAMI-ALI, M., 1991, *Le Banal*. Paris, Gallimard.

SAMI, M. et A. EL-GAWAD, 1995, « Transcultural Psychiatry in Egypt »: 53-64 in I. Al-Issa, *Handbook of Culture and Mental Illness: An International Perspective*. New York, International Universities Press.

SANDAY, P.R., 1981, *Female Power and Male Dominance*. New York, Cambridge University.

SANSONE, R.A., 2004, « Chronic Suicidality and Borderline Personality », *Journal of Personality Disorders*, 18 : 215-225.

SANSONE, R.A. et L.A. SANSONE, 2011, « Gender Patterns in Borderline Personality Disorder », *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8, 5 : 16-20.

SANTA MINA, E.E. et R.M., GALLOP, 1998, « Childhood Sexual and Physical Abuse and Adult Self-Harm and Suicidal Behaviour: A Literature Review », *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43 : 793-800.

SARGENT, C.F., 2003, « Gender, Body, Meaning: Anthropological Perspectives on Self-Injury and Borderline Personality Disorder », *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 10 : 25-27.

SARTRE, J.-P., 1964, *Being and Nothingness*. New York, NY, Citadel Press.

SAYAR, K. et S. KOSE, 2012, « Psychopathology and Depression in the Middle East », *Journal of Mood Disorders*, 2 : 21-27.

SAYED, M.A., 2003, « Conceptualization of Mental Illness within Arab Cultures: Meeting Challenges in Cross-Cultural Settings », *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 31 : 333-341.

SCAER, R., 2014, *The Body Bears the Burden: Trauma, Dissociation, and Disease*. Londres, Routledge.

SCHARF, M., KERNS, K.A., ROUSSEAU, S. et I. KIVENSON-BARON, 2016, « Mother-Child Attachment and Social Anxiety: Associations with Friendship Skills and Peer Competence of Arab Children », *School Psychology International*, 37 : 271-288.

SCHECHTER, D.S., MARSHALL, R., SALMÁN, E., GOETZ, D., DAVIES, S. et M.R. LIEBOWITZ, 2000, « Ataque De Nervios and History of Childhood Trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 13 : 529-534.

SCHELER, M., 1971 [1928], *Man's Place in Nature (Translated by H. Meyerhoff)*. New York, Noonday Press.

SCHENSUL, S.L., SCHENSUL, J.J. et M.D. LECOMPTE, 1999, « In-Depth, Open-Ended Interviewing », in S.L. Schensul, J.J. Schensul et M.D. Lecompte (dir.), *Essential Ethnographic Methods : Observations, Interviews, and Questionnaires*. Walnut Creek, California, AltaMira Press.

SCHEPER-HUGHES, N. et M.M. LOCK, 1987, « The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 1 : 6-41.

SCHEPER-HUGHES, N., 1988, « The Madness of Hunger: Sickness, Delirium, and Human Needs », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 12 : 429-458.

_____, 1990, « Three Propositions for a Critically Applied Medical Anthropology », *Social Science & Medicine*, 30 : 189-197.

_____, 1992, *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley, University of California Press.

SCHEPER-HUGHES N. et P.I. BOURGOIS (dir.), 2004, *Violence in War and Peace*. Oxford, Blackwell.

SCHICK, I., 2010, « The Harem as Gendered Space and the Spatial Reproduction of Gender »: 69-86, in M. Booth (dir.), *Harem Histories: Envisioning Places and Living Spaces*. Durham, Londres, Duke University Press.

SCHIELKE, S., 2009, « Being Good in Ramadan: Ambivalence, Fragmentation, and the Moral Self in the Lives of Young Egyptians », *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 15 : S24-S40.

SCHOCHAT, E., 1983, « Egypt: Cinema and Revolution », *Critical Arts*, 2 : 22-32.

SEIF EL DAWLA, A., 2003, *Al-Nafsu Tashku Wal-Jassadu Yu' Ani : Daleel Al-Mar'a Al-'Arabiyyah Fi Al-Sehha Al-Nafseya (The Soul Complains and the Body Suffers: A Woman's Guide to Psychological Health)*. Beirut, Nour Publications.

SEKKAT, F. et S. BELBACHIR, 2009, « La psychiatrie au Maroc. histoire, difficultés et défis », *L'information psychiatrique*, 85 : 605-610.

SELYE, H., 1948, « The Alarm Reaction and the Diseases of Adaptation », *Annals of Internal Medicine*, 29 : 403-415.

_____, 1976, *The Stress of Life (Revised. Edition.)*. New York, McGraw-Hill.

SEN, A., 1985, « Well-Being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984 », *The Journal of Philosophy*, 82 : 169-221.

SENGERS, G., 2003, *Women and Demons: Cultic Healing in Islamic Egypt*. Leiden, Brill.

SHAHEEN, Z., 1975, « Issues Involving Understanding of Identity among Women in Changing Societies », *Journal of Social and Criminological Research*, 4 : 111-116.

SHAHIN, E.E.-D., 2012, « The Egyptian Revolution: The Power of Mass Mobilization and the Spirit of Tahrir Square », *The Journal of the Middle East and Africa*, 3 : 46-69.

SHARIAT MOHAMMAD ABA, A., 1996, *Quête d'identité en poésie mystique persane - l'approche psychologique sur la base de l'œuvre de Rumi*, Thèse, Paris 7.

SHARIFF, I., 2003, « Global Economic Integration: Prospects and Problems », *International Journal of Development Economics: Development Review*, 1 : 163-178.

SHATI, B.A., 1971, *The Wives of the Prophet Muhammad*, Translated by M. Moosa and D.N. Ranson. Lahore (Pakistan), Ashraf.

SHAW, C. et G. PROCTOR, 2004, « Suzi's Story », *Asylum (Special Edition: Women at the Margins)*, 14 : 11-13.

_____, 2005, « I. Women at the Margins: A Critique of the Diagnosis of Borderline Personality Disorder », *Feminism & Psychology*, 15 : 483-490.

SHAW, C., 2006, « Woman at the Margins: Me, Borderline Personality Disorder and Women at the Margins », *Annual Review of Critical Psychology* : 124-137.

SHOEB, M., WEINSTEIN, H. et R. MOLLICA, 2007, « The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a Cross-Cultural Instrument for Measuring Torture, Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Iraqi Refugees », *International Journal of Social Psychiatry*, 53 : 447-463.

SHOLKAMY, H., 2004, « Conclusion: The Medical Cultures of Egypt » : 111-128, in H. Sholkamy et F. Ghannam (dir.), *Health and Identity in Egypt*. Cairo, New York, NY, American University in Cairo Press.

SHOLKAMY, H. et GHANNAM, F. (dir.), 2004, *Health and Identity in Egypt*. Cairo, New York, NY, American University in Cairo Press.

SINGER, M., 1986, « Developing a Critical Perspective in Medical Anthropology », *Medical Anthropology Quarterly*, 17 : 128-129.

SINGERMAN, D., 1995, *Avenues of Participation : Family, Politics, and Networks in Urban Quarters of Cairo*. Princeton, N.J., Princeton University Press.

_____, 2005, « Rewriting Divorce in Egypt: Reclaiming Islam, Legal Activism, and Coalition Politics » : 161-188, in R.W. Hefner, *Remaking Muslim Politics: Pluralism, Contestation, Democratization*. Princeton, Princeton University Press.

_____, 2006, « Restoring the Family to Civil Society: Lessons from Egypt », *Journal of Middle East Women's Studies*, 2 : 1-32.

SIOMOPOULOS, V., 1971, « Hysterical Psychosis: Psychopathological Aspects », *British Journal of Medical Psychology*, 44 : 95-100.

_____, 1983, *The Structure of Psychopathological Experience*. United Kingdom, Brunner-Routledge.

SKALLI, L.H., 2013, « Young Women and Social Media against Sexual Harassment in North Africa », *The Journal of North African Studies*, 19 : 244-258.

SMALL, J., 1991, *Awakening in Time: The Journey from Codependence to Co-Creation*. New York, Bantam Books.

SO, J.K., 2008, « Somatization as Cultural Idiom of Distress: Rethinking Mind and Body in a Multicultural Society », *Counselling Psychology Quarterly*, 21 : 167-174.

SOMÉ, M.P., 1993, « *Ritual* », *Power, Healing and Community*. Portland: Swan/Raven & Company.

SOWERS, J. et C. TOENSING, 2012, *The Journey to Tahrir: Revolution, Protest, and Social Change in Egypt*. New York, Verso Books.

SOYER, M. et GILBERT, P., 2012, « Debating the Origins of Sociology: Ibn Khaldun as a Founding Father of Sociology », *International Journal of Sociological Research*, 5 : 13-30.

SPANOS, N.P., 1986, « Hypnotic Behavior: A Social-Psychological Interpretation of Amnesia, Analgesia, and “Trance Logic” », *Behavioral and Brain Sciences*, 9 : 449-467.

SPIVAK, G.C., 1988, « Can the Subaltern Speak? » : 271-313, in C. Nelson. et L. Grossberg. (dir.), *Marxism and the Interpretation of Culture*. Urbana, IL, University of Illinois Press.

ST JOHN, G., 2008, *Victor Turner and Contemporary Cultural Performance*. New York, Berghahn Books.

STADNICKI, R., 2012, « Le Caire après la révolution: blocages de la ville et déblocage de l'urbanisme », *Les Carnets de l'Institut Français du Proche-Orient (IFPO)*. Consulté sur Internet (<http://ifpo.hypotheses.org/4419>) le 20 Juillet 2016.

STEARNS, C.A. et STEARNS, P.N., 1986, *Anger: The Struggle for Emotional Control in America's History*. C.A. Stearns et P.N. Stearns (dir.), Chicago, University of Chicago Press.

STRAHL, H., 2003, « Cultural Interpretations of an Emerging Health Problem: Blood Pressure in Dar Es Salaam, Tanzania », *Anthropology & Medicine*, 10 : 309-324.

STRAUSS, A.L. et CORBIN, J.M., 2004, *Les fondements de la recherche qualitative: techniques et procédures de développement de la théorie enracinée*. A.L. Strauss et J.M. Corbin (dir.), Fribourg, Academic Press Fribourg.

STRUDWICK, P., 2012, « How a Stressful Job Led to My Bipolar Diagnosis », *The Times*, 26.

STURM, G., NADIG, M. et MORO, M.R., 2011, « Current Developments in French Ethnopschoanalysis », *Transcultural Psychiatry*, 48 : 205-227.

SULEIMAN, M., MOUSSA, M. et M. EL-ISLAM, 1989, « The Profile of Parasuicide Repeaters in Kuwait », *International Journal of Social Psychiatry*, 35 : 146-155.

SUMMERFIELD, D., 1995, « Addressing Human Response to War and Atrocity. », in C.F.R. Kleber et B. Gersons (eds.), *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*. New York, Plenum Books.

_____, 1999, « A Critique of Seven Assumptions Behind Psychological Trauma Programmes in War-Affected Areas. », *Social Science & Medicine*, 48 : 1449-1462.

_____, 2001, « The Invention of Post-Traumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of a Psychiatric Category », *British Medical Journal*, 322 : 95-98.

SURYANI, L.K., 1984, « Culture and Mental Disorder: The Case of Bebainan in Bali », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8 : 95-113.

SWANSON, N.W., 2015, « Embodying Tahrir: Bodies and Geopolitics in the 2011 Egyptian Uprising », *Area*, 48, 3 : 300-307.

SWARTZ, M., 1997, « Illness and Morality in the Mombasa Swahili Community: A Metaphorical Model in an Islamic Culture », *Culture, Medicine and Psychiatry*, 21 : 89-114.

SWEDENBURG, T., 2012, « Egypt's Music of Protest' », *Middle East Report*, 42.

SZTOMPKA, P., 2000, « Cultural Trauma, the Other Face of Social Change », *European Journal of Social Theory*, 3, 4 : 449-466.

TABISHAT, M., 2000, « Al-Daght: Pressures of Modern Life in Cairo » : 203-230, in C. Nelson et S. Rouse (dir.), *Situating Globalization: Views from Egypt*. Transcript Verlag.

_____, « Society in Cinema: Anticipating the Revolution in Egyptian Fiction and Movies », *Social Research: An International Quarterly*, 79 : 377-396.

TAHA, R., 2013, « Dozens Arrested in Al-Azhar University Clashes, », *Daily News Egypt*. Consulté sur Internet (<http://www.dailynewsegypt.com/2013/12/09/dozens-arrested-in-al-azhar-university-clashes/>) le 7 octobre 2014.

TALHAMI, G.H., 1996, *The Mobilization of Muslim Women in Egypt*. Florida, University Press of Florida.

TALLIS, R., 2011, *Aping Mankind: Neuromania, Darwinitis and the Misrepresentation of Humanity*. Londres, UK, Acumen.

TARABULSY, G.M., LAROSE, S. et D.R. PEDERSON, 2000, *Attachement et développement: Le rôle des premières relations dans le développement humain*. Québec, Presse de l'Université du Québec.

TAYLOR, C., 1985, « Kant's Theory of Freedom », *Philosophy and the Human Sciences*, 2 : 318-337.

TAYMUR, A. et S. ELKHADEM, 1987, *Egyptian Proverbs and Popular Sayings. Al-Amthal Al-'Ammiyah*. Fredericton, N.B., York Press.

TELMISSANY, M., 2016, « Documenting Defiance: Women Film-Makers in Tahrir Square », *Journal of African Cinemas*, 8 : 117-128.

TEO, A.R. et A.C., GAW, 2010, « Hikikomori, a Japanese Culture-Bound Syndrome of Social Withdrawal?: A Proposal for DSM-5 », *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 198 : 444-449.

TOBIN, M., 2000, « Developing Mental Health Rehabilitation Services in a Culturally Appropriate Context », *Australian Health Review*, 23 : 177-184.

TOMASELLO, M., KRUGER, A.C. et RATNER, H.H., 1993, « Cultural Learning », *Behavioral and Brain Sciences*, 16 : 495-511.

TORCHIA, A. et A. ABOULENEIN, 2016, « Egypt to Face Pain before Gain after Massive Currency Devaluation », *Reuters*. Consulté sur Internet (<http://www.reuters.com/article/us-egypt-currency-economy-idUSKBN1321RG>) le 19 mars 2017.

TORGERSEN, S., LYGREN, S., ØIEN, P.A., SKRE, I., ONSTAD, S., EDVARDBSEN, J., TAMBS, K. et E. KRINGLEN, 2000, « A Twin Study of Personality Disorders », *Comprehensive Psychiatry*, 41 : 416-425.

TREMBLAY, J., PEDERSEN, D. et C. ERRAZURIZ, 2008, « Assessing Mental Health Outcomes of Political Violence and Civil Unrest in Peru », *International Journal of Social Psychiatry*, 55 : 449-463.

TRIPPANY, R.L., HELM, H.M. et L. SIMPSON, 2006, « Trauma Reenactment: Rethinking Borderline Personality Disorder When Diagnosing Sexual Abuse Survivors », *Journal of Mental Health Counseling*, 28 : 95-110.

TRNKA, S., 2007, « Languages of Labor: Negotiating the “Real” and the Relational in Indo-Fijian Women's Expressions of Physical Pain », *Medical Anthropology Quarterly*, 21 : 388-408.

TSENG, W.S. et J.E., McDERMOTT, 1981, *Culture, Mind, and Therapy*. New York, Bruner/Mazel.

TSEU, L., 2014, *Tao Te King* (Texte français d'Antoine de Vial). Orizons

TUCKER, J., 1976, « Egyptian Women in the Work Force: An Historical Survey », *MERIP Reports*: 3-26.

_____, 1993, *Gender and Islamic History*. American Historical Association.

TUPIN, J.P., HALBREICH, U. et J.J. PENA, 1984, *Transient Psychosis: Diagnosis, Management, and Evaluation*. Brunner/Mazel Publisher.

TURNER, B.S., 1998, *Weber and Islam* : 1-21. Londres, Routledge.

TURNER, V., 1969, *The Ritual Process*. Chicago, Aldine Press.

TYRER, P. et ALEXANDER, J., 1979, « Classification of Personality Disorder », *The British Journal of Psychiatry*, 135 : 163-167.

ÜNAL, S., KAYA, B. et H.D. YALVAÇ, 2007, « Patients' Explanation Models for Their Illness and Help-Seeking Behavior », *Turkish Journal of Psychiatry*, 18 : 38-47.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM (EGYPT), 2003, « *Egypt Country Profile* ». Consulté sur Internet (<http://www.undp.org.eg/profile/egypt.htm>) le 5 mai 2010.

UNWOMEN, 2016, « *Arab States/ North Africa* », *Egypt*. Consulté sur Internet (<http://arabstates.unwomen.org/en/countries/egypt>) le 23 juillet 2016.

USSHER, J.M., 1991, *Women's Madness: Misogyny or Mental Illness?*, Massachusett, University of Massachusetts Press.

UTAS, M., 2005, « Victimcy, Girlfriending, Soldiering: Tactic Agency in a Young Woman's Social Navigation of the Liberian War Zone », *Anthropological Quarterly*, 78 : 403-430.

VALÉRY, P., 1931, *L'idée fixe*. Œuvres II. La Pléiade. Paris, Gallimard.

VALLEJO, J.O., 1986, « Withdrawal: A Basic Positive and Negative Adaptation in Addition to Compliance and Rebellion », *Transactional Analysis Journal*, 16 : 114-119.

VAN DER KOLK, B.A., 1989, « The Compulsion to Repeat the Trauma. Re-Enactment, Revictimization, and Masochism », *Psychiatric Clinics of North America*, 12 : 389-411.

VAN DER KOLK, B.A., PERRY, J.C. et J.L. HERMAN, 1991, « Childhood Origins of Self-Destructive Behavior », *American Journal of Psychiatry*, 148 : 1665-1671.

VAN DER KOLK, B.A., 1996, « The Body Keeps the Score: Approaches to the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder » : In B. Van Der Kolk, A. Mcfarlane et L. Weisaeth (dir.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind*. New York, Guilford Press.

_____, 2005, « Developmental Trauma Disorder », *Psychiatric Annals*, 35 : 401-408.

VAN DER KOLK, B.A. et C.A. COURTOIS, 2005, « Editorial Comments: Complex Developmental Trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 18: 385-388.

VAN DER KOLK, B.A., ROTH, S., PELCOVITZ, D., SUNDAY, S. et J. SPINAZZOLA, 2005, « Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma », *Journal of Traumatic Stress*, 18 : 389-399.

VAN DER KOLK, B.A., McFARLANE, A.C. et L. WEISAETH, 2007, *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York, Guilford Press.

VAN DER MAREN, J.-M., 2004, *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal; Bruxelles, Presses de l'Université de Montréal.

VAN SCHAİK, E., 1989, « Paradigms Underlying the Study of Nerves as a Popular Illness Term in Eastern Kentucky », *Medical Anthropology*, 11 : 15-28.

VANNETZEL, M., 2011, « Secret public, réseaux sociaux et morale politique. les frères musulmans et la société égyptienne », *Politix* : 77-97.

VATIKIOTIS, P.J., 1986, *The History of Egypt*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.

VIDEAU, A., 2012, « Les femmes du bus 678. Film égyptien de Mohamed diab », *Hommes et migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*: 167.

VINSON, P.H., 2008, « Shahradian Gestures in Arab Women's Autobiographies: Political History, Personal Memory, and Oral, Matrilineal Narratives in the Works of Nawal El Saadawi and Leila Ahmed », *National Women Studies Association Journal*, 20: 78-98.

VIVARELLI, N., 2016, « Egyptian Thesp Nelly Karim on How the Arab Creative Community Can Fight Isis », *Variety*. Consulté sur Internet (<http://variety.com/2016/film/global/egyptian-thesp-nelly-karim-on-how-the-arab-creative-community-can-fight-isis-1201737495/>) le 27 juillet 2016.

WACQUANT, L., 2016, « A Concise Genealogy and Anatomy of Habitus », *The Sociological Review*, 64 : 64-72.

WASSEF, N., 2001, « On Selective Consumerism: Egyptian Women and Ethnographic Representations », *Feminist review*, 69, 1 : 111-123.

WATERBURY, J., 1976, « Corruption, Political Stability and Development: Comparative Evidence from Egypt and Morocco », *Government and Opposition*, 11 : 426-445.

WATTERS, E., 2010a, *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*. New York, Simon and Schuster.

_____, 2010b, « The Americanization of Mental Illness », *The New York Times*, 8.

WEBER, C., 2001, « Unveiling Scheherazade: Feminist Orientalism in the International Alliance of Women, 1911-1950 », *Feminist Studies*, 27 : 125-157.

WEBER, M., PARSONS, T. et A. SWIDLER, 1993, « The Sociology of Religion Introd. By Talcott Parsons with a New Foreword by Ann Swidler » : 1-31, Boston, Beacon press.

WEISFELD, G.E., 1990, « Sociobiological Patterns of Arab Culture », *Ethology and Sociobiology*, 11 : 23-49.

WEISS, M., 1997, « Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC): Framework for Comparative Study of Illness », *Transcultural Psychiatry*, 34 : 235-263.

_____, 2001, « Cultural Epidemiology: An Introduction and Overview », *Anthropology & Medicine*, 8 : 5-29.

WELLENKAMP, J., 1995, « Cultural Similarities and Differences Regarding Emotion Disclosure: Some Examples from Indonesia and the Pacific » : 293–309, in J.W. Pennebaker (dir.), *Emotion, Disclosure, and Health*. Washington, DC, American Psychological Association.

WELLER, S.C., BAER, R.D., DE ALBA GARCIA, J.G. et A.L.S. ROCHA, 2008, « Susto and Nervios: Expressions for Stress and Depression », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 32 : 406-420.

WELLS, C., 2012, « After Recent Ban, List Shows Five of Egypt's 100 Most Visited Websites Are Pornographic », *New York Daily News*. Consulté sur Internet (<http://www.nydailynews.com/news/world/porn-sneaks-egypt-top-100-sites-article-1.1201572>) le 19 mars 2017.

WEN, J.-K. et C.-L. WANG, 1981, « Shen-K'uei Syndrome: A Culture-Specific Sexual Neurosis in Taiwan » : 357-369, in A. Kleinman et T.Y. Lin, *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture*. Berlin, Springer.

WERBNER, P., 2015, « *Between Piety, Agency and Ethical Leadership: A Critical Response to Saba Mahmood* ». Consulté sur Internet (<http://genderinstitute.anu.edu.au/between-piety-agency-and-ethical-leadership>) le 22 avril 2017.

WERBROUCK, M., 1938, *Les pleureuses dans l'Égypte ancienne*. Editions de la Fondation égyptologique reine Elisabeth.

WHITE, G., 1982, « The Role of Cultural Explanations in “Somatization” and “Psychologization” », *Social Science Medicine*, 16 : 1519-1530.

WIEVIORKA, M., 1998, « Le nouveau paradigme de la violence », *Cultures & Conflits*, 29/30. Consulté sur Internet (<http://conflits.revues.org/index724.html>) le 10 octobre 2010.

_____, 2002, « Le conflit contre la violence », *Cosmopolitiques*, 2. Consulté sur Internet (<http://www.cosmopolitiques.com/sites/default/files/wieworka.pdf>) le 13 mai 2016.

- WIKAN, U., 1980, *Life among the Poor in Cairo*. Londres, Tavistock Publications.
- WILBER, K., 1979, *No Boundary: Eastern and Western Approaches to Personal Growth*. Center Publications.
- WILCE, J.M., 2008, « Scientizing Bangladeship Psychiatry: Parallelism, Enregisterment, and the Cure for a Magic Complex », *Language in Society*, 37 : 91–114.
- WILKINS, T. et S. WARNER, 2000, « Understanding the Therapeutic Relationship – Women Diagnosed as Borderline Personality Disordered », *The British Journal of Forensic Practice*, 2 : 30-37.
- _____, 2001, « Women in Special Hospitals: Understanding the Presenting Behaviour of Women Diagnosed with Borderline Personality Disorder », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 : 289-297.
- WILKINSON-RYAN, T. et D. WESTEN, 2000, « Identity Disturbance in Borderline Personality Disorder: An Empirical Investigation », *American Journal of Psychiatry*, 157. 4 : 528-541.
- WILKINSON, R.G., 2005, *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. New York, New Press.
- WILKINSON, I., 2015, « *Social Suffering as an Approach to Human Understanding* ». Consulté sur Internet (http://www.academia.edu/2521946/Social_Suffering_as_an_Approach_to_Human_Understanding) le 31 mars 2017.
- WINEFIELD, A.H., MONTGOMERY, B., GAULT, U., MULLER, J., O’GORMAN, J., RESER, J. et D. ROLAND, 2002, « The Psychology of Work and Unemployment in Australiatoday: An Australian Psychological Society Discussion Paper », *Australian Psychologist*, 37 : 1-9.
- WINNICOTT, D.W., 1953, « Transitional Objects and Transitional Phenomena », *The International Journal of Psycho-Analysis*, 34 : 89-97.
- _____, 1960, « Ego Distortion in Terms of True and False Self » : 140-152, in D.D. WINNICOTT, *The Maturational Processes and The Facilitating Environment*. Londres, Karnac Books.
- WINTON, A., 2004, « Urban Violence: A Guide to the Literature », *Environment and Urbanization*, 16 : 165-184.
- WINZELER, R.L., 1995, *Latah in South-East Asia: The History and Ethnography of a Culture-Bound Syndrome*. Cambridge, Cambridge University Press.

WIRTH-CAUCHON, J., 2001, *Women and Borderline Personality Disorder: Symptoms and Stories*. Rutgers, Rutgers University Press.

WISE, L.R., 2003, *Words from the Heart: New Forms of Islamic Preaching in Egypt*. Oxford, University of Oxford.

WITTKOWER, E. et G. DUBREUIL, 1973, « Psychocultural Stress in Relation to Mental Illness », *Social Science & Medicine*, 7 : 691-704.

WOLF, R.K., 2006, « The Poetics of “Sufi” Practice: Drumming, Dancing, and Complex Agency at Madho Lāl Husain (and Beyond) », *American Ethnologist*, 33 : 246-268.

WOODMAN, M., 1987, « From Concrete to Consciousness » : in L. C. Mahdi, S. Foster et M. Little (dir.), *The Emergence of the Feminine. In Betwixt and Between: Patterns of Masculine and Feminine Initiation*. LaSalle, IL, Open Court Publishing.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, « Cross-National Comparisons of the Prevalences and Correlates of Mental Disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology », *Bulletin World Health Organization*, 78 : 413-426.

_____, 2003, « *Gender and Women's Health. Gender Disparities in Mental Health: The Facts* ». Consulté sur Internet (www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/) le 13 mars 2013.

_____, 2006, « *Who Report on Mental Health System in Egypt* ». Consulté sur Internet (http://www.who.int/mental_health/evidence/who_aims_report_egypt.pdf) le 20 septembre 2010.

_____, 2017, « *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates* ». Consulté sur Internet (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>) le 20 septembre 2010.

WORLD POPULATION REVIEW, 2016, « *Cairo Population 2016* ». Consulté sur Internet (<http://worldpopulationreview.com/world-cities/cairo-population/>) le 23 juillet 2016.

WRIGHT, E.O., 1978, *Classes, Crisis and the State*. Londres, New Left Books.

YANG, J., McCRAE, R.R., COSTA, P.T., YAO, S., DAI, X., CAI, T. et B. GAO, 2000, « The Cross-Cultural Generalizability of Axis-II Constructs: An Evaluation of Two Personality Disorder Assessment Instruments in the People's Republic of China », *Journal of Personality Disorders*, 14 : 249-263.

YAP, P.M., 1969 «The Culture Bound Reactive Syndromes » : in W. Caudill et T. Lin (dir.), *Mental Health Research in Asia and the Pacific*. Hawaii, East-West Center Press.

YASER ABDELHAMID, N., 2012, « Unani Medical Theory in Principle, Part 2—The Vis Medicatrix Naturae », *Integrative Medicine*, 11 : 26-33.

YEN, S., SHEA, M.T., BATTLE, C.L., JOHNSON, D.M., ZLOTNICK, C., DOLAN-SEWELL, R., SKODOL, A.E., GRILO, C.M., GUNDERSON, J.G., SANISLOW, C.A., ZANARINI, M.C., BENDER, D.S., RETTEW, J.B. et T.H. McGLASHAN, 2002, « Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Borderline, Schizotypal, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 : 510-518.

YOUNG, A., 1990, « Moral Conflicts in a Psychiatric Hospital Setting: Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder » : 65-82, in G. Weisz (dir.), *Social Science Perspectives on Medical Ethics*. Dordrecht, The Netherlands, Kluwer.

_____, 1995, *The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder*. Princeton, Princeton University Press.

_____, 2000, « History, Hysteria and Psychiatric Styles of Reasoning » : 135-162, in M.M. Lock et A. Cambrosio (dir.), *Living and Working with the New Medical Technologies: Intersections of Inquiry*. New York, Cambridge University Press.

YOUNT, K.M., 2002, « Like Mother, Like Daughter? Female Genital Cutting in Minia, Egypt », *Journal of Health and Social Behavior*, 43 : 336-358.

YOUNT, K.M. et E.M. AGREE, 2004, « The Power of Older Women and Men in Egyptian and Tunisian Families », *Journal of Marriage and Family*, 66 : 126-146.

YOUNT, K.M., 2005, « Women's Family Power Gender Preference in Minya, Egypt », *Journal of Marriage Family*, 67 : 410-428.

_____, K.M., 2011, « Women's Conformity as Resistance to Intimate Partner Violence in Assiut, Egypt », *Sex Roles*, 64 : 43-58.

YOUNT, K.M. et L. LI, 2011, « Domestic Violence and Obesity in Egyptian Women », *Journal of Biosocial Science*, 43 : 85-99.

YOUSSEF, J. et F.P. DEANE, 2006, « Factors Influencing Mental-Health Help-Seeking in Arabic-Speaking Communities in Sydney, Australia », *Mental Health, Religion & Culture*, 9 : 43-66.

ZANARINI, M.C. et F.R. FRANKENBURG, 1997, « Pathways to the Development of Borderline Personality Disorder », *Journal of Personality Disorders*, 11 : 93-104.

ZANARINI, M.C., 2000, « Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder », *Psychiatric Clinics of North America*, 23 : 89-101.

ZIEDAN, Y., 2012, *Azazel*. Londres, Atlantic Books Ltd.

_____, 2014, *La Malédiction D'Azazel*, *Transl. de Khaled Osman*. Paris, Albin Michel.

ZLOTNICK, C., SHEA, M.T., PEARLSTEIN, T., SIMPSON, E., COSTELLO, E. et A. BEGIN, 1996, « The Relationship between Dissociative Symptoms, Alexithymia, Impulsivity, Sexual Abuse, and Self-Mutilation », *Comprehensive Psychiatry*, 37 : 12-16.

ZLOTNICK, C., MATTIA, J.I. et M. ZIMMERMAN, 2001, « The Relationship between Posttraumatic Stress Disorder, Childhood Trauma and Alexithymia in an Outpatient Sample », *Journal of Traumatic Stress*, 14 : 177-188.

ZLOTNICK, C., FRANKLIN, C.L. et M. ZIMMERMAN, 2002, « Is Comorbidity of Posttraumatic Stress Disorder and Borderline Personality Disorder Related to Greater Pathology and Impairment? », *American Journal of Psychiatry*, 159 : 1940-1943.

ZOHDI, Y., 2013, « Egypt's Modern History Told through One Woman's Daily Struggle », *Ahram Online*. Consulté sur Internet (<http://english.ahram.org.eg/News/77977.aspx>) le 6 juin 2016.

ZUBAIDA, S., 1992, « Islam, the State and Democracy: Contrasting Conceptions of Society in Egypt », *Middle East Report* : 2-10.

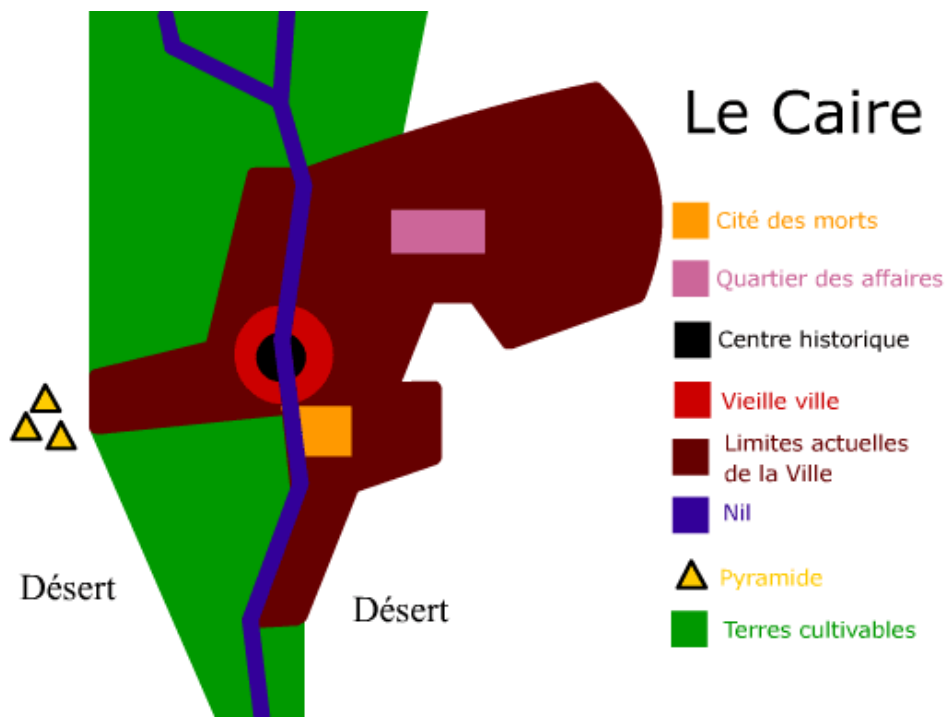
ZUHUR, S., 1992, *Revealing Reveiling: Islamist Gender Ideology in Contemporary Egypt*. New York, SUNY Press.

ZUKERAN, P., 2010, « *Avatar and the Longing for Eden* ». Consulté sur Internet (<https://www.probe.org/avatar-and-the-longing-for-eden/>) le 2 avril 2017

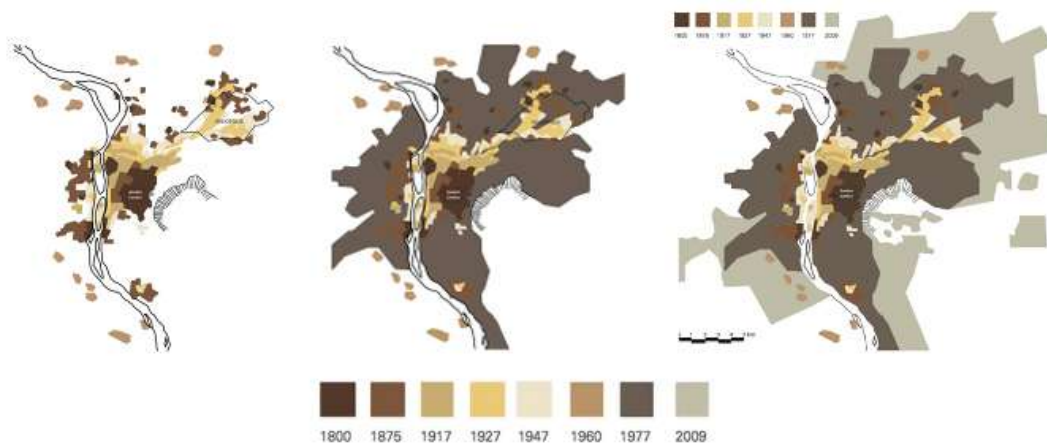
ZURAYK, H., KHATTAB, H., YOUNIS, N., KAMAL, O. et M. EL-HELW, 1995, « Comparing Women's Reports with Medical Diagnoses of Reproductive Morbidity Conditions in Rural Egypt », *Studies in Family Planning*, 26 : 14-21.

Annexe 2. Carte schématique de la ville du Caire

Source : Service national du RÉCIT de l'univers social



Annexe 3. L'évolution urbaine de l'agglomération du Grand Caire



Source : Fait par les étudiants de KU Leuven pendant un atelier sur Héliopolis à l'Université Ain Shams, 2010, modifiée par les chercheurs.

Annexe 4. Thèmes des entretiens semi-dirigés

Ces entretiens comprennent des questions relatives aux :

(1) Informations personnelles : Âge ; niveau d'éducation ; profession ; revenu ; lieu et type d'habitation ; niveau de salubrité (eau courante, électricité, toiture, routes) ; confession religieuse ; situation familiale ; nombres d'enfants ; relation avec la famille.

(2) Situation sociopsychologique actuelle de la répondante : existence de souffrance psychologique, son état psychologique actuel et si elle a été victime de violence et traumatisée par elle (voir questions en arabe annexe 5). En cas d'existence de souffrance psychologiques et de violence actuelle ou passée, les questions ci-dessous ont été alors posées :

- **La présence de symptômes de TPL :** grâce au SCID II/NP (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders Non-patient Edition for axis II* ; First et al. 2007, version arabe dialectal égyptien) (annexe 6) ;

- **La présence de symptômes d'ESPT complexe** en se référant aux critères diagnostiques définis par le DSM-IV TR (American Psychiatric Association 2000) (annexe 7) ;

- **La relation de la répondante à sa souffrance :** Les questions ont été inspirées du *Explanatory Model of Illness Short version* (SEMI) (modèle explicatif de la maladie, version courte ; Kleinman 1980 ; Kleinman et Benson 2006 ; Jacob et al. 1998 ; Lloyd et al. 1998 ; Weiss 1997) (annexes 9 et 10).

(3) Existence d'expériences traumatiques de victimisation :

-Violence Directe :

L'identification de la personne responsable de la violence (le partenaire (si la répondante est mariée) ou une autre personne de la famille, entourage, employeur) ; la définition du type de violence : physique, sexuelle ou psychologique (voir questions en arabe annexe 5).

-Violence Indirecte :

Les questions posées ont été relatives à : la malnutrition ; les mauvaises conditions socioéconomiques ; l'inaccessibilité des soins de santé ; les structures éducatives inappropriées, l'inégalité des chances d'emploi ; la surpopulation ; la ségrégation par le genre (Patel et al. 1999).

Annexe 5. Thèmes des entrevues semi-dirigées : Informations personnelles et sur la violence

(En arabe littéraire et exprimés aux femmes rencontrées en arabe dialectal égyptien)

إستمارة إستبيان

الأسم :

السن :

العنوان :

رقم التليفون :

المستوي التعليمي :

الحالة الإجتماعية :

المهنة :

- هل أنت سعيدة في حياتك ؟
- ما هي المشكلة أو المشكلات التي تعاني منها ؟
- منذ متي شعرت بوجود مشكلة لديك ؟
- كيف تعاملتي معها ؟
- ما أثر تلك المشكلات علي حالتك النفسية ؟
- هل لجأت لأحد لمساعدتك في حل تلك المشكلة ؟
- من هو الشخص أو الأماكن التي لجأت إليها لمساعدتك ؟
- هل يقع عليك عنف ؟
- ما هو شكل العنف الواقع عليك ؟
 - عنف نفسي
 - عنف أسري
 - عنف جنسي
 - عنف قانوني
 - نوع آخر
- كيف يمارس عليك ؟
 - سب بالالفاظ
 - ضرب بالأيدي
 - ضرب بأداة حادة
 - حرق
 - الإرغام علي ممارسة الجنس
 - الإرغام علي ممارسة الشذوذ الجنسي
 - إهانة دائمة في المطلق
 - طرد من المنزل
 - حرمان من الإرث

اخرى

- هل يتم ذلك بصورة متكررة؟
- من الذي يقوم بالعنف ضدك؟
- منذ متى يقوم يقوم بممارسة العنف ضدك؟
- هل المعنف يكون مدرك لما يفعله أم انه يكون تحت تأثير المخدر؟
- هل هناك من يقوم بمساندتك؟
- لماذا يقوم بمساندتك؟
- هل هناك آثار لذلك العنف علي أبنائك؟
- هل يتم ممارسة العنف ضدك في وجود أحد؟
- ما موقف أهلك من ذلك؟
- ماذا تفعلين حين تتعرضي لهذا النوع من العنف؟
- الشكوي للجيران او الاهل
- الضرب
- محاولة الانتحار
- لا شيء
- السب بالالفاظ
- اللجوء لتعاطي المخدرات
- الهروب من المنزل
- آخر

Annexe 6. Structural clinical interview for DSM disorders non-patient edition for Axis II (SCID/NP)

(First et al. 2007)

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE		
<p>90. Vous avez dit que vous vous êtes (Vous êtes-vous) souvent mis(e) hors de vous à l'idée qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter.</p> <p>Qu'aviez-vous fait ?</p> <p>L'aviez-vous menacé(e) ou supplié(e) ?</p>	<p>Un modèle diffus d'instabilité dans des relations interpersonnelles, la perception de soi, l'affectivité, l'impulsivité prononcée, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq (ou plus) des cas suivants :</p> <p>(1) des efforts prodigieux pour éviter des abandons réels ou imaginaires (N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5))</p> <p>3 = plusieurs exemples</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>112</p>
<p>91. Vous avez dit que (Est-ce que) vos relations avec les personnes que vous aimez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas.</p> <p>Parlez-moi d'eux.</p> <p>(Y a-t-il eu des moments où vous pensiez qu'ils étaient tout ce que vous vouliez et puis d'autres où vous pensiez qu'ils étaient affreux ? Combien de relations étaient comme ça ?)</p>	<p>(2) un modèle de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par le balancement entre des extrêmes : l'idéalisation et la désinvolture.</p> <p>3 = soit une relation prolongée ou plusieurs relations courtes dans lesquelles le modèle de balancement arrive au moins deux fois.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>113</p>
<p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p>	<p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>		

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

<p>92. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) brusquement changé votre image de vous même et vos objectifs de vie.</p> <p>Donnez-moi des exemples de ceci.</p>	<p>(3) Trouble de l'identité : perception de soi, ou sens de soi résolument et constamment instable.</p> <p>Remarque : n'inclue pas les incertitudes naturelles de l'adolescence.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>114</p>
<p>93. Vous avez dit que (Est-ce que) l'image de vous même change souvent radicalement.</p> <p>Dites m'en plus à ce sujet.</p>			
<p>94. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) différent en fonction des gens ou des situations à tel point que vous ne savez plus qui vous êtes réellement.</p>			
<p>95. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) eu beaucoup de changements soudains dans vos objectifs, vos projets de carrière, vos convictions religieuses, etc...</p> <p>Dites m'en plus à ce sujet.</p>			
<p>96. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent fait des choses impulsivement.</p> <p>Quel genre de choses ?</p> <p>(Et...</p> <p>... acheter des choses que vous ne pouvez vraiment pas vous permettre?</p> <p>... avoir des rapports sexuels avec des personnes que vous connaissiez à peine, ou avoir « des rapports non protégés »</p> <p>... trop boire ou prendre de la drogue?</p> <p>... conduire de façon imprudente ?</p> <p>... manger de façon incontrôlée ?</p> <p>si OUI A L'UNE DES PHRASES CI DESSUS : Parlez-moi de cela. Tout les combien cela arrive-t-il ? Quel genre de problème cela a t-il causé ?</p> <p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p>	<p>(4) impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement l'auto-préjudice (par exemple : les dépenses, le sexe, l'abus de substances, l'imprudence au volant, la boulimie)</p> <p>(N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5))</p> <p>3 = plusieurs exemples montrent un modèle de comportement impulsif (qui ne se limite pas aux exemples cités ci-dessus).</p> <p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>115</p>

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

<p>97. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou menacé de le faire.</p>	<p>(5) un comportement suicidaire récurrent, des actions, des menaces, ou des comportements d'automutilation.</p> <p>3 = deux ou plusieurs cas (quand pas dans un Passage Dépressif Important).</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>116</p>
<p>98. Vous avez dit que vous vous êtes (Vous êtes-vous) déjà intentionnellement coupé(e), brûlé(e), ou écorché(e).</p> <p>Dites m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(6) une instabilité affective due à une humeur susceptible prononcée (par exemple : période intense de dysphorie, d'irritabilité, ou d'anxiété durant généralement quelques heures et seulement rarement plus de quelques jours.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>117</p>
<p>99. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) beaucoup de soudains changements d'humeur.</p> <p>Dites m'en plus à ce sujet.</p> <p>(Combien de temps durent vos « mauvaises » humeurs ? Tout les combien ces sautes d'humeur arrivent-elles ? Avec quelle rapidité vos humeurs changent-elles ?)</p>	<p>(7) sentiments chroniques de vide.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>118</p>
<p>100. Vous avez dit que vous vous sentez (Vous sentez-vous) souvent vide de l'intérieur.</p> <p>Dites m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(8) une colère incongrue, intense ou des difficultés à contrôler la colère (par exemple : emportements d'humeur, colère constante, bagarres répétées.)</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple OU plusieurs exemples.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>119</p>
<p>101. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent des crises de colère ou vous vous mettez (Vous mettez-vous) tellement en colère que vous perdez le contrôle de vous-même.</p> <p>Dites m'en plus à ce sujet.</p>	<p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple OU plusieurs exemples.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>119</p>
<p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p>	<p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>		

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

102. Vous avez dit que vous frappez (Frappez-vous) les gens ou vous jetez (jetez-vous) des choses lorsque vous vous mettez en colère.

Dites m'en plus à ce sujet

(Cela arrive-t-il souvent ?)

103. Vous avez dit que (Est-ce que) même de petites choses vous mettent très en colère.

Quand cela arrive-t-il ?

(Cela arrive-t-il souvent ?)

104. Vous avez dit que vous devenez (Devenez-vous) soupçonneux(se) vis à vis des autres ou que vous vous sentez (vous sentez-vous) particulièrement sous influence ?

Parlez-moi de cela.

(9) stress passé lié à la création d'idées paranoïaques ou de sévères symptômes dissociés.

3 = plusieurs exemples qui n'arrivent pas uniquement pendant un Trouble Psychotique ou un Trouble de l'Humeur avec des Caractéristiques Psychotiques.

120

AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES
« 3 »

121

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

Annexe 7. Critères diagnostiques du ESPT complexe

ou Trouble de Stress Extrême Sans Autre Indication (TSESAI) (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS)) DSM IV TR (American Psychiatric Association 2000)

Table 1
DIAGNOSTIC CRITERIA FOR
DISORDERS OF EXTREME STRESS
(DESNOS)^A

- I. Alteration in Regulation of Affect and Impulses
(A and 1 of B–F required):
 - A. Affect Regulation (2)
 - B. Modulation of Anger (2)
 - C. Self-Destructive
 - D. Suicidal Preoccupation
 - E. Difficulty Modulating Sexual Involvement
 - F. Excessive Risk-taking

- II. Alterations in Attention or Consciousness
(A or B required):
 - A. Amnesia
 - B. Transient Dissociative Episodes and Depersonalization

- III. Alterations in Self-Perception
(Two of A–F required):
 - A. Ineffectiveness
 - B. Permanent Damage
 - C. Guilt and Responsibility
 - D. Shame
 - E. Nobody Can Understand
 - F. Minimizing

- IV. Alterations in Relations With Others
(One of A–C required):
 - A. Inability to Trust
 - B. Revictimization
 - C. Victimizing Others

- V. Somatization
(Two of A–E required):
 - A. Digestive System
 - B. Chronic Pain
 - C. Cardiopulmonary Symptoms
 - D. Conversion Symptoms
 - E. Sexual Symptoms

- VI. Alterations in Systems of Meaning
(A or B required):
 - A. Despair and Hopelessness
 - B. Loss of Previously Sustaining Beliefs

^ANumbers in parentheses indicate number of subscale items required for endorsement of subscale. Only one item required for endorsement of all other subscales.

Annexe 8. Developmental trauma disorder

(Van der Kolk 2005 : 14)

Developmental Trauma Disorder

A. Exposure

- Multiple or chronic exposure to one or more forms of developmentally adverse interpersonal trauma (eg, abandonment, betrayal, physical assaults, sexual assaults, threats to bodily integrity, coercive practices, emotional abuse, witnessing violence and death).
- Subjective experience (eg, rage, betrayal, fear, resignation, defeat, shame).

B. Triggered pattern of repeated dysregulation in response to trauma cues

Dysregulation (high or low) in presence of cues. Changes persist and do not return to baseline; not reduced in intensity by conscious awareness.

- Affective.
- Somatic (eg, physiological, motoric, medical).
- Behavioral (eg, re-enactment, cutting).
- Cognitive (eg, thinking that it is happening again, confusion, dissociation, depersonalization).
- Relational (eg, clinging, oppositional, distrustful, compliant).
- Self-attribution (eg, self-hate, blame).

C. Persistently Altered Attributions and Expectancies

- Negative self-attribution.
- Distrust of protective caretaker.
- Loss of expectancy of protection by others.
- Loss of trust in social agencies to protect.
- Lack of recourse to social justice/retribution.
- Inevitability of future victimization.

D. Functional Impairment

- Educational.
- Familial.
- Peer.
- Legal.
- Vocational.

Annexe 9. Explanatory Model Interview Catalog (EMIC)

(Weiss 1997)

WEISS: EXPLANATORY MODEL INTERVIEW CATALOGUE (EMIC)

Empowering introduction

- Explain the nature of the queries that follow and assure the respondent that responses will not be a source of humiliation.

Open-ended queries

- By imposing minimal structure, enable the respondent to refer to what is most prominent in personal experience.

Screening queries focused on categories of interest

- A relatively more structured section of the inquiry minimizes errors of omission. Respondents may not mention important aspects of illness experience in response to open-ended queries for various reasons. Without inquiring about specific categories of interest, one cannot assume that failure to mention a particular aspect of distress, perceived cause, or help-seeking experience means that these play no role in this person's experience.

Summary judgment comparing multiple responses

- Since multiple responses are common, it is useful to weigh their relative significance, asking the respondent to identify which among them is most important, first in time (i.e. first symptom, first perceived cause, first help seeking), and how aspects of the explanatory model have changed over time.

Prose elaboration

- Most questions in EMIC interviews elicit responses in the context of a narrative account of illness experience. This prose elaboration of various aspects of illness experience may be the principal interest for qualitative analysis of thematic content, or it may be consulted to clarify the meaning of coded categories. In either case, qualitative data constitutes an integral component of the data set.

Figure 2. Structure of EMIC interviews

Patterns of distress

- Illness-related problems and concerns
- Name of illness, symptoms, anticipated outcome
- Psychological, social, and economic impact
- Stigma, disclosure, and self-esteem
- Marriage prospects and marital relations

Perceived causes

- Foods
- Psychological factors, psychosocial stressors and victimization
- Sanitation, hygiene, contamination, and health habits
- Infection, prior illness, constitutional factors
- Humoral imbalance
- Magico-religious forces
- Heredity
- Sexual experience, retribution for previous deeds

Help seeking and treatment

- Family support and home remedies
- Private practitioners and public clinics
- Western-styled health professionals, para-professionals, and specialists
- Traditional healers of various types
- Past experience and current preferences

General illness beliefs

- Explanatory models of illnesses other than current problem
- Focus on illnesses with a range of cultural meanings
- Relationship between mind and body

Disease-specific queries

- Ideas about the illness affecting the subject, but distinct from personal experience of presenting problems

Figure 1. Operational formulation of illness explanatory model for EMIC interviews.

Annexe 10. Short version of Explanatory Model of Illness

(Lloyd et al. 1998)

1236

K. R. Lloyd

APPENDIX 1: COMPONENTS OF THE SEMI

- I Personal and cultural background
 - Demographic data
 - Family, friends, relationships
 - Work, money, housing, social life
 - Religion, politics, life history, self-identity
 - Culturally specific beliefs and practices
- II Nature of problem
 - Reason for consulting
 - Name of problem
 - Perceived causes, consequences and severity
 - Effect on body, emotions, mobility, social network, home life, work, finances
- III Help-seeking
 - Biomedical help-seeking
 - Alternative sources (non-medical)
- IV Interaction with physician/traditional healer
 - Role, expectation and satisfaction
- V Beliefs related to mental health and illness
 - Vignettes on 'common mental disorders'

Example:

Section II Nature of problem

Now I would like to ask you about your visit to the doctor today.

- 1 What have you come to see the doctor about?
(List up to three reasons)
- 2 What do you call these problems? Probe: If you had to give them names what would they be?
- 3 How long ago did you first notice these problems?
- 4 Why do you think these problems started when they did?
- 5 What is the cause of you getting this problem?
- 6 How serious are your problems?
- 7 What do you fear most about your problems?
- 8 What are the main difficulties your problems have caused you?
- 9 Which parts of your body are most affected by your problem?
- 10 Have you been emotionally affected by what you describe?
- 11 Have these problems affected your social life?
- 12 Have these problems affected your work?
- 13 Have these problems affected your home life?

Annexe 11. Cultural Formulation Interview

(American Psychiatric Association, 2013b)

Supplementary modules used to expand each CFI subtopic are noted in parentheses.

GUIDE TO INTERVIEWER

The following questions aim to clarify key aspects of the presenting clinical problem from the point of view of the individual and other members of the individual's social network (i.e., family, friends, or others involved in current problem). This includes the problem's meaning, potential sources of help, and expectations for services.

INSTRUCTIONS TO THE INTERVIEWER ARE *ITALICIZED*.

INTRODUCTION FOR THE INDIVIDUAL:

I would like to understand the problems that bring you here so that I can help you more effectively. I want to know about *your* experience and ideas. I will ask some questions about what is going on and how you are dealing with it. Please remember there are no right or wrong answers.

CULTURAL DEFINITION OF THE PROBLEM

(Explanatory Model, Level of Functioning)

Elicit the individual's view of core problems and key concerns.

Focus on the individual's own way of understanding the problem.

Use the term, expression, or brief description elicited in question 1 to identify the problem in subsequent questions (e.g., "your conflict with your son").

1. What brings you here today?

If individual gives few details or only mentions symptoms or a medical diagnosis, probe.

Ask how individual frames the problem for members of the social network.

2. Sometimes people have different ways of describing their problem to their family, friends, or others in their community. How would you describe your problem to them?

Focus on the aspects of the problem that matter most to the individual.

3. What troubles you most about your problem?

Prompt further if required.

CULTURAL PERCEPTIONS OF CAUSE, CONTEXT, AND SUPPORT

(Explanatory Model, Social Network, Older Adults)

This question indicates the meaning of the condition for the individual, which may be relevant for clinical care.

Note that individuals may identify multiple causes, depending on the facet of the problem they are considering.

4. Why do you think this is happening to you? What do you think are the causes of your [PROBLEM]?

Prompt further if required

Some people may explain their problem as the result of bad things that happen in their life, problems with others, a physical illness, a spiritual reason, or many other causes.

Focus on the views of members of the individual's social network. These may be diverse and vary from the individual's.

5. What do others in your family, your friends, or others in your community think is causing your [PROBLEM]?

Prompt further if required

Annexe 12. Présentation des femmes rencontrées, des personnes ressources et des intervenants

		Niveau socio-économique	Lieu de la rencontre	Statut social	
1	Farida	Moyen (-)	Maadi	39 ans, mariée, 1 enfant, au foyer	Femme de la communauté de Maadi
2	Faiza	Faible	Maadi	45 ans, mariée, 5 enfants, femme de ménage	Femme de la communauté de Maadi interviewée
3	Mervat	Aisé (+)	Cabinet de gynécologie de Dr. Emad	30 ans, mariée, 2 enfants, architecte	Femme de la communauté de Maadi interviewée
4	Rahma	Moyen (-)	Cabinet médical de Dr. Mariam	40 ans, mariée, 4 enfants, au foyer	Femme de la communauté de Maadi interviewée
5	Noura	Aisé (+)	Cabinet psychiatrique privé	42 ans, mariée, 2 enfants, journaliste	Venue pour consultation
6	Ghada	Moyen (+)	Cabinet psychiatrique privé	40 ans, mariée, 2 enfants, femme d'affaires	Venue pour consultation
7	Marwa	Moyen (-)	ONG Wa'y	38 ans, mariée, 2 enfants, au foyer	Référée par une ONG de Maadi à l'ONG Wa'y pour consultation
8	Maha	Faible	ONG Wa'y	38 ans, mariée, 3 enfants, vendeuse	Référée par une ONG de Maadi à l'ONG Wa'y pour consultation
9	Salwa	Faible	ONG Wa'y	35 ans, veuve, 2 enfants, employée	Référée par une ONG de Maadi à l'ONG Wa'y pour consultation
10	Alia	Moyen (-)	Structure de santé mentale communautaire ONG Wa'y (située à Maadi)	23 ans, célibataire, sans enfant, employée	Venue pour consultation
11	Samia	Moyen (-)	Structure de santé mentale communautaire ONG Wa'y (située à Maadi)	42 ans, mariée, 3 enfants, au foyer	Venue pour consultation
12	Nagat	Moyen (-)	Structure de santé mentale communautaire ONG Wa'y (située à Maadi)	30 ans, mariée, 2 enfants, au foyer	Venue pour consultation
13	Rana	Moyen (-)	Structure de santé mentale communautaire ONG Wa'y (située à Maadi)	21 ans, célibataire, sans enfant, étudiante	Venue pour consultation
14	Amina	Moyen (+)	Structure privée de réhabilitation d'addiction pour femmes (située à Maadi)	21 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi	En réhabilitation

15	Hala	Moyen (+)	Structure privée de réhabilitation d'addiction pour femmes (située à Maadi)	19 ans, célibataire, sans enfant, étudiante	En réhabilitation
16	Manal	Moyen (+)	Structure privée de réhabilitation d'addiction pour femmes (située à Maadi)	18 ans, célibataire, sans enfant, étudiante	En réhabilitation
17	Souheir	Moyen (+)	Structure privée de réhabilitation d'addiction pour femmes (située à Maadi)	20 ans, célibataire, sans enfant, sans emploi	En réhabilitation
18	Père Boulos	Aisé (+)	Prêtre de l'église de Maadi	60 ans, marié, 2 enfants, prêtre à l'église orthodoxe	Personne ressource
19	Dr. Shérif	Aisé (+)	Chirurgien Esthétique (Cabinet privé à Maadi)	40 ans, marié, 2 enfants, chirurgien esthétique	Personne ressource
20	Dr. Mariam	Aisé (+)	Médecin-nutritionniste (Cabinet privé à Maadi)	46 ans, mariée, 2 enfants, médecin interniste et nutritionniste	Personne ressource
21	Dr. Morad	Aisé	Psychiatre (Directeur et propriétaire de la structure privée de réhabilitation d'addiction pour femmes située à Maadi)	41 ans, célibataire, sans enfant, psychiatre	Personne ressource
22	Dr. Emad	Aisé (+)	Gynécologue-Obstétricien (Cabinet privé à Maadi)	53 ans, marié, 2 enfants, gynécologue-obstétricien	Personne ressource
23	Maitre Nehad	Aisé (+)	Avocat (Habitant de Maadi)	59 ans, marié, 2 enfants, avocat	Personne ressource
	Focus group (Ahmed, Wael, Hassan, Noha, Mahmoud)	Moyen (-)	Trois Psychologues : Wael, Hassan et Noha ; un travailleur social Ahmed, et un employé administratif (Mahmoud), tous fonctionnaires à l'ONG Wa'y (située à Maadi)		Intervenants

Annexe 13. Formulaire de consentement (Intervenants)

Présentation de la chercheuse

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Heba Allah HABIB, dirigée par Pr. Abdelwahed MEKKI-BERRADA, du département d'anthropologie à l'Université Laval, Québec, Canada. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : No d'approbation 2011-235 / 06-12-2011. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La recherche a pour but d'étudier le trouble de la personnalité limite (TPL) dans le contexte égyptien, défini par la présence de sautes d'humeur, de relations humaines délicates, d'un manque de confiance en soi-même et de comportements auto-agressifs. Elle cherche aussi à étudier l'idiome de détresse '*assabeyya* et à examiner l'éventuelle relation existant entre le TPL, l'idiome de détresse '*assabeyya* et l'exposition à la violence et le traumatisme psychologique qui s'en suit. L'idiome de détresse est décrit comme une expression, un comportement, culturellement et socialement reconnu et fréquents. Il signale la présence d'une détresse émotionnelle dans le contexte de la communauté culturelle d'où il est issu. Les idiomes de détresse représentent les diverses manières à travers lesquelles les membres d'une communauté culturelle expriment différents types, niveaux et intensités de détresse.

Déroulement de la participation

Elle consiste à la participation à un *focus group* par les intervenants de votre association, d'une durée d'environ trois heures, après la fin des entrevues avec les femmes de la communauté. Les questions seront ouvertes et relatives aux thèmes de la recherche : aspects de la souffrance psychologique de la *Masraweyya*; ses rapports avec les structures de soins; leur opinion sur le diagnostic de TPL et celui de d'état de stress post-traumatique (ESPT) complexe (sentiment d'être emprisonnée, difficultés à contrôler les émotions et les impulsions, troubles de l'attention, modification de sa vision de soi-même, perturbation de la relation aux autres et de son système de valeurs et l'expression par des symptômes physiques de la souffrance psychologique); leur opinion sur les causes de cette souffrance; ce qu'ils entendent par violence; ce qu'ils pensent de la problématique de la recherche et leurs suggestions ainsi que leurs modèles explicatifs de la maladie des intervenant. Lors de ce *focus group*, les résultats préliminaires de la recherche seront aussi présentés ce qui permettra de recueillir les interprétations spontanées des intervenants.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche offre aux intervenants une occasion de partager leur expérience et de participer à de nouvelles perspectives relatives à la recherche-action, ainsi qu'une source de « *empowerment* ».

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Chaque participant (e) peut choisir de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à fournir d'explication. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants: les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport; les divers documents de la recherche seront codifiés et seule la chercheuse aura accès à la liste des noms et des codes; les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués; les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés (matériel sous clé au domicile de la chercheuse et données sur ordinateur protégées par un mot de passe connu de la chercheuse).

La confidentialité des données recueillies dans l'entrevue de groupe dépend également de la collaboration de tous les participants à cet égard.

La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun (e) participant (e) ne pourra y être identifié (e) ou reconnu (e) ; un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Tout le matériel de la recherche, incluant les enregistrements et les données, sera conservé jusqu'à fin décembre 2020 puis détruit.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait (e) des explications, précisions et réponses que la chercheuse m'a fournies, le cas échéant, quant à la participation des intervenants à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant Mai 2013. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invités à informer la chercheuse de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant, à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant, de la participante.

Signature de la chercheuse

Date

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval : Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (001) 418-656-3081
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie du ou de la participante

Annexe 14. Formulaire de consentement (Personnes ressources)

Présentation de la chercheuse

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Heba Allah HABIB, dirigée par Pr. Abdelwahed MEKKI-BERRADA, du département d'anthropologie à l'Université Laval, Québec, Canada. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : No d'approbation 2011-235 / 06-12-2011. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La recherche a pour but d'étudier le trouble de la personnalité limite (TPL) dans le contexte égyptien, défini par la présence de sautes d'humeur, de relations humaines délicates, d'un manque de confiance en soi-même et de comportements auto-agressifs. Elle cherche aussi à étudier l'idiome de détresse '*assabeyya* et à examiner l'éventuelle relation existant entre le TPL, l'idiome de détresse '*assabeyya* et l'exposition à la violence et le traumatisme psychologique qui s'en suit. L'idiome de détresse est décrit comme une expression, un comportement, culturellement et socialement reconnu et fréquents. Il signale la présence d'une détresse émotionnelle dans le contexte de la communauté culturelle d'où il est issu. Les idiomes de détresse représentent les diverses manières à travers lesquelles les membres d'une communauté culturelle expriment différents types, niveaux et intensités de détresse.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue ouverte, d'une durée d'environ trois heures, qui portera sur les éléments suivants concernant des femmes Égyptiennes habitant au Caire, avec lesquelles vous êtes en contact, sans dévoiler leur identité :

Éléments d'informations personnelles et sur le milieu ;

Situation sociopsychologique actuelle et existence de souffrance psychologique ;

En cas d'existence de souffrance psychologiques et de violence actuelle ou passée, concernant leur vécu personnel, les questions relatives à la présence de: symptômes de TPL; ou de symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT) complexe (sentiment d'être emprisonnée, difficultés à contrôler les émotions et les impulsions, troubles de l'attention, modification de sa vision de soi-même, perturbation de la relation aux autres et de son système de valeurs et l'expression par des symptômes physiques de la souffrance psychologique); et la relation à la souffrance;

Existence d'expériences traumatiques de victimisation, représentant le fait d'avoir été victime de violence physique, sexuelle ou d'abus émotionnel ou psychologique, par exemple.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de partager vos observations avec la chercheuse et de contribuer à une recherche impliquant le milieu où vous évoluez.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Chaque participant peut choisir de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à fournir d'explication. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants: les divers documents de la recherche seront codifiés et seul la chercheuse aura accès à la liste des noms et des codes; les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués; les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés (matériel sous clé au domicile de la chercheuse et données sur ordinateur protégées par un mot de passe connu de la chercheuse).

La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucun (e) participant (e) ne pourra y être identifié (e) ou reconnu (e) ; un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Tout le matériel de la recherche, incluant les enregistrements et les données, sera conservé jusqu'à fin décembre 2020 puis détruit.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « *assabeyya* : idiome de détresse. Exploration anthropologique de la détresse psychologique de femmes dans le Caire contemporain ».

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que la chercheuse m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne

seront pas disponibles avant Mai 2013. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invités à informer la chercheuse de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant, à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant, de la participante.

Signature de la chercheuse

Date

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval : Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat : (001) 418- 656-3081

Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie du ou de la participante

Annexe 15. Formulaire de consentement (Femmes de la communauté)

Présentation de la chercheuse

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Heba Allah HABIB, dirigée par Pr. Abdelwahed MEKKI-BERRADA, du département d'anthropologie à l'Université Laval, Québec, Canada. Ce projet a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laval : No d'approbation 2011-235 / 06-12-2011. Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature de l'étude

La recherche a pour but d'étudier le trouble de la personnalité limite (TPL) dans le contexte égyptien, défini par la présence de sautes d'humeur, de relations humaines délicates, d'un manque de confiance en soi-même et de comportements auto-agressifs. Elle cherche aussi à étudier l'idiome de détresse '*assabeyya* et à examiner l'éventuelle relation existant entre le TPL, l'idiome de détresse '*assabeyya* et l'exposition à la violence et le traumatisme psychologique qui s'en suit. L'idiome de détresse est décrit comme une expression, un comportement, culturellement et socialement reconnu et fréquents. Il signale la présence d'une détresse émotionnelle dans le contexte de la communauté culturelle d'où il est issu. Les idiomes de détresse représentent les diverses manières à travers lesquelles les membres d'une communauté culturelle expriment différents types, niveaux et intensités de détresse.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à participer à une entrevue, d'une durée d'environ trois heures, qui portera sur les éléments suivants :

Éléments d'informations personnelles et sur le milieu ;

Situation sociopsychologique actuelle et existence de souffrance psychologique ;

En cas d'existence de souffrance psychologiques et de violence actuelle ou passée, concernant votre vécu personnel, les questions relatives à la présence de: symptômes de TPL ; ou de symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT) complexe (sentiment d'être emprisonnée, difficultés à contrôler les émotions et les impulsions, troubles de l'attention, modification de sa vision de soi-même, perturbation de la relation aux autres et de son système de valeurs et l' expression par des symptômes physiques de la souffrance psychologique); et la relation à la souffrance que vous vivez ou avez vécue seront posées; Existence d'expériences traumatiques de victimisation, représentant le fait d'avoir été victime de violence physique, sexuelle ou d'abus émotionnel ou psychologique, par exemple.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de votre expérience. Il est possible que le fait de raconter votre vécu suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue.

Celle-ci pourra vous mentionner le nom d'une ressource en mesure de vous aider, au besoin.

De même, advenant le cas où certaines questions faisant référence à des événements sensibles de votre vie vous indisposent, vous serez toujours libre de ne pas y répondre sans conséquence négative ou préjudice.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Chaque participant peut choisir de ne pas répondre à certaines questions sans avoir à fournir d'explication. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participantes: les noms des participantes ne paraîtront dans aucun rapport; les divers documents de la recherche seront codifiés et seul la chercheuse aura accès à la liste des noms et des codes; les résultats individuels des participantes ne seront jamais communiqués; les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés (matériel sous clé au domicile de la chercheuse et données sur ordinateur protégées par un mot de passe connu de la chercheuse).

La recherche fera l'objet de publications dans des revues scientifiques, et aucune participante ne pourra y être identifiée ou reconnue ; un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participantes qui en feront la demande en indiquant l'adresse où elles aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Tout le matériel de la recherche, incluant les enregistrements, et les données sera conservé jusqu'à fin décembre 2020 puis détruit.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Je soussignée _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « *Assabeyya* : idiome de détresse. Exploration anthropologique de la détresse psychologique de femmes dans le Caire contemporain ».

J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfaite des explications, précisions et réponses que la chercheuse m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participantes qui en feront la demande en indiquant l'adresse où elles aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant Mai 2013. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invitées à informer la chercheuse de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche à la participante. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension de la participante.

Signature de la chercheuse

Date

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval : Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat : (001) 418-656-3081

Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie de la participante

Annexe 16. Concepts culturels de détresse dans le DSM-5

(Nom	Région d'origine	Symptômes	Références
Syndrome de Dhat	Asie du Sud (Inde-Pakistan) En Chine nommé (Shenkui)	Perte de sperme	(Gautham et al. 2008)
Attaques de Khyal	Cambodge	État de stress post- traumatique (wind attack)	(Hinton et al. 2001; Hinton et al. 2010)
Kufungisisa	Zimbabwe Nigeria	'Thinking too much'	(Abas et Broadhead 1997)
Maladi moun	Haïti	'Sent sickness' (maladie 'envoyée' à la personne)	(Brodwin 1996)
Shenjing shuairuo	Chine	Faiblesse du système nerveux	(Kleinman 1986; Lewis-Fernández et al. 2009)
Susto	Latinos des États- Unis, Mexique, Amérique Centrale et Amérique Latine	Peur	(Weller et al. 2008)
Taijin kyofusho	Japon	Maladie de peur interpersonnelle (anxiété sociale)	(Kirmayer 2001 : 23)

Annexe 17. Les idiomes de détresse qui ne sont pas dans le DSM-5

Nom	Région d'origine	Symptômes	Références
Hikikomori	Japon, Oman	Isolation sociale	(Sakamoto et al. 2005)
Tamazai	Touareg	Supprimer les émotions	(Rasmussen 1992)
Bebainan	Bali	Crise de confusion	(Suryani 1984)
Hwa Byung	Corée	Colère chronique	(Kirmayer 2001 : 25 ; Kohrt et al. 2014)
Kiyang-yang (KYY)	Guinée- Bissau	Dissociation post-traumatique	(De Jong et Reis 2010 ,2013)
Amok	Malaisie	Attaque de violence	(Carr 1985)
Brain fag	Afrique de l'ouest (Ode ori Nigeria)	Souffrance à force de trop penser	(Kohrt et al. 2014)
Latah	Asie du Sud-Est	Dépression et pertes vaginales	(Winzeler 1995)
Koro	Asie du Sud	Peur de la rétraction du pénis et des seins	(Kohrt et al. 2014)
Chinta Rog	Bangladesh	Anxiété entraînant des symptômes physiques	(Nichter 1981)

Annexe 18. Exemple de déroulement d'une entrevue

J'ai rencontré Nawal dans les locaux de l'ONG Wa'y. Elle a été informée par Hassan son thérapeute de la recherche, et si elle aimerait y participer, ce qu'elle a accepté avec enthousiasme.

Un formulaire de consentement traduit en arabe lui a été fourni lors de sa visite hebdomadaire à l'ONG. Hassan lui a expliqué les modalités de l'entretien et a répondu à ses questions.

La date et l'heure de l'interview ont été arrangées selon les disponibilités de Nawal et les miennes.

À son arrivée, je me suis présentée, et je lui ai expliqué le but de la recherche et lui ai répété qu'elle pouvait interrompre l'entretien à tout moment, et aussi qu'elle pouvait ne pas répondre à certaines questions. Je lui ai aussi demandé si elle préférerait que Hassan ou une autre personne de son choix assiste à l'entretien, et si elle m'autorisait à enregistrer l'interview ainsi qu'à prendre des notes écrites et en quelle langue elle aimerait que se déroule la rencontre.

L'entretien a commencé par des questions générales portant sur ses informations personnelles : Âge ; niveau d'éducation ; profession ; revenu ; lieu et type d'habitation ; niveau de salubrité (eau courante, électricité, toiture, routes) ; confession religieuse ; situation familiale ; nombres d'enfants ; relation avec la famille.

Puis j'ai abordé sa situation sociopsychologique actuelle et l'existence de souffrance psychologique, en lui demandant si elle est heureuse et quel est son état psychologique actuel. Je l'ai aussi interrogé sur les éventuelles difficultés de vie auxquelles elle peut être confrontée, en lui posant des questions relatives à sa nutrition, aux conditions socioéconomiques, à l'accessibilité aux soins de santé, aux structures éducatives qu'elle a fréquentées, si elle a souffert de ségrégation par le genre dans des différents domaines et enfin si la surpopulation du Caire avait un impact sur elle.

J'ai aussi demandé à Nawal si elle est victime de violence, et si les difficultés de vie qu'elle a à confronter et/ou si cette violence affecte sa santé psychologique et de quelle manière. Dans le cas de Nawal, elle a décrit ses symptômes psychologiques et la violence qu'elle subit au quotidien, violence qu'elle rend responsable de l'émergence de ses symptômes. Je lui ai alors demandé de préciser les types de violence subies (psychologique, émotionnelle, physique, sexuelle, structurelle etc.), comment elles sont exercées sur elle (leur intensité, leur fréquence) depuis quand et par qui. Je lui ai aussi demandé si la personne responsable de la violence contre elle (dans son cas son mari) est durant l'épisode violent sous l'effet d'un stupéfiant (drogue ou alcool), si d'autres personnes assistent à cette violence, notamment ses enfants, et quelles sont en général les répercussions de cette violence sur les enfants. Je lui ai alors demandé si elle a rendu la violence à la personne qui la lui a infligée, si elle a tenté de se faire du mal ou de se suicider, de prendre de la drogue ou de fuguer de sa maison et enfin quelle est la réaction de ses parents face à cette violence qu'elle subit et face à sa souffrance.

Puis, j'ai commencé à poser les questions s'inspirant du *Short version of Explanatory Model of Illness* (Lloyd et al. 1998) en demandant à Nawal comment elle peut nommer ce dont elle souffre, elle a répondu : « La 'assabeyya ». Je lui ai aussi demandé de décrire ses manifestations et ses effets sur son corps, ses émotions, sa sévérité et de préciser

éventuellement comment elle pense qu'elle va évoluer, quel est son impact psychologique, sociale et économique ; si la 'assabeyya lui a causé des problèmes et des soucis notamment familiaux et conjugaux, si elle se sent être stigmatisée par le fait de souffrir de la 'assabeyya, si elle peut en parler librement et si la 'assabeyya affecte son estime d'elle-même.

Puis l'interview a abordé la question de la demande d'aide pour sa souffrance, quels sont les lieux auxquels Nawal s'est adressée pour cette aide, et/ou quelles sont les personnes qui l'ont aidée, est-ce une aide biomédicale ou traditionnelle ? Je lui ai aussi demandé de décrire son interaction avec le professionnel de la santé ou le tradipraticien, quel est son rôle dans sa demande d'aide, ce qu'elle attend de lui et si elle est satisfaite ou pas. Enfin, son point de vue sur la souffrance psychologique et sur les maladies psychiatriques a été évoqué.

La dernière partie de l'entretien a été consacrée aux 14 questions en arabe dialectal égyptien du *Structural clinical interview for DSM disorders non-patient edition for Axis II (SCID/NP)* (First et al. 2007) (annexe 6) pour le diagnostic du trouble de la personnalité limite, diagnostic qui nécessite qu'au moins 5 des items soit codé 3. Enfin, j'ai demandé à Nawal des questions relatives aux symptômes présents dans les Critères diagnostiques du ESPT complexe (Annexe 7) à savoir une altération de la régulation des impulsions et des affects surtout la colère, les idées suicidaires, les impulsions sexuelles et les comportements à risque. Je lui ai aussi posé des questions relatives à la présence d'une altération de l'attention ou de la conscience à type d'amnésie ou d'épisode de dissociation et de dépersonnalisation ; à la présence d'altération dans la perception de soi avec notamment la présence de sentiment de honte et culpabilité ; à la présence d'une altération de la relation aux autres avec incapacité à avoir confiance, tendance à se mettre dans des situations de re-victimization et à victimiser les autres. J'ai aussi demandé à Nawal si elle souffrait de troubles digestifs, de douleurs chroniques, de symptômes de somatisation en général. Enfin, les dernières questions que je lui ai adressées étaient liées à la perte de sens, si elle se sentait désespérée et si elle avait perdu ses systèmes de croyance précédents auxquels elle était attachée.