



HAL
open science

La question de l'identité chez les adolescents maghrébins de seconde génération

Isabelle Durand-Pilat

► **To cite this version:**

Isabelle Durand-Pilat. La question de l'identité chez les adolescents maghrébins de seconde génération. Médecine humaine et pathologie. 1999. dumas-01277421

HAL Id: dumas-01277421

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01277421>

Submitted on 22 Feb 2016

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ANNEE 1999
n° d'ordre

5049

**LA QUESTION DE L'IDENTITE CHEZ LES
ADOLESCENTS MAGHREBINS DE
SECONDE GENERATION**

Thèse présentée

pour l'obtention du

**DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

par

Isabelle DURAND - PILAT

née le 5 septembre 1968 à La Tour du Pin

Thèse soutenue publiquement le 14 Septembre 1999.**Devant le jury composé de :****Monsieur le Professeur T. Bougerol, Président du Jury.****Monsieur le Professeur J. Boucharlat.****Monsieur le Professeur T. d'Amato.****Monsieur le Docteur M. Biloa-Tang.****Monsieur le Docteur T. Vincent.**

ANNEE 1999

n° d'ordre

**LA QUESTION DE L'IDENTITE CHEZ LES
ADOLESCENTS MAGHREBINS DE
SECONDE GENERATION**

Thèse présentée

pour l'obtention du

**DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

par

Isabelle DURAND - PILAT

née le 5 septembre 1968 à La Tour du Pin

Thèse soutenue publiquement le 14 Septembre 1999.

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur T. Bougerol, Président du Jury.

Monsieur le Professeur J. Boucharlat.

Monsieur le Professeur T. d'Amato.

Monsieur le Docteur M. Biloa-Tang.

Monsieur le Docteur T. Vincent.

A Monsieur le Professeur T. Bougerol, Président du Jury

L'accueil bienveillant qu'il nous a réservé dès son arrivée à Grenoble nous a permis d'apprécier sa grande compétence, son efficacité et ses qualités humaines.

Il nous fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

A Monsieur le Professeur J. Boucharlat.

Il a été présent depuis le début de notre internat et nous le remercions très vivement pour le soutien qu'il nous a toujours apporté lors de nos semestres effectués au CHU.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude pour avoir accepté d'être notre juge.

A Monsieur le Professeur T. d'Amato.

Qui nous fait un très grand honneur en acceptant de participer à notre jury de thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre respect.

A Monsieur le Docteur M. Biloa-Tang.

L'élaboration de cette thèse a clôturé une année de travail très agréable et très enrichissante à ses côtés.

Nous le remercions tout particulièrement pour sa disponibilité et pour la confiance qu'il nous a toujours témoignée.

Qu'il trouve ici l'assurance de toute notre amitié.

A Monsieur le Docteur T. Vincent.

Nos semestres d'internat effectués à la clinique G. Dumas nous ont permis d'apprendre à travailler avec rigueur, de découvrir un cadre institutionnel où l'enseignement clinique est d'une grande richesse, et de profiter de ses compétences professionnelles.

Qu'il trouve ici notre reconnaissance et l'assurance de notre plus haute estime.

"La vie de chaque homme est un chemin vers soi-même, l'essai d'un chemin, l'esquisse d'un sentier. Personne n'est jamais parvenu à être entièrement lui-même ; chacun, cependant, tend à le devenir, l'un dans l'obscurité, l'autre dans plus de lumière, chacun comme il le peut."
H.HESSE, dans Demian.

A TOUS MES PROCHES, D'ICI ET D'AILLEURS...

SOMMAIRE

I. Introduction	7
A. Problématique	7
B. Présentation de l'établissement et de la population accueillie	8
II. Le concept d'identité	10
A. Données théoriques	10
1. Identité socioculturelle et anthropologique	10
2. Identité individuelle	11
a) Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je	11
b) Le complexe d'Œdipe	13
c) Les identifications à l'adolescence	16
d) L'identité sexuelle	19
B. identité et filiation	20
1. La question des origines	21
a) "Totem et tabou"	21
b) "L'homme Moïse et la religion monothéiste"	23
2. Les modalités de la transmission au niveau individuel	23
a) De la conception à l'enfance	24
b) "Le roman familial des névrosés"	25
3. L'objet de la transmission	26
a) Approche analytique	27
(1) Conceptualisation chez Jean Guyotat	27
(2) Conceptualisation chez René Kaës	29
(a) La négativité de la transmission	30
(b) L'affiliation	32
(c) Filiation, transmission culturelle et langagière	33
(d) Conclusion	36
b) Approche systémique	36
III. Les troubles de l'identité en psychiatrie	41
A. Analyse descriptive	41
1. Les troubles dissociatifs	42
a) Le trouble dissociatif de l'identité	42
b) L'amnésie d'identité (ou amnésie dissociative)	43
c) Le trouble de dépersonnalisation	44
2. Les troubles de l'identité sexuelle	45
3. Le trouble de l'identité et son évolution dans les catégories nosographiques	46
B. Analyse structurale	49
1. Les Personnalités "border line" ou états limites	49

2. La Psychose	51
a) Les délires de filiation	52
b) Les autres thématiques délirantes	56
3. La névrose	57
C. Psychopathologie de l'identité et adolescence	61
1. La problématique des crises : l'adolescence	61
2. Conceptualisation spécifique chez E.H. Erickson (1902 - 1994)	62
a) La notion d'identité	62
b) Les étapes spécifiques du développement.	63
c) L'adolescence.	65
IV. Les adolescents maghrébins de seconde génération	67
A. Définition générale	67
B. Références épidémiologiques	68
C. Rappels généraux sur l'Islam : points de repères	70
1. L'origine de l'Islam	70
2. L'islam : la religion.	70
3. L'islam : la communauté.	71
D. Quelques aspects spécifiques de la famille et de l'éducation dans la culture musulmane maghrébine.	74
1. Introduction	74
2. La constellation familiale	74
a) La position parentale	76
(1) la migration parentale	77
(2) La mère	78
(3) Le père	79
b) Les adolescents : difficiles repères identificatoires	81
c) Les interactions parents/adolescents	87
3. Conclusion	88
V. Présentation et analyse des cas cliniques	90
A. Seyana	90
1. Présentation	90
a) Anamnèse	91
b) Les langues	98
c) Conclusion	100
2. Problématique et analyse	100
a) Introduction	100
b) Les passages à l'acte	102
c) La question diagnostique	107
B. Adel	111

1. Présentation	111
2. Analyse du cas clinique	116
a) Les identifications successives et simultanées	117
b) Le groupe fraternel	118
3. La question diagnostique	120
C. Nadja	122
1. Présentation	122
2. Analyse du cas clinique	129
3. La question diagnostique	132
D. Kabil	134
1. Présentation	134
2. Analyse du cas clinique	140
a) L'élaboration délirante	140
b) Le mythe familial	143
c) Le fonctionnement familial	144
3. La question diagnostique	145
4. Conclusion.	146
VI. CONCLUSIONS	147
VII. BIBLIOGRAPHIE	149
VIII. ANNEXES	158
A. Rappels historiques	158
1. Le Maghreb	158
2. Du point de vue juridique	159
B. L'immigration	161
1. Définition	161
2. Historique	161
3. En conclusion	164
C. La scolarité	164

I. Introduction

A. *Problématique*

Le concept d'identité se situe au carrefour de multiples disciplines : anthropologiques, sociologiques, psychologiques, philosophiques, psychanalytiques.

Il n'a évidemment pas le même sens pour les différentes disciplines citées, ou du moins il demeure fondamentalement polysémique. Du coup, il arrive fréquemment qu'il y ait confusion de nombreux registres et de définitions, le terme d'identité étant devenu désormais d'un usage courant et multiple, à connotations et contenus variés.

Comme l'expose C. Levi-Strauss, "son utilisation extensive et parfois abusive lui enlève même aux yeux de certains une grande partie de sa valeur théorique" ¹. Nous souhaitons éviter d'emblée cet écueil, et aborder notre sujet sous l'angle spécifiquement psychiatrique et psychopathologique, même si nous nous référerons à des apports conceptuels de diverses origines. Nous les intégrerons à notre étude pour expliciter et illustrer notre propos.

Tout d'abord, précisons qu'il y a une multiplicité de déterminants de l'identité, interférant entre eux, se conjuguant mutuellement. Des auteurs comme E.H. Erikson ont d'ailleurs insisté sur le caractère dynamique de l'identité, dans l'articulation du développement personnel et des relations à la société.

Cette question de la recherche de l'identité apparaît problématique à de nombreux moments de l'existence et se trouve être spécifiquement au centre des interrogations de l'adolescence. En effet, plus qu'à tout autre période de la vie, l'adolescent se heurte au nœud de ses origines, de son être, à la question habituelle "qui suis-je ?", à une période où sont déstabilisés les repères préexistants jusqu'alors.

E.H. Erickson conçoit à ce titre que "nous sommes plus attentifs à notre identité lorsque nous sommes en passe de l'acquérir et surpris de faire cette acquisition" ².

Nous souhaitons pour notre part situer cet enjeu dans le cas des adolescents maghrébins.

Il nous semble en effet qu'à cette période de crise, ces adolescents sont confrontés à des difficultés pour le moins singulières, en tout cas qui méritent notre attention.

A cet égard, nous tenterons de mettre en exergue que la problématique de l'identité apparaît cruciale pour eux, dépassant souvent le cadre du questionnement classique et des données habituellement rencontrées à l'adolescence.

Ces adolescents ont à composer avec plusieurs idéaux conflictuels, où interfèrent la position de migrants des parents, la confrontation à deux cultures pour le moins hétérogènes, si bien que ces références multiples semblent perdre leur pouvoir structurant.

¹ C. Levi Strauss, *Séminaire L'identité (1974-1975)*, Quadrige, PUF, Paris, 1995, p.335.

² E.H. Erickson, *Adolescence et crise. La quête d'identité, (Identity youth and crisis)*, Flammarion, Paris, 1978, p.173.

Aussi, étudierons-nous les dialectiques en jeu, entre leur propre histoire, l'histoire de leurs parents, leur insertion respective dans une société qu'ils font leur ou le cas échéant, refusent. Nous tenterons d'élucider comment se confrontent ces diverses données, et comment elles peuvent ébranler les fondements d'une personnalité en voie d'élaboration.

Aussi, après une étude théorique du concept d'identité, de ses liens avec la question de la filiation, nous étudierons la question psychopathologique et psychiatrique des troubles de l'identité, pour aborder ensuite la question des adolescents de seconde génération d'immigrés. Puis nous essayerons, au travers d'exemples cliniques, de montrer comment et combien est présente cette interrogation sur l'identité.

Enfin, pour paraphraser O. Douville et M. Audisio, nous nous demanderons : "comment les convulsions et les contradictions des montages identitaires interfèrent [...] avec le champ de la souffrance psychique, de sa mise en signes au collectif et en traces au singulier." ³

B. Présentation de l'établissement et de la population accueillie

La clinique médico-universitaire Georges DUMAS est un établissement de la Fondation Santé des Etudiants de France, qui accueille des adolescents et jeunes adultes âgés de 15 ans à 30 ans, ayant présenté des troubles psychiques et étant dans un moment post critique, afin de leur permettre de poursuivre leurs études ou leurs fonctions, tout en recevant les soins nécessaires à l'amélioration de leur état de santé.

Notre travail aura pour cadre l'hôpital de jour du service Temps Partiel, qui comprend par ailleurs un hôpital de nuit et des appartements relais situés sur le campus universitaire. L'hôpital de jour, à la différence des services temps pleins, introduit d'emblée une dimension de discontinuité temporelle et spatiale dans la prise en charge des jeunes patients.

En effet, ceux ci sont présents à l'hôpital de jour de 09h 00 à 17h 00, participent aux activités, vont en cours, bénéficiant de soins, d'entretiens de soutien, d'aide dans leur recherche de formation, ou de réorientation parfois, dans la reformulation d'un projet d'avenir ; ils gèrent l'apprentissage d'une certaine "autonomie". Le reste du temps, ils le vivent au domicile familial, en foyer, en résidence, plus rarement dans un domicile personnel.

Ce fonctionnement met en valeur la distinction et l'articulation nécessaire au quotidien entre l'intérieur et l'extérieur.

Ce dispositif thérapeutique peut permettre ainsi un travail d'élaboration psychique particulier sur la séparation, sur la notion de cadre et de limites à respecter, sur l'intériorisation possible de ces données essentielles à l'acquisition d'une autonomie structurante.

³ O. Douville/ M. Audisio, Des transmissions en crise, *L'information Psychiatrique*, n° 7, 1994, p. 579.

Par ailleurs, l'hôpital de jour a pour particularité également de privilégier le travail de groupe, le patient étant accueilli par et dans un groupe, de patients et de soignants. (Lors notamment des temps d'accueil et des réunions soignants - soignés.)

L'adolescent appréhende la dimension étayante, contenant parfois, au contraire contraignante et déstabilisante du groupe où il devra apprendre à se différencier et à se construire.

Le groupe invite à la rencontre de l'autre, de sa différence et de ses similitudes, il constitue un espace de confrontation et d'échange.

Le groupe est ainsi constitué d'une vingtaine de patients, certains scolarisés de la seconde à la terminale ou en BEP, d'autres en rupture scolaire ou en formation, certains étudiants à l'extérieur, mais tous sont dans des difficultés psychologiques ou psychiatriques à des degrés divers, ce dont chacun d'eux prend plus ou moins conscience à son niveau.

Il offre en outre un espace essentiel dans la reconnaissance de l'autre ; cet apprentissage permettant le passage de l'indifférencié à la différence structurante, permettant l'acquisition de nouvelles identifications, puis éventuellement de sa propre identité.

L'équipe soignante structure ce travail de groupe tout en participant à l'écoute et à l'accompagnement individuel par le biais des infirmiers référents et des prises en charges individuelles également nécessaires à la mentalisation des difficultés, à la prise de conscience des troubles, à l'élaboration des éventuels deuils à effectuer – deuils dans chaque histoire individuelle – notamment deuil de l'idée "d'être comme avant " – celui de certains projets d'études ou professionnels et auxquels s'ajoutent ceux de toute adolescence.

Il convient de souligner que l'équipe soignante est également l'interlocuteur privilégié de la famille, qu'elle rencontre régulièrement tout au long de l'hospitalisation, sa collaboration aux soins étant une étape essentielle. Il y a par ailleurs possibilité dans la clinique d'un travail thérapeutique avec les familles, les indications de suivi dépendant de l'équipe médicale.

Au total, l'objectif institutionnel est multiple, intégrant projet de soins et projet scolaire dans un cadre permettant des expériences et un travail structurant dans le but d'aider ces jeunes adultes à renouer avec une réalité souvent difficile, de les acheminer vers une meilleure compréhension d'eux-mêmes, une meilleure autonomie psychique sur le chemin de leur identité individuelle.

II. Le concept d'identité

A. *Données théoriques*

Superficiellement, une première distinction peut être faite entre identité individuelle et identité groupale.

1. Identité socioculturelle et anthropologique

Nous prendrons pour base d'analyse la dimension socioculturelle de l'identité, qui caractérise l'individu dans son appartenance à un groupe, une société, une culture.

Cette notion ouvre en effet sur des données plus générales, où peuvent être pris en compte des abord anthropologiques et sociologiques.

Il importe tout d'abord de souligner que l'individu se caractérise avant tout par son appartenance à une famille, à un groupe ... Ce sentiment d'appartenance prend d'ailleurs racine dans divers référents, qui sont dans un premier temps extérieur au sujet, avant d'être intériorisés et individualisés. Ce domaine intègre des référents historiques d'alliance et de parenté, de modes de vie, avec ses croyances, ses coutumes, ses habitudes. Ceci sert d'ancrage à tout individu dans un monde et cette notion fait écho au nécessaire principe d'organisation sociale.

Nous reprendrons ce concept au sujet de la filiation avec S. Freud. Celui-ci a décrit le premier principe organisateur tribal et social. Dans les sociétés primitives, l'homme existe en effet fondamentalement par sa participation collective, son appartenance groupale, son rôle et son statut. Le père de la tribu se différencie ainsi de ses fils par ses droits, mais aussi par sa fonction nécessaire au maintien d'une certaine cohésion collective.

Il importe donc de souligner que l'identité sociale –ou communautaire– est une entité singulière et une facette constante de toutes les identités. Les relations structurelles qui nous soudent à notre environnement nous définissent en tant qu'individu social. Comme le dit F. Héritier, "l'identité de l'individu lui vient et ne peut lui venir que du dehors, c'est à dire de la société. C'est la société qui lui impose l'identité, par les positions qu'elle définit pour chaque individu dans le réseau social." ⁴

Ainsi les coutumes et idées communes s'expriment en chacun des individus, les croyances religieuses et les pratiques morales faisant partie de ses références et de ses fondements. On pourrait presque avancer ici que l'identité résulte archaïquement de l'ensemble des médiations symboliques qui structure dans une culture donnée notre rapport au monde, aux autres et à

⁴ F. Héritier dans Cl. LEVI-STRAUSS., *Séminaire L'identité (1974-1975) dirigé par*, Quadrige, PUF, Paris, 1995, séminaire, p. 99.

nous mêmes. Ensemble qui, pour S. Freud, reposerait à l'origine dans le fait religieux et notamment totémique.

Aussi, à partir de cette remarque, on pourrait presque se demander s'il n'y a pas au fond quelque chose d'essence ou de nature en partie religieuse, au sens étymologique du terme (religare signifiant lier, relier), dans l'affirmation identitaire comme si celle-ci ne pouvait en définitive se construire, initialement s'élaborer, que dans la conscience d'une dette symbolique aux ancêtres, et à la verticalité du lien transgénérationnel.

2. Identité individuelle

a) Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je

J. Lacan, par cette théorisation, va rendre compte de l'ébauche de l'élaboration du moi, de même que du narcissisme à partir d'une relecture de la deuxième topique freudienne et de l'avancée conceptuelle qu'est le stade du miroir. Cet article de J. Lacan fut présenté au congrès de l'association psychanalytique internationale (IPA) en 1936, puis remanié en 1949, et J. Lacan s'inspira initialement des travaux de H. Wallon, psychologue, à qui il emprunta le terme de stade du miroir.

Il définit à cet égard qu'il s'agit davantage d'une opération psychique que d'un stade, survenant entre 6 et 18 mois, par lequel l'enfant s'identifie à sa propre image dans le miroir.

Auparavant, celui-ci n'a en effet aucune image unifiée de son propre corps, mais au contraire celle-ci reste profondément morcelée ; c'est-à-dire que "son identité n'est pas encore constituée, qu'il n'est pas encore un véritable sujet." ⁵

Aussi, initialement l'enfant se confond-il avec l'autre dans le miroir, avant de découvrir que c'est une image, qu'il va pouvoir s'approprier et faire sienne.

A. Green écrit : "Il se reconnaît identique à une image, et à la fois distinct [...] dans l'identification, par la similitude on accède à la différence ." ⁶

Cette image devient fondatrice du moi, défini comme la représentation que nous avons de nous mêmes. Ceci correspond enfin à la première conception du spéculaire, de l'imaginaire dans la théorisation lacanienne.

J. Lacan associera par ailleurs cette identification primordiale et l'investissement du sujet à son image, au narcissisme primaire. Celui-ci, dans la théorie freudienne, dérivait de l'auto-érotisme, se confondant presque avec celui-ci, et correspondait à la pulsion sexuelle prenant pour objet le corps propre du sujet. Mais le point de départ freudien, comme le développement lacanien, renvoie au mythe de Narcisse, héros amoureux de son image reflétée dans l'eau d'une fontaine, qui tragiquement se noya à force de se mirer.

⁵ R. Chemama, Dictionnaire de la psychanalyse, Larousse, Paris, 1995, p.201.

⁶ A. Green, Atome de parenté et relations oedipiennes, *Séminaire L'identité (1974-1975) dirigé par Cl. LEVI-STRAUSS*, Quadrige, PUF, Paris, 1995, p.90.

Dans un second temps, le moi se structurera par identification à des images empruntées à d'autres.

Comme le souligne S. Freud, la libido commence à investir des objets extérieurs, où se différencie alors libido du moi et libido d'objet. C'est cette deuxième phase qui constituera le narcissisme secondaire, où le moi devient le lieu d'identifications imaginaires.

J. Lacan écrit à ce propos que le "je se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de sujet" ⁷. Par ailleurs, D.W. Winnicott a élaboré, prolongeant la thèse de J. Lacan, le rôle de l'autre, du regard de la mère sur son enfant dans cette opération, ce qui apporte dans les cadres de ce dispositif une dimension de médiation et de réciprocité.

En effet, c'est aussi dans le regard de sa mère qui le porte, que l'enfant se voit et se repère initialement, en se distinguant d'elle. D.W. Winnicott explique dans cette perspective que l'enfant "voit son soi d'abord dans le visage de la mère, puis dans le miroir" ⁸, et que "si le visage de la mère ne répond pas, alors le miroir devient une chose qu'on peut regarder, mais dans lequel on n'a pas à se regarder." ⁹

Ce point précise ainsi l'idée nodale que finalement, l'identité du sujet se constitue en fonction du regard de l'autre sur soi, parallèlement à la reconnaissance de soi dans le miroir.

De cette théorie nous pouvons évoquer deux notions essentielles. D'une part, pour J. Lacan, le non dépassement du stade du miroir empêchera tout accès au symbolique, et expliquera en partie l'emprisonnement du psychotique dans l'imaginaire.

Par ailleurs, cette conceptualisation conduit à l'élaboration du Moi Idéal ; qui trouve son origine dans le stade du miroir.

Il apparaît que le narcissisme se déplace peu à peu sur le Moi Idéal ; comme l'explique S. Freud, l'homme cherche à retrouver par tous les moyens ce sentiment de complétude qu'il éprouvait dans le narcissisme, ne pouvant renoncer à cette satisfaction originelle. C'est alors au Moi Idéal que s'adresse maintenant l'amour de soi dont jouissait dans l'enfance le moi réel. Il est en fait conçu comme un idéal narcissique de toute puissance, possédant toutes les perfections, comme le moi infantile, que le sujet cherche à tout prix à reconquérir. Le Moi Idéal appartient ainsi au registre de l'imaginaire, et nous verrons par la suite comment il sera intériorisé, transformé, permettant à chacun de sortir des identifications spéculaires du moi par l'intermédiaire du complexe d'Oedipe.

⁷ J. Lacan, Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, *Écrits I*, Points Essais, Ed. du Seuil, 1966, p.90.

⁸ D.W. Winnicott, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, *Jeu et réalité*, Ed. Gallimard, 1971, p. 161.

⁹ D.W. Winnicott, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, *Jeu et réalité*, Ed. Gallimard, 1971, p.157.

b) *Le complexe d'Œdipe*

Le complexe d'Œdipe, vécu dans sa période vive entre 3 et 5 ans, au moment de la phase phallique, se définit comme l'ensemble des désirs amoureux et hostiles que l'enfant éprouve à l'égard de ses parents.

Le petit garçon, tout d'abord, s'imagine être initialement l'unique objet d'amour de sa mère, et il aspire à la posséder pour lui seul, S. Freud précisant la nature érotique de cet attachement. Mais le père apparaît dans cette dyade mère-fils, comme possible objet du désir de la mère et donc comme obstacle et rival pour l'enfant.

Parallèlement, le garçon est confronté à la découverte de la différence anatomique des sexes, alors qu'il découvre l'absence de pénis chez la fille. Il pense d'ailleurs imaginativement qu'elle en a un, qu'il va grandir – façon initiale de nier la différence – puis qu'il lui a été enlevé.

Il éprouve alors cette découverte et cette élaboration comme une menace pour lui même, qui serait fantasmatiquement proférée par son père en réponse à son onanisme naissant.

Le fantasme de castration apparaît donc, comme émanant d'une menace paternelle, dont le petit garçon appréhende imaginativement la réalisation. C'est cette angoisse qui signe la sortie du complexe d'Œdipe pour lui, par ce que S. Freud a conceptualisé sous le terme de complexe de castration. "Il arrive un beau jour que l'enfant, fier de sa possession d'un pénis, a devant les yeux la région génitale d'une petite fille et est forcé de se convaincre du manque d'un pénis chez un être semblable à lui. De ce fait, la perte de son propre pénis est devenue elle aussi une chose qu'on peut se représenter, la menace de castration parvient du coup à faire son effet." ¹⁰

La castration ne concerne évidemment pas l'organe réel, mais ce que J. Lacan nommera le phallus, permettant l'accès à une dimension symbolique du manque et de la perte.

Les deux termes doivent être situés sur deux registres différents. En effet, le pénis relève d'un réel corporel alors que le phallus représente l'objet structurellement manquant, et ce pour les deux sexes.

La petite fille, quant à elle, entre dans l'Œdipe, contrairement au garçon, par le complexe de castration. Comme le souligne S. Freud, "elle accepte la castration comme un fait accompli, tandis que ce qui cause la crainte du garçon, c'est son accomplissement." ¹¹

Cette castration est vécue comme une privation, c'est-à-dire un manque réel de l'organe pénien. Imaginairement, elle "théorise" ce manque comme une mutilation qui lui aurait été arbitrairement infligée. C'est cette théorie "imaginaire", fantasmatique, qui va pour elle dévaloriser la position maternelle au profit de l'amour du père, sensé détenir ce que J. Lacan nommera le phallus. Du coup, il y aura chez la jeune fille une tendance à identifier le phallus et l'organe pénien.

¹⁰ S. Freud, La disparition du complexe d'Œdipe, dans *La vie sexuelle*, (1907-1931), Ed. PUF Paris, 1995, p.119.

¹¹ S. Freud, Op. cit., p.121.

De même, bien qu'ayant comme le garçon pour premier objet d'amour la mère, elle devra se détacher de celle-ci pour se tourner vers son père.

Cela signifie donc que la petite fille doit non seulement changer de zones érogènes mais aussi d'objets : c'est son père qui devient ainsi l'objet électif.

S. Freud explique que la petite fille passe de la mère à l'attachement au père, ou en d'autres termes : de la phase masculine à la phase féminine qui lui est biologiquement liée.

S. Freud souligne aussi que, confrontée à cette absence du pénis, la jeune fille pour tenter inconsciemment de pallier à cette situation, allait symboliquement identifier l'enfant et ce pénis manquant.

S. Freud dit que : "La libido de la petite fille glisse maintenant – le long de ce que l'on ne peut appeler que l'équation symbolique pénis = enfant – jusque dans une nouvelle position. Elle renonce au désir de pénis pour le remplacer par le désir d'enfant, et, dans ce dessin, elle prend le père comme objet d'amour. La mère devient objet de jalousie ; la petite fille tourne en femme." ¹²

C'est tout naturellement du père qu'elle attendra réparation, c'est-à-dire le don d'un enfant avec un fantasme incestueux qui lui est évidemment inhérent.

Cette théorisation a une place centrale dans toute l'œuvre de S. Freud, notamment du fait des concepts et des élaborations multiples qui en découlent : identification, identité sexuée, Idéal du Moi, Surmoi, choix d'objet.

Soulignons à ce propos la différence fondamentale que S. Freud établira entre le Moi Idéal et l'Idéal du Moi, ce dernier étant initialement confondu avec le Surmoi. Celui-ci apparaît avec l'Oedipe et l'intériorisation des interdits parentaux refoulés.

Cependant, il établira plus tard une distinction entre ces deux instances – Idéal du Moi et Surmoi – qui le conduira à définir le Surmoi comme porteur du sentiment de culpabilité et de la conscience morale ; l'Idéal du Moi étant générateur d'aspirations non redoutées voire idéalisées. Au fond, le Surmoi apparaît plutôt comme un censeur, l'Idéal du Moi comme un réconciliateur.

Aussi, l'Idéal du Moi se définit comme l'instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs. L'Idéal du Moi constitue en fait un modèle auquel le sujet cherche à se conformer.

Il permet en définitive d'accéder à des identifications symboliques, constitutives du processus de subjectivation, se différenciant foncièrement des identifications imaginaires fondatrices du moi.

¹² S. Freud, *La vie sexuelle*, (1907-1931), Ed. PUF Paris, Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique des sexes (1925), p. 130.

S. Freud le résume en précisant que "les conflits entre le moi et l'Idéal refléteront en dernière analyse, nous sommes maintenant prêts à l'admettre, l'opposition entre réel et psychique, monde extérieur et monde intérieur." ¹³

Le complexe d'Oedipe apparaît ainsi fondamental dans la structuration de la personnalité, en élaborant la première forme d'identification.

Comme l'écrit S. Freud dans le chapitre "Le Moi et le Surmoi (Idéal du Moi)", "Il n'existe pas de véritable contradiction à soutenir que pour la fille, comme pour le garçon, la première identification se fait d'emblée à un personnage phallophore, père ou mère, et qu'enfin troisièmement le partage ne se dessine qu'au temps de l'Oedipe où intervient le complexe de castration : menace pour le garçon et promesse pour la fille." ¹⁴

La disparition du complexe d'Oedipe conduit alors le garçon à s'identifier à son père, ce qui lui permet de prendre symboliquement sa place et de choisir la mère comme objet.

Il en va différemment pour la fille : en suivant S. Freud, il s'avère en définitive que "la disparition du complexe d'Oedipe chez la fille demeure toujours problématique. Ces effets peuvent être longuement différés dans la vie mentale de la femme." ¹⁵

Au terme de son article sur la féminité ¹⁶, il envisage trois issues possibles pour la position féminine à la sortie de l'adolescence : soit elle se détourne de la sexualité, ce qui l'amène à l'inhibition sexuelle ou à la névrose, soit il y a modification de son caractère dans le sens d'un complexe de masculinité, soit elle aboutit à l'attitude féminine normale qui choisit le père comme objet.

S. Freud explicite aussi à ce propos que ne pas se détacher du "complexe d'Oedipe" amène généralement l'enfant à la névrose et que ce complexe s'avère donc déterminant dans ses effets sur la sexualité adulte.

Par conséquent, le complexe d'Oedipe permet, à son "terme" – en définitive toujours incomplet et source de résurgences dans la vie d'un individu – l'intériorisation de la double différence, des sexes et des générations, qui permet la construction d'une subjectivité, d'une individualité – comme le souligne A. Green "la clôture du triangle amènera la contradiction entre le rétablissement d'un désir entre les parents, condition de l'existence du sujet et la haine qui résulte de son exclusion de leur rapport [...] Le compromis souvent trouvé est de construire le fantasme d'un rapport potentiellement destructeur sans que la destruction s'accomplisse jamais de façon définitive." ¹⁷

¹³ S. Freud, *Le Moi et le Ça*, *Essais de Psychanalyse*, PBP, Paris, 1981, page 249.

¹⁴ S. Freud, *Op. cit.*, page 239.

¹⁵ S. Freud, *La vie sexuelle*, (1907-1931), Ed. PUF Paris, Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique des sexes (1925), p. 131.

¹⁶ S. Freud, *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Ed. Folio Essais Gallimard, La féminité (1932), p. 169.

¹⁷ A. Green, Atome de parenté et relations oedipiennes, *Séminaire L'identité (1974-1975) dirigé par Cl. LEVI-STRAUSS*, Quadrige, PUF, Paris, 1995, p.92.

La situation œdipienne, après la période de latence, se trouvera être réactualisée à la période de l'adolescence et nous soulignerons à présent combien elle est structurante dans la constitution de l'identité de tout individu et dans le mouvement des identifications qu'elle corrobore.

c) *Les identifications à l'adolescence*

L'identification est, selon la définition donnée par S. Freud, "l'expression première d'un lien affectif à une autre personne" ¹⁸ et dérive des sentiments ambivalents de l'Oedipe. En effet, comme le précise E. Kestemberg, il s'agit en quelque sorte de "trouver une solution à ce conflit dans une identification au personnage parental du sexe opposé qui donne toute réassurance quant à la rivalité avec le personnage du même sexe." ¹⁹

C'est au moment de la puberté et de l'adolescence principalement que se réitèrent et se mettent en scène ces interrogations.

Les bouleversements pulsionnels pubertaires réactivent les ébauches infantiles d'inclinaison sexuelle pour les parents, au moment où la maturité physique rend la réalisation des fantasmes incestueux possibles. C'est ainsi l'interdit qu'est la barrière érigée contre l'inceste qui amène aux renoncements des attachements libidinaux précoces. En effet, le sexualité apparaissant avant l'aptitude à l'assumer, l'adolescent doit se défendre "contre la puissance désormais acquise qui permet ou de donner ou de recevoir un enfant à (de) son parent incestueux." ²⁰

Celui-ci va donc renoncer aux objets œdipiens d'amour infantile, avec tous les deuils que cela implique.

Le déplacement des investissements libidinaux s'accompagne d'un travail d'élaboration psychique, fait de désidéalisation des parents, de renoncement à leur idéal de "toute-puissance". Ce travail est, certes, entamé dès l'enfance, mais trouve à cette période un régime définitif, structurant désormais les choix d'objets ultérieurs et la logique fantasmatique du désir. A cet égard, S. Freud précise que "le choix d'objet ultérieur s'accomplit tout d'abord dans la représentation et la vie sexuelle de l'adolescence n'a guère d'autre latitude que de se répandre en fantasmes, c'est-à-dire en représentations qui ne sont pas destinées à se réaliser..." "Les fantasmes de la période pubertaire se greffent sur les recherches sexuelles infantiles abandonnées au cours de l'enfance [...]" ²¹.

¹⁸ S. Freud, *Essais de Psychanalyse*, PBP, Paris, 1981, Psychologie des foules et analyse du Moi (1921), p.167.

¹⁹ E. Kestemberg, L'identité et l'identification chez les adolescents, *Psychiatrie de l'enfant*, vol.5, n 2, 1962, p. 480.

²⁰ A. Birraux. Psychopathologie de l'adolescence et du vieillissement, *Psychanalyse*, sous la direction de A de MIJOLLA et S de MIJOLLA, Ed. PUF Paris, 1996, page 514.

²¹ S. Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle (1905)*, Les métamorphoses de la puberté, Ed. Folio Essais Gallimard, Paris, 1995, p. 169.

S. Freud développe alors l'idée que les choix objectaux sont peu à peu remplacés par des identifications qui se constituent, en fait, sur l'ambivalence à l'égard de l'objet.

Aussi l'identification répond en définitive à ce que nous voudrions être, alors que l'investissement d'objet répond à ce que nous voudrions avoir. Il s'agit en quelque sorte, "d'être comme", puisqu'il faut renoncer à posséder, ce qui consiste à intérioriser, assimiler une partie de l'objet.

Mais encore faut-il préciser que recherche identificatoire et relation objectale sont corrélatives et coexistent, bien évidemment, dans la vie de tout adolescent, puis de tout adulte. Elles conduisent l'adolescent à investir, aussi bien fantasmatiquement que réellement, de nouveaux objets, de nouvelles expériences, hétérosexuelles ou homosexuelles, par le biais d'états amoureux, d'amitiés fusionnelles ou de relations plus pacifiées.

Il va ainsi se diriger vers d'autres personnes, celles-ci pouvant tout autant ressembler aux figures parentales qu'en être à l'opposé le plus extrême. Il est en effet rappelé qu'une trop forte fixation aux objets oedipiens – ou un rejet total qui a la même valeur – empêche d'investir des relations intersubjectives.

C'est alors que l'adolescent peut manifester des attachements compulsionnels à des figures d'autorité, à des adultes le plus souvent, qui ont valeur de substituts parentaux. Il éprouve parfois des difficultés à ne pas être dans une imitation passive, certes nécessaire initialement, mais vite inhibante. Il ne peut alors plus, comme l'explique S. Lebovici, s'éprouver, se forger sans référence constante à l'autre. L'identification, au contraire, dépasse ce stade de l'imitation pure, de l'adhésion passive et consiste à "assimiler un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et à se transformer partiellement ou totalement sur le modèle de celui-ci." ²²

Par conséquent, elle s'initie dans un processus d'imitation, parfois d'idéalisation, mais qui est susceptible, en fin de compte, de dynamiser la subjectivation de l'individu.

C'est par ce biais que l'adolescent prend conscience de lui-même et des autres, pour peu à peu se distinguer, se détacher de ses modèles et accéder à un début d'identité : "l'identité de chacun se construit dans l'équilibre de l'autonomie et de la dépendance, entre identifications fusionnelles et séparations, sujet singulier capable de s'estimer et de penser pour soi-même, et sujet déjà engagé dans la relation à l'autre." ²³

A vrai dire, il n'y a d'identité que dans la relation à l'autre, si bien que, nous le repérons aisément, ce processus se répétera de manière plus ou moins intense, consciente, tout au long de l'existence. L'identité n'est pas, en effet, une entité finie et définitivement acquise à l'adolescence, bien qu'elle se structure pour une large part durant cette période privilégiée.

E. Kestemberg évoque, dans cette perspective, un mouvement dialectique constant entre identité et identification et "combien le conflit d'identification s'inscrit [dans] une recherche

²² Th. Lempérière, *Psychiatrie de l'adulte*, Ed. Masson, 1977, p. 78.

²³ J.Naudin, J.M. Azorin, Le concept d'identité chez Ricoeur et l'expérience psychiatrique, *Confrontations Psychiatriques*, collectif sur les troubles de l'identité, numéro 39, Rhône-Poulenc, sept 1998, p. 79.

angoissante de l'identité propre de l'adolescent" ²⁴, et peut être à l'origine d'une remise en cause de celle-ci.

Mais cette constante communication entre identification et identité ne doit pas nous conduire à penser que l'identité est la simple résultante des identifications. Au contraire, elle consiste à les dépasser, à les métaboliser, au point de ne plus être confondue avec elles.

Comme le dit J. Hochman, "les identifications sont des appropriations" ²⁵, où l'individu a la possibilité de se situer par rapport à autrui, pour accéder au Je, "le sujet du Moi", un Je assumant en son nom propre.

C'est ce que O. Mannoni explique sous le terme de désidentification qui signifie assimiler, prendre conscience d'une identification pour la faire sienne, l'identification étant, à son avis, pour une grande part inconsciente. Il rapproche, à ce propos, la désidentification du terme précurseur "d'introjection" d'Abraham. Aussi, une distanciation est nécessaire pour permettre l'accession à une identité, à une subjectivité et "l'identification fonctionne avec son contraire, la désidentification. Une facilité à s'identifier serait plutôt le signe d'une faiblesse, mais l'aptitude à se désidentifier est à l'origine de la force de caractère." ²⁶

Ces élaborations prennent au total une tournure décisive à l'adolescence et ont un caractère fondamental dans la formation de la personnalité, où il s'agit de "s'identifier pour être."

En outre, par le biais des identifications, s'effectue une déssexualisation des tendances libidinales qui sont détournées au profit d'autres buts (créatifs, intellectuels) conduisant au processus essentiel de sublimation, qui permet à tout individu d'exister en tant qu'être différencié et singulier.

Le travail d'investigation est, en fin de compte, autant un travail de déconstruction que de construction et aboutit à l'élaboration d'un compromis : compromis entre l'histoire infantile, les exigences actuelles de la puberté et le récit historique de l'adolescent, avec ses cassures et ses discontinuités.

Il n'en demeure pas moins "qu'afin de maintenir la continuité de son histoire, le tiers identifiant, le "Je", applique un jugement affirmant que les entités séparées intrapsychiques et extérieures, remaniées par le fait de la puberté, sont susceptibles plus ou moins complètement d'être confondues en une seule qui est neuve, l'identité." ²⁷

En conclusion, l'adolescent se reconnaît peu à peu comme personne à part entière, unique, passant du "temps des autres", des identifications, à un "temps personnel", celui de l'identité. C'est à l'intérieur de ce dispositif d'ensemble que va pouvoir venir se structurer la question de l'identité sexuelle.

²⁴ E. Kestemberg, L'identité et l'identification chez les adolescents, *Psychiatrie de l'enfant*, vol.5, n 2, 1962, p. 459.

²⁵ J. Hochman. Imitation, contagion, identification, ou la laborieuse élaboration d'un concept, *Adolescence*, 7, 2, 1989, p. 21

²⁶ O. Mannoni., La désidentification, dans *Le Moi et l'autre*, L'espace analytique, Ed. Denoël, 1985, p. 66.

²⁷ P. Gutton, Identification à l'adolescence, Edition Techniques, *Encycl. Méd. Chir.*, Paris, Psychiatrie, 37-213-A-30, 1993, 4 pages.

d) *L'identité sexuelle*

La première reconnaissance de tout individu s'établit par l'identité sexuelle. L'enfant existe, en effet, dès sa conception dans les projections fantasmatiques parentales, en tant que fille ou garçon. Et c'est dès la naissance que la confirmation réelle du sexe lèvera toute ambiguïté.

Mais il convient de repérer que l'identité sexuelle se réfère, somme toute, davantage à la conscience qu'a tout individu d'appartenir à un sexe qu'à la réalité strictement factuelle ; de cette conscience dépendront, en effet, ses choix d'objet en égard également aux traits de caractères psychosexuels conscients ou inconscients le constituant.

Comme le précise G. Darcourt, "peu de sujets ont des doutes sur leur sexe, alors que les choix d'objets sont plus souvent ambivalents avec des sujets qui peuvent osciller entre l'homosexualité et l'hétérosexualité, et qu'enfin la bisexualité est majeure pour les traits de caractère, tout être ayant à la fois des traits de féminité et des traits de masculinité." ²⁸

Il suffit, dans cette perspective, de souligner combien S. Freud, au fil de son œuvre, s'est référé à la bisexualité originelle de tout individu durant l'enfance ; au sujet de la différence anatomique des sexes, A. Green précise aussi que c'est "le moment où la bisexualité psychique entre en conflit avec l'identité sexuelle" ²⁹ et qu'elle est combattue par le refoulement.

La puberté apparaîtra alors pour S. Freud comme un moment fondamental de la différenciation entre l'homme et la femme, où l'intégration d'un corps sexué permettra l'accès à une libido s'appuyant sur la différence anatomique des sexes : "On sait que ce n'est qu'à la puberté que s'établit la séparation tranchée des caractères masculins et féminins aux oppositions, qui, plus que nulle autre, a pour la suite une influence déterminante sur le mode de vie des êtres humains." ³⁰

C'est ainsi qu'à la bisexualité psychique infantile, s'oppose désormais une toute autre logique, celle que P. Gutton appelle "la logique de la complémentarité des sexes", qui conduit l'adolescent à prendre conscience de sa maturité physique sexuelle et de la capacité désormais

²⁸ G. Darcourt, *Psychopathologie et identité*, Résumé du Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson, p. 74.

²⁹ A. Green, Atome de parenté et relations oedipiennes, *Séminaire L'identité (1974-1975) dirigé par Cl. LEVI-STRAUSS*, Quadrige, PUF, Paris, 1995, p. 84.

³⁰ S. Freud, *Trois essais sur la théorie sexuelle (1905)*, Op. cit. p. 160.

acquise de procréer. C'est ainsi un nouveau système de représentations qui se met en place, et "la théorie pubertaire s'oppose désormais aux théories sexuelles infantiles, comme le primat du génital s'oppose au primat du phallus..."³¹ Elle structure un fonctionnement symbolique nouveau.

Comme nous l'avons déjà souligné, cette période marque l'investissement d'objets nouveaux, étrangers, avec lesquels une vie sexuelle réelle peut être désormais exercée, ce que S. Freud développe notamment dans "Psychologie de la vie amoureuse."

L'adolescent sera ainsi fondamentalement confronté à ce type de questionnement, ce qui explique la fréquence des troubles de l'identité sexuée à cette période. La définition de E. Kestemberg, nous semble d'ailleurs parfaitement résumer cette problématique, que nous étudierons dans la suite de ce travail :

"le trouble de l'identité est l'inquiétude quant à la cohésion interne de la personne et le sentiment d'inadéquation ou d'étrangeté par rapport à la nouvelle image du corps induite par la maturation génitale pubertaire."³²

B. identité et filiation

La construction de l'identité personnelle est en corrélation étroite avec le lien de filiation, puisqu'il s'agit simultanément de se construire, de se situer dans une lignée à laquelle on appartient.

Les questions de l'identité et de la filiation ne sont pas l'apanage de l'adolescence. Elles se révèlent être souvent au centre des questionnements à de multiples périodes de la vie : naissances, séparations, décès, migrations, vieillissement de l'individu, qui impliquent des références nombreuses aux ascendants et aux liens qui nous unissent à ces derniers, et également des déstabilisations, des remises en questions de ce que nous sommes.

Le Professeur J. Guyotat souligne à ce titre qu'il y a un lien étroit entre construction de l'identité et structuration de la filiation, l'identité étant "ce par quoi un individu est reconnu et se reconnaît comme tel", la filiation, "ce par quoi un individu est relié à ses ascendants et descendants, réels ou imaginaires."³³

³¹ P. Gutton, "ils virent qu'ils étaient nus", différence et complémentarité des sexes à l'adolescence, *Psychanalyse à l'université*, Tome 7, n° 28, Ed. Erès, Toulouse, 1982, p. 673-674.

³² E. Kestemberg, L'identité et l'identification chez les adolescents, *Psychiatrie de l'enfant*, vol.5, n° 2, 1962, p. 449.

³³ J. Guyotat, A propos de la clinique des troubles de l'identité, *Confrontations Psychiatriques*, collectif, numéro 39, Rhône-Poulenc, sept 1998, p 130.

Ces deux définitions mises en symétrie nous conduisent à un questionnement global sur la façon dont chacun peut se construire, dans une référence nécessaire et inévitable à ses origines.

Dans le processus spécifique et fondamentale que représente l'adolescence, il nous paraît intéressant de situer avec davantage de précisions la manière et les modalités avec lesquelles ces questions s'élaborent.

Nous essaierons dans ce chapitre d'apporter un certain nombre de repères concernant la filiation, ce qu'elle implique dans les processus de transmission psychique transgénérationnelle, et de définir quel rôle plus spécifique elle peut jouer au moment de l'adolescence, surtout chez les jeunes maghrébins, pour qui les notions de place dans l'ordre des générations, de liens filiaux et culturels, de transmission, sont souvent centrales.

Nous ferons référence aux travaux de S. Freud sur la transmission, le mythe, le roman familial des névrosés, et à d'autres auteurs et conceptualisations plus récentes.

Dans un premier chapitre, nous explorerons ce qui rend possible la transmission en remontant à ses origines au travers des textes de S. Freud .

Dans un second temps, nous étudierons les modalités de la transmission non plus au niveau collectif mais à un niveau individuel .

Dans un troisième chapitre, nous analyserons cet objet de la transmission en nous référant à la psychanalyse et à la systémique, sans aborder l'étude des thérapies familiales qui n'est pas directement notre propos.

1. La question des origines

a) "Totem et tabou"

Nous partirons, pour introduire cette question de la filiation, de l'analyse que développe S. Freud dans deux textes fondamentaux que sont "Totem et Tabou" et "L'homme Moïse et la religion Monothéiste".

Ces deux ouvrages portent en effet sur une tentative d'analyse de la filiation, qui ne dissocie pas les modalités subjectives et oedipiennes de la transmission et ses modalités sociales et culturelles.

Pour S. Freud, en effet, l'individuel et le collectif obéiraient à un certain nombre de structures communes, de lois inconscientes, qui graviteraient globalement autour du complexe d'oedipe. Sans préjugé ici de la validité de ce point de départ – ce qui n'est pas notre propos – reprenons brièvement les conclusions de "Totem et Tabou", et ce que l'on peut en dégager pour notre travail.

L'origine de la société se fonde, pour S. Freud, sur un meurtre, le meurtre du père de la horde primitive. Ce père tout puissant aurait ainsi mythiquement disposé de toutes les femmes, avivant la haine des fils, privés, de ce fait, de toute jouissance sexuelle. Ceux-ci, pour y parvenir, auraient donc tués ce père, commis le premier parricide, engendrant ainsi l'échange réglé des femmes, support de la loi exogamique que l'on retrouve au fondement de toutes cultures.

Cependant, à ce temps du meurtre, va succéder une culpabilité indélébile, vectrice du fait religieux dans son ensemble, qu'il soit totémique ou, par la suite, monothéiste. Le meurtre du père, écrit S. Freud, c'est la naissance de Dieu. "Le souvenir de ce premier grand acte de sacrifice s'est montré indestructible [...] L'élévation au rang d'un dieu du père jadis assassiné, auquel la tribu faisait désormais remonter ses origines, était cependant une tentative d'expiation beaucoup plus sérieuse que ne le fut autrefois le pacte conclu avec le totem." ³⁴

Si l'on peut éventuellement discuter, d'un point de vue anthropologique, la continuité qu'institue S. Freud entre le fait totémique et l'invention monothéiste, il n'en demeure pas moins que ce père mort devient "plus puissant qu'il ne l'a jamais été de son vivant... Ce que le père avait empêché, par le fait même de son existence, les fils se le défendaient à présent eux-mêmes..." ³⁵

Aussi, cette culpabilité va-t-elle prendre deux formes fondamentales ; celle tout d'abord de la prohibition de l'inceste et des règles exogamiques qui en découlent ; de l'autre, l'interdiction de toucher au totem, substitut symbolique du père, et première forme humaine du sacré. Seul, désormais le repas totémique, où les fils réunis tueront rituellement l'animal totem et le mangeront en commun, commémorera cette scène primitive ou l'humanité de l'homme trouve son départ.

C'est donc bien sous la forme d'une culpabilité fondatrice, d'une faute partagée et assumée collectivement, que les hommes devront assumer ce qu'il en est pour chacun d'eux de la filiation.

Cette dette symbolique au père mort, qui s'inscrit initialement pour S. Freud dans le phénomène totémique, va donc structurer l'ensemble des processus de transmission et de filiation.

Cette dette devient ainsi la pierre angulaire, la condition initiale, à partir de laquelle un individu va pouvoir se subjectiver et prendre place dans la suite réglée des générations. On le voit, c'est en payant le prix de la castration, en assumant et en partageant la dette, que l'individu entre au fond dans l'histoire, la sienne, tout autant que celle de la culture à laquelle il appartient.

³⁴ S. Freud, *Totem et Tabou (1912-1913)*, PBP, Paris, 1996, p. 226- p. 223.

³⁵ S. Freud, Op. cit., p. 214-215.

b) "L'homme Moïse et la religion monothéiste"

Dans "L'homme Moïse et la religion monothéiste", S. Freud va indéniablement franchir un "nouveau" pas dans son investigation.

Il reprend tout d'abord l'hypothèse du meurtre primitif du père, qui ne cesse de devoir se répéter, et l'idée du refoulement originaire de ce meurtre, avec transmission de la culpabilité aux générations suivantes, qui conditionne l'histoire de l'espèce.

Ainsi affirme-t-il que "... les humains ont toujours su – de cette manière particulière – qu'ils ont possédé un jour un père primitif, et qu'ils l'ont mis à mort.", et que "... l'héritage archaïque de l'homme n'englobe pas seulement des dispositions mais aussi des contenus des traces mnésiques relatives au vécu des générations antérieures." ³⁶

Enfin, l'hypothèse d'un Moïse égyptien, qui peut paraître en tant que tel difficilement acceptable, va lui permettre de décentrer quelque peu la question de la transmission.

En effet, son idée centrale est que non seulement Moïse est un homme, qui a été fils avant d'être père, mais qu'également il n'est pas juif, et donc, à ce titre, étranger. S. Freud se demande dans son analyse "à quoi servait au peuple juif une légende qui faisait de son grand homme un étranger ?" ³⁷

Ainsi, effectue-t-il un démontage de l'image paternelle, une destitution du père de sa position immuable. La religion a désormais un père venu d'ailleurs.

La figure paternelle, semble suggérer S. Freud à la fin de sa vie, est toujours radicalement différente, et il n'y a sans doute pas de continuité linéaire, d'identique envisageable, qui tisseraient les liens entre le fils et le père. C'est de la reconnaissance de l'altérité, de l'irréversible de la séparation, au coeur même de la filiation, qu'une véritable transmission peut prendre forme.

Transmettre, en définitive, recèle toujours un acte de transformation, de séparation, qui est toujours aussi en même temps séparation avec une partie de soi-même, et donc tout autant un travail de deuil que de réappropriation de ce que l'on croyait jusqu'alors constituer notre identité. C'est sur ce paradoxe que S. Freud paraît élaborer son "Moïse" : ce ne peut être qu'au prix de renoncer à faire du père un "même", un semblable, que le fils peut enfin advenir comme sujet à part entière, susceptible d'assumer l'hétérogénéité de sa condition.

2. Les modalités de la transmission au niveau individuel

³⁶ S. Freud, *L'homme Moïse et la religion monothéiste (1939)*, Ed. Folio Essais Gallimard, 1996, Paris, p. 197 et 195.

³⁷ S. Freud, Op. cit., p.72.

a) *De la conception à l'enfance*

Le sujet commence à exister avant même sa naissance réelle, il vit d'abord dans les fantasmes parentaux, dans l'expression du désir d'un enfant. A. De Mijolla dit que : "C'est bien avant la naissance, avant la conception même, que les futurs parents inscrivent l'enfant à venir dans un lignée généalogique dont leurs propres parents constituent les représentants réels et fantasmatiques les plus importants." ³⁸

Les parents projettent sur l'enfant à naître leurs idéaux, leurs illusions, bâtissent leurs rêves autour de la grossesse, puis du berceau.

Cet imaginaire ne traverse pas seulement les rêves des parents, mais aussi ceux des autres ascendants. Cette lignée généalogique fantasmatique porte l'enfant, chacun se représente celui qui va naître, en se référant aux caractéristiques physiques et psychiques de ceux qui le précèdent.

"L'enfant qui va naître sera, peu ou prou, le dépositaire inconscient des fantasmes et des conflits oedipiens des parents. Il se trouvera également de ce fait le porteur d'identifications que dévoileront ou non les désignations identifiantes du type : "Tu es le portrait craché de..." ³⁹

Ces processus psychiques travaillent chacun bien avant la conception de l'enfant qui existe déjà grâce à ces représentations imaginaires, l'enfant étant ainsi "contenu avant même d'être contenant." ⁴⁰

Elles continueront du reste à le faire vivre dans le psychisme des parents après la naissance, l'enfant devenant fréquemment dépositaire des désirs irréalisés de ses géniteurs. Le risque fréquemment retrouvé est celui de l'enfermement de l'enfant dans un modèle par lequel il n'est pas réellement ou directement concerné, et qui le confine à être ce que les parents souhaitent qu'il devienne. Cet acharnement des parents à créer l'enfant rêvé et fantasmé ne lui laisse donc pas la liberté de se révéler et de s'exprimer. Il devient ainsi porteur du narcissisme parental, pouvant même aller jusqu'à incarner le refoulé en germes dans toute une lignée générationnelle.

S. Freud parle à ce propos de l'idéal projeté sur la descendance, du narcissisme parental trouvant refuge dans l'enfant.

Parallèlement et corrélativement l'enfant construit son narcissisme en prenant appui sur ses parents. S. Freud dit que : "L'individu mène effectivement une double existence, en tant qu'il est à lui-même sa propre fin, et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté ou du moins sans l'intervention de celle-ci." ⁴¹

³⁸ A. De Mijolla, A propos des relations entre les générations, *Dialogue*, n° 90, 1985, p. 6

³⁹ A. De Mijolla, A propos des relations entre les générations, *Dialogue*, n° 90, 1985, p. 10

⁴⁰ A. Vernet / M. Hénin, Filiation manquante, identité perdue, *Le journal des psychologues*, Mars 1999, n° 165, p.16.

⁴¹ S. Freud, *La vie sexuelle*, (1907-1931), Ed. PUF Paris, Pour introduire le Narcissisme (1914), p. 85.

L'enfant n'est plus seulement l'objet des projections fantasmatiques, il impose sa propre élaboration, et sa propre réalité.

b) *"Le roman familial des névrosés"*

Il ne faut pas méconnaître qu'au niveau individuel, un des moments cruciaux de l'évolution psychique est l'élaboration du "roman familial des névrosés" (S. Freud. 1909).

S. Freud explicite ainsi sous quelles conditions l'enfant recrée son histoire, réinvente sa famille, tout en se détachant de ses parents. Il récuse en quelque sorte la réalité de ses liens de filiation.

Il en résulte pour reprendre cet auteur, qu'au moment où l'enfant commence à "douter du caractère incomparable et unique qu'il [...] avait attribué" à ses parents, il va tenter de corriger fantasmatiquement cette existence qui lui paraît insatisfaisante. "Tout l'effort pour substituer au père réel un père plus distingué ne fait qu'exprimer chez l'enfant la nostalgie du temps heureux et révolu où son père lui est apparu comme l'homme le plus distingué et le plus fort, sa mère comme la femme la plus chère et la plus belle." ⁴²

Cela nous amène à remarquer que l'enfant passe de la passivité de sa conception à l'activité fantasmatique et créatrice. Cette production imaginaire devient constituante, et permet à l'enfant d'élaborer sa propre théorie de la conception. Cela permet ainsi de solutionner provisoirement les angoisses que réveille la question : "D'où viennent les enfants ?"

L'enfant reconstruit en effet la vie secrète des parents, imagine à partir de ce qu'il a vu (ou cru voir) et entendu (ou cru entendre). Il est à l'affût d'indices et invente des mises en scènes. S. S. Freud dénomme d'ailleurs pulsion d'investigation cette curiosité de l'enfant à percer le mystère de la naissance. Il rappelle en effet que celui-ci s'imagine dans un premier temps être un enfant trouvé et adopté, puis dans un deuxième temps être né d'un père plus distingué que le sien. Il est amené alors à inventer l'adultère de la mère.

Le roman familial apparaît ainsi comme une fiction s'étayant sur les légendes. On peut même dire qu'il rejoint presque les mythes de la naissance des héros. Dans ces mythes, en effet, on a coutume de dire que l'enfant naît "contre la volonté d'un père noble et riche habituellement, puis qu'il est sauvé et recueilli par une famille humble." ⁴³

S. Freud exprime alors qu'on a véritablement l'impression que les deux familles présentifiées dans la légende sont souvent la propre famille de l'enfant telle qu'elle lui apparaît à différents moments de son évolution.

En résumé, ajoutons que deux buts se retrouvent dans la fantasmatisation de l'enfant : l'un ambitieux, l'autre érotique.

⁴² S. Freud, *Névrose, psychose et perversion (1894-1924)*, Ed. PUF Paris, 1995, Le roman familial des névrosés (1909), p. 159-160.

⁴³ S. Freud, *L'homme Moïse et la religion monothéiste (1939)*, Ed. Folio Essais Gallimard, Paris, 1996, p. 69.

A titre d'illustration, nous pouvons citer l'exemple du petit Hans.

Celui-ci, au moment de la naissance de sa sœur, ne cesse de s'approprier la fable de la cigogne. Mais il ne semble pas dupe du mensonge des adultes, qu'il fait sien, et on peut concevoir qu'il évite de la sorte la confrontation à la réalité du sexuel.

De même, son "analyse" se termine par un fantasme qui tient lieu de compromis : son père épouse sa propre mère, laissant le champ libre à Hans auprès de sa mère, le père étant en quelque sorte renvoyé à sa propre question oedipienne.⁴⁴

Le roman familial dans ces conditions, apparaît comme un travail psychique, un préalable au désinvestissement des imagos parentales idéalisées. Il organise en quelque sorte, une deuxième filiation, et témoigne de la capacité de l'enfant à fantasmer, dans la distinction de la réalité et de l'imaginaire.

Comme nous pouvons le pressentir, le père réel, le géniteur, n'appartient pas tout à fait au même registre que le père du désir, le père idéalisé, vecteur des identifications oedipiennes de l'enfant.

Pour conclure, nous emprunterons à R. Kaës son étude de l'article de S. Freud, dans laquelle il dit que le "Roman est un préalable à la réconciliation (en allemand *Versöhnung*, à la lettre : accomplissement de la filiation) ..." ⁴⁵

3. L'objet de la transmission

Chacun se construit en tant qu'individu singulier, dans une interdépendance à l'histoire de la lignée à laquelle il appartient, qui constitue l'axe vertical de la filiation.

Le sujet est en effet membre d'une famille, dont la définition du Petit Robert est "l'ensemble des personnes liées entre elles par le mariage et la filiation". On se dit fils ou fille de..., en se référant de façon habituelle à ses ascendants directs, les parents.

(Le terme d'orphelin signifie "celui qui a perdu son père et sa mère" et non celui qui n'a pas de parents comme l'énonce souvent le langage courant.)

Nul ne peut nier qu'il est né d'un homme et d'une femme, d'une génération qui l'a précédé, d'une lignée, même si celle-ci lui est inconnue.

⁴⁴ S. Freud, *Cinq Psychanalyses (1905-1918)*, Ed. PUF Paris, Analyse d'une phobie chez un petit garçon de cinq ans (1909), p. 93.

⁴⁵ R. Kaës, Filiation et affiliation, *Gruppo*, Septembre 1985, n°1, p. 37.

Connue ou inconnue, proche ou lointaine, la famille réelle s'inscrit dans une généalogie qui recense la succession dans une lignée, et établit la filiation par l'intermédiaire de l'arbre généalogique.

A cela s'ajoute l'exploration de l'histoire familiale, des événements vécus par chacun des membres individuellement et par la famille dans son ensemble, établissant unité et différences. Cette histoire naît toujours du discours transmis de génération en génération, d'un récit parlé, légué en héritage, par lesquels le sujet établit son appartenance.

Au fil de la transmission, il y a les paroles dites ou tues, les "événements phares" amplifiés, les secrets camouflés, réinventés : ces modifications et adaptations tissent le roman de la famille, le mythe qui circule. Ainsi s'établit la filiation imaginaire aux sources de la tradition commune.

A ces deux dimensions réelles et imaginaires, s'ajoute la dimension symbolique, qui autorise l'accès à une histoire qui ne soit pas qu'imaginaire, tant au niveau groupal qu'individuel et permet à l'individu d'acquérir ce qui lui est transmis, d'en faire à la fois un objet de perte et d'enrichissement, sans être seulement agi.

Somme toute, il n'y a pas de filiation sans transmission, et nous étudierons successivement comment certains auteurs ont élaboré ces concepts, et les questions auxquelles ils tentent de répondre :

- Qu'est-ce que la transmission ? L'ensemble des souvenirs vécus, ou les souvenirs d'un vécu recréé, imaginaire ou inconscient ?
- Que signifie posséder et acquérir un héritage ?
- Quelle est la part de l'objectivable et du subjectivable ?

a) Approche analytique

(1) Conceptualisation chez Jean Guyotat

J. Guyotat aborde la question de l'identité sous l'angle des liens de filiation, son travail étant principalement basé sur les psychoses puerpérales, les délires de filiations mystiques et la psychosomatique.

Nous souhaitons souligner et expliciter à partir de son analyse, deux concepts qui nous sont apparus riches pour développer et étoffer le concept de filiation, même s'ils ont été étudiés dans un cadre restreint ne permettant sans doute pas de recouvrir tous les cas de figure et de pathologie.

Cet auteur précise donc la structure du lien de filiation, comme rapport dialectique entre deux axes : la filiation instituée et la filiation narcissique.

La filiation instituée tout d'abord, représente à cet égard ce qu'a établi le groupe, et dépend des conventions sociales, culturelles.

Elle s'instaure donc, si l'on reprend l'auteur, dans "les institutions non langagières, des usages, des règlements, des lois et des rites en vigueur dans une société donnée, qui font que tel enfant est désigné par le groupe comme étant en relation de filiation avec tel père ou mère, en rapport ou non avec l'institution de mariage." ⁴⁶

Mais il ajoute qu'elle a également une dimension langagière, dans la transmission du nom, du prénom, et dans l'inscription de l'enfant dans le discours des parents, de la famille, du groupe.

La filiation narcissique, en second lieu, est définie comme le pôle imaginaire de la filiation, aussi bien collectif qu'individuel. J. Guyotat conçoit qu'elle se construit dans ce qu'il est amené à nommer la filiation de corps à corps, c'est-à-dire dans ce qui se transmet du corps de la mère au corps de l'enfant par contiguïté, de façon métonymique. (A. Konicheckis le précise par ailleurs comme une "lignée d'aliénation métonymique, maternelle, l'enfant étant d'une part en continuité avec l'organisme géniteur, avant de devenir un être séparé qui lui ressemble à la naissance.")⁴⁷

J. Guyotat cite alors l'exemple des maladies "héréditaires", psychosomatiques, des similitudes physiques repérées de génération en génération, des coïncidences entre une mort et une naissance dans une famille. Ce dernier point donne ainsi souvent l'impression d'une destinée, d'un ordre inéluctable, où peut se laisser repérer l'idée de la toute puissance de la pensée. La transmission biologique devient alors support imaginaire.

Pour étayer cette notion, l'auteur explique aussi que "la filiation narcissique a d'autant plus besoin de s'étayer sur le corps qu'elle fonctionne au niveau de l'imaginaire de l'individu et du groupe hors convention instituée langagière" ⁴⁸.

La question centrale se rapporte à un lien dialectique entre ces deux axes – institué et narcissique – l'atteinte de la filiation instituée étant à l'origine d'une inflation de la filiation imaginaire, qui apporte alors les éléments à une constitution délirante comme le cas d'un délire de filiation.

J. Guyotat résume finalement ses avancées théoriques en expliquant que l'identité relève de ces deux logiques du lien de filiation. C'est ainsi "sur ces éléments de réalité du groupe social auquel le sujet appartient que se construit donc plus ou moins bien son identité." ⁴⁹

⁴⁶ J. Guyotat, *Mort, naissance et filiation*, Etudes de psychopathologie sur le lien de filiation, 1980, p. 89

⁴⁷ A. Konicheckis, De la différence des générations, *Généalogie et Transmission*, Guyotat J, Fédida P. et al, Echo-centurion 1986, Paris, p. 67.

⁴⁸ J. Guyotat, Grille pour un repérage des singularités de la filiation, *Psychanalyse à l'Université*, Tome 4 et 16, 1979, p. 645.

⁴⁹ J. Guyotat, Filiation et identité, *Souffles*, janvier 1995, p. 12.

A cela ajoutons que les facteurs de fragilisation de la filiation instituée sont nombreux, parmi lesquels on peut citer les situations de mise hors filiation du sujet par déshéritage, changement de nom, ou mésalliance.

La migration et l'exil sont à ce titre aussi des éléments de déstabilisation de la filiation instituée et de l'identité.

L'auteur développe notamment ce point au sujet des familles maghrébines de la façon suivante :

"ces règles de filiation sont spécifiques d'une culture donnée. Les transplantations, les migrations s'accompagnent inévitablement, puisqu'il s'agit du passage d'une culture à une autre culture, de fantasmes de métissage, ou de mésalliance qui fragilisent cette filiation instituée ; cette fragilisation porte essentiellement sur la fonction paternelle, surtout lorsqu'il s'agit de familles maghrébines et l'on sait la difficulté qu'il y a pour le père maghrébin dans certains cas à tenir sa place et la blessure qui résulte du fait qu'il n'a pu la tenir. C'est le système de filiation du pays hôte qui entraîne un conflit avec celui du pays d'origine." ⁵⁰

Il se réfère somme toute à la désorganisation d'un système de valeurs, à la déstabilisation des liens établis, citant dans cette perspective la fonction paternelle. C'est ce dernier point que nous serons amenés à examiner et à approfondir dans les chapitres suivants. Ainsi, nous contentons nous pour l'instant de le repérer sans le développer plus avant.

En conclusion, J. Guyotat met l'accent sur l'aspect autant réel qu'imaginaire du lien de filiation, et sur la caractère à la fois individuel et collectif de ce lien, ainsi que de l'identité qui s'y construit.

L'identité est ainsi " la figuration instable et toujours en devenir des relations entre le sujet et le monde qui l'environne." ⁵¹

(2) Conceptualisation chez René Kaës

Cet auteur dans ses différents écrits repère une convergence actuelle d'interrogations sur la filiation, à un moment de l'histoire où il conçoit que pèsent un déni, une remise en cause des événements passés, des biens et des valeurs structurantes de la mémoire.

Il centre sa réflexion tout d'abord sur les objets de la transmission, s'interrogeant sur ce qui se transmet dans de multiples domaines (le culturel, le traditionnel, le religieux), abordant ensuite les processus de transmission.

⁵⁰ J. Guyotat, Problèmes cliniques concernant le lien de filiation. *Troubles du langage et de la filiation chez le maghrébin de la deuxième génération*, La Pensée Sauvage, 1988, p. 141.

⁵¹ J. Guyotat, A propos de la clinique des troubles de l'identité, *Confrontations Psychiatriques*, collectif, numéro 39, Rhône-Poulenc, sept 1998, p. 130.

Il formule son projet en se demandant : "Qu'est-ce qui me vient de l'autre, qui m'est transmis et que je transmets – ou transfère –, que je sers, dont je bénéficie ou qui me ruine, dont je peux ou non me constituer l'héritier ?" ⁵²

Nous développerons dans ce qui suit deux concepts importants :

- La négativité de la transmission ou la non transmission et ce qui conduit à "l'urgence à transmettre".
- Le concept d'affiliation.

(a) *La négativité de la transmission*

R. Kaës met l'accent sur ce qui fait défaut dans la transmission, dans le sens d'une transmission du non-dit, du secret, qui échappe à la parole mais s'hérite malgré tout d'une autre façon, non élaborée, et ouvrant même la voie aux répétitions, aux symptômes...

"C'est à partir de ce qui est non seulement faille et manque que s'organise la transmission, mais à partir de ce qui n'est pas advenu, ce qui est absence d'inscription et de représentation ou de ce qui, sur le mode de l'encryptage, est en stase sans être inscrit." ⁵³

L'auteur reprend le concept élaboré par N. Abraham et M. Torok, sur l'encryptage de la transmission où ils mettent en évidence le rôle du secret, du refoulé, du non-symbolisé. Ce qui se transmettrait donc préférentiellement est ce qui demeure comme retenu en deçà des mots, comme les hontes, les doutes, les fautes supposées, les événements traumatiques allant de la maladie à la mort déshonorante, les erreurs, tout ce qui relève de la culpabilité. (Suicide, crime, désertion...)

La notion de la crypte et du fantôme peut se résumer comme suit : un membre d'une famille a commis un acte condamnable, qu'on évite soigneusement d'évoquer (ce que les auteurs nomment la crypte).

Mais ce secret silencieux fait paradoxalement beaucoup de bruit, dans l'effort démesuré que font les porteurs du secret pour en interdire toute allusion, par peur de la malédiction, mais excitant la curiosité de ceux qui l'ignorent.

Un descendant, bien qu'il soit dans l'ignorance du secret, a parfois un caractère, une attitude qui rappelle précisément cet ancêtre proche ou lointain. N. Abraham et M. Torok parlent du fantôme venant se manifester, habitant les esprits comme un revenant hante une demeure, traversant les générations comme un fantôme traverse les murs. La crypte, pensée refoulée inanimée, prend la forme du fantôme.

⁵² R. Kaës. Dispositifs psychanalytiques et émergences du générationnel, *Le Générationnel, Approche en Thérapie familiale psychanalytique*. Collectif., 1997, p. 1

⁵³ R. Kaës, *Transmission de la vie psychique entre générations*, Dunod, Paris, 1993, p. 12.

Il y a donc résonance du non dit, de l'inavouable et qui fait retour sous forme de symptômes, d'actes, voire dans le délire. Mais il en découle que leur sens n'est pas immédiatement accessible, comme, et pour reprendre la métaphore, un fantôme n'est pas visible.

Par conséquent, il s'avère que "l'inconscient dans chaque sujet porte trace dans sa structure et dans ses contenus, de l'inconscient d'un autre, et plus précisément de plus d'un autre." ⁵⁴

Ces traces émergent alors parfois d'une génération à l'autre, sur le mode de l'inconnu, de l'énigmatique, sans médiation verbale.

R. Kaës est donc amené à remarquer qu'il n'y a pas d'élaboration psychique dans ce processus de transmission, pas de métabolisation. Cela traduit de fait une transmission directe, sans représentation possible, et qui s'inscrit seulement dans la pure répétition.

Il cite d'ailleurs l'exemple de la migration comme facteur de traumatisme familial, dans les deuils et changements culturels profonds et durables qu'elle implique.

La famille, à ce moment, est privée de ses racines, de ses origines ; cet événement fait du coup rupture, si bien que ce traumatisme génère une souffrance, qui, non élaborée, va impliquer une crise dans la transmission.

R. Kaës dit à ce propos que les symptômes, actes délinquants, etc. ... " par la souffrance qu'ils expriment, sont à la fois révélateurs de la faille dans la transmission et des actes de rupture. S'ils comportent leur propre fin, ils peuvent être entendus comme des appels à rétablir un dispositif de contention et de transmission." ⁵⁵

Il s'agit bien ici de repérer que le processus de transmission, en tant que tel, ne s'est pas effectué.

S. Tisseron formule également cette idée du mystère, du secret, disant qu'il peut s'agir "d'une honte des origines : tels ces transplantés d'autant plus silencieux sur leurs ascendants, sur leurs proches, que leur tentative d'adopter, dans l'espoir d'être adoptés par elles, de nouvelles valeurs sociales en rupture avec leur catégorie d'origine, les a conduits au refoulement de leur propre histoire." ⁵⁶

Les adolescents sont confrontés à ce titre à un indéchiffrable. C' est ce négatif de la filiation qui annule le sujet en tant que tel ; à cet égard il n'y a plus d'enchaînement possible pour qu'une identité puisse se constituer à partir d'une histoire fondatrice.

D.W. Winnicott parle à ce titre d'un vécu non vécu et toujours à revivre, utilisant le terme de "break-down", ou de " crainte de l'effondrement, devant l'état de choses impensables" ⁵⁷, qui reste en stase, en souffrance dans le psychisme.

⁵⁴ R. Kaës. Dispositifs psychanalytiques et émergences du générationnel, *Le Générationnel, Approche en Thérapie familiale psychanalytique*. Collectif, 1997, p. 8.

⁵⁵ R. Kaës. Objets et processus de la transmission, *Généalogie et Transmission*, Guyotat J, Fédida P. et al, Echo-centurion, p. 21.

⁵⁶ S. Tisseron / Y. Papetti., Histoire familiale et filiation analytique, imbroglio ou dénouement ?, dans Oedipe et son origine: une question sans frontière, *Revue du Collège de Psychanalystes*, numéro 12, 1984, p.50

⁵⁷ D.W. Winnicott; La crainte de l'effondrement, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 1974, p. 41.

C'est là qu'intervient la différence fondamentale entre processus de transformation et de non transformation de l'héritage. L'auteur centre à ce propos sa réflexion sur l'objet de la transmission : que faire pour qu'il ne reste pas identique et prêt à entraîner la répétition ? Qu'est-ce qui permet la modification de l'héritage et sa symbolisation ?

(b) *L'affiliation*

Il apparaît de ce qui précède que la réalité psychique de l'individu se noue, s'articule (et se désarticule) avec celle de la famille. En effet, deux liens participent conjointement à sa singularité : d'une part ce qui relève de l'individuel, le lien intrapsychique selon la définition de R. Kaës (transmission interne de la réalité psychique dans le compromis qu'est le rêve par exemple), d'autre part, ce qui assujettit à l'ensemble générationnel, le lien intersubjectif, "l'espace originaire de l'intersubjectivité étant le groupe familial." ⁵⁸

La transmission intersubjective décrit ainsi les rapports imaginaires, réels et symboliques entre individus permettant la transmission de l'héritage. En effet, pour que le sujet s'inscrive dans la lignée des générations, il est nécessairement astreint à un travail psychique. Autrement dit, "l'héritage ne peut être reçu passivement, il ne peut être qu'une acquisition appropriative." ⁵⁹

L'affiliation se définit d'ailleurs comme ce travail à effectuer sur l'héritage. Il s'agit du dépassement, de la remise en cause de la filiation, d'un cheminement qui conduit à l'exploration d'autres liens, à l'élaboration d'autres possibles.

Nous repérons dans ce concept un rapport avec le mouvement des deuils à accomplir chez l'adolescente, et les nécessités d'individuation qui lui sont afférentes.

"Ainsi les rapports de la filiation et de l'affiliation se précisent : d'une part l'affiliation est une Aufhebung de la filiation : son abolition imaginaire, sa dérive et sa reprise affermie." ⁶⁰

C'est donc un double mouvement qui, en effaçant, permet d'inscrire différemment. (Des termes comme quitter, désavouer, rompre sont à entendre dans un sens imaginaire, car il va de soi que se détacher en ayant le sentiment de détruire réellement ses parents n'est pas véritablement subjectivant et renvoie très souvent à la psychose.)

R. Kaës dit "...pour désirer affilier – engendrer des identifications, soutenir la transmission d'un héritage, le mettre à l'épreuve du meurtre, du rejet et de l'appropriation – il importe d'être assuré de sa propre filiation." ⁶¹

⁵⁸ R. Kaës, *Transmission de la vie psychique entre générations*, Dunod, Paris, 1993, p. 20.

⁵⁹ R. Kaës, Op. cit., p. 44.

⁶⁰ R. Kaës, Filiation et affiliation, *Gruppo*, Septembre 1985, n°1, p. 29.

⁶¹ R. Kaës, Op. cit. p. 43.

C'est à ce prix que la filiation permet l'avènement d'une singularité subjective, dans l'ordre de la différence des sexes et des générations, singularité susceptible de se reconnaître à son tour comme capable d'engendrer et de transmettre.

C'est "entrer dans la filiation, dans la parentalité, c'est être sujet sexué et mortel, comme sujet singulier." ⁶²

G. Rosolato définit lui aussi la filiation comme une grille de transmission à travers laquelle l'enfant tout d'abord, l'adolescent ensuite, découvrent progressivement leur identité, leur singularité. "Il faut ajouter en outre que toute transmission ne consiste pas seulement en répétition aveugle, reprise des usages, mais table aussi sur le potentiel de développement, de changement, d'invention et de découvertes." ⁶³

Le sujet devient non seulement serviteur et héritier de la vie psychique de ceux qui l'ont précédé, mais aussi bénéficiaire.

(c) *Filiation, transmission culturelle et langagière*

R. Kaës met l'accent, dans une autre étude, sur le parallèle qui peut être établi entre les notions de filiation, de culture et d'identité.

Les liens d'appartenance à une généalogie s'inscrivent également pour cet auteur dans les liens d'appartenance à une culture donnée, transmise aussi de manière transgénérationnelle.

Comme nous l'avons déjà souligné, le recours aux références culturelles s'avère tout autant nécessaire et incontournable dans l'évocation de l'identité que les références à l'individualité.

C'est dans cette optique que R. Kaës introduit la culture comme troisième différence, inscrite à côté de la différence des sexes et des générations, métabolisée dans l'histoire de chacun, au même titre que les liens de filiation précédemment évoqués.

Cet auteur souligne, à cet égard, que les points de convergence dans la démarche identitaire d'un individu sont autant l'appropriation d'un passé que d'une culture, permettant mutuellement la perpétuation de l'identité familiale. Il rapporte que "la culture soutient le processus de structuration psychique en introduisant le sujet à l'ordre de la différence, spécialement dans les rapports décisifs des sexes et des générations ; à l'ordre de la langue, c'est-à-dire au système de signification dans une généalogie, dans sa position sexuée, dans son affiliation sociale et culturelle." ⁶⁴

⁶² R. Kaës, Op. cit. p. 27.

⁶³ G. Rosolato, La filiation : ses implications psychanalytiques et ses ruptures, dans "Pour une psychanalyse exploratrice dans la culture", p 277.

⁶⁴ R. Kaës, Différence culturelle et souffrances de l'identité, DUNOD, Paris, 1998, p.46.

A partir de cette analyse, l'auteur explicite qu'il est nécessaire, à cet égard, de réaliser un travail de représentation, de renoncement également, d'acceptation de la différence et de son irréductible et ce, spécifiquement pour les migrants et leurs descendants.

C'est alors que pourront s'ouvrir de nouveaux investissements. Et comme le dit D.W. Winnicott, "La culture est cette tradition dont on hérite, à condition d'avoir un lieu où situer ce que nous recevons,"⁶⁵ d'être capable de se figurer cet héritage dans une participation active.

La culture est donc aussi ce qui nous est transmis, ce qui nous constitue en tant qu'être singulier, notamment par le biais fondamental de la langue. Il s'avère, comme l'écrit P. Ricoeur, que " dès son niveau pulsionnel, la vie n'est humaine que par la médiation du langage." ⁶⁶

Dans la langue se trouve en effet mise en jeu la transmission de messages, de générations en générations, l'émergence d'une singularité, d'une spécificité et un déterminant centrale pour la structuration de l'identité.

A. Maalouf cite à cet égard la langue au nombre des éléments qui définissent une culture, une identité : " De toutes les appartenances que nous nous reconnaissons, elle est presque toujours la plus déterminante (...) La langue a vocation à demeurer le pivot de l'identité culturelle." ⁶⁷

La langue permet à ce titre d'établir des repères identificatoires, des représentations progressives du monde environnant et c'est par ce biais qu'est possible l'accès à la symbolisation.

Cette question se pose frontalement pour les adolescents maghrébins de seconde génération, la double appartenance culturelle et le balancement entre les deux langues étant une composante essentielle de leur vécu.

Il s'avère que l'ambiguïté identitaire s'initie pour eux dans l'apprentissage des deux langues. S. Parisot évoque d'ailleurs la notion que "c'est la langue qui, en partie, nous façonne." ⁶⁸

Nous pouvons alors nous demander comment s'articule en ce cas le rapport à ce que nous pouvons nommer la filiation langagière. Généralement, ils sont baignés dès leur naissance et durant leur toute petite enfance dans la langue maternelle, la langue d'origine de leurs parents.

Secondairement et simultanément, ils apprennent la langue française, langue d'adoption de leurs parents, qui devient leur langue principale. La langue maternelle, au contraire, s'efface, n'est parlée que de façon épisodique, au domicile ou lors des retours au pays.

Ainsi s'établit une coupure avec la langue maternelle, qui va représenter en quelque sorte le familier, l'archaïque, et ce par l'intermédiaire d'une langue étrangère.

⁶⁵ D.W. Winnicott, *Jeu et réalité (1971)*, Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, Ed. Gallimard, 1995, p.137.

⁶⁶ P. Ricoeur, Les paradoxes de l'identité, *L'information psychiatrique*, Vol 72, n° 3, Mars 1996, p. 201 et p.203

⁶⁷ A. Maalouf, *Les identités meurtrières*, Grasset, Paris, 1998, p.170 et 172.

⁶⁸ S. Parisot, En écoutant Paul Ricoeur, *L'information psychiatrique*, Vol 72, n° 3, Mars 1996, p. 212.

Il y a alors une tentative pour articuler ces deux langues ; la langue maternelle perdant souvent sa place au profit de la langue d'adoption, ceci se vérifiant aussi pour les parents, dont certains optent pour le Français au sein de leur famille, dans une volonté évidente d'intégration. Mais ceci peut parfois évidemment engendrer un sentiment d'étrangeté, lorsque la langue divise et fait office de coupure totale, ou à l'inverse enferme et isole.

C'est par exemple le cas lorsque l'individu renonce entièrement à employer la langue maternelle, dans un reniement qui témoigne du refus de reconnaître une part de lui-même, d'une manière de refouler ses origines.

Dans cette perspective, une langue étrangère vient de fait remplir l'espace familial, sans être capable de dialectiser un tant soit peu l'archaïque et l'actuel, la mémoire et le présent.

Ceci n'a valeur que d'exemple, mais nous permet de souligner l'idée que dans la langue s'inscrit un rapport de filiation, mais du même coup un travail d'affiliation associé, qui nécessite avant tout de s'approprier cet héritage, ce qu'il transmet, pour pouvoir ensuite le mettre à distance sans pour autant l'abandonner.

C'est comme un dialogue nécessaire avec l'origine qui va permettre au sujet de faire un certain deuil de ce premier objet d'amour, de se détacher de l'archaïque maternel, pour adopter sa propre langue, sa parole propre de sujet singulier. C'est dans ce cadre que R. Kaës évoque la notion générale de culture qui se construit en rencontrant ce qui n'est pas elle, ce qui lui demeure différent et étranger. Encore faut-il avoir accepté le sentiment d'étrangeté à l'intérieur de soi, et pouvoir aussi se reconnaître comme singulier et différent, condition nécessaire à la rencontre avec l'autre. C'est ce qui conduit à "l'intégration du familier et de l'étranger dans l'espace et la parole du sujet" ⁶⁹

L'individuation de chacun s'effectue donc par ce travail indispensable de transmission et de détachement, de symbolisation par le langage.

F. Sinatra envisage d'ailleurs à ce propos "qu'ordinairement il n'y a pas d'identité, pas de savoir apte à disjoindre le moi du non moi, originellement le sujet est voué au dehors. Ce sujet voué au dehors se construit sans relâche sur fond d'altérité, et sans cesse il est divisé par la langue qu'il porte et qui le porte" ⁷⁰

L'articulation entre les deux langues permet alors l'accès à la séparation, à l'individuation et à la différenciation.

C'est ainsi que la chaîne de la filiation est devenue une chaîne signifiante, ou des associations, des élaborations sont devenues possibles. Mais l'individu a aussi désormais accès à une nomination de la transmission, ainsi qu'à la possibilité de la penser et de la dire. Aussi peut-il dès lors se reconnaître une place dans l'ordre des générations, et parvenir du coup à désirer et à parler en son nom propre, capable de se représenter la dimension symbolique de la filiation.

⁶⁹ F. Sinatra, Collectif R. Kaës / O. Correa Ruiz / O. Douville et al, *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, DUNOD, Paris, 1998, page 138.

⁷⁰ F. Sinatra, *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, DUNOD, Paris, 1998, page 137.

(d) *Conclusion*

Par conséquent, le lien de filiation semble être autant une histoire collective qu'individuelle, une mémoire transgénérationnelle que singulière. Il réactive, en tout cas, le passé dans l'actuel, faisant de chacun d'entre nous les héritiers et les porteurs d'un destin qui nous échappe toujours en partie. Le sujet, en s'inscrivant dans la différence des sexes et des générations, reconnaît implicitement sa place au cœur de la situation oedipienne, se percevant désormais comme mortel. A. De Mijolla écrit : "Différence des sexes et différence des générations, les deux vont de pair, dans la construction que chaque sujet doit accomplir de son identité par le long chemin de ses identifications contradictoires à ses objets d'amour et de haine." ⁷¹

L'individu se constituera donc comme sujet en intégrant la mémoire de son passé, parvenant, par ce biais, à une meilleure connaissance de ce qu'il est, et de ce qu'il est susceptible de devenir.

Nous avons vu ainsi, en quoi l'affiliation permet le détachement imaginaire de l'héritage, rendant chacun à une certaine liberté, lui permettant, pour le moins, de ne pas demeurer figé à une place qui lui aurait été définitivement assignée. La filiation est une transmission subjective, intersubjective, permettant à l'individu de construire sa singularité. Nous citerons pour conclure P. Huerre et P. Legendre, qui résument fort bien l'essentiel de cette question nodale pour l'équilibre psychique de chacun :

- P. Legendre : "Le principe généalogique, en définitive, veut dire simplement ceci : sans discours fondateur, pas de vie humaine." ⁷²
- P. Huerre : "Les racines qui stabilisent les éléments empilés au fil du temps dans les histoires humaines sont les liens parlés entre les générations et la qualité de leur inscription dans la chair des êtres qui en ont été les acteurs." ⁷³

b) *Approche systémique*

Nous souhaitons, en dernier lieu, mettre l'accent sur certains points de l'approche systémique concernant la famille et la filiation.

⁷¹ A. De Mijolla, A propos des relations entre les générations, *Dialogue*, n° 90, 1985, p. 8.

⁷² P. Legendre, "L'inestimable objet de la transmission". 1985, cité par Y. Brès dans *Généalogie et Transmission*, p. 12.

⁷³ P. Huerre : *L'adolescence en héritage, d'une génération à l'autre*, Calmann Lévy, 1996, p. 81, (citation se référant à S. Freud : "Malaise dans la culture", p.11)

Il existe diverses façons d'aborder la question, mais nous ne nous placerons pas délibérément du côté de l'application des thérapies familiales de ce type, ce qui dépasse notre sujet. Cependant, nous pensons que cette théorie est riche dans sa façon d'aborder le dysfonctionnement familial et qu'il est plus qu'utile de s'y référer pour mieux comprendre notre sujet.

Nous ajouterons, au préalable, que l'application d'une telle thérapie nous semble devoir se poser dans un cadre précis, clairement défini et décidé en fonction de ces indications. La vision systémique nous a été en tout cas très utile pour mieux comprendre certains modes de fonctionnement et de transmission intrafamiliale concernant les sujets présentés.

Nous définirons la famille dans la théorie générale des systèmes et nous aborderons celle-ci dans une approche transgénérationnelle.

Le mouvement des thérapies familiales systémiques est né aux Etats Unis, dans le sillage de Gregory Bateson et de l'école de Palo Alto. Cette théorie vise à dépasser la dimension intrapsychique de l'individu en l'intégrant dans le contexte de la famille. Les interrelations sont propres à une famille, liées à ses règles, ses appartenances à une histoire, ses lois, ceci constituant autant d'éléments pouvant expliquer des comportements, des difficultés. La famille, comme l'individu, devient de cette façon détentrice d'une histoire singulière, avec adoption d'un mode de vie qui pour une part lui est propre.

L'abord systémique considère ainsi la famille comme un système, fonctionnant dans sa complexité, avec régulation de ses relations internes et externes par ce qu'on appelle les rétroactions (rétrocontrôles ou feed-back) négatives ou positives.

Il élargit son pôle d'étude du champ intrapsychique au champ interpersonnel. L'individu n'est donc plus repéré comme isolé mais comme faisant partie d'un groupe ouvert, la famille, qui est soumis au principe d'homéostasie, c'est-à-dire au maintien des constantes permettant que le système soit en équilibre stable.

Chacun est impliqué dans ce maintien qui est nécessaire à la survie du système. Comme l'écrit B. Dollé-Monglond "la famille est donc perçue, à l'instar d'un système dans le temps, comme un tout cohérent, une unité non réductible à la somme de ses composantes... Dans cette entité, chaque membre à la fois, influence et est influencé dans le même temps par les autres, selon un processus constant d'interdépendance mutuelle, dans une logique causale non plus linéaire mais circulaire." ⁷⁴

Il résulte de cette optique que les symptômes apparaissant chez l'un des membres de la famille s'intègrent dans la dynamique des interfaces familiales et prennent, de ce fait, une fonction. Le membre porteur de symptômes est qualifié de patient "désigné" ou "identifié", c'est celui qui fait initialement consulter.

⁷⁴ B. Dollé-Monglond, *Introduction aux thérapies familiales*, Ed. ESF, Paris, 1998, p. 30.

Mais, au delà de la désignation, les symptômes sont la marque d'une souffrance, le témoignage d'un malaise familial, qui s'inscrit parfois au travers des générations. Ils établissent un compromis non seulement pour le sujet, mais aussi pour tous, permettant la conservation d'un statu quo, pour que rien ne change globalement. Ils traduisent l'impossibilité ou la difficulté des membres de la famille à tolérer des changements, des transformations.

Ainsi, "le symptôme présenté par un enfant ou un adolescent, devient la métaphore ou le produit final d'une histoire non seulement personnelle, mais encore transgénérationnelle, qui persiste et s'élabore dans le temps, à partir de dettes et crédits intergénérationnels." ⁷⁵

I. Boszormenyi-Nagy élabore à ce sujet la notion de loyauté, définit comme la contrainte pour chacun de répondre aux attentes d'ordre relationnel de son groupe familial. En outre, il s'agit d'obligations ou d'engagements transmis consciemment ou inconsciemment de génération en génération, que cet auteur appelle "le livre transgénérationnel."

C'est ainsi que la notion de secret s'intègre également dans une vision systémique, au même titre que celle du mythe familial. Le secret a d'ailleurs souvent la fonction de maintenir l'homéostasie, même si c'est de manière dysfonctionnelle. Mais il n'est pas à l'abri d'une révélation, du déclenchement de malentendus. Des auteurs comme G. Ausloos l'expliquent en écrivant que sans secret, il n'y a pas de drame et pas de mythe ; V. Satir et A. Ferreira l'utilisent dans leur travail en évoquant les croyances partagées par les membres d'une famille, concernant les rôles mutuels, où il devient souvent difficile de sortir de la répétitivité. C'est parfois la situation de patients pris " dans la peau d'un autre", qui ne peuvent alors plus vraiment vivre leur existence propre.

Mais le mythe correspond aussi à une nécessité dans toute famille. G. Salem écrit que : "un certain degré de mythologie est nécessaire à la représentation commune de l'identité et du style spécifique de la famille, à son narcissisme collectif " ⁷⁶, permettant ainsi de tisser les liens au sein d'une famille, de donner un patrimoine. Les séparations physiques, géographiques, modifient en fait, l'histoire, mais s'intègrent malgré tout dans la constitution du mythe, gardant une influence sur les membres de la famille.

Le mythe familial devient donc une combinaison de différents mythes individuels enchevêtrés et s'élabore, à vrai dire, selon les mêmes mécanismes, mêlant réalité et imaginaire, événements chronologiques et créations.

Ce mythe a alors pour fonction de donner un certain sens, une existence représentable à une famille, une inscription généalogique. M. Andolfi explique ainsi, que "la famille peut être considérée comme une sous culture qui s'est constituée au fil de nombreuses générations à travers des changements de rôles et de fonctions et à travers les crises d'identité qui les accompagnent." ⁷⁷

⁷⁵ D. Boszormenyi-Nagy cité par B. Dolle-Monglond dans *Introduction aux thérapies familiales*, Ed. ESF, Paris, 1998, p. 116.

⁷⁶ G. Salem, *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Ed. Masson, 1990, p.62.

⁷⁷ M.Andolfi, C.Angelo, M.De Nicholo Andolfi, Temps et mythe en psychothérapie familiale, ESF éditeur, Paris, 1990, p.95.

Aussi, de son point de vue, l'absence de mythe structurant, ou l'élaboration d'un mythe trop contradictoire avec la réalité biologique et culturelle de la famille, peut conduire à des relations pathologiques, à une structuration précaire de la famille, ceci retentissant évidemment sur chacun de ses membres.

Cette approche transgénérationnelle rejoint, en partie, la théorisation psychanalytique ; même si elle s'en éloigne dans ces indications et implications pratiques et si les deux démarches diffèrent dans leurs dispositifs thérapeutiques, ce que nous ne développerons pas dans ce travail.

La perspective commune à repérer est la prise en compte de la réalité psychique de la famille. "Dès lors on prend en compte non seulement l'histoire personnel du patient, mais aussi celle des parents, et celle des relations qu'ils ont entre eux, ainsi qu'avec leurs familles d'origine respectives tout au long de chemins de recherche qui se rejoignent donc sur un axe vertical." C'est ce que M. Andolfi appelle le modèle trigénérationnel ⁷⁸.

La dimension familiale implique donc une trame généalogique comprenant au moins trois générations. O. Douville écrit d'ailleurs à ce propos que parler de "seconde génération" pour les adolescents maghrébins est une terminologie malencontreuse, car "elle met seulement en miroir deux générations alors qu'il faut trois générations pour donner corps à une transmission." ⁷⁹

C'est ainsi, à partir de ce qui lui est légué des générations précédentes que chacun articule sa propre personnalité et sa place dans la famille : c'est l'axe vertical de la filiation qui permet l'inscription dans une histoire, au sein des générations successives, dans un jeu complexe d'interactions entre les différents membres de la famille et de remaniements dans le temps.

La famille passe, de ce fait, par un certain nombre d'étapes, évoluant avec ses mouvements spatio-temporels (naissance, deuil, migration, croissance des enfants).

Il est ainsi facile de concevoir que l'adolescence est un des moments propices de mise en tension du système familial, de déstabilisation des échanges interfamiliaux et d'interrogation sur les capacités de la famille à faire face aux changements.

Enfin, nous souhaitons souligner un point important de la théorie des communications qui est une autre théorisation de base de la systémique.

Cette étude montre que la communication peut perdre sa fonction de liaison, de transmission, et conduire chacun à l'incertitude, avec déstabilisation du système.

P. Watzlawick, de l'école de Palo Alto, en a établi des axiomes dont nous citerons seulement les paradoxes ou messages en "double lien" ("double contrainte" ou "double bind"). Ceci se définit comme une situation communicationnelle appelée transaction paradoxale :

⁷⁸ M. Andolfi, Un modèle trigénérationnel, *Panorama des thérapies familiales*, Ed. Seuil, 1995, p. 122.

⁷⁹ O. Douville, J. Galap, Santé mentale des migrants et réfugiés en France, *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-880-A-10, 1999, p. 9.

Un individu A affirme quelque chose à un individu B, puis A fait une deuxième affirmation sur la première, les deux affirmations s'excluant.

Cela sème la confusion chez B, s'il n'a pas d'échappatoire à la relation.

B est figé, ne peut choisir face à deux types de messages qui se contredisent. Il est ainsi condamné, qu'il réponde à l'une ou à l'autre des affirmations et cela s'il se sent dans l'obligation de répondre. (Ce qui peut être le cas dans une relation parents-enfants).

Le double lien, selon G. Bateson, bien que s'observant très souvent dans les familles à transaction psychotique, est aussi une forme de communication assez commune et non spécifique, présente dans de nombreux contextes.⁸⁰

Nous reprendrons ce concept, car il nous sera utile dans la suite de notre développement.

⁸⁰ G. Salem, *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Ed. Masson, 1990, p. 82.

III. Les troubles de l'identité en psychiatrie

A. *Analyse descriptive*

Il nous faut d'abord remarquer que la notion de pathologie de l'identité est mal délimitée et entre dans le cadre de plusieurs catégories pathologiques. Ce terme recouvre également des éléments sémiologiques très différents en fonction des troubles psychiatriques auxquels il est fait référence.

En effet, le trouble de l'identité n'entre pas dans une catégorie nosographique unique ; il est cité et évoqué dans divers registres, qui n'impliquent pas la même sémiologie, ne véhiculent pas forcément les mêmes notions, ce qui rend ses limites complexes.

A. Degiovanni tente à ce titre, de définir trois types de troubles psychopathologiques de l'identité : ⁸¹

- La problématique psychotique serait un questionnement sur le fait d'être quelqu'un. Le délire apporterait alors la solution d'être l'autre, le psychotique étant à proprement parler celui qui a une identité errante, un moi divisé.
- Etre quelqu'un d'autre que ce que j'étais serait la problématique des crises.
- Etre le quelqu'un que je suis serait la problématique de l'identité névrotique.

Ceci a le mérite d'indiquer qu'il y a de multiples façons d'entendre "l'identité", mais l'excès inverse ne doit pas conduire à l'invocation systématique et abusive de ce terme, pour éviter une référence diagnostique précise.

Nous ferons, dans ce chapitre, une revue rapide non exhaustive de différentes pathologies psychiatriques qui comportent un trouble de l'identité, notamment en référençant les données du DSM-III-R, DSM-IV, de la CIM 10 et de la psychiatrie classique.

Nous tenterons de souligner également comment ce concept a évolué depuis le DSM-III-jusqu'au DSM-IV (1994), et combien il semble difficile de le délimiter dans un cadre nosographique précis et isolable.

Enfin, nous aborderons successivement la question psychopathologique de l'identité dans la psychose, la névrose et les états limites, en essayant d'en cerner les déterminants spécifiques.

⁸¹ A. Degiovanni et al, *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson, p. 59.

Ainsi, privilégierons nous d'abord une approche descriptive et syndromique, pour, dans un deuxième temps, nous intéresser à la question de l'identité dans une description plus structurelle et globale.

Tout d'abord, dans l'approche clinique descriptive des classifications actuelles, nous retrouvons, parmi les critères diagnostiques se rapportant à un trouble de l'identité, les troubles dissociatifs, les troubles de l'identité sexuelle, le trouble de l'identité et les troubles de personnalité (type "border line").

1. Les troubles dissociatifs

Le syndrome dissociatif se définit par l'altération, au sens de perte partielle ou totale, des fonctions normales d'intégration de l'identité, de la conscience, de la mémoire.

Nous pouvons distinguer trois sous chapitres, comprenant :

- Le trouble dissociatif de l'identité.
- L'amnésie d'identité.
- La dépersonnalisation.

a) Le trouble dissociatif de l'identité

Il est défini par la présence de deux ou de plusieurs identités, encore appelées "états de personnalité" distincts, qui prennent tour à tour le contrôle du comportement du sujet, avec également une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants. Le passage d'une personnalité à une autre est brutal et souvent déclenché par un facteur traumatisant, stressant.

S. Tribollet rappelle : " l'existence pour chaque état de personnalité de sa propre histoire personnelle, son image de soi et son identité, notamment un nom particulier," et que "les identités peuvent différer par l'âge et le sexe qu'elles déclarent, mais aussi par le vocabulaire, la culture générale et l'état affectif prédominant." ⁸²

Ce trouble était auparavant répertorié au titre de "Trouble de Personnalité Multiple" dans le DSM-III-R et correspond à la notion de personnalité alternante, répertoriée alors dans les

⁸² S. Tribollet, Trouble dissociatif de l'identité, Nervure, Tome XI, n° 7, 1998, Supplément FMC, octobre 1998, p. I.

"troubles dissociatifs" ou "névroses hystériques type dissociatif." ⁸³ . S. Tribollet proposera à ce titre l'idée d'une manifestation particulière d'hystérie, névrose qui utilise les références culturelles d'une époque donnée comme moyen d'expression.

Ce trouble est rare et controversé aujourd'hui, paraissant très spécifique d'une culture donnée. Aux Etats-Unis, les cas abondent, les diagnostics de ce genre ne cessant d'augmenter font l'objet de multiples publications et le succès considérable de ce trouble dépasse largement sa prévalence. Cependant, en France, on peut relever l'absence ou la rareté de ce trouble.

b) *L'amnésie d'identité (ou amnésie dissociative)*

Elle se caractérise par l'impossibilité, pour un individu, d'évoquer son passé et de décliner son identité, sans que ce trouble ne puisse être référé à une mauvaise mémoire.

"Dans le cas de l'amnésie d'identité le sujet ne peut donner son nom, son adresse, ne peut se référer à quiconque de sa famille, de sa filiation, ne peut donner son domicile ni parfois son métier." ⁸⁴

Cette amnésie correspond donc à un trouble de l'évocation, non à celui de la fixation. Il s'agit de l'incapacité de se remémorer un souvenir qui jusque là était bien conservé. Le tableau classique est ainsi celui du fugueur, retrouvé sans bagage, dans une ville qui lui est étrangère.

Cet état survient dans des circonstances souvent particulières, telles qu'un vécu existentiel menaçant ou précaire ou un choc traumatique violent. Il peut s'étendre sur une durée variable, allant de plusieurs jours à plusieurs mois, avec recouvrement de la mémoire plus ou moins bref.

Les amnésies dissociatives peuvent avoir comme symptômes associés un sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation et composer alors un tableau plus complexe.

En effet, ils peuvent correspondre à des états psychotiques ou encore entrer dans le cadre des états limites ou personnalités "border line".

Certains auteurs le rapportent également sous la dénomination d'amnésie hystérique, le rapprochant du trouble de la personnalité multiple et en faisant une manifestation particulière de cette névrose.

⁸³ DSM-III-R, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris 1989, p. 181.

⁸⁴ J. Guyotat, A propos de la clinique des troubles de l'identité, *Troubles de l'identité, Confrontations Psychiatriques*, collectif, numéro 39, Rhône-Poulenc, sept 1998, p. 13.

c) *Le trouble de dépersonnalisation*

Ce trouble peut entrer également dans le cadre des troubles de l'identité, l'individu ayant le sentiment d'être devenu observateur extérieur de son propre fonctionnement mental et de son propre corps. Ce détachement n'altère cependant pas l'appréciation de la réalité mais s'accompagne d'une incapacité à continuer la gestion d'une vie professionnelle, familiale, sociale ou personnelle. Il s'agit d'un trouble associant un vécu d'étrangeté, un doute angoissant sur l'idée d'être soi, dans une intégrité corporelle et somatique.

"Elle s'exprime cliniquement comme une altération du sentiment d'être et d'avoir un corps, d'être une personne ayant une identité, de percevoir un monde approprié, familier, réel, milieu des actes où le sujet se réalise." ⁸⁵

S'y ajoute une importante composante émotionnelle et affective, avec la peur conjointe parfois de se dédoubler, de s'observer à partir d'une certaine distance, de se transformer, de devenir fou ou de ressentir sa mort prochaine.

Le monde extérieur est parfois perçu comme différent, changé, insolite, étrange, qui caractérise le syndrome de déréalisation, qui est associé à celui de dépersonnalisation dans la CIM 10 : " Le sujet perçoit les objets, les gens et l'environnement comme irréels, distants, artificiels, sans couleur et sans vie." ⁸⁶.

La dépersonnalisation est donc un état où le sujet exprime une modification telle de sa personne et du monde extérieur que ni l'un, ni l'autre ne lui paraissent familiers, ne lui sont reconnaissables.

C'est un ressenti subjectif, qui amène régulièrement le patient à employer des phrases métaphoriques abondants de "c'est comme si...", à rester dans une extrême perplexité face à son trouble, dans une difficulté également à trouver les mots pour l'exprimer, pour objectiver son ressenti.

Du point de vue étiologique, la dépersonnalisation est décrite habituellement comme pouvant inaugurer une entrée dans la schizophrénie.

Mais il convient de souligner que, majoritairement, ce trouble n'a pas de spécificité étiologique.

Il peut survenir spontanément, sans être révélateur d'une pathologie sous-jacente, lors de conflits psychiques importants, lors d'un abandon, d'un dépaysement et lors d'utilisation de toxiques (LSD, ...). Ainsi, peut-il apparaître lors d'un trouble panique et d'un état de stress aigu –au sens du DSM-IV– lors de conflits névrotiques. Il s'agit alors plutôt de crises brutales

⁸⁵ S. Follin, cité par Th. Lempérière, *Psychiatrie de l'adulte*, Ed. Masson, 1977, p. 24.

⁸⁶ CIM 10, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Ed. Masson, Paris, 1992, p.153

et de durée limitée ; la CIM-10 le repère dans un contexte de maladie dépressive, de trouble phobique ou obsessionnel compulsif.

Dans la psychose, elle interviendrait plutôt dans un tableau complexe, associant d'autres symptômes et englobant la perte de cohésion corporelle, proche du morcellement, la perte d'identité...

La crise aurait alors une valeur défensive contre l'incursion du délire. (En tout cas, elle en serait le précurseur). C'est ainsi que dans le délire, la conviction prendrait le pas sur la perplexité du dépersonnalisé, que la certitude d'une réalité objective ferait céder un vécu jusqu'alors subjectif.

2. Les troubles de l'identité sexuelle

Nous y repérons la manifestation de symptômes tels que le désir d'appartenir à l'autre sexe et/ou la volonté de se débarrasser des caractères sexuels primaires ou secondaires.

Nous retrouvons dans le DSM-IV et la CIM-10 une présentation quasi similaire de ces troubles, chez l'adulte et l'adolescent. Ce trouble se caractérise par :

- a) Une identification intense et persistante à l'autre sexe.
- b) Le sentiment persistant d'inconfort par rapport à son sexe ou le sentiment d'inadéquation par rapport à l'identité de rôle correspondante.⁸⁷

Il revêtait un caractère particulier dans le DSM-III, au titre de trouble de l'identité sexuelle de l'adolescence ou de l'âge adulte, de type non-transsexuel (ou TISAANT)⁸⁸

Chez un sujet ayant atteint l'âge de la puberté, ce trouble correspond en partie à la définition précédente, mais il s'en différencie par l'absence de désir persistant de se débarrasser des caractères sexuels, qui appartiennent au transexualisme. Il existe cependant un travestissement au caractère imaginaire ou réel, ce qui nous semble, malgré tout, deux degrés bien différents, l'aspect fantasmatique présentant, à notre avis, une sévérité moindre.

Dans le DSM-IV, la définition se radicalise, avec manifestation du désir d'appartenir à l'autre sexe chez les adolescents, sentiment que le sexe de naissance n'est pas le bon, désir de vivre et d'être traité comme l'autre sexe et souffrance significative empêchant une vie normale.

⁸⁷ Mini- DSM-IV, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris, 1996, p. 250-251.

⁸⁸ Mini-DSM-III-R, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris, 1989, p. 76.

Un point important à souligner est que cette pathologie "ne concerne pas exclusivement le désir d'obtenir les bénéfices culturels dévolus à l'autre sexe." ⁸⁹

Ce qui, nous nous en doutons, entraînerait des diagnostics erronés chez bon nombre d'adolescentes maghrébines...

Cette difficulté relative à l'orientation sexuelle est fréquente à l'adolescence, période d'accession à la maturité physique sexuelle, à la capacité de procréer, à la quête de nouveaux choix d'objets. Mais elle prend un tournant plus décisif lorsqu'elle dépasse les identifications homosexuelles intenses classiques à cet âge, comme nous l'avons vu.

Elle traduit alors souvent l'impossibilité d'affronter la différence, de l'autre sexe et la différence comme manque.

3. Le trouble de l'identité et son évolution dans les catégories nosographiques

Dans le DSM-III-R, ce trouble est défini de façon spécifique comme "trouble de l'identité de la première et de la deuxième enfance ou de l'adolescence," classé sur l'axe I. ⁹⁰

Il est alors défini de la façon suivante :

"a - Détresse subjective sévère liée à une incertitude dans de nombreux domaines touchant à l'identité, impliquant au moins trois des secteurs suivants.

Objectifs à long terme ou choix d'une carrière, type de relations amicales, choix de valeurs morales, fidélité dans l'adhésion aux groupes, orientation du comportement sexuel, appartenance religieuse.

b - Handicap du fonctionnement social au professionnel (y compris scolaire) conséquence de l'item précédent."

La durée du trouble doit être supérieur à trois mois et doit dépasser le cadre éventuel du diagnostic de trouble de l'humeur, de trouble psychotique ou schizophrénique. Ceci signifie que les critères doivent être insuffisants pour parler des troubles précédemment cités et également de personnalité limite.

⁸⁹ Mini-DSM-IV, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris, 1996, p.250.

⁹⁰ Mini-DSM-III-R, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris, 1989, p. 82.

En suivant encore le DSM-III-R, la personnalité limite ou "border line", classée dans le groupe B de l'axe II, englobe la définition précédente, notamment dans la manifestation de "perturbation marquée et persistante de l'identité" caractérisée par une incertitude dans les domaines cités précédemment.

Aux autres manifestations de cette pathologie, s'associe donc le trouble de l'identité. Dans le DSM-IV, cette dernière catégorie a disparu au chapitre cité dans le DSM-III-R et se retrouve désormais classée dans trois rubriques différentes :

- Le problème d'identité.
- La personnalité "border line".
- Le problème lié à l'acculturation.

Tout d'abord, le problème d'identité se référence sur l'axe I, mais dans la rubrique : "Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen classique." ⁹¹

Nous repérons facilement la similitude avec la définition du DSM-III-R, dans un diagnostic désormais non limité à l'enfance et à l'adolescence. Il se caractérise par une "incertitude relative quant aux multiples aspects concernant l'identité comme les buts à long terme, le choix de carrière, les modèles d'amitié, l'orientation et les comportements sexuels, les valeurs morales et les loyautés de groupe." ⁹²

La description de la personnalité "border line", quant à elle, reste similaire, avec instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi.

Enfin, dans le DSM-IV, est référencé dorénavant le problème lié à l'acculturation, qui doit être évoqué lorsque le motif d'examen clinique est un problème impliquant l'adoption d'une nouvelle culture, ce qui est le cas après une immigration. Cette rubrique peut largement être utilisée pour les migrants mais concernent beaucoup moins les adolescents de seconde génération d'immigrés, ceux-ci vivant d'emblée plongés dans deux cultures. Leur problème est davantage celui posé par l'adoption simultanée de deux cultures.

Précisons, pour terminer, que dans la CIM 10, aucune référence propre au trouble de l'identité n'est isolée.

Nous retrouvons seulement la description, comme dans les classifications précédemment citées, de personnalité émotionnellement labile type "border line", avec dans la définition la

⁹¹ Mini-DSM-IV, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris, 1996, p. 305.

⁹² Mini-DSM-IV, Op. cit., p. 305.

notion de perturbation de l'image de soi, des objectifs et préférences personnelles, y compris sexuelles.⁹³

En conclusion, il apparaît d'abord évident de remarquer la difficulté d'énoncer le trouble de l'identité en tant qu'entité singulière et de constater les déplacements successifs dont il a été l'objet.

Nous remarquons également assez clairement, nous semble-t-il, le rapprochement constamment effectué entre la définition de ce trouble et une des manifestations de la personnalité "border line".

⁹³ CIM 10, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Ed. Masson, Paris, 1992. p. 184.

B. Analyse structurale

1. Les Personnalités "border line" ou états limites

Sans détailler ce terme qui reste bien souvent un "fourre-tout" diagnostique de pathologies difficilement classables et identifiables dans les cadres nosographiques traditionnels, mais dont la description actuelle permet le repérage d'une entité clinique à part entière, nous nous en tiendrons à quelques points essentiels dans le cadre de notre sujet.

La personnalité limite ("border line"), classée dans les troubles de la personnalité, se caractérise essentiellement par un comportement instable, apparaissant au début de l'âge adulte, cette instabilité concernant aussi bien l'image de soi que les relations aux autres. L'image de soi est marquée d'emblée par cette incertitude, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre précédent, qui conduit à une identité vacillante et à des choix restant latents, aussi bien dans la vie intime que sociale.

Il découle de ce fait que ces patients ont un vécu fréquent de vide, d'ennui et se défendent contre une menace dépressive toujours présente. Ils cherchent alors à combler ce vide interne par des relations. Elles ont, elles aussi, un caractère particulier, conséquence en partie de ce manque d'assise narcissique, générant un extrême besoin d'être appréciés, rassurés, comblés par l'autre. Mais de fait, les relations s'installent d'emblée dans un équilibre fragile et précaire. Dans les relations interpersonnelles, existe ainsi fréquemment "une alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation." ⁹⁴

Les relations objectales sont de ce fait marquées par une mouvance allant de la dépendance à l'attente passive de satisfaction, au rejet brutal et agressif. Le paradoxe est alors une vie sociale satisfaisante et même hyperadaptée, mais qui peut s'effondrer tout aussi brutalement lorsque le patient concerné ne peut plus s'appuyer entièrement sur l'autre, témoignant de sa difficulté à nouer des relations stables et non superficielles.

Par conséquent, comme cela est décrit dans la CIM 10, "une tendance à s'engager dans des relations instables et intenses conduit souvent le sujet à des crises émotionnelles et peut être associée à des efforts démesurés pour éviter les abandons et à des menaces répétées de suicide ou à des gestes autoagressifs.

L'angoisse de l'état limite est à ce titre une angoisse de perte d'objet." ⁹⁵

⁹⁴ Mini-DSM-III-R, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, 1989, Paris, p. 222.

L'incapacité à contrôler les pulsions se traduit alors par une impulsivité marquée, allant d'accès de colère à des menaces et comportements suicidaires, qui sont un mode de réponse fréquent à la confrontation impossible pour ces patients à l'abandon, que celui-ci soit d'ailleurs réel ou imaginaire.

L'impulsivité se manifeste également dans des conduites répétées d'alcoolisme, de toxicomanie, de boulimie ou de vol, illustrant d'ailleurs la dépendance à l'objet de ces patients. Ces conduites, toujours identiques, caractérisent leur propension à l'agir et leur confèrent "une identité." ⁹⁶

Par ailleurs, peuvent exister des symptômes névrotiques, décrits comme peu érotisés et fluctuants, des épisodes psychotiques sérieux sous forme de bouffées délirantes aiguës, de crise de dépersonnalisation ou de déréalisation et parfois des troubles thymiques. Ceci témoigne de l'extrême variabilité des symptômes possibles et de leur labilité.

Du point de vue psychopathologique, le mode de fonctionnement des états limites traduirait la difficulté, voire l'incapacité d'accorder ensemble des identifications à la fois positives et négatives, conduisant alors à un nécessaire clivage entre les deux. Le clivage permet, à ce titre, de limiter l'angoisse provoquée par l'introjection de mauvais objets, vécus comme potentiellement destructeurs et menaçants pour l'individu. L'angoisse d'intrusion alterne à ce propos avec l'angoisse de séparation.

Comme le précise J-P. Guegen, "cette problématique autour de la perte, de l'abandon, organise son mode relationnel, explique et justifie son besoin d'étayage, de limites et de cadre dont la perte peut donner naissance à une sensation vertigineuse (liée au vide relationnel et affectif de survenue imprévisible et subite)..." ⁹⁷

Le clivage est alors une manière de faire cohabiter deux réponses contradictoires, l'extrême besoin de l'objet, autant que son intrusion redoutée. Le bon objet n'étant d'ailleurs jamais suffisamment disponible, voire trop lointain, il devient le mauvais objet à la fois trop proche et menaçant, d'où l'éternelle insatisfaction et le sentiment d'incomplétude.

D. Marcelli pense à ce titre que "le clivage – idéalisation - identifications projectives – crée en quelque sorte des cercles vicieux dans les chaînes relationnels où le patient perd peu à peu son identité propre..." ⁹⁸

⁹⁵ CIM 10, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Ed. Masson, Paris, 1992, p.184.

⁹⁶ J-P. Gueguen, M. Peyron, La prise en charge institutionnelle des états limites, *L'Information Psychiatrique*, Mars 1997, vol 73, n° 3, p. 249.

⁹⁷ J-P. Guegen, M. Peyron, La prise en charge institutionnelle des états limites, *L'Information Psychiatrique*, Mars 1997, vol 73, n° 3, p. 256.

⁹⁸ D. Marcelli., Les états limites en psychiatrie, ED. PUF. Paris, Nodules,1981, p32

C'est donc essentiellement ce processus de clivage, de pérennisation d'une division du Moi, qui serait à l'origine du problème d'identité diffuse rencontrée chez ces patients.

2. La Psychose

La psychose entraîne, selon la définition de la CIM 10, "une altération des fonctions fondamentales qui permettent à chacun d'être conscient de son identité, de son unicité, de son autonomie." ⁹⁹

Nous ne souhaitons pas, ici, nous étendre sur une étude complexe de cette pathologie, mais seulement énoncer quelques idées sur la façon dont ce trouble tente de répondre à une formulation de l'identité qui semble impossible, notamment au travers du délire.

Il convient tout d'abord de remarquer qu'une partie non négligeable des thèmes délirants classiquement décrits concerne l'identité, aboutissant à une pseudo-identité, identité délirante sortant du contexte historique et de l'actualité vécue par l'individu.

Le discours populaire reprend plus ou moins cette idée, en véhiculant la notion que le fou, c'est celui qui se prend pour un autre : pour Jésus, Napoléon,... soulignant ainsi le côté surprenant et spectaculaire de ce phénomène et la distance qu'il permet de concéder avec "la folie".

R. Descartes l'exprime d'ailleurs en disant : "Ceux qui assurent qu'ils sont des rois lorsqu'ils sont très pauvres, qu'ils sont vêtus d'or et de pourpre lorsqu'ils sont tout nus, qui sont ce qu'ils imaginent être, c'est des fous."

Ce qui reste déterminant dans le délire, c'est semble-t-il, sa tentative de résolution d'une identité errante et en suspens. C'est d'ailleurs dans le délire que se forge pour le psychotique, une identité, une origine.

Comme l'indique A. Degiovanni : "La réponse du délirant quant à son origine et à son identité s'accomplit dans le délire : délire solution, délire construction, délire restructuration qui reproduit les grands mythes de l'humanité." ¹⁰⁰

⁹⁹ CIM 10, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Ed. Masson, Paris, 1992, p. 78.

¹⁰⁰ A. Degiovanni et al, *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson, p. 75.

Mais, nous pouvons d'emblée remarquer, à l'encontre des discours classiques, que le psychotique n'est pas celui qui "se prend pour" un personnage, un autre, mais qui, bien au contraire, "est" ce personnage, cet autre.

Il y a alors indistinction entre réalité et fantasme, confusion totale entre les deux sans symbolisation possible : le moi devient le sujet, le psychotique étant capable de s'identifier, mais devenant ce à quoi il s'identifie, y engageant sa vérité et son être.

Dans ce mode d'organisation non séparée du Moi et du non Moi, l'identité délirante ainsi élaborée vient en quelque sorte combler le vide psychique intérieur et installe alors l'individu dans un imaginaire plein, un processus sans faille.

Ainsi, à l'identité errante succède une identité forgée dans la conviction, dans la certitude, qui ne laisse pas de place au doute, le psychotique ayant, d'une certaine façon, trouvé en l'autre ce qu'il ne trouvait pas en lui.

J. Guyotat explique, à ce propos, que "les états psychotiques s'accompagnent le plus souvent, de façon évidente, de troubles de l'identité, avec prédominance de l'identification projective." ¹⁰¹

Les délires sur les origines, sur l'inscription dans une lignée, qui élaborent une reconstruction imaginaire de la filiation, sont les plus caractéristiques et ont amené J. Guyotat à élaborer les conceptions sur la filiation que nous avons déjà analysées.

Nous souhaitons seulement souligner, à ce point de notre travail, quelques traits des idées délirantes de filiation et d'autres thématiques délirantes, qui peuvent nous aider dans la compréhension du trouble de l'identité dans la psychose.

Nous nous contenterons de souligner quelques points sémiologiques et psychopathologiques se rapportant à notre sujet.

a) *Les délires de filiation*

Ils sont un mode d'expression assez remarquable sur la question des origines et de l'identité ; ils comprennent diverses manifestations et formes étiologiques.

Il est tout d'abord classique de distinguer les idées délirantes sur la filiation, apparaissant dans l'évolution d'une schizophrénie, émergeant lors de moments aigus productifs ou lors de bouffées délirantes aiguës n'évoluant pas obligatoirement vers la psychose, et dans les délires systématisés appartenant aux délires chroniques non schizophréniques.

¹⁰¹ J. Guyotat, A propos de la clinique des troubles de l'identité, *Confrontations Psychiatriques*, collectif, numéro 39, Rhône-Poulenc, sept 1998, p. 15.

Dans la **schizophrénie**, les idées délirantes sur la filiation sont souvent polymorphes et fluctuantes, associées à un syndrome dissociatif marqué et à une production délirante alliant de nombreux mécanismes hallucinatoires, intuitifs, interprétatifs, imaginatifs ; le contenu en est abstrait, inorganisé, laisse une impression de flou, de bizarrerie, et conduit à parler de "délire paranoïde." Ainsi, les thèmes sur la filiation peuvent-ils varier au gré des productions imaginatives et s'allier à d'autres thèmes –dont nous pouvons citer les thématiques de persécution, mégalomane, cosmogonique– n'ayant pas forcément de liens cohérents entre eux.

Nous y repérons des intuitions d'autoengendrement ou des idées délirantes de négation des origines, d'anéantissement et de fin du monde. Les parents ne sont plus souvent les vrais parents, ils sont des usurpateurs, le patient se sent fréquemment persécuté, manipulé et refuse ses origines qu'il considère comme fausses.

Il apparaît, au fond, que ces productions délirantes comprennent toujours une interrogation vive sur l'identité et semble ainsi répondre à une menace d'effondrement de la personne dans le processus psychotique.

A. Degiovanni rappelle que "la façon dont chez les schizophrènes, les thèmes de filiation sont le plus souvent associés à des théories sur les origines rappelant les théories sexuelles infantiles montrent avec évidence à quel point la question des origines est le noeud de la psychose." ¹⁰²

Enfin, ces auteurs soulignent que fréquemment, ces délires d'identité sont plutôt sans nom, c'est-à-dire faisant référence à des personnages et à des événements hors réalité, appelant à un imaginaire proche des contes ou de la science fiction. C'est en ceci qu'ils les distinguent des délires systématisés.

Ainsi, à défaut d'une identité fondée dans l'ordre symbolique, le schizophrène pourrait adopter toutes les identités ou inversement les nier toutes de manière égale.

A cela, ajoutons la similitude frappante entre ces conceptions délirantes et l'imaginaire du roman familial de l'enfant, la reconstruction délirante venant alors en lieu et place d'une reconstruction symbolique possible, d'une appropriation de son histoire.

Du point de vue pathogénique, J. Guyotat constate la fréquence des singularités réelles de la généalogie, des non-dits, des secrets, sans signification claire ou acceptable pour l'individu, qui arrivent à jouer parfois le rôle de marqueur traumatique. Cette conception est identique, en ce point, à celle des délires chroniques.

¹⁰² A. Degiovanni et al, *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson, p. 75.

Les délires chroniques sur la filiation, bien que posant d'une certaine manière les mêmes interrogations, sont remarquables par certains points.

En premier lieu, ils ont quelques caractères communs avec les autres délires chroniques, qui les distinguent des schizophrénies : âge d'apparition souvent plus tardif, pas de bouleversement profond de la personnalité et d'atteinte très déficitaire, meilleure adaptation sociale, envahissement moins important du champ de la conscience dans le cas de délires en secteur.

Nous citerons deux exemples remarquables, qui sont le délire de filiation illustre et le délire des interprétateurs filiaux, décrit par P. Sérieux et J. Capgras en 1910.

↳ Le délire de filiation illustre, repose sur la certitude d'appartenir à une lignée célèbre, royale souvent, princière ou aristocratique, avec négation de la lignée réelle. Il est classé habituellement dans les délires systématisés paranoïaques, au chapitre des délires passionnels et des délires de revendication. C'est un délire en secteur, qui ne s'étend pas généralement à l'ensemble de la personnalité. Il se fonde sur une intuition initiale, qui forme le postulat de base, sur lequel se construit peu à peu le délire, autour d'interprétations étayant la conviction. Mais ces interprétations restent secondaires et accessoires par rapport à l'idée prévalente. Le patient invoquera alors des preuves qui se veulent irréfutables, mais qui paraissent bien minces à côté de sa conviction aveugle.

Le thème délirant peut donc fluctuer lorsque les hypothèses successives sont réfutées ou mises en déroute, mais la conviction reste inébranlable, conduisant parfois à des conduites quérulentes et procédurières, car il existe en effet fréquemment une idée de préjudice. Ainsi, le délire peut, de façon plus exceptionnelle, subsister sans grandes modifications, sur des décennies entières et "les persécuteurs peuvent alors seuls changer d'identité"¹⁰³, le délirant considérant son identité comme sienne et à ce titre, sans contradiction possible.

↳ Le délire des interprétateurs filiaux est également classé dans les délires systématisés paranoïaques, mais se différencie des délires passionnels.

Il a initialement été décrit par P. Sérieux et J. Capgras, sous le nom de "folie raisonnante". Il repose sur des interprétations délirantes, tout en acquérant une valeur personnelle pour le patient, où le hasard se trouve nié. Le délire s'étend alors en réseau à l'ensemble de la personnalité, mais contrairement au délire de revendication, conduit peu à des plaintes quérulentes.

¹⁰³ J. Guyotat, *Mort, naissance et filiation*, Etudes de psychopathologie sur le lien de filiation, Ed. Masson (médecine et psychothérapie), Paris, 2^{ème} trimestre 1980, p. 17.

Peu à peu, le délire se ramifie pour ainsi dire avec cohérence, au gré des interprétations, qui sont très rarement associées à des hallucinations ou à des illusions, mais où se mêlent souvent des thèmes de grandeur et de persécution.

Ainsi, certains patients réinterprètent leur naissance obscure, élaborent de nouveau leurs origines : une patiente écrit Iz-Ab-El son prénom Isabelle et s'invente une ascendance noble musulmane, tout propos en apparence énigmatique devenant clair pour elle, tout événement étant réinterprété en fonction de son histoire délirante, dont elle seule et un prêtre qui l'a faussement baptisée connaissent le secret.¹⁰⁴

Comme nous l'avons déjà souligné au sujet de la schizophrénie, ces délires s'organisent fréquemment dans un contexte d'incertitude sur l'ascendance dans la réalité. Ceci peut ainsi concerner des parents inconnus, disparus, des ascendants suicidés ou décédés dans des circonstances dramatiques ou camouflés à leurs descendants.

Il peut s'agir également de situations familiales se répétant de génération en génération, qui amènent à une élaboration intuitive et fantasmée sur la lignée, dont le délirant se fera le porteur. De ce fait sont mis en avant les prédestinations, les transmissions éventuelles de tares ou de troubles, "le malade paraissant souvent dans l'ignorance, mais y répondant dans le délire." De plus, "le thème des délires exprime d'autant mieux cette inaptitude à s'insérer dans une lignée, qu'il fait l'apologie d'une lignée imaginaire idéale."¹⁰⁵

Enfin, J. Guyotat souligne "qu'une forte proportion de délirants filiaux ont une origine étrangère. La transplantation concerne soit la génération antérieure, soit l'intéressé lui-même pendant son enfance."¹⁰⁶

L'individu peut alors être amené à faire des voyages pathologiques à la quête de preuve pour reconstituer ses origines.

Nous décelons aisément que cette pathologie est, à ce titre, un des exemples d'une inflation de la filiation narcissique, lorsque la filiation instituée s'avère défailante ou mal connue, avec élaboration d'une nouvelle identité imaginaire, comblant les failles de l'identité réelle.

Ainsi, la valeur reconstructive de tels délires nous apparaît-elle plus nettement lorsque la question des origines est floue dans la réalité. Mais, à l'inverse de la schizophrénie, dans ce type de délire éclorait une "suridentité", une identité déterminée, que devient l'individu à travers un nom.

¹⁰⁴ P. Sérieux et J. Capgras. *Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation*, Laffite Reprints, Marseille, 1982, p. 107.

¹⁰⁵ J. Guyotat, A propos de la clinique des troubles de l'identité, *Confrontations Psychiatriques*, collectif, numéro 39, Rhône-Poulenc, sept 1998, p. 25.

¹⁰⁶ J. Guyotat, Op. cit., p. 24.

En conséquence, "les thèmes fusionnels, les théories sexuelles infantiles, les confusions de généalogie et d'identité se mêlent dans cette production délirante, révélant à la fois la perte de l'identité personnelle et l'essai de reconstruction à partir d'une filiation délirante qui répond sur un mode irréel à la question des origines." ¹⁰⁷

Nous rappellerons pour conclure que ces délires ne sont pas répertoriés dans le DSM-IV et qu'ils apparaissent en filigrane sous l'appellation du trouble délirant paranoïaque de type mégalomaniac, dans lequel la thématique est une "idée exagérée de sa propre valeur, de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité ou d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre." ¹⁰⁸

Par contre, la définition est plus explicite dans la CIM 10, au diagnostic de schizophrénie paranoïde, où sont évoquées "des idées délirantes de naissance de rang élevé." ¹⁰⁹

Au diagnostic des troubles délirants persistants, signalons enfin que peut être évoquée la possibilité d'idées délirantes de persécution chez des sujets faisant partie d'une minorité culturelle. ¹¹⁰

b) Les autres thématiques délirantes

- Les délires de possession corporelle

L'individu se décrit alors comme habité par une force, ou l'esprit d'un ancêtre, d'un dieu, d'une personnalité qui agirait à travers lui, dans une sorte d'emprise et d'envoûtement, avec perte de conscience de sa propre identité.

Il décrit souvent un vécu d'intrusion par un autre qui entrave ses pensées, ses mouvements, sa volonté.

- Les délires de transformation corporelle

¹⁰⁷ A. Degiovanni et al, *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson., p. 76.

¹⁰⁸ Mini-DSM-IV (1996), *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris, p. 138.

¹⁰⁹ CIM 10, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Ed. Masson, Paris, 1992, p.81.

¹¹⁰ CIM 10, Op. cit., p. 88.

Les dysmorphophobies, dont l'un des traits caractéristiques est l'angoisse psychotique de morcellement, qui entraîne de classiques stations prolongées devant le miroir, peut aller jusqu'à l'expression d'un vécu corporel de perte d'identité, d'un corps qui se disjoint.

Classiquement, il peut débiter par le signe du miroir dans la schizophrénie, puis peut s'étendre à un trouble de dépersonnalisation ou à une pathologie franchement délirante.

Somme toute, il est banal de remarquer que toute forme de délire inclut de manière plus ou moins subtil une interrogation sur l'identité, et délirer, c'est comme répondre suivant divers modes à la question qui suis-je ? C'est, pourrait-on dire, délirer à défaut de ne pas être.

3. La névrose

Sans étudier de façon exhaustive cette pathologie, nous nous interrogerons seulement sur la façon dont la névrose pose la question de l'identité.

A la différence de la psychose, l'identité est, dans la névrose, en partie élaborée, c'est-à-dire reposant sur des fondements plus stables d'une personnalité structurée et pouvant être parlée malgré ses défaillances éventuelles.

Elle pose davantage alors le problème de son affirmation, de sa détermination et de sa singularité que de son assise propre. Comme le précise A. Degiovanni, "ainsi, dans les névroses, les troubles portant sur l'identité tendent à souligner la singularité du sujet en exagérant les différences sur lesquelles la névrose interpelle autrui." ¹¹¹

C'est ainsi que le sujet névrotique tend à mettre en valeur le fait qu'il est unique, à exalter les différences, à effacer tout ce qui le fait ressembler à autrui, tout en s'appuyant et en s'identifiant contradictoirement à celui-ci et au prix parfois de symptômes invalidants. Ajoutons encore qu'à la notion d'identité et d'individualité de chacun, s'associe fondamentalement la notion de sujet désirant, qui nous semble particulièrement importante à aborder au sujet des névroses hystériques.

Le symptôme, à ce titre, permet classiquement la réalisation d'un désir interdit et refoulé. Il apparaît comme un compromis, permettant la décharge d'un désir sous forme camouflé et

¹¹¹ A. Degiovanni et al, *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson, p. 74.

émanant de conflits psychiques inconscients. De fait, un symptôme n'a jamais, au fond, le même sens pour deux individus, il reste totalement singulier.

S. Freud en présente quelques caractéristiques dans "Psychologie des foules et analyse du Moi (1921).

Le symptôme hystérique, peut, selon S. Freud, correspondre à un trait emprunté à la personne aimée par exemple, manière détournée de refouler une représentation incompatible avec le Moi qui vient alors se loger dans le corps.

"L'identification a pris la place du choix d'objet, le choix d'objet a régressé jusqu'à l'identification. Le Moi s'approprie les qualités de l'objet, copie la personne aimée, emprunte un trait." ¹¹²

Ou bien l'hystérique est conduit à s'approprier non pas un trait, mais le symptôme d'un autre auquel il (ou elle) s'identifie imaginativement. Ceci correspond à une manière inconsciente d'accéder au désir, par l'intermédiaire d'un autre. C'est alors au prix d'un refoulement total et réussi du désir, que le symptôme existe, mais sous une forme inconsciente.

R. Chemama explique que "le symptôme est alors un message ignoré de l'auteur, à entendre dans sa valeur métaphorique et inscrit en hiéroglyphes sur un corps malade car parasité." ¹¹³

Nous pouvons illustrer ce propos avec l'exemple de Anna O, première patiente traitée par "talking cure", initialement reçue par J. Breuer, dont l'anamnèse est retracé dans les "Etudes sur l'hystérie."

Anna O souffre de multiples symptômes, dont une toux nerveuse qui se déclenche lorsqu'elle écoute de la musique. Elle se remémore dans sa cure, par la parole, qu'elle était un jour au chevet de son père malade et qu'elle réprimait le désir d'aller danser alors qu'elle entendait au dehors de la musique. Son père est pris brusquement d'une quinte de toux et avant la remémoration de la scène, restait pour elle seulement la toux qu'elle s'est inconsciemment appropriée. ¹¹⁴

Au total, il y a révolte du moi contre l'acceptation d'une représentation et le mécanisme de conversion efface en quelque sorte la charge affective du désir.

Pour revenir à notre propos, cet aspect des mécanismes de formation du symptôme hystérique, conduit à l'idée que le désir, par lequel un individu se manifeste dans sa singularité, est détourné dans l'hystérie et détourne donc l'individu de son identité propre.

¹¹² S. Freud, *Essais de Psychanalyse*, Psychologie des foules et analyse du Moi (1921), PBP, Paris, 1981, p. 169.

¹¹³ R. Chemama, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris, 1995, p. 131.

¹¹⁴ S. Freud, *Etudes sur l'hystérie (1895)*, Ed. PUF Paris, 1994, "Cas d'Anna O", p. 30.

C'est dans cette perspective, nous semble-t-il, que nous pouvons analyser, du point de vue psychopathologique, certaines catégories nosographiques précédemment décrite, notamment celle du trouble dissociatif.

Sans discuter la question étiologique étendue du trouble dissociatif, ce qui n'est pas ici notre propos, nous souhaitons aborder les correspondances possibles avec la névrose hystérique, dont il peut être un élément sémiologique. S. Mulhern rappelle à ce propos que le diagnostic d'hystérie a disparu du DSM en 1980 et que "le groupe de travail à l'origine de la définition et de l'individuation des troubles dissociatifs s'est largement inspiré des théories cliniques de l'hystérie..."¹¹⁵. Nous prendrons à titre d'illustration l'amnésie d'identité, déjà citée, qui, lorsqu'elle entre dans le cadre de l'hystérie, peut représenter le moyen de réaliser un désir interdit.

"La perte de l'identité personnelle étant en quelque sorte une façon de dire : ce n'est pas moi qui est un tel désir puisque je ne suis pas moi, je ne suis personne, je n'ai ni nom, ni passé." ¹¹⁶ Dans ce cas, n'ayant pas de souvenir de l'acte interdit, l'individu se protège inconsciemment de son propre jugement. De même, le trouble de dépersonnalisation peut dans certains cas apparaître comme une défense contre des désirs interdits et le moyen de refouler des représentations inacceptables.

Nous cernons de la sorte que les symptômes hystériques sont mis en avant et porteurs d'un désir irréalisable, en contradiction avec la conscience propre du sujet. Mais, l'identité se manifeste, elle aussi, porteuse de désir et se trouve d'autant moins révélée que ce désir est refoulé, ancré dans les symptômes. Le symptôme peut, de fait, manifester la difficulté à être soi.

Ainsi, ce désir est lui-même l'indice essentiel de la singularité de chaque individu, désir qui rend plus ou moins problématique pour chacun l'accès à une identité et à une subjectivité satisfaisante. Cette question reste pourtant toujours irrésolue, permettant au désir de continuer à exister, par d'autres biais, tel celui de la sublimation et ce serait même, pourrait-on dire, la clôture définitive de ces interrogations qui devient pathologique.

C'est sans doute pour cette raison que nous nommons crise d'identité des périodes charnières de notre existence, qui viennent déstabiliser les modèles identificatoires et structuraux établis jusqu'alors.

Les réactivations ou résurgences de cette question de l'identité au cours de la vie, lors des crises que peuvent générer des événements à forte connotation affective, tels que la paternité, la maternité, les ruptures amoureuses, les deuils, sont les signes patents d'une problématique toujours en mouvement, d'un questionnement jamais définitivement résolu.

¹¹⁵ S. Mulhern, Le trouble dissociatif de l'identité : commuto, ergo sum !!!, *Confrontations Psychiatriques*, collectif sur les troubles de l'identité, numéro 39, Rhône-Poulenc, sept 1998, p.161

¹¹⁶ A. Degiovanni. et al, *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson p. 71.

Ainsi, les modes de réponses névrotiques évoluent-ils, amenant à des conduites régressives nécessaires, à l'exacerbation ou à la réactivation de certains symptômes, sans pour autant n'être toujours que pure répétition, que pure réitération d'une identité stagnante.

C. *Psychopathologie de l'identité et adolescence*

1. La problématique des crises : l'adolescence

Comme la notion d'identité ne répond pas à une catégorie nosographique isolée, la notion de crise d'adolescence et de ses limites avec la pathologie relève des mêmes difficultés.

La question de la psychopathologie à l'adolescence est rendue complexe par le processus même de cette période de l'existence. Nous le constatons aisément au terme de ces rappels sur la nosographie classique, les modèles diagnostiques de la psychiatrie adulte sont difficilement utilisables tels quels à l'adolescence. Ce qui amène alors fréquemment à parler d'épisode, d'état, de décompensation, de conduites, afin de situer la pathologie dans le cadre d'une personnalité qui s'organise, qui est en plein remaniement.

Cependant, si les critères diagnostiques sont importants, ils ne doivent pas nous faire oublier la complexité du processus, où doivent être pris en compte les interférences de multiples facteurs, dont l'histoire personnelle, familiale, la situation socioculturelle.

Certains auteurs soulignent, en outre, les limites de l'ambition nosographique : "Loin de constituer le but essentiel et le support conceptuel central lors du bilan clinique, loin de mobiliser à elle seule les efforts d'investigation et de réflexion, chez la plupart des praticiens, la démarche classificatoire vient plutôt en filigrane, elle s'inscrit en quelque sorte "de surcroît" [...], ceci ne limite en rien la reconnaissance de l'originalité de chaque sujet dans le contexte sociofamilial particulier où on le découvre : la diversité de ses virtualités évolutives est pleinement admise."¹¹⁷

De la même manière, parler de troubles de l'identité n'est évidemment pas un moyen d'occulter les symptômes, de nier leur importance et l'évolution éventuelle vers une pathologie qui se spécifie avec le temps.

Nous tenons seulement à souligner l'incessant questionnement qui doit être maintenu avant d'enfermer l'adolescent dans un diagnostic ou d'en faire une dimension essentielle et prépondérante. C'est à ce prix qu'on peut laisser ouverte, porteuse d'un devenir, l'interrogation sur l'identité de l'adolescent et non la refermer dans les cadres rigides d'une simple pathologie.

¹¹⁷ R. Mises / P. Jeammet, La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, *Confrontations psychiatriques*, n° 24, 1984, p. 252.

2. Conceptualisation spécifique chez E.H. Erickson (1902 - 1994)

Ce psychiatre et psychanalyste américain a tenté d'élaborer un modèle psychosociologique du développement individuel de l'identité, se constituant depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse, et prenant une signification particulière à l'adolescence, dans ce qu'il nommera la crise d'identité, qui est devenue une terminologie d'un usage courant et multiple.

L'identité, telle qu'il la définit, se situe dans un cycle existentiel, constitué d'étapes et de mutations successives, survenant dans une certaine continuité de l'existence humaine depuis le plus jeune âge. Celle-ci est le résultat d'un processus d'interactions de l'individu et de la société. Ainsi, le cycle de vie est constitué de huit étapes, où "l'accent est mis sur le développement continu du Moi, la construction d'une identité propre, en fonction des exigences internes et des contraintes et possibilités extérieures socioculturelles." ¹¹⁸

Dans ces huit étapes schématisées en annexe (tableaux 1 et 2), il situe de manière très spécifique celui de l'adolescence, aux environs de 13, 21 ans, qu'il caractérise par une tendance à l'isolement, à l'intimité, avec, corrélativement, pour psychopathologie, le trouble de l'identité, décrit sous le terme de confusion d'identité, à la fois personnelle et quant aux buts poursuivis dans l'existence.

Nous résumerons tout d'abord, les différentes conceptions qu'il a pu définir de l'identité, et la façon dont il les repère dans le continu de l'existence de l'individu, où l'identité, en fin de compte, "n'est jamais installée, jamais achevée comme le serait une manière d'armature de la personnalité ou quoique ce soit de statique ou d'inaltérable." ¹¹⁹

Nous aborderons successivement :

- 1/ La notion d'identité.
- 2/ Les étapes spécifiques du développement.
- 3/ L'adolescence.

¹¹⁸ M.L. Bourgeois, Identité et développement de Moi selon E.H. Erikson, *Confrontations Psychiatriques*, collectif sur les troubles de l'identité, numéro 39, Rhône-Poulenc, sept 1998, p. 60.

¹¹⁹ E.H. Erickson, *Adolescence et crise. La quête d'identité, (Identity youth and crisis)*, Flammarion, Paris, 1978, p. 20.

a) *La notion d'identité*

E.H. Erickson envisage "l'identité du moi", qui correspond pour lui au simple fait d'exister, à un équilibre intérieur. Cette définition fait référence à un conflit plutôt inconscient ; il s'agit, pourrait-on dire, du sentiment du caractère unique et également d'une certaine objectivation de la personne.

Il distingue ce premier terme de "l'identité personnelle", qui concerne le sentiment de continuité de son vécu propre, où alors la perception qu'ont les autres entre en jeu. L'auteur se réfère ainsi à la notion d'intégration mutuelle entre la façon dont on se juge et dont les autres nous jugent.

De cette façon il précise que construction individuelle et sociale sont corrélatives et il y a "à la fois sentiment d'une identité personnelle, dérivée peu à peu d'expériences infantiles et d'une identité partagée, expérimentée dans des rencontres avec une communauté de plus en plus large." ¹²⁰

Il insiste particulièrement sur le fait que l'individu évolue en incorporant les normes de son contexte socioculturel et qu'il est impossible de ne pas faire référence, autant à l'individu qu'à son insertion dans l'environnement.

b) *Les étapes spécifiques du développement.*

E.H. Erickson élabore une conception du développement, reprenant son analyse depuis les premiers stades élaborés par S. Freud. Il s'appuie sur ces bases analytiques pour examiner le développement progressif de l'enfant. Son modèle décrit des étapes successives de prises d'autonomie, de luttes et de crises successives, permettant d'accéder à une appréhension évolutive des autres et du monde.

"Chaque stade se caractérise ainsi, non seulement par l'évolution libidinale classique mais aussi par sa crise et son risque d'aliénation spécifique." ¹²¹

Ainsi, il décrit par exemple dans la première enfance, une perte de confiance de base qui peut engendrer à l'âge adulte une dépressivité.

¹²⁰ E.H. Erickson, Op. cit., p. 248.

¹²¹ A. Degiovanni / C. Gaillard-Sizaret / P. Gaillard, *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson, p. 80.

Il découle pour lui, qu'il peut persister des séquelles pathologiques de chaque période et que chaque crise mériterait une résolution progressive pour permettre le passage aux caps suivant de l'existence.

Cette tentative de théorisation d'aspect un peu systématique a un certain intérêt dans l'abord de l'adolescence.

En effet, pour cet auteur, l'adolescence étant en quelque sorte un mode existentiel de l'enfance à l'âge adulte, il peut concevoir des identifications irréversibles liées à l'enfance, identifications fixées, non substituables ou non assimilables à d'autres, privant l'individu d'un accès à une identité personnelle, tout en soulignant, cependant, qu'il ne s'agit pas simplement pour chacun d'additionner des identifications selon une échelle progressive de l'adolescence à la vie adulte.

c) *L'adolescence.*

E.H. Erickson résume de façon initialement classique le processus d'adolescence, l'examinant sous l'angle d'une crise normative, ou en d'autres termes, une phase normale de conflits et de souffrance accrus.

Les éléments originaux qu'il conceptualise et que nous reprendrons, sont les notions de moratoire psychosocial, de confusion d'identité et d'identité négative.

Tout d'abord, par **moratoire psychosocial**, il entend le temps "consenti" à tout adolescent dans une société donnée pour accomplir son adolescence. C'est donc une période d'évolution et de changements possibles.

Chaque société et chaque culture institutionnalise, en quelque sorte, un moratoire, une telle élaboration englobant l'individu dans un processus beaucoup plus vaste que le domaine strictement personnel.

"Un moratoire est une période de délai accordée à quelqu'un qui n'est pas encore prêt à faire face à une obligation ou imposée à celui qui aurait besoin de prendre son temps." ¹²²

Par moratoire, il décrit donc un délai avant l'engagement adulte dans des options diverses, des choix décisifs qui ont un caractère nécessaire. C'est dans ce cadre qu'il développe la notion de confusion d'identité, en la situant hors des classifications psychopathologiques, parce qu'elle évoque pour lui autant une crise en évolution que l'amorce d'un trouble psychiatrique aigu dont la réversibilité est moins certaine. A ce titre, elle ne constitue pas pour lui une entité diagnostique, mais bien en phase charnière. Ainsi, un adolescent qui n'aurait pas devant lui la

¹²² E.H. Erickson, *Adolescence et crise. La quête d'identité. (Identity youth and crisis)*, Flammarion, Paris, 1978, p 164.

perspective et la possibilité d'un temps de moratoire se trouverait brutalement exposé à cet état de **confusion d'identité**.

Si l'on reprend ses termes, "un état de confusion d'identité aiguë se manifeste d'ordinaire au moment où le jeune individu se trouve exposé à une combinaison d'expériences qui réclament son engagement simultané dans l'intimité physique (qui n'est pas toujours franchement sexuelle, il s'en faut), dans un choix professionnel décisif, dans une compétition énergétique et dans une définition psychosociale de soi-même." ¹²³

Dans cette perspective, il repère dans l'incapacité à accéder à une certaine intimité, les symptômes d'une certaine faiblesse de l'identité. Cela se révèle chez les adolescents par la tendance à fusionner, à se fondre dans un autre, sans accomplissement personnel possible, ou, à l'inverse, à s'isoler dans un repli protecteur qui va prendre une valeur d'évitement de telles situations.

La confusion d'identité comprend également l'association éventuelle d'autres symptômes, dont la perte des repères temporels, avec ambivalence entre un sentiment d'urgence à vivre et l'impossibilité de se projeter dans l'avenir.

C'est la dissolution de la perspective temporelle, avec parfois l'idée que la vie pourrait être effectivement conduite à son terme avec la fin de l'adolescence..., ou au contraire, l'idée que le temps ne changera rien aux angoisses éprouvées, avec vécu de doute et de renoncement.

Enfin, il définit par **identité négative**, la volonté de l'adolescent de s'opposer à la construction de soi et notamment sur les exigences existentielles, où il se sent précisément attendu par sa famille. "C'est une hostilité méprisante et prétentieuse à l'égard des rôles que la famille et l'entourage immédiat tiennent pour convenables et souhaitables. N'importe quel aspect du rôle envisagé ou le rôle pris dans son entier – que ce soit la masculinité ou la féminité, la nationalité ou l'appartenance à une classe – peut devenir le foyer essentiel du dédain et de la virulence chez l'adolescent." ¹²⁴

Pour l'adolescent, il s'agit en définitive de tenter de maîtriser des situations ingérables, de refuser un rôle qui lui serait assigné et qui le placerait dans un conflit sans fin.

L'identité devient alors une adaptation défensive et aucunement une élaboration positive.

A ce titre, l'identité négative devient souvent groupale, dans les milieux sociaux où les conditions socio-économiques défavorables favorisent la marginalisation ou la délinquance. Cette situation est bien souvent caractéristique des adolescents de parents migrants. (Soulignons du reste, que cet auteur se réfère ici aux populations noires américaines).

¹²³ E.H. Erickson, Op. cit., p. 174.

¹²⁴ E.H. Erickson, Op. cit., p. 181.

E.H. Erickson, en fin de compte, relie l'identité tout autant au développement personnel que social et une société qui confirmerait ces jeunes dans leur identité négative tendrait à son avis à exacerber un phénomène initialement individuel, au lieu de pouvoir l'inverser : "l'identité psychosociale, conclut-il au terme de son analyse, est constituée d'un ensemble positif et négatif, dépendant des idéaux transmis par la culture." ¹²⁵

¹²⁵ E.H. Erickson, Op. cit., p. 324.

IV. Les adolescents maghrébins de seconde génération

A. Définition générale

La question peut se poser ainsi : comment définir ces adolescents et dans quels buts ?

On entend tout d'abord par "adolescent maghrébin de seconde génération" les adolescents nés de parents ayant migré des pays du Maghreb vers la France, (ou tout autre pays) et y résidant encore.

Géographiquement, le Maghreb forme une unité comprenant les pays du Nord Ouest de l'Afrique, dont le Maroc, l'Algérie, la Tunisie.

Ces adolescents nés en France, ne connaissent d'ailleurs pas nécessairement le Maghreb. Ils sont donc pour ainsi dire, au carrefour de plusieurs appellations : ils sont en effet maghrébins par leurs liens de filiation, nés en France, et ils ont souvent la double nationalité. Ils sont parfois musulmans par leur religion, et fréquemment considérés comme étrangers autant en France que dans le pays d'origine de leurs parents.

De toute évidence, une tentative de définition est complexe, renvoyant à des termes ayant des significations différentes.

De plus, les situations individuelles varient considérablement, rendant toute définition difficile et réductrice.

L'important, nous semble-t-il, n'est pas tant de vouloir nommer, cataloguer, opération dont le risque est de nier le processus singulier inhérent à tout individu – conduisant à une approche "ségrégative" – que de comprendre les liens particuliers que chacun établit avec son histoire personnelle. Il ne s'agit pas de méconnaître les références d'un individu, et c'est dans ce cadre que des rappels historiques, culturels ou religieux nous paraissent éclairants. Notre but n'est cependant pas de pratiquer un collage culturel, où tout problème, tout symptôme, renverrait aux valeurs supposées de la communauté d'origine.

Mais comme le souligne F. Benslama, "Sans méconnaître les références d'un sujet, notre éthique est de nous abstenir d'adhérer ou de rejeter la théorie identitaire du trouble qu'il nous présente, afin de lui permettre de rechercher les déterminants de sa souffrance dans les transformations de son histoire et non point dans l'immuable de son ethnie." ¹²⁶

Les difficultés de ces adolescents ne sont pas identiques à celles de leurs parents. Aussi, pouvons nous nous demander de quelle manière ils sont concernés par la migration de leurs parents, ce qui de la culture d'origine, de l'éventuel traumatisme de l'exil peut leur être

¹²⁶ F. Benslama : L'illusion ethnopsychiatrique, *La lettre de psychiatrie française*, n° 65, mai 1997, p.19.

transmis, et comment cela peut engendrer des conflits et une difficulté à se construire une personnalité.

Sans avoir une pensée clôturée sur l'origine et la culture, nous souhaitons insister sur ce qu'un tel contexte peut déclencher dans la réalité psychique d'un individu.

C'est à ce titre qu'il convient de discerner ce qui de la migration, de la culture, de l'origine influence ces adolescents et de quelle manière, aussi bien sur le plan réel que fantasmatique.

D'autant qu'il faut ici éviter de réduire l'expression des symptômes à l'adéquation pure et simple de ces facteurs, qui auraient alors valeur de vérité et de solution, tout en niant le parcours personnel de chacun.

Nous concluons ce préalable nécessaire en citant J-M. Hirt, qui condense ces notions en écrivant que : "Aujourd'hui, l'étranger n'est pas seulement le nouvel immigrant mais le familier dissemblable, celui ou celle qui, né en France, se sent porteur d'une différence culturelle qu'il revendique ou qu'il éprouve comme une part obscure – parfois maléfique – de son existence. Actuellement, ce qui fait problème, ce n'est pas tant la rencontre, éventuellement conflictuelle entre une personne venue d'une autre culture et la culture occidentale, que la cohabitation, à l'intérieur d'une même personne, de deux cultures ou de plusieurs catégories de référence, celles de sa naissance ici et celles de ses parents venus d'ailleurs." ¹²⁷

Nous aborderons donc successivement dans ce chapitre, les données épidémiologiques, répondant à la question d'une psychopathologie spécifique, et les données plus générales du cadre culturel.

Nous présenterons une approche du contexte religieux, de la place de l'islam et surtout des rapports que chaque individu entretient avec elle ; puis nous expliquerons comment est structurée la constellation familiale, quelques aspects de l'éducation dans la culture musulmane et ses contradictions multiples avec le mode de vie occidental.

B. Références épidémiologiques

Les multiples travaux effectués sur la situation des jeunes issus de la migration montrent que la fréquence des troubles mentaux n'est pas plus élevée que chez les jeunes non migrants, vivant dans des conditions semblables.

Les symptômes retrouvés correspondent à des organisations pathologiques équivalentes et M. Benadiba note que "les tableaux cliniques varient par des nuances des tableaux analogues classiquement décrits en France." ¹²⁸

¹²⁷ J.M. Hirt.. L'ailleurs et l'ici: pour une clinique de l'exil. *La lettre de psychiatrie française*, n° 65., Mai 1997, p. 20.

¹²⁸ M. Benadiba, Les adolescents maghrébins en France : aspects psychopathologiques,

Mais l'absence de pathologie spécifique ne doit pas être assimilée à une absence de difficultés, notamment adaptatives. On retrouve en effet chez ces adolescents, une problématique identitaire et une plus grande difficulté d'adaptation, que ce soit au niveau éducatif, social, scolaire, de l'apprentissage des deux langues, professionnel...

Il y a par ailleurs souvent déstabilisation des repères identificatoires dans un contexte de conflit des générations plus marqué.

La Thèse de M. Antoni présentée à Marseille élaborait les éléments d'une enquête explicative qui avait pour but de détecter d'éventuels indices de fragilité chez les migrants dits de "deuxième génération". Cette enquête, effectuée en 1992 (Travaux de la société de psychiatrie), énonçait déjà, dans ses premiers résultats, que le problème identitaire apparaissait commun à tous les sujets d'origine maghrébine rencontrés dans l'étude : "leur crise d'identité est particulièrement grave, le conflit des générations beaucoup plus aigu dans les familles d'origine maghrébine et notamment pour les filles." ¹²⁹

Apparaissent en fait comme facteurs fragilisants, les bouleversements culturels qui déstabilisent l'acquisition identitaire de ces adolescents et une vie dans des conditions sociales précaires. Les auteurs disent "qu'à ce titre, la population immigrée maghrébine dont le niveau socio-économique est le plus défavorisé, apparaît comme une population "exposée" tant sur le plan social que psychologique." ¹³⁰

Par ailleurs, les recherches effectuées par l'équipe du centre de Vaucresson concluent qu'à la crise d'adolescence, les désaccords avec les parents, les conflits culturels apparaissent plus accentués chez les filles que chez les garçons. Ainsi relèvent-ils par exemple que "67% des filles du groupe de référence (l'autre groupe étant les mineurs de justice) disent mal s'entendre avec leur père, 37% avec leur mère, contre respectivement 26% et 12% des garçons du même groupe." ¹³¹ En résumé, c'est donc principalement au niveau d'une problématique identitaire et d'adaptation que se situe la majeure partie du malaise pour ces adolescents. W. Bettschart explique d'ailleurs que la difficulté de se situer entre deux cultures et le sentiment de double appartenance peut être à l'origine de troubles de l'identité, d'un sentiment d'insécurité et de dévalorisation... ¹³²

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 27(9), 1979, p. 396.

¹²⁹ M. Antoni / P. Giravalli / J.C. Scotto, Adolescents issus de parents migrants et recherche identitaire, *Annales de psychiatrie*, 1992, Vol 7, n° 4, p. 185.

¹³⁰ P. Giravalli / M. Antoni / T. Bougerol / J.C. Scotto, Difficultés identitaires chez les jeunes issus de la migration. Premiers résultats d'une enquête. *Psychologie Médicale*, 1992, Vol 24, n° 13, p. 1408.

¹³¹ I. Taboada-Leonetti, Les jeunes filles immigrées (une problématique spécifique), *Crise d'identité et déviance chez les jeunes immigrés*, H. Malewska-Peyre et al, La documentation française, C.F.R.E.S, Vaucresson, 1982, p.249-250.

¹³² W. Bettschart, Quelques aspects de psychologie et psychopathologie des enfants de familles migrantes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 11-12, Novembre - Décembre 1987, p. 493.

C. Rappels généraux sur l'Islam : points de repères

1. L'origine de l'Islam

La religion islamique est née en Arabie (l'actuelle Arabie Saoudite) au VII^e siècle. Islam signifie littéralement "se soumettre à la volonté d'Allah"; cette volonté fut révélée en langue arabe au prophète Mahomet (Muhammad en Arabe), par l'intermédiaire de l'archange Gabriel.

Mahomet est né à la Mecque en 570, de la tribu bédouine des Quraychites dont fait partie le clan des Banû Hâchim. Comme tout Arabe, il ne peut jamais être séparé de la lignée de ces ancêtres, dans un système d'organisation tribale où seuls les hommes ont de l'importance, et constituent l'honneur et la force des familles. Il est reconnu comme le prophète, celui qui a été choisi pour être le messenger arabe du dieu des juifs et des chrétiens. Mahomet fait peu à peu des disciples de cette religion qui ordonne de n'adorer qu'un seul Dieu. Mais il se fait chasser de La Mecque par la riche aristocratie à qui il fait ombrage, et parce qu'il demande le renoncement au culte des dieux et déesses, donc des ancêtres.

En 622, il fuit La Mecque avec ses disciples, et s'exile à Médine (anciennement Yathrib). Cette émigration s'appelle l'Hégire.

Il va fonder alors la communauté des croyants – *l'Umma* – basée sur un idéal religieux et fonctionnant comme un véritable Etat dont il est le chef politique et militaire. C'est donc un Etat théocratique, dans lequel le pouvoir politique est exercé par un chef religieux. Les membres sont également réunis par une croyance commune et non par l'appartenance clanique, les liens d'alliance remplacent les liens de sang. Les bases de l'islam sont posées.

Dans la culture islamiste traditionnelle, langue, religion et culture sont étroitement liés. Il existe en effet un fort sentiment d'appartenance à la tradition, aux origines, à une communauté.

2. L'islam : la religion.

L'islam est avant tout une religion, le terme Islam avec une majuscule englobant l'ensemble religieux, social, politique...

Pour tout musulman, la référence à la religion est constante et dans tous les domaines, aussi bien privés que publics.

À la mort du prophète, en 632, resteront le Coran et la Sunna, deux sources fondamentales de l'Islam.

↳ La Sunna, d'abord, retrace le récit de sa vie, dans ses paroles, faits et gestes quotidiens. La Sunna est donc la tradition venant du prophète, rassemblée sous forme de courts récits, ou *hadiths*. Ce livre est devenu par la suite la source des comportements et des devoirs religieux de tout musulman.

↳ Le Coran enfin, est la parole de Dieu devenue livre saint et donne les fondements de cette religion monothéiste. Le Coran, qui veut dire Appel, rassemble les messages divins de Mahomet qui ont initialement été transmis oralement, et sont alors rassemblés en chapitres ou sourates. La foi se résume ainsi : croire en un seul Dieu, croire que Mahomet est le dernier des prophètes et obéir, se soumettre aveuglément à ce Dieu, puisqu'il n'y a pas d'autre Dieu qu'Allah.

"Les dogmes indiquent à tout musulman ce qu'il faut croire, les points fondamentaux de la foi, et la loi islamique ce qu'il faut faire." ¹³³

Il faut dire que, si ces deux textes font référence, l'influence de la Sunna est plus importante en pratique, au quotidien, que le Coran.

La religion est en résumé religion d'Etat et au dessus de la société, influençant et gouvernant la vie musulmane de façon prégnante, le musulman devant se dévouer à Allah avant tout, et ayant pour mission de comprendre et de faire connaître la parole de Dieu.

3. L'islam : la communauté.

L'islam est aussi une communauté, *l'Umma*, donnant une éthique, un mode de vie à suivre, car pour un musulman, son statut de croyant impose l'appartenance à une communauté. Celle-ci fonctionne en fait, sur une série de règles que décrit la loi islamique – c'est la voie à suivre ou *chari'a*, inspirée du Coran et de la Sunna.

Cette loi sacrée exprime la volonté divine, et donne les principes organisateurs d'une société où la collectivité prime. Tout ce qui est de l'ordre du permis et de l'interdit est codifié par la *chari'a*, qui établit de fait un ordre culturel, ou croyance et comportement quotidien sont étroitement liés.

Tout musulman doit faire acte d'allégeance, c'est à dire qu'il doit faire preuve de fidélité et d'obéissance envers sa religion, sa nation, sa communauté. Musulman vient de l'Arabe "muslim", qui veut dire croyant, fidèle, soumis.

¹³³ A.M. Delcambre, *L'Islam*, collection Repères, Paris 1991, p. 27.

Dans ce cadre, "la notion de statut individuel est étrangère, et vouloir s'isoler, c'est manquer à ses devoirs sociaux, c'est devenir un être inutile pour la société." ¹³⁴

Etre musulman, c'est en fait penser collectif, ne jamais s'abîmer dans un égoïsme qui efface les autres, et toujours être prêt à servir et à défendre la communauté.

Les obligations de culte sont réunies sous les cinq piliers de l'islam (ou *arkân*)

- **la profession de foi**, ou *chahâda*, par laquelle l'individu atteste sa croyance, c'est la formule de conversion à l'islam.
- **la prière**, ou *salât*, pratiquée cinq fois par jour, à l'aube, à midi, au milieu de l'après-midi, au coucher du soleil, et le soir. Le muezzin, remplacé aujourd'hui par les haut-parleurs, appelle à la prière du haut du minaret des mosquées. La prière peut se faire à la mosquée, ou dans n'importe quel lieu discret, à condition d'être tourné en direction de la Mecque.
- **l'aumône** ou dons d'argent, ou *zakat*.
- **le jeûne** le mois du Ramadan (ou *rajab*), c'est à dire le mois où Mahomet a commencé à recevoir la révélation. C'est un temps de purification, de renouvellement, de partage, l'austérité incitant le croyant à se remettre en présence de Dieu. Durant ce mois, on se prive de manger, de boire, de relations sexuelles, de fumer, depuis l'aube au coucher du soleil.
- **le pèlerinage** à la Mecque, en Arabie Saoudite, ou *hajj*, à effectuer au moins une fois dans sa vie. Il confère alors le titre envié de *hajj*, de pèlerin, de sage.

Il faut souligner que la guerre sainte, ou *djihâd*, n'est pas un pilier de l'islam.

Il existe également des obligations concernant les relations en société, ou *mu'âmalât*, le droit privé, avec en parallèle des interdictions.

F. Mernissi le souligne en disant que "l'ensemble des lois détermine dans quelle mesure telle utilisation particulière des instincts est bonne ou mauvaise [...] En conséquence, dans l'ordre musulman, l'individu n'est pas tenu de supprimer ses instincts ou de les contrôler pour le principe, il lui est demandé seulement de les utiliser conformément aux exigences de la loi religieuse." ¹³⁵. Cette loi sacrée exprime la volonté divine, et donne les principes organisateurs d'une société où la collectivité prime.

Voici quelques exemples pour illustrer ce propos :

Tout d'abord, le mariage est un devoir qui confirme l'autorité de l'homme. L'autorisation à la polygamie apparaît très tôt, dès la législation du VII^e siècle, et existe aussi dans le code marocain moderne où il est spécifié que "si une injustice est à craindre envers les épouses, la polygamie est interdite " ¹³⁶, ceci fait référence à l'équité à respecter vis à vis des épouses.

¹³⁴ A.M. Delcambre, *L'Islam*, collection Repères, La Découverte, Paris, 1991, p 28.

¹³⁵ F. Mernissi, *Sexe, idéologie et Islam*, Tome 1, Ed. Maghrébines, 1985, p. 5.

¹³⁶ F. Mernissi, Op. cit. p. 33.

De même, le divorce est en réalité une répudiation, c'est à dire le droit pour le mari de renvoyer sa femme pour motif d'insatisfaction. Mais l'inverse n'est pas possible.

L'adultère est également notifié à titre de crime (ou *Zinâ*), sanctionné par la loi et il est toujours interdit à une femme d'épouser un non musulman.

Comme le souligne Sabbah Fatna Aït, "Hommes et femmes n'ont pas un rapport symétrique envers l'être divin, mais au contraire un rapport vertical et hiérarchique qui correspond à l'ordre musulman." ¹³⁷

Enfin, c'est un honneur pour un père de famille de marier ses enfants, mais une honte d'avoir des enfants qui restent célibataires, et surtout de ne pas marier ses filles vierges. Sabbah Fatna Aït explique qu'en Islam, "une femme ne se marie pas elle-même. Elle a besoin d'un "wali" (tuteur matrimonial) pour la donner en mariage, et ce, quel que soit son âge. Le wali peut être le père, ou le frère, ou l'oncle paternel." ¹³⁸

A cela s'ajoute que l'individu seul, et la femme à fortiori, n'a pas de place dans l'islam, c'est un gâchis et un non sens pour une société qui fait du mariage une véritable mission. Le célibat est à ce propos condamné par la Sunna.

(Notons pour mémoire que l'interdit alimentaire de consommer du porc et de boire du vin n'est pas un devoir au sens de droit, mais un rituel. L'interdit du porc serait d'ailleurs emprunté aux pratiques juives.)

L'importance de la langue arabe est à repérer, comme l'instrument universel de culture des musulmans. Comme nous l'avons souligné, l'islam est une religion née en Arabie, révélée en langue arabe, à un prophète lui-même arabe. La langue et la religion sont ainsi extrêmement mêlées, presque indissociables, ce qui conduit parfois d'ailleurs à assimiler Musulmans et Arabes, au point d'oublier qu'il existe des Arabes chrétiens.

¹³⁷ Sabbah Fatna Aït, *La femme dans l'inconscient musulman*, Albin Michel, Paris, 1986, p 137.

¹³⁸ Sabbah Fatna Aït, *La femme dans l'inconscient musulman*, Albin Michel, Paris, 1986, p 42.

D. Quelques aspects spécifiques de la famille et de l'éducation dans la culture musulmane maghrébine.

1. Introduction

Le Coran introduit après la période préislamique (ou *Jahiliya*, avant le VII^e siècle) une modification dans le fondement de l'ordre et de la structure sociale musulmane. Il y a passage d'une tendance matrilinéaire dans la société préislamique à une tendance patrilinéaire, et peu à peu s'établit une dichotomie plus précise, avec prééminence de l'homme sur la femme.

2. La constellation familiale

La famille est conçue selon un modèle de famille patriarcale, sous l'autorité du père, et la prééminence de l'homme.

Dans la famille traditionnelle, la femme dépend de son mari, qui lui assure protection et nourriture et invitation lui est faite d'être soumise à son mari. Elle a, par ailleurs, pour rôle d'assurer la permanence, la stabilité du couple et de transformer l'homme en père.

Dans le couple, homme et femme ont le devoir de se satisfaire sexuellement. Cette obligation mutuelle est établie dans le but de prévenir l'adultère (ou *fitna*) et d'éloigner le croyant de la tentation. Il est à noter cependant que c'est la femme qui est considérée comme tentation diabolique et qui risque de conduire le croyant sur la voie du chaos, du désordre. F. Mernissi explique que la femme est "*fitna*", la polarisation de l'incontrôlable, la représentation vivante des dangers de la sexualité et de son potentiel destructeur démesuré." ¹³⁹

C'est contre ce risque qu'incombe au croyant le rôle d'exercer une attention particulière sur les femmes de sa famille, pour protéger sa respectabilité. D'où les restrictions à leur liberté de fréquentations, de sorties ...

Au domicile familial, la femme est dépositaire de l'éducation des enfants.

Il y a ainsi une forte dépendance à la mère, surtout pour la fille qui continue à évoluer dans le monde maternel jusqu'à son adolescence. C'est ce rapport plutôt fusionnel qui favoriserait une fixation à l'image maternelle d'après certains auteurs. C'est ce que A. Dachmi appelle une "fixation à la phase virile de la castration. La dévalorisation culturelle et sociale de son sexe et à travers lui, de son corps, se traduit chez elle par une quête phallique à travers le rejet partiel

¹³⁹ F. Mernissi. *Sexe, idéologie et Islam*, Tome 1, Ed. Maghrébines, 1985, p. 28.

ou total de sa féminité voire de sa sexualité, suivi d'une survalorisation de la fonction maternelle procréatrice. Elle reste plus fille que femme et, avec l'âge, plus mère qu'épouse." ¹⁴⁰

Si nous suivons ces auteurs dans ce qu'ils abordent des normes éducatives et des valeurs socioculturelles arabo-musulmanes traditionnelles, il semble que le père, lui, intervienne plus tardivement dans la dyade mère-enfant, même s'il est présent et représentant de la loi dans le discours maternel. Il intervient plus précocément pour le garçon, pour qui il "présente inmanquablement des traits de figure du père idéal du fait justement qu'il symbolise réellement la loi collective et l'autorité divine" ¹⁴¹, qu'il doit défendre et assumer.

Son rôle reste surtout déterminant à l'adolescence.

Ainsi, les attitudes de soumission et de dépendance à son égard se mêlent-elles à celles exigées vis-à-vis de la loi communautaire et à travers elle, d'Allah. Par conséquent, l'obligation pour l'adolescent de répondre à la loi groupale et non seulement à celle du père fait de cette image paternelle un inaccessible écrasant. La menace qui pèse sur l'individu est de tuer imaginativement, à travers le père, le fondement de l'autorité collective divine et détermine donc pour ces auteurs une sortie particulière et délicate de l'Oedipe. A. Dachmi envisage que "le père apparaît comme un intermédiaire entre le divin et l'autorité clanique ancestrale. Ceci rend difficile pour l'enfant, sa mise à mort fantasmatique comme résolution des conflits oedipiens." ¹⁴²

Ces schémas éducatifs et oedipiens doivent cependant, à notre avis, largement être relativisés et rapportés à l'histoire singulière de chacun.

Cette élaboration apporte un éclairage sur les particularités possibles d'une éducation influencée par un mode de relation privilégiée à une religion et à une culture ancrée dans la communauté. Ces liens sont éloignés des conceptions occidentales, où l'individu est privilégié au détriment du groupe et dans un monde où le rapport à la famille est plus disparate.

Ceci ne peut être sans conséquence pour des familles migrantes.

En conclusion, nous repérons que la tradition est transmise comme un legs obligé, incontournable. A-M. Delcambre écrit à ce sujet, "Le monde oriental exalte le savoir transmis par tradition." ¹⁴³

¹⁴⁰ A. Dachmi, La fonction paternelle au Maghreb. Du meurtre du père au meurtre du fils. *L'évolution psychiatrique*, vol. 58, n° 2, 1993, p. 291.

¹⁴¹ Sztulman.H., Elfakir A., Des pères aux pairs: Oedipe et personnalité arabo-musulmane, *Etudes psychothérapeutiques*, n° 5, 1992, p.129.

¹⁴² A. Dachmi, L'affaiblissement de l'autorité paternelle ou les méfaits de l'acculturation. *L'Information Psychiatrique*. Sept 98 vol 74, n° 7, p. 673.

¹⁴³ A-M. Delcambre, *L'Islam*, collection Repères, Paris, 1991, p. 94.

On conçoit mieux que les parents puissent rester très souvent fortement attachés aux valeurs, aussi bien dans leur pays d'origine que dans un pays d'accueil, du fait du mode de transmission culturelle.

Mais que ce soit en Occident, en France (ou dans les pays musulmans qui s'occidentalisent d'ailleurs... nous reviendrons sur ce point en fin de chapitre) la tradition se heurte à un modèle plus libéral, ne fonctionnant pas sur les mêmes codes axiologiques. Cela contribue à déstabiliser les relations homme-femme, parents-adolescents.

Chacun oscille entre deux modèles culturels distincts, contradictoires le plus souvent.

Tout en souhaitant le maintien de la tradition, les parents migrants souhaitent simultanément la meilleure intégration possible pour leurs enfants dans le pays d'accueil. Ceci entraîne évidemment des inadéquations.

Pour mieux dégager les conséquences sur le vécu des adolescents de la migration parentale et de ce qu'elle est susceptible de transmettre et de générer, nous chercherons à mettre en évidence les interférences possibles entre les difficultés parentales d'une part et celles de leurs adolescents d'autre part, en prenant en considération la dynamique familiale en souffrance dans son ensemble.

Nous étudierons successivement :

- La position parentale.
- La position des adolescents.
- Les interactions et perturbations que cela entraîne dans le fonctionnement familial proprement dit et avec l'extérieur.

a) La position parentale

La diversité des réactions parentales à la transplantation, qu'ils ont parfois voulue, tantôt subie, qui a, par ailleurs, pris appui souvent sur des motivations autant conscientes qu'inconscientes, entraîne des difficultés d'adaptation variées, avec éventuellement des manifestations pathologiques. La transplantation est, en effet, autant un déplacement géographique qu'un déracinement culturel.

Cette migration a des incidences multiples ; elle peut être, en effet, sereinement vécue ou au contraire laissée des empreintes dans le psychisme des individus, tissées de nostalgie, de renoncements, de sentiments de rejet et de ségrégation par la société d'accueil, que ces sentiments soient pour certains imaginaires ou pour d'autres bien réels.

Nous soulignerons seulement certains traits de ce qui est fréquemment appelé la psychopathologie de la migration, sans nous décentrer de notre sujet. D'autant que, comme l'explique A. Degiovanni et al, "la psychopathologie spécifique de la transplantation apparaît complexe et difficilement comparable aux grandes catégories nosographiques, car les troubles

sont à la fois modelés par les traits communs à toute expérience morbide de dépaysement et diversifiés par les facteurs culturels spécifiques de la collectivité d'origine." ¹⁴⁴

Nous souhaitons seulement aborder certains traits spécifiques, afin d'analyser comment, par la suite, un adolescent peut répondre à la difficulté d'adaptation parentale, surtout si celle-ci prend l'aspect de la pathologie et comment, à partir de là, s'imbriquent ces différents paramètres : la migration, la culture, la génération précédente et sa propre intégration.

(1) la migration parentale

La migration, motivée pour des raisons socio-économiques ou psychologiques, entraîne le deuil nécessaire du cadre de vie antérieur, d'un mode de liens familiaux, d'une structure existentielle. Comme le dit M. Antoni : "Migrer, c'est aussi laisser un endroit, village, quartier où, de fait, on tenait un rôle, voire une fonction, c'est-à-dire perdre un moyen d'être reconnu, à travers ce rôle et cette fonction." ¹⁴⁵

Cette transplantation amène aussi nécessairement des désillusions, qui accentuent l'insécurité des individus concernés et participent à augmenter leur possible nostalgie des origines. Comme l'explicitent H. Beauchesne et J. Esposito :

"L'espace réel est lointain, a subi des transformations dans l'imaginaire familial par des mécanismes d'idéalisation.

Souvent, le ou les objets d'idéalisation ne font que changer de place : avant de partir, ils étaient placés à l'extérieur, à l'étranger, représentés par un mode de vie meilleur... une fois dans le pays d'accueil, la nostalgie transforme les anciens objets de dénigrement en nouveaux objets idéalisés et pleurés." ¹⁴⁶

Tous ces facteurs conduisent à une adaptation et à une intégration souvent complexe et pathologique.

Dans cette complexité, se combinent les inévitables changements de modes de vie qui s'imposent aux migrants, la confrontation à une société d'accueil souvent hostile et manifestant son "racisme", le sentiment également de devoir rester fidèle à ses acquis culturels... Les réactions sont bien évidemment diverses et multiples, en fonction de l'histoire et de la personnalité préexistante, des exigences ressenties dans le pays d'accueil ; celles-ci vont d'une simple fragilisation à l'émergence de véritables pathologies.

¹⁴⁴ A. Degiovanni et al, *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson, p. 132.

¹⁴⁵ M. Antoni, *A la recherche de caractéristiques psycho-sociologiques d'une population de jeunes migrants dits de deuxième génération. Elaboration d'une enquête*, Thèse Marseille, 1986, p. 14.

¹⁴⁶ H. Beauchesne, J. Esposito, *Enfant de migrants*, Ed. PUF Paris, 1981, p. 59.

C'est dans ce cadre que B. Bensmail et al citent trois formes de pathologie de la transplantation : la psychopathologie d'apport, de la transplantation et d'acquisition.

- La psychopathologie d'apport ou d'importation, tout d'abord, recouvre les syndromes psychiatriques classiques et antérieurs à la migration, qui peuvent s'aggraver avec celle-ci. Elle représente 30 % de la pathologie mentale des migrants.¹⁴⁷
- La psychopathologie de la transplantation, quant à elle, concerne 60 à 70 % de la pathologie des migrants et se trouve constituée soit d'états aigus réactionnels, traduisant l'effort d'adaptation, soit d'états chroniques tardifs symptomatiques d'une maladaptation.

Les pathologies précoces sont surtout représentées par des états de dépersonnalisation, réversibles, allant jusqu'au délire, pouvant conduire à des psychoses réactionnelles.

Les syndromes névrotiques polymorphes sont également fréquents, de même que les états dépressifs, avec retrait et isolement, et une expression fréquemment somatique.

Ainsi, peut s'expliquer la tournure gravissime que peut prendre toute atteinte corporelle, lors d'un accident du travail par exemple, conduisant parfois à l'aggravation d'un état précaire préexistant et à des névroses traumatiques.

La chronicisation des tableaux psychiatriques est fréquente, entraînant une perte d'aptitude au travail, une désinsertion progressive et installant ainsi l'individu dans un cercle vicieux.

- La psychopathologie d'acquisition survient sans être liée exclusivement au déplacement géographique et correspond principalement à la pathologie psychiatrique classique.

En dehors du cadre particulier de la pathologie repérable comme telle, il convient de souligner que la migration, par la discontinuité qu'elle introduit dans l'histoire du sujet, par les renoncements qu'elle implique, peut mener de l'acculturation réussie à un état de déculturation et de perte d'identité culturelle.¹⁴⁸ Sans parler de psychopathologie spécifique, ces auteurs "maintiennent comme essentielle cette problématique de l'identité" chez les migrants.

La migration retentit sur chacun des membres d'une famille, en proportion des difficultés individuelles spécifiques des parents et des interactions qu'elles sont susceptibles d'engendrer.

(2) La mère

¹⁴⁷ B. Bensmail / M. Boucebcı / A. Bouchefra et al., Psychopathologie et migration, *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1982, p.651.

¹⁴⁸ J.N.Trouvé, J.P.Liauzu, P.Calvet et al., Aspects sociologiques des troubles de l'identité dans la pathologie de la migration, *Annales médico-psychologiques*, Vol 141, numéro 10, 1983, p. 1045.

La mère musulmane en France tout d'abord, se trouve régulièrement insécurisée dans un monde où le code familial et social lui est en partie inconnu.

De façon générale, ces femmes utilisent le domicile comme lieu de refuge où elles investissent pleinement le rôle qui leur est dévolu et derrière lequel elles se protègent. Nombreuses sont celles qui n'apprennent pas le Français ou restent illettrées et sortent peu de leur milieu. Comme l'expose R. de Carmoy : "Elles ont tendance à se replier sur les valeurs traditionnelles de leur communauté – soumission, fidélité, pureté – Elles y sont implicitement encouragées par les hommes qui n'ont nulle envie de les voir s'émanciper et s'efforcent, en les maintenant 'étrangères', de préserver le statu quo." ¹⁴⁹

La mère organise l'intrafamilial, ce qui l'amène souvent à garder une place prépondérante dans l'éducation des enfants ; elle a pour rôle de reprendre la parole du père en son absence, d'être garante de son autorité, mais se révèle en contrepartie plus permissive, notamment à l'égard de ses filles, de qui elle devient complice tout en détournant et dépréciant cette autorité paternelle.

A l'inverse, il arrive que ces mères perçoivent qu'en quittant le domicile, les adolescents leurs échappent. Elles trouvent alors un réconfort, soit dans le renforcement des valeurs morales traditionnelles, soit dans la pratique religieuse, soit dans le repli dépressif sur elle-même. Il peut y avoir durcissement, notamment vis-à-vis des filles, qui ont accès à ce qu'elles ne connaissent pas, "à une émancipation qui leur paraît menaçante pour leur propre identité." ¹⁵⁰

(3) Le père

Le père, de son côté, se confronte à des difficultés semblables. Il est souvent à l'origine de la migration qu'il a désirée pour des raisons socio-économiques ou personnelles et porte donc, souvent, le poids de cette décision.

Il a pour rôle de faire vivre sa famille, de travailler et se trouve plus rapidement en contact avec l'extérieur qu'il va, du coup, plus vite appréhender.

Cependant, l'idéalisation initiale du pays d'accueil, si elle existe, ne dure pas, "ces hommes se retrouvent souvent dans des emplois dévalorisés et ont une image souvent négative dans le public, qui les désigne de façon péjorative." ¹⁵¹

¹⁴⁹ R. de Carmoy, Entre intégration et rupture : les adolescentes musulmanes à la recherche de leur identité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1993, n° 11-12, p. 638.

¹⁵⁰ A. Yahyaoui, *Identité, culture et situation de crise*, La Pensée sauvage, 1989, p. 11.

¹⁵¹ H. Beauchesne / J. Esposito, *Enfant de migrants*, Ed. PUF, Paris, 1981, p. 44.

D'autre part, la perte des valeurs qu'ils défendaient au nom du groupe, de la communauté et qu'ils tentent de conserver autant que faire se peut, entraîne une désincarnation de la fonction paternelle. Nous constatons fréquemment que le père est face à une triple dévalorisation :

- Aux yeux des autres qui le cantonnent dans son statut d'étranger, d'immigré, avec le cortège d'images racistes que cela véhicule et que la société lui renvoie.
- Aux yeux de ses propres enfants, surtout si l'écart se creuse entre eux, du fait de l'accès aux études de ces derniers et s'il défend, par ailleurs, des valeurs considérées comme désuètes.
- A ses propres yeux, c'est parfois l'image dévalorisée de lui-même qu'il renvoie lorsqu'il se voit en échec, qu'il n'a pas réussi à s'adapter, à assumer ses choix.

G. Vinsonneau et C. Camilleri reprennent ces notions en termes de "frappante détérioration objective du statut du père, au sein du groupe familial : l'infériorité, pour lui, devient accablante, vu sa profession, sa condition économique, son manque de moyens pour s'élever dans la hiérarchie,[...] ceci en dépit des discours qui perdurent en milieu maghrébin pour préconiser le plus grand respect envers l'autorité du père maghrébin, ainsi que la soumission par rapport à lui." ¹⁵²

Le père ne sait plus, somme toute, comment jongler entre les deux systèmes en présence ; s'adapter au nouveau contexte de vie tout en voulant conserver intacte la tradition culturelle devient très vite source d'écartèlement, pour lui comme pour ses enfants. Il est intéressant de souligner que l'ambivalence paternelle porte également sur la transmission.

Il s'avère que "le père ne semble pas savoir lui-même ce qu'il souhaite transmettre, il oscille entre l'évocation de ses origines et son désir que son enfant soit autre que lui, mieux que lui ..." ¹⁵³

Il y a, pour lui et pour reprendre les termes de C. Camilleri, une dissociation entre la fonction instrumentale et la fonction ontologique de la culture ; la première étant sous le coup d'un mode de vie "occidentalisée", alors que la seconde reste prisonnière des normes et de la morale de la tradition culturelle à laquelle il appartient. ¹⁵⁴

¹⁵² G. Vinsonneau / C. Camilleri, Pour une approche en psychologie culturelle : contribution à l'étude de la dynamique identitaire du jeune immigré en France. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1987, p. 481.

¹⁵³ J. Fortineau / Z. Benchemsi, Intégration des données ethniques et culturelles dans l'approche de la psychopathologie des enfants et des adolescents maghrébins immigrés, *L'Information Psychiatrique*, n° 6, Vol 63, Juin 87, p. 765.

¹⁵⁴ C. Camilleri, Les stratégies identitaires des immigrés, *Sciences Humaines (hors série sur l'identité)*, Décembre 96 - Janvier 97, Numéro 15, p. 33.

b) Les adolescents : difficiles repères identificatoires

A l'âge des modifications de ses relations affectives et sociales, alors qu'il s'éprouve désormais avec un corps sexué et désirant, l'adolescent apprend à gérer de nouvelles valeurs, auxquelles il se confronte inévitablement, dans une société d'accueil présentant des repères de plus en plus divergents de ceux que lui inculquent ses parents.

Ces adolescents sont ainsi aux prises entre deux mondes, deux cultures, deux langues et il leur apparaît vite difficile d'unifier des identifications contradictoires, ou du moins, de les faire coexister.

Les repères proposés se situent en effet à des extrêmes, entraînant un difficile travail d'individualisation, de construction personnelle. L'adolescent est donc à un carrefour où il doit assumer l'irréductible de deux systèmes de valeurs, où les problèmes adaptatifs naissent de l'anomie, c'est-à-dire d'un système de normes contradictoires, que F. Mernissi définit comme "un manque de cohérence entre la réalité quotidienne et les idées et modèles véhiculés, conduisant à la confusion"¹⁵⁵.

Il s'agit d'assimiler à la fois les aspirations parentales, les codes culturels qui sont les leurs et s'opposent aux codes du milieu de vie extérieur.

Geadah R.R. précise que, de son point de vue, ils se trouvent en réalité "au carrefour de trois instances dont la pertinence peut varier selon les préalables et les conditions de leur mise en contact : la société d'accueil, la famille et leur propre univers intrapsychique. Il en résulte obligatoirement des réaménagements des contenus culturels proposés et des négociations proportionnelles au degré de conflit de cultures."¹⁵⁶

L'ambiguïté parentale soulignée précédemment peut de plus rendre compte de ce conflit, dans les injonctions et discours contradictoires que les parents énoncent et qui s'apparentent, dans certaines situations à ce que G. Bateson appelle le "double lien".

A cela ajoutons que la figuration que se font les adolescents du pays de leurs parents les laissent souvent perplexes.

En effet, d'un côté ils se le représentent à travers la narration de ces derniers dont il convient de repérer le rapport imaginaire et fantasmatique, surtout lorsqu'il n'y a pas de liens réels avec le pays d'origine.

De l'autre, il peut fonder sa propre opinion lors des vacances, des séjours épisodiques ou saisonniers "au pays".

¹⁵⁵ F. Mernissi, *Sexe, idéologie et Islam*, Tome 2, Ed. Maghrébines, 1985, p. 92.

¹⁵⁶ R.R. Geadah., *Spleen et espérance d'un voyageur de Pâque (s), Traumatisme, migration et acculturation*, Extrait de Rivages, Enfance et traumatisme, n° 2, 1993, p 98.

Il s'avère qu'il observe plus régulièrement des variations que des similitudes et l'écart se creuse avec l'image qu'a pu lui suggérer le récit parental.

Du coup, s'entremêlent invariablement la réalité à laquelle chacun se confronte, la réalité psychique et fantasmatique de l'adolescent, ainsi qu'au delà, celle de ses parents.

J-N Trouvé nous le rappelle en disant "qu'il ne s'agit souvent que des conséquences au niveau de l'imaginaire d'un certain état de désorganisation d'un réseau signifiant." ¹⁵⁷

Enfin, la situation des adolescentes se trouve bien souvent plus problématique, ceci du fait même du statut de la femme dans la culture d'origine.

En effet, la vigilance à l'égard des comportements et des fréquentations des jeunes filles est plus soutenue, cette charge revenant aux hommes, afin de préserver l'honneur et la fierté de la famille.

Les bricolages et manipulations dysfonctionnelles sont donc plus flagrants à leur égard. Le père n'est fréquemment pas aussi permissif pour elles que pour leurs frères ; la mère suit, sur ce point, son mari ou multiplie "les entorses à la loi" ; les adolescentes le vivent d'autant plus mal qu'elles ont sous les yeux l'exemple de leurs homologues françaises. Aussi, ont-elles le sentiment de tomber sous le coup d'une double injustice.

G. Vinsonneau et C. Camilleri le résumant ainsi :

" Un nouvel avatar du sort féminin est lié aux bizarres compromis qu'inventent les parents pour faire profiter la fille des atouts de la modernité, notamment l'instruction, tout en préservant les valeurs traditionnelles, par exemple le maintien de l'interdit des contacts intersexes, du contrôle des déplacements et des horaires,... autant de facteurs incompatibles avec l'exercice d'une profession, à quoi devrait permettre d'accéder l'instruction." ¹⁵⁸

L'adolescente a ainsi plus de facilité à critiquer l'autorité parentale quand le discours lui paraît décalé, dépassé et rigide, en comparaison aux normes occidentales.

Elle ressent inévitablement les différences intangibles, y perd ses repères, se débat avec un profond malaise devant ce qui est source, pour elle, de contradictions et de frustrations.

Comme le dit J-P. Chabannes : "A l'adolescence, 'l'absurdité' du tel recours à la tradition apparaît clairement aux yeux du jeune, dit de seconde génération ; nous observons souvent, un désaccord à propos des repères, d'où naissent des conflits dont l'issue favorable apparaît délicate dans un contexte d'incompréhension mutuelle." ¹⁵⁹

¹⁵⁷ J.-N. Trouvé, Le temps du père, le temps des fils, éléments psychopathologique en contexte migratoire, *L'Information Psychiatrique*, n° 6, vol. 63, Juin 1987, p. 790.

¹⁵⁸ G. Vinsonneau / C. Camilleri, Pour une approche en psychologie culturelle : contribution à l'étude de la dynamique identitaire du jeune immigré en France. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1987, p. 480.

¹⁵⁹ JP. Chabannes, *Les adolescents dits "maghrébins de deuxième génération" en France*, Rapport de psychiatrie, congrès de psychiatrie et de neurologie de langue Française, 1988, p. 72.

C'est dans ce contexte hétérogène que l'adolescent, fille ou garçon, commence à se poser avec acuité la question de son identité.

La rencontre avec la langue et la culture françaises se structure d'abord par le biais de l'école, premier lieu de fréquentation et de rencontres.

↳ Identité et scolarité

La scolarité implique, en premier lieu, des ruptures, souvent plus vives pour les enfants et adolescents maghrébins : rupture linguistique à laquelle ils s'acclimatent plus ou moins bien, rupture de références et de codes, et distanciation vive avec les parents . L'adolescent apparaîtra ainsi rapidement comme "celui qui sait ", celui qui sait lire, écrire ; cela lui donnant, selon les situations familiales, un ascendant à la fois fantasmé et réel sur ses parents. C'est au niveau linguistique que cet écart sera généralement le plus flagrant.

La langue française supplante rapidement pour eux la langue arabe, les éloignant progressivement de leur langue maternelle et, de ce fait, de leurs parents. Les adolescents peuvent parfois encore parler la langue d'origine mais la majorité ne sait ni la lire ni l'écrire.

Les parents étant souvent en difficulté avec le Français, les adolescents prennent alors régulièrement le rôle d'interprète, d'intermédiaire avec l'extérieur, gérant par exemple les problèmes administratifs. Ceci se révèle à bien des égards, un facteur d'inversion des rôles dans la famille, de confusion des repères symboliques, l'adolescent se trouvant parentifié, ce qui facilite la critique, le refus de l'autorité parentale et les fantasmes de toute puissance.

Par ailleurs, l'adaptation au bilinguisme ou trilinguisme (lorsque les parents sont d'origine berbères) est parfois vacillante, s'originant initialement dans l'enfance, se perpétuant ensuite à l'adolescence.

A ce propos, les garçons sont présentés comme devant assumer davantage de difficultés que les filles, avec acquisition souvent approximative de l'une ou des deux langues, ce qui a pour effet d'amplifier le désinvestissement scolaire, le sentiment d'être étranger, rendant la structuration identitaire problématique.

Les filles, à l'opposé, investissent davantage la scolarité, même si demeure en partie inchangé le problème linguistique. Elles perçoivent en effet rapidement que l'école et la réussite scolaire leurs permettront d'accéder à une voie jusqu'alors fermée pour elles et d'échapper ainsi au carcan familial. Elles accèdent, par ce biais, à un certain droit d'expression privilégiée, à une certaine égalité des sexes, une facilité à rencontrer les autres de leur âge qu'elles peuvent fréquenter quotidiennement.

Elles y trouvent d'ailleurs une image de la femme libre de son choix, de ses rencontres, de sa vie en général, ceci exerçant sur elles une certaine fascination. Elles idéalisent ainsi ce modèle qu'elles ressentent très éloigné de l'image maternelle ; le vécu réel, comme idéalisé, est principalement à la source des conflits familiaux, dont l'école devient souvent le catalyseur.

Les adolescents, face à ces multiples variants culturels, vacillent fréquemment dans une crise d'identité venant exacerber la crise physiologique, où il devient délicat de se construire.

↳ "Stratégies" d'adaptation

Plusieurs situations et stratégies se retrouvent dans la littérature, dans les comportements qu'ils adoptent, pour se confronter à ce point nodal de leur existence.

Ceux-ci diffèrent souvent pour les garçons et les filles, du fait même de la différence de place au sein de la famille, que l'on vient d'évoquer. S'y opposent classiquement délinquance du garçon et passages à l'acte de la fille.

Les adolescents masculins, tout d'abord, du fait d'un statut relativement privilégié, en général, à contrario des filles, se réfugient classiquement dans des conduites délinquantes, parfois toxicomaniaques.

Souvent, ces adolescents, en plus des difficultés culturelles, vivent dans des quartiers socio-économiquement défavorisés, où ils se "raccrochent" à leurs pairs, tentant de trouver une revalorisation commune.¹⁶⁰

A un moment où ils ne se reconnaissent, ni dans les valeurs traditionnelles que leurs parents tentent dogmatiquement de maintenir, ni dans les valeurs d'une société d'accueil dont ils se sentent souvent en marge, ils s'isolent ou se réfugient dans la rue, dernier lieu d'échange et de rencontre. C'est en quelque sorte comme un double mouvement de révolte que génèrent ces conduites.

De nombreux auteurs soulignent le rôle récurrent de la carence de la fonction paternelle ; l'adolescent se trouve fréquemment face à un père dévalorisé, à qui il n'a de cesse de rappeler son échec, sa faiblesse, dans un mouvement ambivalent ; souligner les manques, les manquements du père, consiste aussi à exprimer le désir qu'il en soit autrement. C'est alors, dans ce premier mouvement de revendication et de révolte qu'il ressent vaine, que cet adolescent se tourne vers l'extérieur. Mais la société d'accueil lui paraît vite hostile, ne répondant pas toujours à ses attentes, le décevant dans l'image qu'elle peut lui renvoyer de lui-même.

C'est ainsi que lorsqu'il n'arrive pas à établir des liens suffisants avec celle-ci, il se réfugie dans des groupes, des bandes, où s'entretient fréquemment et s'amplifie le sentiment d'exclusion, conduisant à une marginalisation progressive.

Aussi, comme le repère D. Moussaoui, "ils choisissent de ne pas choisir, ils choisissent la marginalité. Déculturés d'un côté et mal acculturés de l'autre, ils adoptent une anticulture, la

¹⁶⁰ A. Malewska-Peyre, L'image de soi des jeunes délinquants immigrés, *Bulletin de psychologie*, 1982, Tome XXXVI, n°359, p 368

culture de la rue, du système D, de la fugue [...]. Toutes les tentatives de reprise en main par le père et de contrôle de ce comportement déviant ne font que renforcer celui-ci." ¹⁶¹

C'est au total des conflits d'autorité interne à la famille et le sentiment d'être rejeté par le pays d'accueil qui entraînent cette confusion des repères.

Les adolescentes, au contraire, manifestent plus rarement des conduites délinquantes et répondent plutôt individuellement, par des passages à l'acte, des fugues, des tentatives de suicide.

Cela survient comme tentative de rupture avec la famille lors de situations conflictuelles extrêmes où l'adolescente se sent limitée dans sa liberté, ses mouvements, ses choix, "le père s'accrochant à certaines valeurs ancestrales, voulant soumettre l'adolescente à l'imposition d'un mariage forcé." ¹⁶² Enfin, "comme pour la population autochtone, les tentatives de suicide sont nettement plus fréquentes chez les filles que chez les garçons dans la population immigrée. [...] Le taux de tentatives de suicide chez les jeunes maghrébines (15-24 ans) est quatre fois plus élevé que chez les jeunes françaises." ¹⁶³

Plus rarement, cela peut aboutir à une rupture brutale et totale avec les parents, avec recours parfois à un juge dans des climats où se mêle la violence.

Précisons également qu'à l'autre bout de ces manifestations plutôt voyantes, nous trouvons pour les deux sexes des comportements régressifs de soumission, dans une passivité souvent extrême, associée parfois à un tableau dépressif.

H. Beauchesne développe que : "Lorsqu'il n'y a pas de crise, il n'y a pas de choix et pas d'évolution possible." ¹⁶⁴

Autrement dit, le choix impossible aboutit de façon défensive aux symptômes et à la maladie.

Mais il convient d'ajouter que d'autres, enfin, réussissent à gérer la crise. le conflit peut alors se résoudre, ou en tout cas trouver une issue.

Certains se constituent dans l'affirmation d'être Français, ou dans le désir exprimé de retourner en Afrique du Nord, avec un fort sentiment d'appartenance à l'origine.

¹⁶¹ D. Moussaoui, A. Sayed, Les enfants de migrants ou l'impossible identité, *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1982, p. 591.

¹⁶² M. Benadiba, Les adolescents maghrébins en France : aspects psychopathologiques, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 27(9), 1979, p. 396.

¹⁶³ M. Pechevis, Enfants de migrants, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Tome IV, (1985), Ed. PUF Paris, 1995, p. 2291.

¹⁶⁴ H. Beauchesne, Rupture, crise et changement chez l'adolescent entre deux cultures, dans *Identité, culture et situation de crise*, dir. A. Yahyaoui, La Pensée sauvage, 1989, p. 27.

D'autres, au contraire, se détachent des deux systèmes en présence, tout en s'appropriant des traits de l'un ou de l'autre, construisant ainsi leur identité propre.

C'est dans ce cadre qu'à l'inverse de l'anticulture précédemment évoquée, se repère alors des choix tels que "la culture Beur." Cette culture s'appréhende, dans cette perspective, comme une nouvelle façon de s'exprimer, une volonté de se démarquer, de se différencier dans le langage, les goûts musicaux, les créations artistiques.

Beur, dans le Petit Robert a pour définition : "personne née en France de parents immigrés maghrébins."

Il s'agit en fait du mot arabe en Verlan, le Verlan apparaissant comme une néolangue pour certains analystes, comme la culture beur serait une "culture autre" et recherchant la différence.

Elle s'est développée et se développe encore aujourd'hui de façon prépondérante dans les quartiers défavorisés, le quartier devenant le seul espace que ces adolescents s'approprient et revendiquent.

Elle se veut ainsi innovante, tentant de mêler les divers éléments culturels, "c'est une façon d'intégrer, de composer avec des éléments hétérogènes... une forme de passage de la culture au sens de tradition à une culture bigarrée, dite de banlieue." ¹⁶⁵

C'est en fait, une manière de cesser de parler et de vivre seulement en Français ou en Maghrébin, en se créant un espace original, propre, une façon d'exister autrement, dans une créativité structurante. J. N. Trouvé parle d'ailleurs du "signifiant ' beur ' comme devant faire échec à toute tentative d'enfermement dans les signifiants d'autrui." ¹⁶⁶

Cette créativité, pour devenir effective, ne doit cependant pas servir à un retranchement dans des réactions défensives ou de rejet et s'enfermer ou se refermer sur elle-même.

Nous pouvons, en définitive, conclure que l'intégration de ces adolescents trouve un large écho dans l'acculturation parentale et l'accueil réel ou ressenti de la société où ils ont décidé de vivre. Ces facteurs diffèrent en fonction des milieux de vie et des conditions socio-économiques. L'isolement et la précarité de certaines banlieues où sévit fréquemment la conflictualité et la violence est évidemment un facteur défavorable à toute adaptation.

Mais nous ne pouvons par ailleurs occulter que l'apport de deux sources culturelles peut, dans certains cas, présenter des avantages, difficiles à mettre en valeur pour ces adolescents qui le vivent habituellement comme une tare, une étrangeté. Les valeurs antithétiques peuvent ainsi devenir mobilisables et subjectivables, ce qui ne signifie pas pour autant confondables.

¹⁶⁵ M. Fize - Naissance de la culture adolescente, Dossier: les métamorphoses de la puberté, *Sciences Humaines*, n° 33, Nov 1993, p. 25.

¹⁶⁶ J.-N. Trouvé, Le temps du père, le temps des fils, éléments psychopathologique en contexte migratoire, *L'Information Psychiatrique*, n° 6, vol. 63, Juin 1987, p. 789.

Mais les adolescents apprennent parfois à faire preuve d'inventivité, à médiatiser l'ensemble des représentations, "à réinsérer ces valeurs dans des conduites nouvelles et mieux adaptées." ¹⁶⁷

C'est d'ailleurs souvent seulement à la troisième génération que cet accomplissement est pleinement réalisé, dans ce que R.R. Geadah qualifie de processus syncrétique.

Il écrit à ce titre que "adaptation, innovation, dépassement et création se posent ainsi en jalons de l'accomplissement de soi et de l'ouverture sur autrui." ¹⁶⁸

c) *Les interactions parents/adolescents*

Nous synthétiserons seulement les interactions entre le ressenti parental ambivalent face à l'immigration et la confrontation à eux-mêmes que leurs impose l'adolescent.

H. Beauchesne reprend la notion systémique d'équilibre homéostatique de la famille, en disant que "les membres de la famille sont liés économiquement et affectivement dans une interdépendance mutuelle." ¹⁶⁹

Aussi, la migration établit une nouvelle distribution, et notamment dans la répartition des rôles, en déstabilisant l'autorité établie. L'adolescent est dans ce cadre un facteur de déséquilibre : "Il place ses parents devant leur ambivalence entre les deux pays [...] Le pays de leur enfance, avec ses bons et ses mauvais côtés et le pays où ils vivent, avec ses satisfactions et insatisfactions. Cette ambivalence peut être matérialisée par les mouvements de va-et-vient entre les deux pays, les vacances prolongées, la garde confiée à la famille restée dans le pays d'origine..." ¹⁷⁰

Si, par l'intermédiaire de l'adolescent, les parents sont mobilisés dans leurs affects, c'est qu'ils sont replongés dans la manière dont ils ont résolu leur propre problématique de la migration. L'adolescent en est le premier réceptacle : à cet égard, il est chargée de façon inconsciente des deuils non faits, des désirs abandonnés et de leur propre culpabilité. C'est-à-dire qu'il est présenté, par exemple, comme un frein à un hypothétique retour : les parents justifiant leur impossibilité de retourner dans leur pays tant que l'adolescent ne s'assume pas. Leur enfant est alors utilisé comme légitimation de l'attachement forcé à un pays qu'ils espèrent prochainement quitter à plus ou moins long terme.

¹⁶⁷ C. Camilleri, Les immigrés maghrébins de la seconde génération: contribution à une étude de leurs évolutions et de leurs choix culturels, *Bulletin de psychologie*, 1978, Tome XXXIII, n° 347, p.993.

¹⁶⁸ R.R. Geadah, *Spleen et espérance d'un voyageur de Pâque (s), Traumatisme, migration et acculturation*, Extrait de Rivages, Enfance et traumatisme, n° 2, 1993, p.103.

¹⁶⁹ H. Beauchesne, J. Esposito, . *Enfant de migrants*, Ed. PUF Paris, 1981, p. 70.

¹⁷⁰ H. Beauchesne, J. Esposito, . *Enfant de migrants*, Ed. PUF Paris, 1981, p. 68.

Mais souvent, comme l'écrit E. Hemon : "Le retour est annulé ou repoussé vers une période indéterminée, [...] Le retour et ses représentations sont à la fois conscients, inconscients, ils aident/freinent l'adaptation, ils sont craints/désirés par la famille, constituant obligatoirement et sous diverses formes une partie du mythe familial." ¹⁷¹ Elle développe ainsi l'aspect transgénérationnel que véhicule cette idée du retour.

L'adolescent peut donc être virtuellement porteur d'un deuil non effectué, qui lui est transmis par la génération précédente. Ce rôle est souvent assumé par l'aîné de la famille, qui est le premier à prendre à son compte les aspirations parentales - comme leur équivoque - et à être investi de cette tâche.

Le professeur M. Boucebcı l'écrivait à propos des adolescents algériens : "Le rang d'aîné dans la fratrie apparaît comme un facteur de haut risque et davantage encore chez le sujet féminin." "Les références traditionnelles - lignage, transmission intergénérationnelle du nom, place de la femme - se heurtent aux mutations socioculturelles actuelles [...] La remise en question de l'ordre ancien et des valeurs affectent d'abord le noeud familial organisé autour du désigné, l'aîné." ¹⁷²

Par conséquent, en suivant ce cheminement, on repère que le problème ne se résume pas purement et simplement à un choc des cultures. C'est un processus complexe où le contexte socioculturel interfère dans une dynamique incluant l'adolescent et sa problématique, les parents et la leur, la famille, le groupe, la société.

Comme le souligne H. Beauchesne et J. Esposito : "Le conflit est intériorisé, intrafamilial et entre la famille et le milieu." ¹⁷³

3. Conclusion

Les modalités différentes de crises sont dépendantes de la façon dont les parents gèrent eux-mêmes leur migration. De multiples facteurs font que chaque histoire est singulière, composée de la particularité de chacun et de la combinaison des interfaces au sein de la famille et avec la société. Du coup, les modes de résolution des conflits et d'intégration sont nombreux et non réductibles à quelques modèles qui feraient référence.

Comme le disent dans leur article M. Antoni, P. Giravalli, et al : "En réalité, les situations sont en fait d'une grande complexité et ces tentatives d'approches théoriques peuvent les figer, les appauvrir dans la mesure où, en plus, les comportements de ces jeunes sont bien souvent

¹⁷¹ E. Hemon. L'enfant de migrants, interprète entre deux foyers. *Thérapie familiale*, 1995, vol 16, n°2, p. 203 .

¹⁷² M. Boucebcı , Rang d'aîné dans la fratrie et risque psychopathologique : Le syndrome d'aîneté, *L'Information Psychiatrique*, n° 7, Sept. 94, p. 590 (M. Boucebcı a été assassiné le 15 juin 1993 à Alger)

¹⁷³ H. Beauchesne / J. Esposito, *Enfant de migrants*, Ed. PUF, Paris, 1981, p. 57.

multiples et subtils. Il n'y a pas d'homogénéité dans ces groupes particuliers de jeunes issus de la migration et l'erreur consisterait à en occulter l'hétérogénéité." ¹⁷⁴

En conclusion, nous aimerions aborder un dernier point qui permet à la question de rester encore largement ouverte. Nous souhaiterions souligner, en effet, que ce que nous venons d'étudier au sujet des adolescents maghrébins mobilise d'une part la migration, et d'autre part la confrontation entre des contradictions culturelles, les deux aspects étant indissociables.

Mais il nous paraît essentiel de préciser que certaines des difficultés explicitées ne sont pas l'apanage des adolescents issus de la migration. Il s'avère, en effet, que le Maghreb s'occidentalise depuis longtemps et que des villes comme Rabat ou Tunis, sont plus européennes que bien des villes retirées de la France profonde ...

Du coup un adolescent au Maghreb peut fort bien vivre une crise et une ambivalence vis-à-vis de ses parents ayant des similitudes structurelles avec celles d'un adolescent depuis sa naissance en France.

F. Mernissi a d'ailleurs étudié les incohérences et impossibilités qu'entraînent les bouleversements socio-économiques de ces dernières années. Elle souligne qu'au Maroc par exemple, "le système de valeurs qui a prédominé pendant des siècles est bouleversé et ne peut plus répondre aux nouvelles conditions de vie, sans pour autant qu'un nouveau système soit venu remplacer le précédent." ¹⁷⁵ Aussi, dans le Maroc actuel et dans le Maghreb en général, a-t-il non concordance entre la réalité vécue et les modèles et images emmagasinés venant du système traditionnel.

Ce processus d'acculturation, les sociétés maghrébines le vivent, par "l'invasion des schémas culturels occidentaux, véhiculés par les mass-médias, la télévision, le tourisme,... et ceci entraîne l'éclatement de la famille et du groupe traditionnel en tant qu'organisateur psychique et social, régulateur du conflit des générations." ¹⁷⁶

¹⁷⁴ M. Antoni / P. Giravalli / J.C. Scotto, Adolescents issus de parents migrants et recherche identitaire, *Annales de psychiatrie*, 1992, Vol 7, n° 4, p. 184

¹⁷⁵ F. Mernissi, *Sexe, idéologie et Islam*, Tome 2, Ed. Maghrébines, 1985, p. 92.

¹⁷⁶ *ibid*, p. 92.

V. Présentation et analyse des cas cliniques

Nous nous proposons d'analyser les observations de quatre adolescents, chacun ayant fait un séjour au minimum de six mois à l'hôpital de jour.

Nous cherchons à illustrer et à éclairer les données développées dans notre travail par l'intermédiaire de l'analyse clinique de leur histoire, à travers la construction de leur récit individuel.

Dans les chapitres précédents, nous avons tenté de synthétiser autour des concepts d'identité, d'adolescence et de filiation, ce qui se joue pour des adolescents de parents émigrés, de culture maghrébine, à ce moment spécifique de l'existence.

Examinons maintenant comment nous pouvons comprendre ces analyses dans les cas de présentés, conjointement à la démarche clinique que nous avons conduite.

Nous souhaitons souligner que les anamnèses suivantes sont composées en majorité des propos des adolescents et de leurs parents aux entretiens, complétées à l'aide des dossiers médicaux, et des discussions avec les médecins et infirmiers qui les ont pris en charge tout au long de leur histoire.

A. *Seyana*

1. Présentation

Seyana, lorsque je la rencontre a 23 ans. C'est une jeune fille française d'origine marocaine. Elle effectue son deuxième séjour à la clinique universitaire Georges DUMAS. Elle a terminé ses études et est à la recherche d'un emploi.

Du point de vue familial, elle est l'aînée d'une fratrie de cinq et la seule fille, chacun des enfants ayant 3 ans d'écart environ.

Elle vit chez ses parents qui sont nés et ont vécu au Maroc jusqu'à l'âge de 26 ans pour le père, 17 ans pour la mère. Ils ont émigré en France en 1970, leurs familles respectives étant restées à Méknès, ville du Maroc aux forts ancrages traditionnels.

Seyana n'a pas d'antécédents physiques ou psychiatriques connus, il n'y a pas d'antécédents familiaux psychiatriques.

a) *Anamnèse*

Elle date le début de ses troubles à l'adolescence. Elle dit qu'à l'âge de 15 ans, elle avait des difficultés relationnelles avec ses pairs. Elle précise qu'elle vivait mal sa différence de couleur de peau, dont elle parle comme d'un défaut esthétique venant marquer ses origines ; elle se sent agressée et vulnérable aux moqueries des garçons qui l'appellent Blanche Neige. Elle est alors une jeune fille mince, jolie, à la chevelure et aux yeux noirs, à la peau très mate, comme son père.

Elle évoque aussi des difficultés scolaires en première, puis en terminale. Elle explique qu'en cours, elle se paralysait dès qu'il s'agissait d'écrire quelque chose venant d'elle. Elle apprenait du coup par cœur des phrases prononcées par ses professeurs, tentant de se les réapproprier, et d'échapper à ses angoisses.

C'est à cette époque qu'elle a consulté un psychologue pour la première fois, avec un suivi pendant deux ans.

Elle dit que tout s'est précipité pour elle à l'approche du baccalauréat. Elle était angoissée, avait des manifestations somatiques d'anxiété (tremblements, évanouissement avant une des épreuves).

Elle n'a réussi à passer que les épreuves facultatives, et a finalement son baccalauréat à la session de rattrapage de Septembre sans trop de difficultés.

Elle ne réussissait pas à se représenter ce qu'elle vivrait après cet examen, autrement que comme "un grand vide, un grand désert", et associait cela avec l'idée du départ de la vie adulte, où plus rien ne serait comme avant, comme si elle devait tirer définitivement un trait sur le passé.

Elle débute alors des études en faculté de médecine. Après un premier échec, elle se remet mal (pleurs incessants) et **part au Maroc avec ses parents** où elle se motive vite de nouveau.

L'année suivante, lors d'un nouvel échec, qui succède à une année chaotique, elle présente un épisode de perplexité anxieuse. La symptomatologie comprend une désorganisation du sommeil importante proche d'une inversion du rythme nyctéméral, une suractivité importante, une agitation anxieuse, des difficultés de concentration. Elle se remémore la difficulté de cette période quand elle est amenée à l'évoquer en entretien. A cette époque, elle est complètement effondrée par l'échec, qui a été plus cuisant que la première fois (elle a eu des notes et un classement très inférieur à ce qu'elle espérait).

Aussi elle n'a plus du tout confiance en elle, elle a le sentiment de ne plus rien pouvoir effectuer, d'une angoisse permanente et empêchante, elle se referme sur elle-même et évite les relations à autrui.

Elle se souvient qu'elle ne supportait plus la France, comme si ce pays lui était devenu hostile. Elle souhaitait retourner au Maroc pour se retrouver et se ressourcer, ce qui était aussi le discours maternel. D'ailleurs, devant l'insistance de sa mère, **elle effectue un voyage au**

Maroc dans la famille de celle-ci, et "tout s'arrête là-bas" grâce aux prières et aux tentatives de Seyana de s'appuyer sur la religion. Elle est alors sécurisée par ce milieu familial maternant, et reprend un rythme de vie adapté, des activités, ceci contrastant avec sa désorientation en France, la rapidité du changement surprenant sa famille. Il faut noter qu'avant son départ, un médecin lui avait prescrit de l'Haldol (Halopéridol) à 0,5 mg/ml (à la posologie de 10 gouttes par jour, équivalent à 0,25 mg) qu'elle n'a pris que quelques jours.

A son retour en France, tout s'enchaîne sans transition : elle commence des études scientifiques en faculté, qu'elle interrompt après deux semaines, du fait de la reprise d'une angoisse majeure, avec impossibilité de se concentrer. Finalement, les troubles évoluent de nouveau vers une manifestation somatique à type d'impossibilité d'écriture (décrit par les médecins l'ayant reçue, comme "une crampe de l'écrivain", l'incapacité à tenir un crayon). Seyana explique que c'est alors un "supplice pour elle d'écrire, qu'elle se pétrifie d'angoisse à cette idée". Elle s'isole de nouveau, passe de longues heures dans sa chambre.

C'est alors qu'elle demande une première admission à la clinique par l'intermédiaire de son psychothérapeute.

Ce qui prédomine dans le tableau sémiologique est une perplexité anxieuse, sans élément de la lignée dissociative ni délirante. Il n'y a pas non plus, malgré le rétrécissement du cercle des activités, d'humeur dépressive caractérisée ; l'isolement répond à une hyperanxiété, à un évitement répété. (Elle dit avoir peur de tout, une inquiétude excessive concernant les événements à venir et ses capacités).

A son arrivée, elle a une présentation adaptée, sans trouble du jugement et du cours de la pensée.

Elle s'exprime de façon cohérente mais avec un certain détachement, ce qui est repéré comme une dimension de relative indifférence. L'équipe infirmière décrit une adaptation et aisance de surface, avec déni des troubles.

L'impossibilité d'écrire disparaît après quelques semaines, où Seyana est incapable de rendre un devoir écrit dans le module de remise à niveau qui lui est proposé.

Elle décide finalement pour l'année scolaire suivante, de partir dans le Sud de la France pour reprendre ses études : elle choisit une formation dans les transports, métier où se retrouve en majorité des garçons (elles ne seront que trois filles dans la promotion).

Elle vit seule deux ans dans un appartement universitaire, voyant ses parents surtout pour les congés scolaires.

Elle entame une nouvelle psychothérapie.

Enfin, pour la première fois, elle a un flirt qui est fait d'alternance de ruptures et de renouements. Ce garçon la quitte finalement car elle refuse les rapports sexuels. Elle dit à ce sujet : "Je sentais ce regard sur moi comme si mon père était là. Je pense que si j'avais accepté, Bruno m'aurait jetée quand même. Il se disait tout le temps très tolérant, et je le trouvais très ouvert." Dans l'ambivalence et la dénégation, elle exprime également : "Il ne supportait pas les

gens qui refusent de manger du cochon. Il disait que je n'étais pas bien comme fille et que c'était l'islam qui me rendait malade. Il était sorti avec des musulmans et la précédente était comme moi selon lui."

Lors de la réussite à son diplôme, elle fait une nouvelle décompensation où se répète une stupeur anxieuse et une angoisse paralysante et insurmontable. Face à ce mal être, elle revient chez ses parents de façon précipitée.

Elle consulte successivement plusieurs psychiatres : tout d'abord le médecin chef de l'hôpital de jour de la clinique qui l'a suivie pendant 1 an, qui lui prescrit du Solian (Amisulpride 600mg/j).

Le même jour, elle rencontre un autre psychiatre aux urgences disant sa réticence à prendre un traitement neuroleptique, face à la montée incessante de son angoisse. Il lui est alors proposé une hospitalisation qu'elle accepte. Cependant, elle n'en informe pas sa famille. En fait, son père est au Maroc du fait du décès de son propre père. Sa mère est restée en France pour s'occuper des enfants. Le père de Seyana l'avait incitée à partir avec lui mais elle avait refusé. La "disparition" de Seyana incite alors la mère à demander à son mari de rentrer d'urgence en France. Puis Seyana finit par appeler ses parents après quarante huit heures, ceux-ci se rendent à l'hôpital pour récupérer leur fille, méfiants à l'égard des soins. (Seyana leur dira en fait qu'elle ne les a pas prévenus car on lui a interdit téléphone et permissions pendant quarante huit heures.)

Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, elle demande de nouveau une consultation à la clinique, où elle est admise.

Pendant ces 10 jours mouvementés, elle présente du point de vue symptomatique une anxiété ingérable, une logorrhée, une indécision totale. Elle s'en remet aux interlocuteurs qu'elle rencontre, tout en refusant leur proposition la minute suivante...

Il n'y a pas d'élément délirant, pas de dissociation ni de signe en faveur d'une hypomanie en dehors d'une certaine excitation.

Elle présente, lors de son hospitalisation, ce qui est qualifié de crises hystéroides mimant un syndrome extrapyramidal (protrusion de la langue, plafonnement du regard, contractures cervicales) et qui cèdent spontanément. Elle n'a pas pris de traitement neuroleptique.

A l'hôpital de jour, lors d'une sortie encadrée, elle présente des manifestations somatiques inquiétantes sous forme d'une incapacité à la marche : elle est repliée, courbée comme une personne âgée, marche les jambes recroquevillées, les pieds en varus, la tête penchée sur le côté, les bras raides, collés au corps ; les infirmiers sont conduits à devoir la porter. Elle exprime alors une fatigue intense, le fait qu'elle ne veut pas rentrer chez elle, qu'elle appréhende d'y retourner. Cela cède spontanément en 48 h.

Dans ce qu'elle exprimait à cette période, on retrouve le sentiment que tout va trop vite dans sa vie, qu'elle se sent incapable de faire des choix.

Elle a des interrogations majeures sur la difficulté à se situer dans une double appartenance, marocaine et française, avec la peur d'être identifiée à sa mère, en femme soumise, ou de s'identifier au discours du père, en femme européanisée.

Elle est sans cesse renvoyée à ses échecs des années passées, à sa place dans la famille, à son appartenance à une religion, à un Etat. Elle tente de donner un sens aux dernières péripéties en les reliant de façon maladroite aux événements passés.

Elle se souvient qu'à l'inverse de la première fois, elle a l'impression que le Maroc lui est devenu hostile et que si elle retourne là-bas, elle ne pourra plus s'intégrer en France.

Elle tient des propos tels que : "J'aime ma mère mais je ne veux pas être comme elle, ça lui fait de la peine. Elle dit que la femme doit obéir aux hommes et moi je fais un métier d'homme. Il faut que je sache quoi faire et à quel pays j'appartiens, si je m'appelle Seyana ou Sonia. Moi, je suis musulmane, mais je respecte votre Président, je respecte votre pays."

Ou encore : "Je n'arrive pas à tenir en place, je suis cadre et pourtant je ne peux pas rester dans le cadre", en réponse à un infirmier qui lui demande de respecter le cadre.

Dans le service, il est noté qu'elle a besoin de réassurance et d'étayage, d'être encadrée et contenue.

Elle déverse son histoire de façon logorrhéique, parlant sans discontinuité, sans discerner ses interlocuteurs et dans des demandes d'écoute incessante. Elle présente des propos toujours centrés sur sa problématique, sans jamais s'en décaler, sans passage du "coq à l'âne", mais au contraire dans une certaine logique et cohérence.

Au sujet du double prénom, il s'avérera qu'elle porte sur ses papiers de nationalité française et marocaine le prénom Seyana, et qu'on l'appelle ainsi, sauf dans sa famille au Maroc et en France, où on l'appelle Sonia. Sonia a été choisi par la mère, mais refusé par les autorités marocaines. C'est pourquoi le père a décidé, contre l'avis maternel et alors que Seyana avait 6 ans, de supprimer de tout papier officiel ce prénom, pour lever toute ambiguïté ...

Du point de vue médicamenteux, pendant cette période, elle prendra successivement, de façon ponctuelle : *Dépamide (Valpromide) 1200mg/jour*, *Xanax (Alprazolam) 0,75 mg/j*, *Stablon (Tianeptine) 37,5 mg/j* pendant ses quatre jours d'hospitalisation ; puis *Solian 600 mg /j* et *Xanax 0.75mg/jour* à sa sortie, sans réelle observance, ce qu'elle dira plus tard.

Suivra un **départ précipité au Maroc** après amendement des symptômes en quelques semaines.

Ce départ est de nouveau motivé par la mère, qui met en avant l'aspect bénéfique d'un retour aux sources.

C'est à son retour du Maroc que je la rencontre pour la première fois.

Seyana est à cette période hyperactive, très enjouée, elle dit elle-même, enfin se sentir bien. C'est dans ce contexte qu'elle demande sa sortie précipitée de l'hôpital de jour, pour s'inscrire dans un groupe de recherche d'emploi, dans le but de travailler le plus rapidement possible. Nous négocions un essai sans interruption de prise en charge. Dans cette tendance à l'évitement face aux soins, à l'impératif de travailler, correspond une attitude de toute puissance et de déni.

Mais une semaine après le début du stage, elle renonce et interrompt ce projet.

Sont alors réactivés des sentiments de doute, d'incapacité à faire des choix, avec angoisse matinale et empêchante, tristesse, repli sur elle-même, le tout majoré par des manifestations somatiques à type de vertiges et de tremblements de tout le corps. Cela se répète, en fait, dans des circonstances précises : en présence de sa mère au domicile, alors qu'elle refuse d'en sortir et qu'elle exprime sa difficulté à venir à l'hôpital de jour.

S'enchaînera ensuite une série d'événements où Seyana met en échec à plusieurs reprises ce qu'on lui propose, sous forme de passages à l'acte :

-1- Devant l'installation et l'aggravation des symptômes sur un mois, nous proposons un traitement antidépresseur qu'elle finit par accepter. Puis elle fait une ingestion médicamenteuse volontaire le jour de la prescription, après avoir acheté le traitement (deux boîtes de ZOLOFT – Sertraline.) L'adresse à notre égard et à celui de ses parents est évidente. Il se révèle, en effet, que le traitement était une revendication maternelle, ce qu'exprimera, du reste, la mère par la suite. Or Seyana explique également a posteriori qu'elle avait fait des démarches de recherche d'emploi "en cachette". Elle venait d'ailleurs, de recevoir une réponse positive à une candidature le jour de l'ingestion médicamenteuse et devait accepter ou refuser sous quarante huit heures. Elle se sentait pourtant toujours incapable de travailler. Elle dit alors de son père qu'il se montre insistant à son égard, qu'il ne voit pas qu'elle ne peut pas travailler, qu'il ne comprend pas. Ce qui, au fond, nous permet de comprendre qu'elle s'est "égarée" en voulant répondre aux diverses sollicitations d'autrui, même si celles-ci s'avèrent incompatibles entre elles.

-2- **Un nouveau départ précipité et imprévu au Maroc** se répétera quelques mois après. Seyana effectuera auparavant un stage en entreprise, alors que ses parents sont en vacances au Maroc. Au sujet de ce stage, elle aura un excellent rapport qui contredit le sentiment d'échec qu'elle exprime.

C'est au retour de ses parents qu'elle manifeste de nouveau une symptomatologie bruyante, avec insomnie, cris nocturnes, pleurs, sentiment de dévalorisation, d'indécision, angoisse empêchante. (Ceci coïncide également avec mon propre départ en congés) . Son père parle alors d'hospitalisation contre son gré, elle-même se refusant à cette idée, sa mère l'incite à

rejoindre sa famille au Maroc. Seyana quittera finalement la France sans en avertir son père et avec la complicité de sa mère, prévenant l'équipe de l'hôpital de jour par son intermédiaire.

A son retour, après plus de deux mois, elle reprend contact avec nous, avec l'appréhension majeure de notre réaction. Elle n'aura aucune difficulté à repérer la répétition de ses actes et des symptômes.

Elle évoquera en effet qu'au Maroc, elle a présenté de nouveau l'impossibilité d'écrire, à laquelle s'ajoutait une incapacité à parler Français les premiers jours. Elle s'exprimait alors seulement en Arabe avec sa grand-mère maternelle et ses tantes. Celles-ci ont veillé sur elle nuit et jour, Seyana menaçant de se suicider, de vendre son passeport français (elle a la double nationalité). Elle disait alors : "Je suis une incapable majeure, je veux rester vivre ici, ne plus rien avoir à décider. Je veux devenir esclave."

Elle prendra comme traitement du *Calcibronat* que lui donne une de ses tantes le soir.

Seyana se décrit dans une ambivalence extrême, s'apercevant que les symptômes n'ont pas disparu à son arrivée au Maroc comme elle le prévoyait : "A peine arrivée, je souhaitais presque déjà repartir. Cela ne faisait qu'accroître mon angoisse et mon mal-être. Je me rendais compte que mon problème n'était pas une question de lieu. Je me trouvais complètement incohérente."

Sa famille au Maroc exercera sur elle un contrôle vigilant, sans consulter de médecin ou chercher un soutien extérieur, lui répétant seulement qu'elle ne repartirait en France que lorsqu'elle serait apaisée.

Elle aura, pendant tout son séjour, des contacts téléphoniques réguliers avec ses parents et avec une amie française – lorsqu'elle pourra reparler Français – dont elle dit : "C'est la seule à qui j'ai téléphoné, c'est une fille qui a été longtemps hospitalisée et qui va bien maintenant, travaille et fait sa vie."

A son retour, elle se sent calme, sans angoisse et mettra cela en lien avec l'arrivée, pour la première fois, de sa grand-mère maternelle en France, ce qui n'est pas sans corrélation avec l'inquiétude montante de sa famille à son sujet.

L'arrivée de cette aïeule, figure maternelle par excellence, semble apaiser les tensions de façon presque spectaculaire. Seyana dit à ce propos : "Ma mère va beaucoup mieux, comme si sa mère l'avait remise sur des rails, elle ne lit plus le Coran et ne fait plus la prière toute la journée. Quant à moi, je fais la cuisine avec ma grand-mère, je ne me précipite pas à décider de mon futur, j'ai besoin de retrouver mes repères."

La dimension transgénérationnelle est présente et avivée par les agirs même de Seyana. Celle-ci a toujours beaucoup évoqué sa famille aux entretiens et nous pouvons le rapporter brièvement comme suit .

Elle a des représentations très clivées des deux lignées parentales et fréquente essentiellement sa famille maternelle au Maroc. Elle n'a plus de grand-parents paternels et est très proche de sa grand-mère maternelle, cherchant semble-t-il plus le "lien ancestral et transgénérationnel" que la fréquentation des cousines de son âge.

Sa mère lui a raconté qu'au Maroc, elle était la fille aînée, comme sa grand-mère.

Seyana raconte : "Ma mère a arrêté ses études en primaire pour élever ses soeurs, puis elle s'est mariée à 17 ans. Ma grand-mère s'est mariée encore plus jeune, à 12 ans. Elle était aussi l'aînée, la sacrifiée ; elle devait s'occuper de ses frères et soeurs.

Et maintenant, mon grand-père a pris une deuxième épouse, très jeune, ma grand-mère se retrouve seule, sans argent. C'est ça la polygamie, les couples se constituent sans amour, les femmes sont des objets, on les change quand elles sont trop âgées.

Ma mère est aussi une sacrifiée. Elle ne veut rien pour elle, ne s'achète rien, elle ne prend que les restes. Elle ne mange pas avec nous. Même les bijoux qu'elle porte, elle dit qu'ils me sont destinés plus tard...

Du côté de mon père, la famille est très différente, ses soeurs sont enseignantes. Mais l'une d'entre elles vit avec un mari impuissant. Du coup, elle est cloîtrée à la maison dans son rôle de femme de ménage ; elle paye pour l'impuissance de son mari : on a essayé de lui faire porter la faute en prétendant qu'elle n'était pas vierge le jour de ses noces. Mon grand-père avait aussi plusieurs épouses, mais il s'en occupait. De toute façon, c'est toujours de l'hypocrisie et de la mesquinerie, les femmes se font recoudre avant le mariage pour ne pas être hors la loi, mes cousines me l'ont dit."

Nous constatons, dans ce que Seyana énonce aux entretiens, qu'elle raconte un roman familial, une trame constituée à la fois de la narration de ses parents, de sa famille au Maroc et de ses propres intuitions.

Elle explicite à ce propos qu'elle est perdue, qu'elle n'a plus de repères devant la complexité et les pôles contradictoires qu'on lui énonce et qu'elle constate.

On le voit, en effet, chaque lignée mêle des conceptions modernes et traditionnelles qui s'entrechoquent.

De manière identique, ses parents se contredisent mutuellement et dans une ambivalence permanente.

Seyana dit à ce propos : "Mon père traite ma mère d'intégriste depuis qu'elle fait la prière cinq fois par jour. Il trouve cela incohérent car elle a commencé il y a seulement deux ans, lorsque son père a pris une deuxième épouse. Mais lui, il ne supporte pas qu'on se mette, elle et moi, en maillot de bain sur la plage ; il dit que c'est indécent et dévergondé, de la provocation. Je me souviens, quand j'avais 7 ans, il m'a dit que j'étais affreuse en short et m'a réprimandée. Par la suite, je n'ai plus porté de shorts et de jupes, je mettais des vêtements amples."

Elle perçoit que chacun s'approprie certaines références culturelles sans être cohérent, elle-même effectuant aussi un va et vient incessant entre son père, sa mère, les deux pays, les deux familles, les deux pôles culturels.

Les propos suivants le résumant d'ailleurs clairement : "Je dis des choses comme je pourrais dire l'inverse sans pour autant m'en inquiéter davantage, sans que cela ait de l'importance. Je suis submergée, paniquée, je doute de tout. J'aimerais ne pas être entre-deux et tout de suite passer à autre chose ou fuir et revenir en arrière, à la case départ. Je ne me sens pas triste mais dépassée, en dehors de tout."

Mes parents se confrontent également quant à leurs origines. Quand ils se disputent, ma mère lui dit souvent : "souviens-toi, je suis chérifa, tu me dois le respect ."

"Ma mère m'a expliqué qu'elle a du sang noble, du sang venant de Mahomet le prophète, comme la famille royale du Maroc, c'est ce que signifie 'chérifa'". Cela est un privilège pour sa famille, c'est une marque de grandeur qui exige le respect de la part des autres.

A l'inverse, mon père est souvent déconsidéré lorsque ma mère s'emporte, car il a une descendance venant des Berbères du Sahara et il a en outre un ancêtre noir dans ses origines. Cela est mal vu par ma famille maternelle car les Marocains sont très racistes.

Du coup, moi je suis de l'un ou de l'autre en fonction des circonstances, en fonction de la colère de chacun. Quand la famille de ma mère au Maroc me fait des reproches, ils me répètent : "tu es bien la fille de ton père, tu n'es pas de notre sang ! Au contraire, parfois ils me disent, comme ma mère, que je suis chérifa. Mais pourtant, je sais que cela se transmet du père à ses enfants et lorsque j'allais mal, je me demandais à quelle lignée j'appartenais et quel sang je portais."

b) Les langues

Seyana s'est très tôt confrontée à des difficultés concernant les langues, ceci venant largement réactiver sa problématique.

"Cela a commencé à mes débuts scolaires, à 6 ans, j'appréhendais de mélanger l'Arabe et le Français, j'éprouvais de la honte lorsque je me trompais de langue et de mot ". Elle commençait par ailleurs à apprendre à parler et à écrire l'Arabe littéraire. Elle s'est alors interdit de le pratiquer par peur de tout mélanger, son père l'incitant dans ce choix, préférant qu'elle réussisse à l'école.

Par la suite, elle n'a plus jamais tenté de parler l'Arabe jusqu'à son adolescence, disant à ce propos qu'au Maroc, on se moquait de son accent, de sa prononciation, ce qu'elle supportait mal.

Seyana a, du reste, toujours parlé à ses parents et à ses frères en Français. Son père et sa mère parlent entre eux en Arabe marocain, mais se sont forcés à s'adresser à leurs enfants en

Français dès la naissance, la langue arabe devenant du coup pour leurs enfants une langue plus entendue que parlée, ou échangée épisodiquement avec leur mère et leur famille au Maroc.

Seyana évoque particulièrement comment ce trouble s'est cristallisé pour elle l'année du bac de Français, époque où elle a ressenti "son premier blocage " sous la forme d'une impossibilité d'écrire le Français, ce qui se produisait fréquemment lors des devoirs écrits.

Elle raconte qu'elle ne réussissait pas à mettre en forme une phrase, se répétant qu'il fallait trouver un sujet, un verbe, un complément. Le seul sujet qui lui venait alors à l'esprit était "je", le seul verbe était "suis", puis elle avait la sensation de perdre la mémoire et elle recommençait inlassablement en reprenant la structure grammaticale à sa base. Elle a cependant réussi aisément l'épreuve du baccalauréat.

L'année suivante, elle a de nouveau "bloqué sur les langues" aux épreuves, elle n'a pu prononcer un mot en Allemand à l'oral, et s'est paralysée à l'épreuve écrite d'Anglais.

Comme nous l'avons dit, elle a seulement réussi l'épreuve facultative orale qu'elle avait choisie, qui était l'Arabe...

La question nodale semble ainsi s'être focalisée sur la langue à parler, à écrire, celle-ci venant fondamentalement poser pour elle le problème des origines et de son identité impossible, redoublé semble-t-il par le double prénom.

En effet, le prénom de naissance, choisi par sa mère, a été refusé par le consulat marocain. Le père s'est alors interposé pour proposer un autre prénom.

Cependant, Sonia est aujourd'hui considérée comme un prénom d'emprunt, consacré par l'usage, et assimilé à une racine arabe, "SON ", signifiant vertu, chasteté, protection.

Seyana est d'ailleurs elle-même allée faire la démarche au consulat, où on lui a expliqué que Sonia serait désormais acceptée sans problème.

Elle raconte à ce propos que les parents ont répété leur conflit ambivalent sur son frère. Celui-ci a également un prénom arabe donné par la mère, mais a été inscrit à l'école sous un autre prénom, celui de son grand-père, et ce frère est appelé Bader à la maison par les parents et autrement à l'extérieur, dans une répétition de la dualité existant pour sa sœur aînée.

Enfin, le problème actuel pour Seyana demeure celui du départ du domicile familial. En effet, ses parents estiment qu'elle ne doit les quitter que lorsqu'elle sera mariée, ce qui est loin d'être l'avis de leur fille. Mais Seyana assume difficilement l'idée de partir vivre seule, craignant de s'effondrer et de devoir donner raison à ses parents. Par ailleurs, les disputes sont nombreuses au sujet du domicile et des tâches domestiques. Sa mère surtout, demande à sa fille, depuis qu'elle va mieux, de la seconder et lui adresse de nombreux reproches. Seyana se sent lésée par sa position de fille et explique que pour elle "aller mieux " ne signifie pas un allègement des difficultés relationnelles avec ses parents. Au contraire, affirmant mieux ses choix, elle se confronte davantage à ces derniers en l'assumant cependant, sans chercher à fuir, faisant par là le deuil d'une relation idéalisée et aconflictuelle.

c) Conclusion

Après le départ de sa grand-mère, qui a séjourné quatre mois chez eux, Seyana a présenté une période d'inquiétude et de tristesse qui n'a pas duré. Elle est restée relativement asymptomatique, a principalement des angoisses nocturnes avec réveils brusques, souvent suite à des cauchemars, mais elle n'avait pas d'angoisse empêchant la journée.

Depuis son retour du Maroc, Seyana parle maintenant indifféremment les deux langues avec eux, Elle ne se préoccupe plus de choisir, et se sent à l'aise dans ce "jonglage". Elle dit également vivre la religion pour elle, à sa façon, sans se calquer sur l'avis familial.

Elle a par ailleurs effectué un stage d'Anglais à l'extérieur de la clinique, qu'elle a suivi avec facilité, ce qui avait une réelle valeur symbolique pour elle.

Actuellement, Seyana a concrétisé son projet de sortie de l'hôpital de jour. Peu après, elle a trouvé un emploi et dit : "je tiens pour l'instant."

Du point de vue familial, les relations sont apaisées, ses parents craignant qu'il ne s'agisse que d'une accalmie... Elle n'envisage pas pour l'instant de vivre seule.

2. Problématique et analyse

a) Introduction

Il convient de noter en premier lieu ce qui, chez elle, relève d'une problématique adolescente classique, et ce que le culturel vient potentiellement redoubler. En effet, nous devons mettre l'accent d'emblée sur l'intrication chez Seyana, des mouvements oedipiens de rapprochements et de fuites vers l'un ou l'autre des parents, avec les mouvements d'errance entre les deux cultures, les deux pays, dans une double appartenance douloureuse.

Aux entretiens, nous repérons que le père est plutôt assimilé au pôle occidental, celui supposé de l'émancipation, de la modernité, et la mère, de façon antinomique, au pôle marocain et présumé traditionnel ; ainsi, à la maison, parle-t-elle surtout des études avec son père et du Maroc, de la religion, avec sa mère.

Elle clive aussi ce qu'elle est à l'extérieur, et ce qu'elle donne comme image d'elle au domicile parental, où elle redevient marocaine.

" Dehors ", elle se veut enjouée, parfaite, acceptant tout des autres par peur d'être rejetée ou exclue.

Elle dit à ce sujet : "Je cherche à me confondre avec ce que l'autre est censé aimer, je m'épuise dans ce contrôle permanent. J'ai l'impression de toujours cacher une partie de moi, celle que j'estime être la mauvaise, pleine de défauts." Plus jeune, elle a d'ailleurs, durant un certain temps, refusé de sortir avec des jeunes de son âge, par peur, dit-elle "de ses défauts physiques et mentaux. "

En contrepartie, elle oppose cette image à celle qu'elle véhicule dans le foyer familial, se considérant comme une fille insupportable, se plaignant sans cesse et ne voulant rien faire. Ainsi, elle oscille entre des représentations d'elle-même totalement hétérogènes.

Les parents, si l'on reprend ses propos, sont également divisés dans l'image qu'ils lui renvoient, dans l'idée qu'ils se font des difficultés de leur fille. Le père avait initialement une vision très médicale : il parlait d'elle en disant qu'elle était malade, au sens psychiatrique d'une déficience ou d'une folie ; il exprimait qu'elle ne fonctionnait pas comme les autres et cherchait ainsi à se faire confirmer un diagnostic explicatif qui ouvrirait pour lui (ou fermait d'ailleurs) une guérison possible. La mère, quant à elle, défendait l'idée que Seyana était mal "parce qu'on lui en demandait trop, que les études étaient trop dures, qu'elle avait besoin de repos." Elle se référait aussi à la notion de maladie, mais dans une conception où le médicament viendrait guérir à tout jamais, comme pourrait le faire à son avis l'intervention d'un guérisseur, sur le mode de la pensée magique. (" Au Maroc, elle va se ressourcer, ça a marché la première fois pour elle. Là-bas, ils savent l'aider. ")

Il y a en quelque sorte redoublement dans le réel des images que s'est forgée Seyana où chaque parent se voit attribuer des qualités appartenant à un des deux pays.

Seyana se trouve au fond confronter à un dilemme : soit elle se cantonne à reproduire l'identique, l'archaïque, et fait comme sa mère, s'éloignant alors du désir du père ; soit elle rejette impunément cette image de femme soumise et répond au désir paternel, mais en niant sa mère.

Elle se résout en fait à adhérer temporairement à une conception, pour mieux la neutraliser quand elle devient, pour diverses raisons, intenable.

A l'équation triangulaire oedipienne, correspondrait en miroir pour Seyana l'équation : "Ici-Là-bas- Moi ", dans une division insoluble.

J-P. Chabannes écrit à juste titre : "Il y aurait ainsi deux équations triangulaires à résoudre... peut-être même la seconde n'offre-t-elle pas d'issue, les conflits entre les deux cultures ne pouvant trouver de résolution et favorisant de fait, l'installation dans l'ambivalence." ¹⁷⁷

La maladie apparaît du coup comme un premier compromis tangible. Celle-ci est en effet convoquée devant toute situation conflictuelle. Seyana a par exemple refusé d'être l'aînée qui seconde la mère auprès des frères, de participer aux tâches ménagères, et ce, depuis qu'elle est

¹⁷⁷ J.P. Chabannes, *Les adolescents dits "maghrébins de deuxième génération" en France*, Rapport de psychiatrie, congrès de psychiatrie et de neurologie de langue Française, LXXXVI^{ème} session, Chambéry, Juin 1988, p.47

malade. La famille prend également ce prétexte pour justifier de sa non participation au Ramadan. Chacun semble tirer des bénéfices secondaires dans la justification de la maladie comme évitement à tout conflit.

A cela, ajoutons que lorsqu'elle accepte ce statut de malade, elle se range à l'avis du père. Au contraire, quand elle part au Maroc, elle choisit le côté maternel et le retour au pays contre la folie.

Il s'avère d'ailleurs que lors du dernier départ, son père la menaçait de l'envoyer à l'hôpital psychiatrique, lui interdisant initialement de partir au Maroc. Sa mère, quant à elle, la suppliait de partir, lui parlant de la honte qu'elle représente pour la famille, la menaçant de ne plus lui adresser la parole si elle se faisait hospitaliser.

De plus, Seyana se trouve identifiée à sa mère dans la maladie, le père répétant souvent : "J'ai deux malades à la maison."

Ceci constitue sans doute une première hypothèse de travail permettant d'expliquer pour quelles raisons Seyana demeure dans une impasse existentielle, incapable d'assumer une identité personnelle et renvoyée par là, à une crise permanente sur elle-même et ses relations aux autres. Si l'adolescence, en général, demeure un compromis, une tentative pour sortir d'une conflictualité exaspérante, Seyana semble ne pas être capable de s'y confronter, de dialectiser des pôles identificatoires hétérogènes, trouvant momentanément du côté des symptômes, et cherchant du côté des passages à l'acte une issue à ses propres difficultés.

Il s'agit désormais pour nous d'identifier ce que tente de dire Seyana de manière récurrente au travers des multiples répétitions qui, dans l'agir ou dans le langage du corps, tente d'exprimer une réponse, un sens, au regard de la réalité à laquelle elle se trouve confrontée. Seyana témoigne en effet dans son histoire, de la manière dont ses parents ont géré leur propre question des origines, et la manière dont ils ont pu en transmettre la signification à leurs enfants.

b) Les passages à l'acte

Nous repartirons ici, de l'hypothèse déjà largement évoquée que ses passages à l'acte sont essentiellement adressés au père et notamment dans les mouvements d'aller-retour qu'effectue Seyana, entre la France et le Maroc. Pour elle, il y a, nous semble-t-il, au cœur de cette dialectique inachevée, la réactivation d'un certain nombre d'enjeux subjectifs où le père vient simultanément :

1. Décevoir.
2. Trahir l'origine.
3. Dénier la fonction symbolique de la mère.

(1) La déception

Cette question s'éveille dès l'adolescence, et ce, de façon initialement banale. Elle constate, en effet à cette époque, que son père racontait de grandes histoires auxquelles elle ne croit plus. A ses yeux, son père se retrouve donc déchu d'une position de toute puissance ; déchéance qui fait naître chez elle un fort sentiment de culpabilité, lié à la reconnaissance de son incomplétude et des "défauts" respectifs de ses deux parents.

Par conséquent, c'est au moment où émergent les premiers doutes sur les parents, que Seyana va se trouver soudainement confronter à une brutale dévalorisation d'elle-même (et s'attribuer alors des défauts).

Jusque-là, il n'y a guère de différence avec le parcours obligé d'une adolescente "normale" qui tente imaginativement de se délester du poids parental. Comme l'écrit P. Huerre : "Grandir consiste à faire mourir imaginativement la génération précédente." ¹⁷⁸

Cependant, chez Seyana, un certain nombre de données structurelles particulières vont dessiner un itinéraire singulier. En effet, son père, loin d'être le garant d'une transmission symbolique, d'un attachement à une communauté, à une histoire familiale reliée à une origine culturelle assumée, va lui apparaître, à l'inverse, sous la figure de "traître", de celui qui vient invalider le poids et la consistance de cette même origine.

(2) La trahison de l'origine

Cette interprétation que Seyana va conférer à la fonction paternelle laisse donc ouverte pour elle la valeur de son identité, de son histoire et de ce qui pourrait, en quelque sorte, venir légitimer son existence.

D. Sibony souligne à plusieurs reprises dans "Les trois monothéismes" qu'il ne faut pas oublier en effet que dans la tradition musulmane, il y a toujours l'affirmation d'un lien fort, indestructible, qui unit la famille au pays, à la terre natale et implicitement à la religion.

La séparation, dans un tel contexte, apparaît très vite comme un acte de reniement, une "faute morale" impardonnable. Or, c'est précisément cette "faute morale" et ce reniement qui paraît caractériser le père de Seyana, rendant pour elle éminemment problématique la question de sa filiation et de son identité.

En décidant de quitter sa famille, de partir en France, d'emmener sa femme alors très jeune, ce père porte le poids de la trahison. Comme l'écrit D. Sibony : "Cela pèse imaginativement sur les émigrés, ceux qui quittent. Il est difficile de se décoller de la Oumma qui parle pour eux. (C'est-à-dire les musulmans), en eux, à leur place." ¹⁷⁹

La communauté, comme l'explique D. Sibony, contient et englobe ici l'origine, le message divin, la langue, l'identité. Vouloir s'éloigner est dès lors perçu, dans un certain sens, comme

¹⁷⁸ P. Huerre, *L'adolescence en héritage, d'une génération à l'autre*, Calmann Lévy, 1996, p. 56.

¹⁷⁹ D. Sibony, *Les trois monothéismes (1992)*, Ed. Points-Seuil, 1997, p. 97.

un manquement à ses devoirs sociaux. Le message est pour ainsi dire "... On ne me quitte pas, on ne devient pas étranger à son origine ..." ¹⁸⁰

Seyana répète du reste très souvent cette phrase : "J'ai entendu le roi du Maroc dire : "Où que vous soyez, vous reviendrez à vos origines, un jour, car votre patrie c'est ici."

Le père de Seyana, ne véhicule pas pour autant de culpabilité consciemment au regard de ce lien en partie dénoué. A l'inverse, c'est la mère qui, par sa pratique religieuse, incarne l'origine perdue et la nostalgie de la langue maternelle déchue.

Du reste rappelons ici que Seyana nous avoue qu'en période de désarroi intense, sa mère lit le Coran toute la journée, fait la prière sans respecter aucune règle ni aucun horaire et fait le Ramadan en dehors de la période officielle, en été notamment, disant qu'elle sera récompensée de ses sacrifices. C'est en quelque sorte une façon pour elle de conjurer ce qu'elle appelle la malédiction.

Par conséquent, en déniait, sinon en désavouant dans sa parole la réalité islamique, c'est le support symbolique de la fonction paternelle, support qui consiste à pouvoir représenter l'origine, à la rendre pour ainsi dire acceptable, que le père de Seyana rend problématique. Il réalise cela virtuellement, de plusieurs manières.

Tout d'abord, en se faisant naturaliser, il adopte la double nationalité que la mère a, par ailleurs, toujours refusée. Cette naturalisation lui apparaît d'ailleurs comme un facteur d'intégration et une condition indispensable à la réussite sociale.

L'imaginaire de l'assimilation commande sans doute son choix, mais au prix d'une invalidation de ce qui peut soutenir symboliquement la fonction paternelle dans la réalité psychique de Seyana.

Aussi, le père de Seyana se trouve en définitive condamné à occuper une position fondamentalement ambivalente à l'endroit de sa culture d'origine, retenant de cette dernière, ce qui peut venir appuyer son autorité mais tout en valorisant les paradigmes occidentaux, critères de la réussite sociale (ceci rejoint ce que nous avons développé sur les fonctions instrumentales et ontologiques culturelles dans le chapitre "La constellation familiale".) De ce fait, en ne retenant que ce dernier aspect, il nie la dimension sexuée de l'émancipation.

Seyana va donc légitimement ressentir ce que lui adresse son père davantage comme une exigence de conformité à une image, à un modèle, que comme la prise en compte de sa propre réalité psychique et notamment, de son accès éventuel à la féminité.

En refusant toute allusion à ce qui de près ou de loin touche, non pas la sexualité de façon générale, mais celle singulièrement de sa fille, il lui interdit l'accès à une représentation sexuée, narcissiquement gratifiante d'elle-même.

¹⁸⁰ D. Sibony , ibib, p. 83.

(3) Le déni de la fonction symbolique de la mère

Enfin, en critiquant ouvertement l'Islam et ses pratiques, lorsqu'il se moque de l'aberration des comportements maternels, qu'il traite son épouse "d'intégriste", c'est non seulement l'origine qu'il dénie, mais la mère elle-même, invalidant du coup tout cheminement identificatoire de ce côté-là.

A la remise en cause du pôle maternel, vient s'ajouter le discrédit dont il est l'objet par la famille au Maroc, et notamment du côté maternel. Celle-ci ne cesse, en effet, de lui répéter : "Qu'est-ce que tu fais ? Quand elle est chez nous, Seyana va bien."

Dévalorisé dans ses choix, dans son statut de père, rendu en partie responsable des difficultés de sa femme et de sa fille, ce père ne peut donc soutenir sa place que dans une référence permanente à un imaginaire, celui d'un Occident dépositaire des valeurs et des fondements de vie qu'il défend alors.

Le père, dans la langue même, a aussi trahi la mère. En effet, Seyana a vécu son changement de prénom et la volonté de son père "que l'on ne parle que Français à la maison", comme une trahison réelle et imaginaire qui est venue raviver sa propre honte de parler la langue maternelle arabe.

Ceci a en outre réactivé son sentiment d'étrangeté, de duplicité. Cet abandon de l'identité nominale de naissance(Sonia), au même titre que de la langue, a été pour elle une source supplémentaire de menace sur son identité ; Seyana dit : "c'est comme si on éludait une partie de moi-même."

Même si actuellement elle accepte les deux prénoms, elle exprime le souhait de reprendre un jour son vrai prénom, parlant de vol, accusant implicitement son père par ce biais : "on m'a volé mon prénom, il n'avait pas le droit. A l'école, quand on m'appelait Seyana, je ne répondais jamais au début ."

Il convient également de préciser que, même si le père a choisi un prénom marocain, il dénit parallèlement le prénom choisi, donné par la mère, au même titre que sa place et sa parole.

De plus, il s'y imbriquait pour "Sonia" une brutale rupture avec sa petite enfance, dans une période où aucune séparation, aucun deuil de ce lien originel, ne pouvait encore réellement s'effectuer. Cette partie d'elle-même est ainsi restée entre parenthèses, en souffrance.

(4) La dette impayée

Aussi, la trahison du père semble, en définitive, renvoyer à la notion d'une dette non payée, restée en suspens et que Seyana viendrait reprendre à son compte, exhumant au travers de ses passages à l'acte, le refoulé paternel.

Elle porterait ainsi le deuil non effectué, la culpabilité inconsciente et l'ambivalence du père à l'endroit de sa propre origine.

Nul doute que du fait de sa position d'aînée, comme nous l'avons vu dans l'article du Pr. Boucebcı, un investissement fantasmatique particulier est réservé à Seyana, qui devrait implicitement prendre en charge cette dette, la faire sienne, pour, dans la réussite sociale qui lui est promise, pouvoir la solder enfin définitivement. Ce rôle qui lui est assigné dans la configuration familiale pourrait peut-être rendre compte d'un autre aspect de sa conflictualité psychique.

Car, dans ses allers et retours incessants entre le Maroc et la France, Seyana met en acte ce qui ne peut être dit ; la préoccupation du lien, de l'origine, devient angoissante, envahissante. Elle se dévoue dans une fonction de lien entre les deux pôles, de réconciliatrice entre deux polarités opposées et agit ainsi, de manière répétitive, compulsive, ce qui ne semble pas dépassable dans l'ordre de la représentation et de la parole. C'est en définitive à cet impossible que les passages à l'acte de Seyana viennent se heurter, tout en tentant vainement de pouvoir le conjurer.

Pour elle, deux systèmes, deux entités par trop dissemblables s'opposent imaginativement, ne permettant jamais une reconnaissance réciproque et une acceptation mutuelle. Dans cet "entre-deux", c'est elle-même qui reste entre parenthèses et en suspens. Sans véritable place tenable, habitable dans le discours paternel, qui serait susceptible de lui garantir une identité minimale, Seyana, se trouve donc renvoyée à l'agir.

Le père ayant "menti, trahi," il n'y a pas, au fond, pour elle d'inscription possible dans une histoire qui serait validée par sa parole, puisqu'imaginativement, aux yeux de Seyana, cette parole, il ne la tient pas. De même, la parole maternelle se trouve invalidée par ce père, conduisant mère et fille, dans un dialogue et un partage secrets, à la discréditer encore davantage.

Par conséquent, les passages à l'acte semblent mettre en scène, "théâtraliser" ce qui demeure en souffrance d'élaboration, ce qui reste de questionnements occultés et irrésolus. Ces attitudes de fuite, compulsivement répétées, sont là pour témoigner que Seyana se trouve dans une double impasse ; d'une part, dans ce qu'on pourrait nommer un "conflit de loyauté" envers l'un et l'autre de ses parents, pour reprendre l'expression systémique ; d'autre part, dans un entre-deux sans fin, océanique. Seyana vient donc expérimenter, vérifier en quelque sorte dans le réel, dans ses multiples voyages entre deux "terres promises", ce qui ne tient pas, ce qui n'a pas lieu – au sens littéral du terme – dans l'ordre de la parole. Pour elle, l'avènement d'un compromis qui lui permettrait éventuellement d'accéder à une identité propre, demeure hypothéqué par l'absence de toute relation dialectique dans la configuration familiale.

C'est à une confrontation brutale, à un face-à-face probablement psychologiquement paralysant auquel elle assiste. Comme le souligne D. Sibony : "Il s'agit d'ouvrir sur un affrontement, rendu possible, un entre-deux praticable, pas seulement sur une barrière." ¹⁸¹

¹⁸¹ D. Sibony, *Entre-deux, l'origine en partage (1991)*, Ed. Points-Seuil, 1998, p. 243.

Les passages à l'acte de Seyana apparaissent ainsi comme une tentative désespérément avortée de conflictualisation, de détachement d'un passé qui ne cesse de se répéter, de se réitérer dans le présent.

Ce poids démesuré et pathologique de l'histoire stérilise, sans nul doute, la possibilité d'un lien, qui, reconnaissant la séparation au cœur même de son élaboration, permettrait l'avènement d'un processus de subjectivation et d'individualisation (comme nous l'avons précisé au sujet la conception de R. Kaës à propos de l'affiliation).

On peut enfin souligner que dernièrement, dans son histoire, Seyana a "réussi" finalement à faire venir sa grand-mère maternelle en France. Cette venue semble ouvrir un nouveau carrefour d'échanges, comme si, en faisant alliance avec cette femme, Seyana s'autorisait d'une nouvelle adresse au père, en en déplaçant quelque peu les coordonnées.

Car cette arrivée semble en effet apaiser les tensions et permettre à chacun de renouer différemment le dialogue. Cette grand-mère est pour chacun une figure de sagesse, de référence, du fait de son âge et surtout du fait du pèlerinage à la Mecque qu'elle a effectué.

Sa mère a d'ailleurs modifié sensiblement son comportement, dans une "réassurance" évidente de son statut. (Nous avons à ce sujet, souligné dans la présentation, les propos de Seyana disant : "Sa mère l'a remise sur des rails, elle ne fait plus n'importe quoi.") Quant au père, il ne se sent plus tout à fait exclu de ce "clan de femmes", mais paraît reprendre, par le biais de la stabilisation des symptômes de Seyana, et le comportement plus mesuré de sa femme, une figure d'autorité. Ses propos ne sont plus sans cesse renvoyés à la maladie de sa fille, dont il est virtuellement rendu responsable. On peut donc émettre l'hypothèse que Seyana s'est trouvée, par l'intermédiaire de cette grand-mère, une médiatrice, une "déléguée", lui permettant un éclairage différent, un certain décentrement au regard du complexe familial, ouvrant, par la présence d'un tiers, à un nouveau nouage relationnel.

c) *La question diagnostique*

Au fil de cette analyse, la difficulté d'un diagnostic est vite apparue conduisant à des prescriptions diverses et variées, à une prise en charge chaotique, interférent avec un contexte familial et culturel prégnant. La question diagnostique a évolué tout au long de son parcours, ses troubles ayant débuté à l'adolescence, avec la difficulté connue de classification nosographique à cette période.

En premier lieu s'est posée la question, lors du tout premier épisode, d'un trouble psychotique bref – ayant conduit à la prescription de neuroleptiques – devant l'existence d'un comportement désorganisé pendant plus de 24 h, sans facteur de stress marqué.¹⁸²

¹⁸² Mini-DSM-IV, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris, 1996, p. 155.

Dans les premières années de l'évolution de l'histoire de Seyana, avait été ensuite discutée la question d'un trouble bipolaire, devant la survenue, à 3 ans d'intervalle (à 20 ans et 23 ans) de deux épisodes similaires où étaient notées une agitation, une logorrhée, une insomnie, voire une inversion du rythme nyctéméral, les médecins se sont interrogés sur l'éventualité d'épisodes hypomaniaques.

Mais nous pouvons réfuter ce diagnostic a posteriori. Il n'existait en effet pas d'exaltation euphorique de l'humeur, pas d'augmentation de l'estime de soi, pas d'idée de grandeur, pas de distractibilité, pas de fuite des idées, pas d'hyperactivité, pas de trouble de l'attention et pas de sensation subjective que les pensées défilaient. Les seuls changements manifestes pour les autres étaient la plus grande communicabilité, le désir de parler constamment, ainsi que la réduction du sommeil.

De même, le "moment dépressif" qui s'est amorcé alors qu'elle avait 24 ans, avec indécision, fatigue, lassitude à affronter la vie quotidienne et tendance à la clinophilie, s'accompagnait de la prédominance d'une anxiété manifeste, avec réactivité aux influences du milieu. Seyana répondait, en effet, aux sollicitations de l'entourage et son trouble évoluait en parallèle de ce que l'on qualifiera la "dépression maternelle".

Nous avons éliminé d'emblée l'idée d'un épisode dépressif sévère devant l'absence d'humeur dépressive, de diminution marquée d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes activités, d'inhibition psychomotrice, d'anesthésie affective, de culpabilité excessive ou inappropriée, et nous ne retrouvons pas de critères suffisants de durée des troubles – avec une durée très inférieure à 2 semaines.

Au total, ces éléments ne permettent pas de construire le diagnostic de trouble bipolaire.¹⁸³

Actuellement, si nous nous référons aux données des classifications internationales, Seyana entre dans le cadre de plusieurs références :

Seyana répond :

↳ sur l'axe I aux critères des troubles somatoformes, au titre de "trouble de conversion", les manifestations motrices qu'elle a présentées pouvant correspondre à ce cadre.¹⁸⁴

↳ sur l'axe II, les critères sont insuffisants pour parler de personnalité dépendante (groupe C) : même si elle a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassurée de manière excessive, elle n'a pas de comportement soumis, exprime largement son désaccord, même si cela ne s'exprime pas uniquement oralement, et revendique toujours la volonté de se débrouiller seule. Par ailleurs, elle n'a pas le profil de personnalité histrionique (groupe B).

↳ du point de vue de l'Axe I du DSM-III-R, elle répond au titre de trouble de l'identité, classé dans les "troubles spécifiques de l'enfance et de l'adolescence", qui se définit comme suit :

¹⁸³ Mini-DSM-IV, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris, 1996, p. 161-197

¹⁸⁴ *ibid*, p. 221.

"Déresse subjective sévère liée à une incertitude dans de nombreux domaines touchant à l'identité, impliquant au moins trois des secteurs suivants :

- ✓ 1) Objectifs à long terme
- ✓ 2) Choix d'une carrière
- ✓ 3) Type de relations amicales
- ✓ 4) Orientations du comportement sexuel
- ✓ 5) Appartenance religieuse
- ✓ 6) Systèmes des valeurs morales
- ✓ 7) Fidélité dans l'adhésion aux groupes." ¹⁸⁵

↳ dans le DSM-IV, cette entité est désormais classée au titre des "situations supplémentaires pouvant faire l'objet d'un examen clinique" et de "problèmes d'identité", codées sur l'axe I ¹⁸⁶.

↳ En ce qui concerne la CIM 10, s'il n'y a pas d'équivalent au trouble de l'identité (celui-ci étant référencé seulement dans le cadre des troubles de l'identité sexuelle), on retrouve la définition de troubles dissociatifs, au titre de "troubles moteurs dissociatifs."

Le diagnostic repose sur l'absence d'arguments pouvant rattacher le trouble à une affection somatique, et la présence "d'informations suffisantes concernant le milieu psychologique et social et les relations interpersonnelles du sujet pour présumer de la causalité psychologique des symptômes... La survenue des symptômes est habituellement directement reliée à un facteur de stress psychologique. On note parfois "une belle indifférence", c'est-à-dire une attitude surprenante d'acceptation tranquille... "

Enfin, deux formes sont différenciées, celles légères et transitoires retrouvées surtout chez les adolescentes, les formes plus prolongées se voyant plutôt chez l'adulte jeune. ¹⁸⁷

Au terme de cette analyse nous avons évoqué pour Seyana le diagnostic de névrose hystérique, dont le terme a disparu des dernières classifications. Le diagnostic est resté longtemps en suspens pour Seyana. Celui-ci ne s'est conforté qu'après des années d'évolution.

Nous distinguons dans son histoire des conversions somatiques, une symptomatologie transitoire, sans aucun signe objectif d'atteinte lésionnelle, aucune systématisation anatomique, et présence d'une sensibilité à la relation à autrui. Les symptômes apparaissent comme "solution de compromis empêchant l'accès à la conscience d'un conflit refoulé tout en permettant une réalisation substitutive et déguisée du désir interdit." ¹⁸⁸ Ils permettent un compromis défensif, l'évitement de l'épreuve de réalité et viennent de façon répétitive solutionner préférentiellement les conflits .

Seyana dit à ce propos que lorsqu'elle s'estime à un stade dangereux pour elle, qui évoque la réussite, l'indépendance, la possibilité d'accéder au milieu du travail, elle a le sentiment de tout devoir recommencer, comme une enfant qui ne saurait ni lire, ni écrire ou marcher, et

¹⁸⁵ Mini DSM-III-R, *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris.1989 .p. 82

¹⁸⁶ Mini-DSM-IV, *Critères diagnostiques*, Op. cit., p. 305.

¹⁸⁷ CIM 10, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, p. 141-142.

¹⁸⁸ T. Lempérière, L'hystérie, *Psychiatrie de l'adulte*, Ed. Masson, 1977, p. 100.

réapprendrait depuis le début. Elle dit : "c'est une façon de sans cesse refaire le chemin, de revenir en arrière. C'est tout arrêter pour tout reprendre, à l'origine des choses."

Ses symptômes, dans leur expression, permettent un évitement à la confrontation de séparation, au conflit oedipien et une diminution, voire une disparition de l'angoisse au prix d'un refoulement total – avec son corollaire qu'est la belle indifférence.

S. Freud l'élaborait comme suit en 1895 : "ce que j'avais supposé se confirmait à mes yeux, l'idée de la "défense "contre une représentation insupportable, l'apparition des symptômes hystériques par conversion d'une excitation psychique en symptômes somatiques..."¹⁸⁹

Au bénéfice primaire de la disparition de l'angoisse, s'ajoutent les bénéfices secondaires avec – pour reprendre ce que nous avons développé – arrêt de son histoire dans le non choix, attribution de son incapacité aux symptômes tout entiers et inquiétude familiale à son égard.

A titre d'exemple, reprenons également la période de clinophilie, qui est vite apparue comme une hypersomnie refuge, pour éviter l'affrontement au quotidien, et l'ingestion médicamenteuse volontaire, qui n'était pas consécutive à des idées suicidaires, mais bien adressée à l'équipe thérapeutique, dans la volonté de garder la maîtrise et le contrôle.

Nous pouvons citer également l'exemple de la cristallisation familiale autour de la "maladie mentale incurable" de Seyana, considérée parfois comme une incapable majeure.

Pour conclure, soulignons que malgré cette tendance manipulatrice, il ne faut pas oublier qu'elle en reste "la première victime, cherchant à travers la maladie, une mauvaise solution (d'où la notion de bénéfice primaire ou secondaire) à un problème en tout ou partie inconnue d'elle-même."¹⁹⁰

Au point actuel de la prise en charge – qui se poursuit sous forme d'entretiens individuels hebdomadaires – les données psychopathologiques que nous avons développées et privilégiées continuent à nous aider dans notre travail avec Seyana, et nous confortent dans les hypothèses émises initialement.

A l'heure actuelle, cette jeune femme n'a pas de traitement médicamenteux.

Dans son cas, des entretiens familiaux ont permis de démêler la situation. Mais on ne peut dire que l'idée d'un au delà à ces entretiens, sous le terme générique d'une thérapie familiale, nous a semblé pouvoir dramatiser la situation et être en ce sens source éventuelle d'un déséquilibre plus important, dans le travail d'élaboration et la remise en question jusqu'alors consentis par cette famille. Nous tenons ces propos de ce que nous déduisons des différents entretiens familiaux que nous avons pratiqués et des discussions d'indications qui ont eu lieu au sein de l'équipe. Ajoutons également qu'après plusieurs années d'évolution, et Seyana ayant 23 ans, la question ne se posait plus réellement en ces termes.

¹⁸⁹ S. Freud, *Etudes sur l'hystérie (1895)*, Ed. PUF Paris, 1994, "Cas d'Elisabeth V. R..." p. 124.

¹⁹⁰ M. Marie-Cardine / B. Collet, Clinique de l'hystérie, *Confrontations psychiatriques*, n 25, 1985, p. 36.

B. Adel

1. Présentation

Adel est un jeune homme âgé de 16 ans lorsqu'il demande son admission à l'hôpital de jour, dans les suites d'une hospitalisation de trois semaines dans un service de pédopsychiatrie pour syndrome dépressif majeur.

Il n'a pas d'antécédents personnels psychiatriques de ce type.

Il vit chez ses parents, qui travaillent tous les deux dans un service hospitalier et sont tunisiens d'origine.

Il est le second d'une fratrie de trois, son frère aîné a interrompu précocément ses études par manque de motivation et de travail. Son frère cadet est encore en classe primaire.

Adel a suivi jusqu'alors un cursus scolaire sans problème et c'est en première, moment du début de ses troubles, qu'il interrompt sa scolarité. Cela contraste avec la description faite de lui, c'est-à-dire un élève brillant et très intéressé par son travail.

Les circonstances de début des troubles sont imprécises pour Adel. Il explique que l'été, avant sa première, il était préoccupé, se sentait morose et se montrait peu motivé pour pratiquer ses activités habituelles. C'est alors peu après que les difficultés ont commencé, dans le registre scolaire d'abord.

Il décrit initialement une incapacité à se concentrer, à écouter et prendre des notes en cours, à lire et à faire ses devoirs. A cela s'ajoute un désinvestissement scolaire rapide et une perte d'intérêt pour la fréquentation des jeunes de son âge qu'il appréciait et côtoyait régulièrement.

Cet effondrement a été précédé par plusieurs semaines de surmenage associé à une insomnie et à un travail nocturne. Adel tente alors de compenser ce qu'il ressent comme une perte de capacités de mémorisation et d'élaboration, il dit à ce propos : "Je n'arrivais plus à suivre, je ne cessais de prendre du retard dans toutes les matières et surtout en Français. J'avais l'impression de ne plus rien comprendre. J'ai lu "Les Confessions" de J-J Rousseau et j'ai cru que c'était du "charabia." Je l'ai relu trois fois et je n'ai toujours rien compris, ça m'a paniqué. Je me suis mis à travailler très tard, je ne m'arrêtais plus et le lendemain, j'étais fatigué et je ne suivais plus.

Puis tout s'est bloqué dans ma tête, j'étais paniqué. Je dormais de moins en moins la nuit, j'avais peur de ne pas réussir, de ne pas tenir jusqu'au baccalauréat de Français. Je voulais arrêter le lycée."

C'est alors qu'il est hospitalisé en pédopsychiatrie au Centre Hospitalier Universitaire, dans un état de panique et de surmenage important. A son admission, il présente un discours et une attitude extrêmement pessimiste, une angoisse généralisée. En fait, il passe ses journées "enfermé" chez lui, ne voulant voir personne et écoute de la musique, du "rap". Il mange très peu et ce repli inquiète énormément ses parents, qui décident de l'aider à consulter, ce qu'Adel accepte sans difficultés.

Du point de vue sémiologique, il présente principalement une symptomatologie comprenant d'une part, des symptômes anxio-dépressifs d'intensité majeure, d'autre part, des symptômes somatiques divers sous forme de céphalées persistantes et de maux d'estomac.

Il a une préoccupation excessive concernant ses capacités aussi bien scolaires que sportives ou relationnelles. Il décrit des difficultés de concentration et des "trous de mémoire" qui peuvent être mis en rapport avec son hyperanxiété et sa symptomatologie dépressive.

De même, les conduites d'évitement se sont généralisées, celles-ci étant corrélatives de l'anxiété comme de l'humeur dépressive.

Cet état dépressif se caractérise par une irritabilité importante, une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans un nombre important d'activités, que ce soit scolaires ou personnelles.

D'ailleurs, Adel abandonne progressivement le sport, alors qu'il pratiquait la compétition au niveau départemental et qu'il est décrit par ses parents comme un sportif accompli.

A ce sujet, Adel parle lui-même de fatigue, de perte d'énergie, d'un sentiment d'inaptitude et d'incapacité, sans par ailleurs qu'il n'y ait de pensées récurrentes sur la mort, d'idées suicidaires, ou d'idées d'indignité ou d'incurabilité. Il dit à ce sujet : " Je pleurais tout le temps, je ne voulais voir personne, je me sous estimais sans arrêt, je ne me voyais pas comme les autres. J'avais honte d'aller à l'hôpital, je ne voulais pas, je croyais que j'étais pas normal, fou."

Au total, le diagnostic de syndrome dépressif majeur sévère est posé. Un traitement antidépresseur et antixiolytique est débuté : Stablon (Tianeptine) 37,5 mg/j et Lexomil (Bromazépan) ¼ matin, midi et soir.

L'amélioration de la symptomatologie sera progressive, avec passage à une prise en charge en hôpital de jour après deux semaines d'hospitalisation en temps plein. Adel reprend des activités extérieures et passe une partie de ses journées au domicile familial.

C'est alors qu'une prise en charge à la clinique lui est proposée.

A son arrivée, Adel apparaît comme un jeune homme de grande taille, de carrure imposante, d'allure sportive, mais il se révélera avoir un contact discret, contrastant avec sa physiologie. D'emblée, notre attention sera portée sur son expression verbale très particulière. Adel s'exprime en effet d'une voix sobre, au ton réservé, mais avec une rapidité frappante et un langage en Français correct, entrecoupé d'expressions en "Verlan", ce qui nous amène à l'interrompre fréquemment, soit par incompréhension de certains mots, soit par incompréhension du fait de la vitesse d'expression, exacerbée semble-t-il par une certaine timidité.

Il précisera immédiatement sa volonté de reprendre une scolarité tout en poursuivant des soins, demandant clairement un soutien pour ses difficultés.

Par contre, l'idée de pouvoir rentrer chez lui le soir lui paraît importante, bien qu'il ne soit pas du tout indécis sur la nécessité pour lui de s'éloigner du milieu familial. Il semble appréhender que ne se reproduise l'isolement qu'il a vécu il y a plus d'un mois.

Cependant, il exprimera son inquiétude à l'idée d'une reprise de la scolarité, sa peur de ne pas retrouver ses capacités passées.

A l'entretien d'admission, ses parents le décriront comme un garçon réservé, parlant peu de lui, intériorisant beaucoup et reportant tout sur lui, dans des plaintes somatiques aussi fréquentes que diverses.

Sa mère dira qu'elle pense qu'actuellement Adel a tendance à beaucoup se rapprocher d'elle, dans un comportement un peu régressif, avec de nombreuses demandes à son égard, surtout au sujet de son asthénie.

Adel investit rapidement l'institution, participant volontiers aux activités proposées, s'intégrant assez facilement aux autres patients et au groupe, malgré la difficulté que manifeste parfois les autres à le comprendre du fait qu'il parle très vite tout en articulant peu.

Il est décidé qu'Adel bénéficiera initialement uniquement de soins et d'une prise en charge sans reprise de scolarité, afin que nous l'aidions dans une démarche de réintégration. Du point de vue médicamenteux, le traitement par Stablon et Lexomil est poursuivi, la symptomatologie étant moins bruyante, mais persistant sous forme essentiellement d'un discours autodépréciatif.

Progressivement, Adel arrive à s'exprimer sur son vécu et sa famille, les entretiens devenant plus prolixes et semble-t-il moins inquiétants pour lui.

Sa problématique apparaît vite centrée sur les études et les enjeux qu'elles impliquent, enjeux notamment d'une éventuelle séparation du milieu familial s'il poursuit celles-ci jusqu'au Baccalauréat voire au delà.

Adel explique que son frère aîné n'a pas la volonté ni les capacités de faire des études et qu'il a profondément déçu ses parents, pour qui l'enjeu de la scolarité et de la réussite s'avère essentiel. Par conséquent, tous les espoirs ont été placés sur Adel.

Adel raconte que ses parents sont tous deux d'origine tunisienne et son venus en France en 1979, dans l'idée de travailler et de réussir, désir inassouvi qu'ils reportent sur leurs enfants.

Adel dit à ce propos : "Mon père est arrivé en France il avait 19 ans, ma mère l'a rejoint quelques années après, elle avait 17 ans. C'était un mariage arrangé, ils sont "du même bled" du Nord de la Tunisie. Ma mère me l'a raconté."

Il décrit également ses parents dans une dualité évidente, où sa mère est idéalisée et son père dévalorisé, rendu responsable des conflits conjugaux qu'il évoque.

Ainsi, il présente sa mère comme très croyante, très pratiquante, respectant et lui inculquant la religion musulmane ; il s'avère du reste que cet attachement ne l'empêche pas d'être très adaptée à la France, pays où elle vit depuis vingt ans et qu'elle aime. Adel dit : " Ma mère, elle est musulmane mais ça ne l'empêche pas de travailler, de sortir, d'avoir des copines françaises,

marocaines, algériennes, tunisiennes. Elle avait même le mari ingénieur d'une copine qui est venu m'aider à travailler mes maths et ma physique. Par contre, elle respecte l'islam, elle fait la prière cinq fois par jour, le Ramadan...

Ses parents sont très croyants aussi et ils sont fiers d'elle. D'ailleurs, elle a sept soeurs et quatre frères, tous restés au bled ; et ses soeurs sont jalouses d'elle, de sa situation, de ce qu'elle vit, de ses libertés. Elles la critiquent souvent quand on rentre au bled."

Son père, par contre, ne semble pas avoir réussi à s'intégrer comme sa femme. Des propos d'Adel se dégagent une certaine rancune à son égard : " Mon père, lui, il est croyant mais pas pratiquant. En plus, quand il s'est mis à boire, il pouvait plus pratiquer. Lui aussi, il a beaucoup de frères et soeurs (huit frères et quatre soeurs) tous au bled. Mais eux, ils s'en moquent un peu de la religion. Sa grand-mère vit seule et est la seule à pratiquer véritablement, son grand-père étant décédé. Du coup, mes parents se disputent souvent, même si depuis que mon petit frère est né, mon père boit moins et ça va un peu mieux."

Sa mère, par ailleurs, semble dépressive, même si Adel minimise toute remarque à ce sujet, disant seulement que c'est dur pour elle d'élever trois garçons ou rendant son père responsable par ses nombreuses sorties entre copains et ses retours tardifs au domicile.

Il exprime du coup son dégoût pour la boisson, l'absence totale d'envie d'y goûter et son besoin de respecter l'islam.

Adel se sent aussi très proche de sa mère, qu'il cherche à protéger de ce qu'il considère être les défaillances paternelles. Il dit à ce propos que sa mère ne peut se séparer de son mari, par respect pour l'islam qui lui refuse ce droit. Il revendique sa place entre ses deux parents et déverse sa rancœur à l'encontre de son père : "Mon père, il me 'saoule' grave. Il me prend la tête. Ça se voit trop quand il a bu, il a pas une attitude normale, 'il tape son vis' (ou il dit n'importe quoi). Il insulte ma mère et ça me donne le démon grave. Je le respecte mais j'ai pas peur de lui. A sa place, j'aurais honte. Il se croit le maître, le plus fort et ça me donne envie de me battre. Alors je préfère me 'garave' (m'en aller). Je me rends bien compte que chez moi, c'est pas bien, je peux pas tout gérer et j'ai la rage. Alors, je fais du sport sans arrêt, sinon je deviens vite susceptible et je ne fais plus rien en cours, je m'attrape avec les profs aussi."

Dans ce conflit ouvert, Adel tient peu, voire aucun propos positif sur son père. Il évoque seulement l'inquiétude que celui-ci a manifesté lors de l'hospitalisation de son fils et sa grande peur de la psychiatrie. Adel ajoute : "De toute façon, lui, il refuse de se faire soigner et il ne le fera jamais."

Par ailleurs, dans les confrontations au domicile, tous deux se trouvent également en rivalité régulière sur la question des chambres. En effet, le père dort régulièrement dans la chambre du fils aîné. Mais cela se complique lorsque celui-ci rentre au domicile, lors des week-ends ou des congés scolaires. Il récupère alors sa chambre, Adel et son père se disputant à ce moment la place dans la chambre d'Adel et du petit frère. Ainsi, Adel dort dans le salon ou dans sa chambre, en fonction des circonstances, de la tournure des disputes ou de son heure de retour au domicile.

Ceci exacerbe fréquemment les tensions, mais Adel semble, malgré tout, s'accommoder de la situation, qui amplifie son sentiment d'être "celui qui assure" et qui s'interpose entre ses parents. Malgré tout, cela se fait au prix d'une tension interne et d'une revendication persistante à l'égard du père, qui ne cesse de s'amplifier.

Il arrive alors que dans des périodes de conflits familiaux plus vifs, Adel pratique du sport à outrance, tout en cessant de se nourrir correctement, au point de se faire des blessures qui le contraignent à s'arrêter, à abandonner le sport temporairement et du même coup, le moyen de se défouler. Sa durée de présence au domicile augmente alors en même temps que sa colère.

Adel aborde également sa propre histoire, prenant même apparemment du plaisir à évoquer ses origines et son vécu. Il dit qu'il se considère musulman et tunisien – même s'il a la double nationalité – et qu'il se sent plus proche des adolescents maghrébins comme lui : "entre maghrébins, on se comprend mieux, c'est pas pareil. Les Français, ils ont pas la même mentalité que nous, ils mangent du porc, ils portent la croix souvent, ils ont toute leur famille près d'eux, ils partent en vacances et ils se plaignent encore..."

Ses propos, emprunts de rancœur et du déni de toute jalousie, sont étayés par des souvenirs anciens.

En effet, Adel explique qu'enfant, il se rappelle les paroles désobligeantes d'autres camarades, qui se moquaient de sa grande taille et le traitaient de "sale arabe". Il avait, du coup, un caractère bagarreur et se faisait ainsi respecter.

Il estime également que les Français sont mieux considérés dans le lycée qu'il a fréquenté et que "les maghrébins se font 'tèj' bien plus vite s'ils ont des mauvaises notes. Ça a été le cas pour un pote, alors que d'autres étaient pires que lui."

Cela le perturbe au point qu'il veut changer de lycée pour se retrouver avec des maghrébins comme lui.

Il regrette à ce sujet que les maghrébins soient souvent assimilés à des délinquants. Il répète souvent : "Les Arabes, ils sont mal considérés, ils sont pas vus comme ils sont et ça me rend triste. C'est toujours pareil, ils ont une mauvaise image, celle des gars des banlieues."

Au sujet de sa culture, Adel précise également que depuis peu, la religion est devenue importante pour lui, et "un plus" dans son existence. Ainsi, il pratique le Ramadan, même s'il ne prie cependant pas tous les jours et souhaite se marier avec une musulmane, également pour éviter les déboires que vit un ami de sa mère, musulman et marié avec une Française. En effet, selon Adel, cette épouse donne du jambon à ses enfants lorsque son mari n'est pas là, ce qui lui semble insupportable, lui même pensant qu'il est important de respecter le Coran.

A ce propos, il parle de la place de la femme (la "gadji" dans ses propos) dans le couple. Pour lui, c'est la mère qui élève, mais aussi enseigne à ses enfants les règles de vie et d'éducation, qui leur transmet la culture et la religion, le père restant en dehors de tout cela.

D'ailleurs, il explique que c'est en majeure partie par sa mère qu'il a appris le tunisien, même si actuellement il le comprend mieux qu'il ne le parle. Sa mère continue à dialoguer parfois avec lui en tunisien, alors qu'il parle avec son père en Français, de même qu'avec ses frères.

Par contre, il ne comprend ni ne lit l'Arabe littéraire et souhaiterait l'apprendre un jour.

En tout cas, il a le sentiment, lorsqu'il va en Tunisie, d'être tunisien, même s'il fait des erreurs de prononciation et possède un certain accent. Il se sent en fait valorisé au 'bled', car ses cousins envient sa situation, notamment financière. Adel explique que lorsqu'il retourne en Tunisie, il se rend compte qu'ils sont moins aisés que lui. Il se fait alors surnommer le "ché-nous", ce terme définissant que c'est un invité aisé. Mais malgré cela, il exprime son désir de vivre en France plus tard, tout en restant ambivalent quant à "son statut de Français."

Enfin, ses difficultés se manifestent principalement en Français au niveau scolaire. Adel dit ne pas aimer le Français, ne pas savoir s'exprimer à l'oral et appréhender énormément le baccalauréat de Français : "on ne me comprend pas, parce que je parle vite et mal et en plus, je n'arrive pas à rédiger et à exprimer mes idées."

D'ailleurs, nous repérons facilement que son trouble du langage peut être une difficulté pour lui. Cette expression parlée particulière qui lui appartient et qui nous avait frappé dès les premiers entretiens, présente une fluctuation intéressante à souligner. En effet, lorsqu'il évoque les conflits familiaux ou lorsqu'il aborde un sujet sensible pour lui, Adel donne l'impression de s'emballer dans son discours, qui s'avère encore plus prolix et rapide qu'habituellement, nous obligeant à l'interrompre fréquemment par manque de compréhension.

De même, son langage s'enrichit alors remarquablement de mots en "verlan" ou en "parler des rues et des banlieues", ce qui le rend d'autant plus hermétique, et se ponctue de fréquents "tu sais", où il en oublie le vouvoiement. En même temps, il semble fier de ce parler singulier et aime à rappeler qu'il chante le rap sans difficulté, qu'il se sent proche des paroles écrites par ces auteurs et que cela est plus riche que les auteurs qu'on lui demande de lire pour le baccalauréat, auteurs qu'il dit très loin de lui et de ce qu'il vit.

Il ajoute que le rap, "ça parle de la vie, du racisme, des cités, des maghrébins." A ce sujet, il répète souvent qu'il adore "I am" (je suis), un groupe de rap marseillais et que cela lui donne envie d'aller vivre dans cette ville, dans les quartiers Nord, "auprès de ceux qui lui ressemblent."

2. Analyse du cas clinique

Pour cet adolescent, l'affirmation de sa différence semble déterminante et l'aide à consolider la construction de son identité.

A sa manière, il revendique celle-ci en tant que franco-tunisien et musulman et tente de l'assumer tant bien que mal, même si cette affirmation de soi se fonde essentiellement sur un sentiment de rejet et de racisme dont la communauté maghrébine serait victime. Ce n'est finalement pas tant la reconnaissance d'un certain racisme – pour une part bien réel – qui est problématique, mais ce qu'elle polarise pour lui.

En effet, cette constellation n'est pas sans résonance sur la manière dont s'est constitué son récit individuel et familial.

Nous analyserons successivement :

- comment se forment ses identifications dans le cours évolutif actuel de son adolescence.
- quels biais et appuis il utilise et comment il tente de sortir de l'impasse symptomatique qui l'a conduit à l'hospitalisation.

a) *Les identifications successives et simultanées*

☞ Ce qui frappe d'emblée dans le récit d'Adel, c'est l'indéniable fossé qu'il décrit entre ses deux parents, dans une constellation plutôt inhabituelle, où c'est la mère qui semble très adaptée, acculturée et où le père est en position d'exclu. Adel évoque alors une situation très fusionnelle à sa mère, notamment dans le partage culturel et religieux.

Par la religion, il se rapproche en effet de sa mère, puisque son père, présenté comme "absent de la maison", ne cristallise semble-t-il pour lui aucun pôle identificatoire viable.

Du reste, comme l'explique N. Tietze, "l'islam permet aux jeunes adultes de reconstruire un rapport avec la génération des parents. Bien que leur islam ne soit pas le même que l'islam traditionnel de la génération parentale, la pratique religieuse jette un pont vers les parents et rétablit la confiance entre les générations." ¹⁹¹

Cependant, ce "pont" dont parle l'auteur semble éminemment fragilisé pour Adel, puisque son père lui apparaît comme profondément irrespectueux des obligations et des devoirs religieux.

C'est donc du côté maternel qu'il va essayer d'élaborer, par le biais de l'islam, une inscription communautaire et qu'il va tenter de problématiser la question des origines.

Le fait d'être musulman semble en effet représenter pour son père une identité pesante, honteuse, impossible à porter. Cela conduit Adel à critiquer ce père pour sa faible reconnaissance religieuse et sa négligence de la pratique ; ce père est du coup très dévalorisé à ses yeux et, dans la parole maternelle, c'est presque à un père hors-la-loi auquel se trouve confronté Adel. Mais il convient de repérer qu'il ne s'agit pas ici de confondre fonction paternelle et autorité, comme l'expliquent certains auteurs ¹⁹², et c'est en fait sa place symbolique dans le discours et la généalogie, non sa carence réelle d'autorité, qui est en jeu.

C'est en somme un père qui n'hérite de rien et qui, du coup, ne peut de fait rien transmettre.

Ces hypothèses sont en outre soulignées dans le bilan psychologique qu'a réalisé Adel (Rorschach et TAT). De ces tests se dégagait une pseudo-triangulation oedipienne avec des

¹⁹¹ N. Tietze, L'Islam, principe de subjectivation?, *Cultures en mouvement* (Reconnaitances, Dynamiques, Identités... Quel Islam en Europe?), Déc 98/ Janv 99, p.45.

¹⁹² H. Luccioni / P. Calvet / J-C. Scotto / J-M Sutter, *Fonction paternelle et carence d'autorité*, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXIXème session, COLMAR, 1981, Masson, p. 201

imagos plutôt indifférenciées, où l'imago paternelle était souvent substituée par des personnages tiers représentant la loi.

Adel ne se situait pas non plus, à travers ces tests, dans une problématique d'individuation, d'autonomisation, mais dans une réelle difficulté à se séparer de sa mère, de l'imago maternelle, comme objet primaire d'amour.

Dès lors, c'est à une image maternelle toute puissante qu'il va en appeler, pour tenter de pallier à cette incapacité de soutenir la filiation paternelle. Néanmoins, ce lien relationnel à la mère se referme très vite sur un modèle à la fois incestueux et duel, tendre et hostile, qui ne peut pas structurellement générer une authentique dynamique du désir et d'ouverture à l'autre ; ceci rend du même coup délicate l'abord d'une angoisse dépressive ou d'une agressivité en rapport avec son vécu familial.

Adel montre une adhésion fidèle au désir maternel et comme l'explique G. Mauger, "l'affiliation à la mère peut impliquer la "désaffiliation" par rapport au père. La désaffiliation est alors rupture, l'héritier récuse l'héritage et ne peut s'affilier, puisqu'il ne peut s'identifier à aucun trait paternel, ni actuel, ni de son histoire." ¹⁹³

☞ Parallèlement à cet aspect fusionnel du lien maternel, Adel se trouve investi du "devoir de réussir", là où justement les parents ont le sentiment d'avoir échoué. Adel raconte à ce titre, que tous les espoirs ont été placés sur lui en ce qui concerne les études. Il a été mis en quelque sorte en position de répondre aux attentes parentales restées en suspens ou trahies par son frère, qui a choisi de ne pas faire d'études. C'est, du reste, par une certaine perplexité dans les exercices liés à la scolarité que les difficultés d'Adel ont commencé à se manifester.

Il semble, en effet, lors de son épisode dépressif, ne plus avoir réussi à porter cette charge et craint à contrario de réussir. Il dit lui-même être passé d'un surinvestissement à un abandon total.

Or, depuis peu, après une tentative de reprise de scolarité partielle, il se désintéresse des études et semble progressivement vouloir rompre avec l'image idéalisée que ses parents projetaient sur lui. Il dit sans détour être déterminé dorénavant pour des études courtes, façon pour lui de répondre à cette question par un compromis intermédiaire.

b) Le groupe fraternel

Enfin, du point de vue relationnel, il convient également de souligner comment se dessine pour lui une place particulière.

A l'intérieur de cet équilibre précaire et à défaut d'une identification au père susceptible de conférer une consistance véritable à son existence, de le rassurer narcissiquement, Adel va investir des repères masculins sur un mode fraternel, groupal, fait de semblables – "Nous les

¹⁹³ G. Mauger, L'adolescence: invariants et variation,, *Adolescence et risque*, collectif Tursz A., Souteyrand Y., Salmi R., édition Syros, 1993 ,p.54.

maghrébins" – et d'exclus à son image. Adel est somme toute en quête d'un modèle dans lequel il pourra se reconnaître. Pour lui, le groupe fraternel constitue par conséquent un groupe de soutien dans la construction de son identité, groupe auquel il peut se référer et sur lequel il peut prendre appui. Au fond, il cherche surtout un groupe qui privilégie la ressemblance au détriment de la différenciation.

Il se révèle à cet égard dans une problématique narcissique, de quête du même, ce qui freine pour l'instant ses investissements objectaux. Ph. Jeammet parle à ce propos "d'insécurité narcissique", qui renvoie à la face négative de l'Oedipe et à sa dimension homosexuelle non encore résolue..."¹⁹⁴

Nous repérons encore à quel point ce qui est de l'ordre de la fonction paternelle se trouve donc ici profondément invalidé, renvoyé à un père démissionnaire, sans légitimité véritable aux yeux du fils.

Par conséquent, on pressent combien les incidences subjectives de cette "démission" paternelle sont nombreuses et déterminantes dans le processus de subjectivation d'Adel.

Celle-ci va être cherchée en effet dans le culte de la différence, de l'altérité absolue, mais qui se paie évidemment du prix de l'exclusion ; au-delà de ce qu'évoque J. Hochman, lorsqu'il écrit que "l'adolescence est aussi l'âge où les phénomènes de psychologie collective, les imitations en groupe, les modes vestimentaires, culturelles ou langagières connaissent une particulière intensité."¹⁹⁵

Ce culte de la différence et de l'exclusion revêt dans ce cas deux figures majeures : le "verlan" et l'affirmation groupale, fraternelle ; il peut s'agir initialement pour lui, de chercher la similitude, une réassurance, en se fondant dans un groupe de pairs, sur le mode de l'identique, de l'interchangeable ; mais c'est aussi le risque de se représenter une communauté qui ne prendrait forme, à ses yeux, qu'à l'intérieur d'un dispositif *d'allure paranoïaque* : "Nous et les autres."

Mais, peut-être faut-il aussi reconnaître, comme semble le suggérer M. Calevoi, que "la création d'une nouvelle culture (rap, par exemple), où les origines ne sont plus déniées ou disqualifiées mais érigées en phénomènes nouveaux et intégrables de cette identité culturelle,"¹⁹⁶ permet l'intégration plus ou moins réussie des deux parts de soi-même, vécues comme en partie étrangères.

Ce serait, en ce cas, une tentative pour élaborer une mémoire, pour écrire l'histoire d'une génération où Adel essaie de se reconnaître et de, mimétiquement aujourd'hui, prendre appui. Chanter, danser le rap, inventer un style, serait dès lors essentiel pour métaboliser son histoire,

¹⁹⁴ Ph. Jeammet, La fin de l'adolescence, une étape spécifique ?, *Nervure*, tome 8, n° 4, 1995, p.32.

¹⁹⁵ J. Hochman, Imitation, contagion, identification, ou la laborieuse élaboration d'un concept, *Adolescence*, 7, 2, 1989, p. 9.

¹⁹⁶ M. Calevoi, R. Scandariato, Processus adolescents chez les étudiants étrangers et immigrés, *Adolescence*, 1998, 16, 1, p.88.

la symboliser à sa manière, dans un langage capable de se dissocier de la langue maternelle où le père ne fait pas tiers.

Culture de l'exclusion, du culte de la différence absolue, la souffrance d'Adel nous porte indéniablement aux confins de ce que O. Douville appelle la "nouvelle clinique" : "les troubles de la dépressivité adolescente seraient en cela sinon la meilleure illustration, du moins le paradigme le plus souvent usité parce que s'y donne à voir et à entendre le manque de la réponse sociale à l'étayage des besoins narcissiques. Bref, la prétendue "nouvelle" clinique, dont on n'a pas fini de dénoncer les artifices épistémologiques et les raccourcis nosographiques commodes a au moins l'avantage de nous mettre sous les yeux la progression rapide de souffrances et de plaintes référées à une perte du sentiment d'identité." ¹⁹⁷

Ceci nous rappelle ce qu'Adel a répété souvent au cours des entretiens : "Nous, on vient d'ailleurs, même si on est né ici."

Cette approche que propose O. Douville nous semble correspondre de façon manifeste à la situation d'Adel et nous terminerons par ce biais notre analyse psychopathologique, en l'élargissant à la question diagnostique.

3. La question diagnostique

L'évaluation clinique et le diagnostic initialement posé d'épisode dépressif majeur – lors du séjour d'Adel à l'hôpital – s'est confirmé par la suite du point de vue sémiologique et dans la réponse favorable qui a suivi la mise en place d'un traitement antidépresseur : Stablon (Tianeptine).

Tout d'abord, cet adolescent a présenté, comme nous l'avons souligné, des symptômes caractérisés évoluant sur plus de deux semaines ; il existait un syndrome dépressif majeur, inaugural, avec une humeur dépressive constatée surtout par sa mère, déniée initialement par Adel, un ralentissement psychomoteur et une fatigue quotidienne, une perte d'intérêt, de plaisir pour ce qui l'intéressait ou le passionnait même auparavant, et un sentiment d'inutilité. Adel parlait lui-même d'un sentiment de culpabilité – culpabilité d'être malade – et se plaignait de son incapacité progressive à se concentrer, de l'inefficacité totale de ses productions et efforts intellectuels au niveau scolaire, malgré une augmentation de la quantité quotidienne de travail, conduisant même à l'inversion du rythme nyctéméral et à l'insomnie. A cela ajoutons que l'évitement relationnel d'allure phobique correspondait plus, en fait, à une inhibition, conséquence de la dépression.

¹⁹⁷ O. Douville, L'identité/altérité, fractures et montages. Essai d'anthropologie clinique, *Différence culturelle et souffrances de l'identité* (collec R.Kaës et al), DUNOD, Paris, 1998, p. 36-37.

Par ailleurs, nous pouvions repérer chez Adel, dans l'expression de cet épisode dépressif, des particularités souvent retrouvées dans cette pathologie à l'adolescence :

- l'humeur dépressive est en effet initialement apparue sous forme d'une irritabilité et de plaintes somatiques, sans qu'Adel lui-même n'exprime véritablement une plainte dépressive.
- la perte de l'estime de soi était marquée.

Par contre, ne sont pas retrouvées d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide, éléments fréquents habituellement.

Enfin, cet épisode dépressif peut être codifié de sévère du fait des interférences qu'il a eu sur les activités habituelles d'Adel, conduisant à une interruption scolaire prolongée, avec reprise progressive après quelques mois, sans possibilité pourtant pour lui de passer le baccalauréat de Français.

Au total, on ne peut prétendre qu'Adel a simplement présenté une dépressivité liée au processus d'adolescence et aux nécessaires remaniements des investissements objectaux et narcissiques qu'il implique. Aux deuils et aux renoncements classiques de l'adolescence auxquels il est confronté, s'ajoutent pour lui des choix identificatoires ressentis comme pouvant générer des pertes irrémédiables.

Nous avons bel et bien l'impression que la contestation de l'autorité paternelle et la remise en cause des valeurs que représente celle-ci ne sont pas structurantes pour Adel ; au contraire, il semble s'effondrer et à l'opposition impossible ou trop désorganisatrice pour lui, il paraît répondre par la dépression.

Nous pouvons avancer l'hypothèse que l'agressivité, difficilement abordable ou négociable pour lui, induit en fin de compte une agressivité qu'il retourne contre lui-même sous forme d'une dévalorisation excessive.

D. Marcelli exprime, en outre, au sujet de la dépression de l'adolescent, qu'au classique mouvement de retrait et de deuil de cet âge s'associe "l'émergence d'un repliement sur soi et des questions ontologiques (qui suis-je ?). Ce questionnement est d'autant plus douloureux et insistant que l'adolescent perçoit bien les multiples changements, les incertitudes, les contradictions dont il est porteur." ¹⁹⁸

Nous ajouterons ici un point d'épidémiologie repéré par I. Gasquet, qui souligne comme facteur de risque augmentant la probabilité de dépressions précoces, l'appartenance à une minorité ethnique issue de l'immigration, associée à des conditions sociales difficiles et à une dynamique familiale perturbée. ¹⁹⁹

¹⁹⁸ D. Marcelli, Dépression de l'adolescent, *Perspectives Psychiatriques*, vol 37, sept-oct 1998, p.244.

¹⁹⁹ I. Gasquet, Epidémiologie des troubles dépressifs de l'enfance et de l'adolescence, *Neuro-psy*, N° spécial, janv 1998, p.17.

Adel, du fait sans doute d'une prise en charge précoce, a dépassé rapidement cet épisode, bien qu'il soit difficile actuellement de présager de l'évolution possible, tant les interférences sont multifactorielles. Il n'existe pas, dans le tableau en tout cas, de facteurs prédictifs d'évolution vers des troubles de l'humeur.

Il paraît sortir de cette dépression de manière plutôt structurante, en accédant à une identité plutôt affermie, bien qu'encore basée sur des identifications précaires et en évolution.

Il a ainsi bénéficié à la clinique d'un soutien psychothérapique, chimiothérapique (le traitement anti-dépresseur est poursuivi pour l'instant, bien qu'Adel lui-même souligne actuellement la mauvaise observance dont il fait preuve), d'une prise en charge institutionnelle ayant permis une remise en situation scolaire. Il faut souligner l'importance qu'ont eu les entretiens familiaux dans ce travail, qui ont permis de mieux situer comment le problème d'Adel s'inscrivait dans l'histoire familiale, quel type d'interactions était en jeu.

M. Biloa-Tang et Th. Vincent rappellent à ce titre que "la prise en charge d'un adolescent déprimé ne peut s'envisager sans associer ses parents au processus thérapeutique (surtout s'il est en difficulté avec eux." ²⁰⁰

Adel est sorti de la clinique en Juin 1999, il a hésité longtemps au sujet de l'année à venir, craignant de quitter le lieu de soins, tout en le souhaitant. Il a envisagé initialement de poursuivre la prise en charge à l'hôpital de jour, mais l'équipe pensait cependant qu'il était préférable, pour lui, de réintégrer le milieu scolaire habituel, du fait de l'amélioration clinique, de l'apaisement de la situation familiale, et de la tendance d'Adel à se laisser "porter par sa maladie" pour justifier son refus de travailler ou sa démotivation.

Il a pour projet d'effectuer l'année prochaine sa première dans un lycée normal, après ses vacances habituelles de deux mois en Tunisie. Il souhaite poursuivre un suivi psychiatrique.

C. *Nadja*

1. Présentation

Nadja est une jeune fille de 19 ans, d'origine tunisienne, la seule fille d'une fratrie de cinq, constituée de deux frères plus âgés et de deux frères plus jeunes.

²⁰⁰ M. Biloa-Tang, Th. Vincent, La dépression avant 20 ans, prise en charge médicamenteuse et institutionnelle, *Neuro-Psy*, N° spécial, janv 1998, p.57.

Elle est arrivée en France à l'âge de 8 ans, avec ses parents et ses frères et quitte la ville de Bizerte où elle a vécu le début de son enfance, entourée de ses familles maternelles et paternelles.

La migration est décidée par le père, qui souhaite procurer à sa famille une situation plus stable en France où on lui propose du travail . Il souhaite en particulier permettre à ses enfants de se construire une "existence solide."

Jusqu'à l'âge de 6 ans, Nadja a vécu en Tunisie et n'a donc parlé que l'Arabe. Elle a effectué ses premières années de scolarité dans une école privée religieuse. Ses parents racontent qu'elle a appris à lire l'Arabe sans problème mais qu'elle avait des difficultés de compréhension et d'apprentissage de l'Arabe littéraire écrit.

A son arrivée en France, elle reprend sa scolarité dans une école publique, en CE1 ; elle est présentée comme une élève vive et attentive, qui s'adapte bien. Malgré des difficultés attendues en Français, elle rattrape rapidement son retard. Comme pour l'Arabe, l'oral est toujours meilleur que l'écrit.

Quant aux autres membres de la famille, chacun s'adapte à sa façon, avec plus ou moins d'aisance.

Sa mère reste recluse au domicile familial, fréquentant parfois des femmes du quartier, de même origine qu'elle. Elle reste attachée à ses habitudes, ses coutumes et ne trouve de véritables repères qu'en gardant son statut de mère et d'épouse, s'occupant du foyer et de ses enfants en dehors de leurs heures de classe.

Son père, qui travaillait en Tunisie comme commerçant, a trouvé en France un emploi de mécanicien. Il est peu à la maison, fréquente les collègues maghrébins le soir et a tendance à s'éloigner du domicile de plus en plus fréquemment.

Les deux frères aînés, âgés de 12 ans et 11 ans, ont beaucoup plus de problèmes pour l'apprentissage de la langue et sont en décalage scolaire par rapport aux enfants de leur âge.

Les deux plus jeunes, âgés de 5 ans et 2 ans, perçoivent moins, quant à eux, le décalage des deux pays.

L'enfance de Nadja se poursuit sans événement majeur, elle est décrite comme un garçon manqué, très proche de ses frères, surtout les aînés, qui la défendent et la protègent.

Elle fréquente régulièrement des cousins, cousines, oncles et tantes, car une partie de la famille maternelle vit sur Grenoble.

La famille effectue régulièrement des séjours en Tunisie dans la ville natale des deux parents, lors des congés scolaires. La lignée maternelle est décrite par Nadja comme très unie, vivant sur un mode clanique et très repliée sur elle-même.

Ses grands-parents maternel ont dix enfants, dont une partie vit en Tunisie près d'eux et Nadja dénombre actuellement plus de vingt petits-enfants.

Chaque année, les frères et soeurs qui se trouvent en France (Grenoble et Marseille) et en Italie, effectuent un voyage en Tunisie de 2 mois. Personne n'a le droit de déroger à ce rituel familial, ressemblant presque à un pèlerinage et toute remise en cause de l'établi est vécue comme une insulte, un reniement de la famille.

Nadja apprécie ces séjours et c'est seulement au cours de son adolescence que cette question se réveillera de façon plus épineuse, au milieu de difficultés naissantes et grandissantes pour elle.

A l'adolescence, Nadja se montre progressivement de plus en plus en retrait, ayant peu d'amis, se réfugiant souvent chez ses parents.

Les difficultés psychologiques s'orientent vers l'âge de 16 ans et cela débute, selon ses propres termes, par des crises de nerfs, de colère, avec retournement de l'angoisse qu'elle ressent sous forme de violence contre elle-même. Elle présente alors des passages à l'acte autoagressifs, sous forme de scarifications des avant-bras, puis de phlébotomies plus sévères. Ceci la conduit à des séjours brefs dans des services d'urgences. Le suivi alors proposé est refusé, semble-t-il autant par les parents que par Nadja elle-même.

Les troubles s'amplifient et prennent ensuite la forme de troubles des conduites alimentaires. Son syndrome boulimique se manifeste par l'absorption d'une grande quantité de nourriture pendant des temps prolongés – plusieurs heures – avec une impression classique de perte de tout contrôle, ce qu'elle décrivait déjà pour ses passages à l'acte. Nadja parle d'une "frénésie alimentaire", les crises initialement isolées deviennent peu à peu pluriquotidiennes et se terminent par des vomissements provoqués, dans un vécu de tristesse, d'autodépréciation, de perte d'estime de soi. Ce comportement alterne avec des phases de jeûne, sans pour autant entraîner de fluctuation pondérale majeure.

Du point de vue médicamenteux, il est prescrit à Nadja du Diffu-K (Chlorure de Potassium), 3 comprimés à 8 mmol par jour initialement, du fait d'une hypokaliémie sévère entraînée par les vomissements, associé à un traitement anxiolytique : Xanax 0,5 mg (Alprazolam), à la posologie de trois par jour..

Nadja décrit également à cette période des difficultés relationnelles avec les autres adolescents (qu'elle explique par une peur des autres), un isolement qui s'intensifie et un désinvestissement scolaire. Elle interrompt d'ailleurs sa scolarité au premier trimestre de seconde. Elle ne va en fait presque plus en classe depuis un mois déjà.

Une prise en charge initiale en ambulatoire par un psychologue et un médecin généraliste est rapidement relayée par une hospitalisation.

L'argument initial est de lui permettre, dans un premier temps, un apaisement du point de vue des symptômes alimentaires dont elle n'a plus aucune maîtrise, avec séparation du milieu familial ; puis, dans un deuxième temps, une reprise de scolarité.

Une amélioration notable mais fragile est constatée après un mois, surtout sur le plan comportemental alimentaire, bien que les accès ressurgissent et s'accroissent fortement lors des

retours au domicile les week-ends, retours dont elle dit qu'ils lui sont "imposés par sa famille", et dont elle dit ne pouvoir se soustraire.

C'est dans ce contexte qu'une hospitalisation lui est proposée à la clinique, en temps plein tout d'abord.

Nadja est une jeune fille plutôt discrète, paraissant plus âgée que son âge réel, élégante et soignant son allure, ses tenues vestimentaires, changeant fréquemment de teinte de cheveux.

Nadja a d'emblée du mal à respecter le cadre de soins. Elle a en effet, comme tous les autres patients, des permissions limitées et sous contrôle médical. Mais la distanciation d'avec la famille, initialement acceptée par les parents et elle-même, devient vite difficile à accepter et source de tensions grandissantes.

Nadja adopte alors un comportement de fugues répétées, initialement lorsqu'elle se trouve à la clinique, et qu'une permission pour rentrer chez elle lui est refusée. De même, après quelques semaines de reprise de scolarité en seconde, les absences en cours se multiplient, entrant dans les conduites de fugues.

Puis, l'équipe infirmière et médicale repère que ce fonctionnement est également réversible. Du coup, lors des fugues, une mise en scène particulière se répète : Nadja dit rentrer chez elle dans des moments d'attaques de panique, où la seule solution qui s'impose à elle est de partir, de retourner chez ses parents.

De la même manière, lorsqu'elle est au domicile parental, elle dit se sentir "otage" de ses parents qui lui demandent de rester. Elle doit alors "s'opposer à eux" lorsqu'elle veut revenir à la clinique et dit à ce propos : "Fuguer de chez moi s'impose à ce moment, comme une nécessité."

Son séjour sera rapidement centré sur des va-et-vient incessants entre le domicile parental et la clinique. Nadja fugue de façons répétées, évoquant mille prétextes : des angoisses, des insomnies, des craintes de faire des accès boulimiques ; elle téléphone ensuite régulièrement de chez elle, pour se justifier ou bien elle fait aussi appeler sa mère, qui argumente alors auprès des infirmiers pour garder sa fille jusqu'au lendemain, dans des négociations infinies sur le cadre préalablement établi.

De façon inverse, lorsqu'une permission un peu longue lui est accordée dans sa famille (d'une durée ne dépassant pas 48 heures en général), elle anticipe toujours son retour et écourte le séjour, évoquant des disputes...

Nadja explique, dans ce contexte, que sa mère n'a jamais été d'accord pour l'hospitalisation et que son père, désormais, ne l'est plus. Celui-ci met d'ailleurs une barrière à la poursuite de la prise en charge institutionnelle de sa fille, d'autant qu'il ne souhaite pas qu'elle poursuive ses études. Il espère en fait obtenir le consentement de sa fille à un mariage arrangé en voie d'élaboration, ceci impliquant le retour définitif de Nadja en Tunisie.

La mère semble manifestement soutenir aussi ce projet.

Les parents paraissent également réaliser de manière abrupte que Nadja fréquente quotidiennement des adolescents et adolescentes de son âge ; ils ne supportent plus l'idée même qu'elle soit en contact avec des garçons, ceci s'opposant -disent ils- au mode éducatif mis en place pour leur fille jusqu'alors. Mais leur réaction brutale semble plus en lien avec le projet récent de mariage.

Nadja exprime de son côté que la séparation est difficile à gérer pour elle, car c'est la première fois qu'elle quitte le foyer parental. Ainsi la distance qu'instaure la prise en charge semble déséquilibrer, ou faire ressortir en tout cas, une instable et précaire situation familial.

A ce sujet, Nadja évoque un climat familial particulièrement conflictuel et parle de sa difficulté à se situer.

Elle se dit en permanence surveillée par son père, qui limite ses mouvements, et ce, depuis sa puberté. Elle explique qu'elle a vécu en garçon manqué toute son enfance et qu'elle s'est sentie trahie à la puberté quand ses parents ont exigé mutuellement d'elle de ne plus sortir.

Le père, par ailleurs, est au domicile depuis que Nadja a 15 ans, à la suite d'un accident de travail qui a conduit à une mise en invalidité.

Elle le présente comme un homme sévère, ayant tendance à faire régner un climat fait de tensions et de violences verbales fréquentes.

Sa mère est décrite comme isolée, restant également au foyer, et cette promiscuité quotidienne entre parents et enfants est d'une gestion plus que délicate.

Les frères sont également en difficultés, les deux plus jeunes effectuant leur scolarité, vivant mal ce climat de tensions continuelles.

L'aîné est au chômage, le second est étudiant et poursuit son insertion sociale en dehors de la famille.

Ainsi, cette famille se retrouve-t-elle dans un isolement relatif, dans une promiscuité exacerbant les difficultés avec des parents eux-mêmes dévalorisés et démunis.

Il semble d'ailleurs que Nadja, seule fille de la fratrie, a vite eu le rôle de seconder sa mère, de s'occuper de son père malade, tout en étant souvent l'intermédiaire dans les conflits conjugaux, sa mère se confiant fréquemment à elle "comme à une amie." Son absence paraît réactiver la tension dans le couple et culpabiliser d'autant plus Nadja, qui ressent la nécessité d'être présente entre eux.

Après une année de séjour à la clinique, une interruption de cure est discutée, la prise en charge ne pouvant se poursuivre sans l'accord parental.

De plus, chaque année en été, la famille entière part en Tunisie pour deux mois. Les parents ne veulent aucunement que Nadja déroge à la règle et menacent de rompre définitivement toute prise en charge, n'acceptant pas le règlement de la clinique, la durée d'interruption de cure étant définie pour tous les patients.

Dans cette situation, Nadja dit ne pouvoir que se plier à la règle familiale et l'équipe est conduite à accepter, avec le sentiment de céder à un chantage sans discussion et compromis possible.

Nadja sortira avec le traitement anxiolytique qui a été maintenu depuis son entrée.

Au retour de Tunisie, il est proposé à Nadja de faire une nouvelle demande, dans le cadre d'une nouvelle visite préalable, mais dans le service de l'hôpital de jour. Le service temps partiel lui est présenté, à elle et à ses parents, comme une tentative d'inscription dans un cadre de soins plus souple. Ce projet intervient comme tentative de court-circuiter le symptôme installé que rien ne permet de décaler, pas même l'idée de l'arrêt de toute prise en charge, ce qui semble au contraire satisfaire la famille, mais laisser Nadja démunie, dans un sentiment ravivé d'abandon et d'impossibilité d'aide pour elle.

Au retour de Tunisie, Nadja fait une demande d'admission, en présence de ses parents, qui adhèrent à ce projet. Cependant, la situation vécue en temps plein se répète rapidement après quelques mois. Nadja est rapidement dans l'ambivalence, d'autant que les parents exercent semble-t-il de nouveau une pression importante pour qu'elle reste à la maison.

Nadja dit du coup tout et son contraire. D'une part elle a une demande de soin, d'autre part, elle souhaite retourner dans sa famille. Elle multiplie des justifications somatiques au sujet de ses absences, apportant des certificats médicaux.

Pendant l'été, elle s'est fiancée en Tunisie et cette idée l'amène, lorsqu'elle élabore des projets, à tout abandonner le lendemain, en disant : "De toute façon, je vais me marier dans un an."

Dans l'institution, elle établit un clivage entre le service de soin et le service des études, impliquant les uns et les autres dans des affaires embrouillées et compliquées, disant aux uns qu'elle veut poursuivre ses études, aux autres qu'elle veut faire une formation.

Par ailleurs, elle s'arrange toujours pour se faire excuser des cours et son absentéisme continue. Du coup, après une rencontre entre les différents intervenants, une interruption des cours est décidée pour officialiser une situation qui est entérinée en fait depuis longtemps dans la réalité. Pour l'équipe, l'important est de se mettre d'accord sur une position claire, sans se laisser entraîner dans le propre symptôme de Nadja.

Nadja répète souvent : "Je ne sais plus où j'en suis, je ne sais plus où je vais, tout est embrouillé dans ma tête. Je doute de tout. A la maison, il y a trop de monde, on ne peut pas réfléchir, pas dormir et quand je dors, je fais des cauchemars. Dans ma famille, tout le monde se mêle de tout, est au courant de tout.

Avec mon père, ça finit toujours dans la dispute. Pour ma mère, rien n'a d'importance puisque de toute façon, tout est résolu par le fait que je me marie l'été prochain. Je ne me sens pas prête pour ce mariage, je n'arrête pas de pleurer. Je ne sais plus où j'en suis : Tunisie ou pas, mariage ou pas, études ou pas. Je suis enfermée dans une famille qui est enfermée sur elle-même, je ne sais pas comment en sortir. J'ai peur de moi, des autres, j'ai le sentiment que la situation ne changera jamais. Je veux partir ailleurs."

Elle a, dans cette période de plusieurs mois, des accès boulimiques fréquents, des comportements fluctuants et des réactions vives. Elle commence par exemple à chercher du travail pour abandonner trois jours après, ou veut partir pour ne plus revenir à l'hôpital de jour, après une altercation avec un soignant qui a eu à son égard une intervention qu'elle n'a pas supportée. Puis elle énonce de nouveau l'idée du mariage comme échappatoire qui résoudrait

tous les problèmes. Nadja n'a pas de symptomatologie dépressive repérable, mais une angoisse labile, pour laquelle elle prend du Xanax 0,5 mg à la posologie de 3 comprimés par jour.

Puis, tout se précipite encore après le départ de la mère de Nadja pour quinze jours en Tunisie. Pendant l'absence de celle-ci, le père demande à sa fille de la remplacer à la maison, en préparant les repas, en effectuant les tâches ménagères. Elle supporte mal de se retrouver comme seul élément féminin de la famille et ne tolère absolument pas la place qui lui est assignée.

Elle réitère des appels téléphoniques à l'hôpital de jour lorsqu'elle est chez elle et il est difficile de canaliser ses demandes. Cependant, il est maintenu qu'elle ne doit pas venir à l'hôpital de jour aux heures où elle est sensée être chez elle, afin de respecter un cadre minimum. Sinon, tout devient vite litigieux, conversations sans fin et si des limites lui sont posées, elle répond par l'agressivité, la fuite, les menaces de tentatives de suicide.

La tension se trouve en fait réactivée, car le but du voyage maternel est d'intervenir auprès de la famille du fiancé pour "apaiser les choses."

En fait, à son retour, il s'avère que la situation est loin d'être résolue. Sa mère informe la famille que les fiançailles sont simplement suspendues et non annulées comme Nadja l'espérait et qu'elle a consulté un marabout.

Le marabout, selon les propos maternels, aurait expliqué que Nadja était possédée, qu'il fallait d'abord s'occuper de sa santé et donc différer le mariage et c'est sur ses conseils que la décision a été prise.

Nadja est à la fois déstabilisée et soulagée par le fait que quelqu'un a une réponse. Cependant, quelques jours après, elle absorbera une boîte de comprimés de Lexomil (Bromazépan), devant sa mère, qui lui fera recracher une partie des comprimés. Ceci survient au cours d'une dispute, toujours au sujet du mariage, dont l'idée est maintenue.

Le père semble également toujours réticent à la poursuite de la prise en charge, depuis que Nadja doit se marier. De son côté, Nadja ne cesse de revenir sur la décision d'interruption de scolarité, qui lui paraît insupportable parce que définitive et non discutable. Elle rappelle ici son incapacité de décider et sa façon de s'en remettre aux autres. (De plus, il semble que le fiancé ait suggéré qu'il serait bien qu'elle étudie...)

Dans la suite de son histoire, de la même façon que la première année en temps plein, elle effectuera un voyage en Tunisie contre l'avis médical, en demandant l'interruption de prise en charge.

Elle évoque alors le fait qu'elle va préparer le mariage chez sa grand-mère et qu'elle finit par croire que le marabout avait raison et qu'elle se sent beaucoup mieux "comme par miracle", qu'elle croit aux prédictions.

Se succèdent des rendez-vous pris en urgence, une convocation de Nadja et de ses parents qui ne répondent pas aux demandes de prise de contact des médecins depuis plusieurs semaines...

Une sortie est faite, avec possibilité de demande de réadmission, à condition qu'elle fasse une demande à son retour.

Depuis sa sortie, Nadja a donné de ses nouvelles : le mariage est toujours suspendu et Nadja travaille temporairement en intérim. Elle n'a pas de suivi psychothérapeutique, ni de traitement.

2. Analyse du cas clinique

Nadja exprime son désarroi et son impossibilité de s'inscrire dans un lieu, dans le sens de l'investir et d'y laisser une part d'elle, de ses pensées et de ses désirs.

Elle se dit dans "aucun lieu", dans un entre-deux, attitude qui lui permet, malgré elle, de ne rien investir, dans un mouvement de fuite incessant, la laissant dans une perplexité douloureuse.

L'analyse initiale de ce qui s'amorce comme une "désadaptation sociale", au-delà de l'absentéisme et des fugues, aboutit à plusieurs hypothèses.

↳ Il faut d'abord souligner que le nouveau cadre et les règles de la clinique réveillent chez elle la notion de limite ; tout d'abord limite spatiale, mais aussi limite du permis et de l'interdit. C'est comme si Nadja, non soumise à l'interdit parental, perçu comme menaçant, manifestait une angoisse mêlée d'excitation devant les nouvelles libertés qui s'offrent à elle.

Elle repère le cadre comme éloigné du modèle de référence paternel, et ceci nécessite une intériorisation beaucoup plus importante de ce qui est autorisé et de ce qui ne l'est pas, à comprendre ici surtout dans le sens d'une prise de conscience personnelle et intériorisée.

Aussi, la fugue et les fuites au domicile peuvent-elles également s'expliquer comme la nécessité de retrouver la rigidité et la rigueur parentale et notamment paternelle, qui est une façon de ne pas se confronter à ses propres choix. Nadja paraît alors choisir la soumission, au prix d'un abandon, d'une position passive, acceptant l'absence de liberté, refusant ainsi de choisir pour et par elle-même.

Elle se décrit à ce sujet, comme "ne sachant pas dire non", dans la crainte de déplaire. Elle est du coup prise dans l'ambivalence. Soit elle fuit sa famille, qui néanmoins lui manque, et vit alors la séparation comme une rupture, soit elle reste "collée à eux" physiquement et mentalement, s'abandonnant sans se déterminer, dans une dimension très asthénique et dépressive.

En dernier lieu, il convient de remarquer que Nadja a un rôle particulier dans la constellation familiale et notamment dans les conflits du couple parental.

Elle s'est régulièrement placée en position d'arbitre, dans une "parentification" (terme employé en systémique par I. Boszormenyi-Nagy) manifeste, dont elle a elle-même du mal à se défaire dans une période où l'effacement des générations est vécu de façon très contradictoire, c'est-à-dire autant désiré que redouté.

Le départ de Nadja dans un autre lieu ne fait que réveiller les tensions et l'intolérable d'une situation familiale instable depuis longtemps. Ph. Jeammet écrit, à ce propos, que souvent "l'adolescent sert depuis son enfance de contre-investissement à une séparation inachevée avec les parents des parents. La problématique parentale empiète massivement sur celle de l'adolescent et s'agit à travers lui." ²⁰¹

Nadja se présente ainsi toujours comme submergée, dans l'incapacité d'exprimer le moindre désir propre, sans le contrebalancer, voire l'annuler en reprenant ipso facto le discours parental.

Elle ne peut, en définitive, se mesurer aux désirs parentaux pour affirmer les siens sans risquer la rupture. Ne pas penser la même chose, ou sinon s'opposer, signifie immédiatement pour elle rompre définitivement.

Le conflit avec ses parents se trouve donc masqué et mis quelque peu de côté par son propre rôle de "médiateur" dans le conflit conjugal.

Mais cette famille vivant indéniablement en autarcie, repliée dans une certaine promiscuité, génère en son sein un climat d'agressivité permanent, où l'accès éventuel à l'autonomie, à la séparation assumée, se révèle à terme gravement hypothéqué.

Cette conflictualité brutale, sans véritable médiation symbolique, Nadja la reprend à son compte, pour la retourner contre elle-même, actrice et victime tout à la fois des dysfonctionnements du lien familial.

Son ambiguïté identitaire s'appuie donc sur une sorte d'incertitude permanente quant à son appartenance. Indéniablement, elle se situe davantage dans l'errance que dans un dispositif de fugue. Elle trouve dans cette errance une immédiateté, un agir concentré sur l'instant, qui lui permet de ne pas penser, de faire abstraction de toute demande explicite. Son comportement se différencie donc d'une simple fugue, en ce sens qu'il demeure un aller retour sans but, non finalisé, et qui manifeste en définitive son incapacité à structurer l'espace et le temps. C'est un déplacement incontrôlé, une mobilité non vectorisée, qui paraît sans fin, où la limite du dedans et du dehors apparaît abolie et inconsistante. Au sein de cette "dérive subjective" où rien ne peut véritablement empêcher cette transgression permanente de toute limite, l'espace du dehors reste quelque peu chaotique, sans une authentique structuration susceptible de lui conférer un sens. A l'inverse, chez elle, la loi paternelle, rigide et autoritaire, fait fonction de cadre, mais celui-ci demeurant restreint à une simple territorialité où régit, dans l'intimité familiale, la figure emblématique du père.

²⁰¹ Ph. Jeammet, Actualité de l'agir, à propos de l'adolescence, *Nouvelle Revue De Psychanalyse*, Ed. Gallimard, n° 31, 1985, p.208.

Dans un tel contexte, on peut comprendre que le mariage puisse être perçu comme un moyen de venir pallier à cette déficience, sinon à cette absence de cadre. En répondant "oui", Nadja fait ainsi coïncider le lieu, le cadre, sans déroger au désir parental et en se soumettant à la loi du mari qu'on lui a présenté.

Aussi, dans ce processus exemplairement définitif, il est difficile de rendre un accompagnement et un suivi acceptable pour Nadja. L'équipe soignante fut, en effet, prise spontanément dans l'élan pour la retenir, la fixer, certaine initialement de parvenir à freiner quelque part cette course effrénée. Mais, très vite, elle dut se résoudre à constater son incapacité à éviter les incessantes transgressions, les multiples passages à l'acte, qui rendent évidemment problématique le travail d'écoute et de soins.

Le projet d'accompagnement, qui permettrait une élaboration intrapsychique nécessaire à un processus de subjectivation, se trouve par là même gravement hypothéqué.

Lorsque l'équipe tente, en effet, d'apporter des solutions nouvelles, Nadja ne cesse d'y répondre en tentant de les mettre systématiquement en échec.

Bien que ceci soit difficilement réalisable en institution, la situation nous obligea cependant, à mettre en avant une exigence minimale de soutien, fondée sur la durée, sur le souci de ne jamais se dérober aux imprévus et aux urgences provoquées par Nadja, sans imposer directement et massivement dans la prise en charge une échéance trop pressante ou un projet trop précis.

Au fond, nous fûmes amenés à jouer et à valoriser, autant que faire se peut, la continuité et la pérennité du cadre, sur l'instabilité du comportement de Nadja. En affirmant que certaines limites, certaines règles demeurent soustraites à la négociation et au consensus, en élaborant ainsi un cadre suffisamment étayant et contenant, nous posions ainsi des repères indépendants, susceptibles de faire référence pour les décisions s'inscrivant dans le suivi du patient, exigeant ainsi de ce dernier qu'il puisse composer et "faire avec" une réalité déprise du caprice et de l'arbitraire.

Ceci dit, Nadja ne semble pas avoir réussi à intégrer véritablement cette notion de limite. Pour elle, en effet, il semble que ce soit prioritairement la satisfaction immédiate et oblatrice qui passe systématiquement en premier plan, rejetant les médiations symboliques qui viendraient différer ce temps du pur plaisir, comme c'est le cas, par exemple, dans ses crises de boulimie. Certains auteurs, ont, du reste, pu évoquer l'intemporalité dans laquelle est prise une forme particulière de personnalité pathologique dénommée personnalité limite. Spatialement, elle ne cesse de changer de lieu, cherchant toujours ailleurs ce qu'elle ne peut en définitive trouver nulle part, incarnant ce qu'on pourrait nommer une personnalité utopique, au sens étymologique du terme : u-topos : sans lieu.

Ainsi, comme le suggère J.P. Gueguen, "le bon objet idéalisé est toujours ailleurs et hors de portée." ²⁰²

²⁰² J.P. Gueguen, La prise en charge institutionnelle des états limites, *L'Information Psychiatrique*, Mars 1997, vol 73, n° 3, p.251.

Cette instabilité se traduit, en outre, par un mouvement contradictoire incessant. En effet, le processus semble être le suivant : l'objet, d'abord idéalisé, s'avère rapidement source d'insatisfactions, pour être à terme rejeté et devenir persécuteur. C'est visiblement le cas pour Nadja. Par exemple, elle demande expressément des entretiens mais pour finalement ne pas être là à l'heure convenue et se cacher. Ou encore, elle nous demande instamment de tout régler, de tout gérer, mais pour nous reprocher immédiatement notre intrusion dans son intimité. Nous retrouvons, du reste, des traits semblables dans ses troubles du comportement alimentaire, puisqu'il s'agit pour elle d'introjecter puis de rejeter le bon ou le mauvais objet, comme si celui-ci était de part en part maîtrisable, toujours à portée, destructible à merci mais indéfiniment remplaçable et par là même indestructible.

Enfin, cette instabilité se traduit également par de fréquentes ruptures avec l'institution, ruptures qui manifestent sa difficulté, sinon son impossibilité à se confronter aux limites, à les élaborer et à les intérioriser pour elle-même. Dans le même temps, elle pousse ceux ou celles à qui elle se trouve confrontée, à leurs propres limites, par des attaques ou des provocations répétées.

Logique du défi, mise en scène d'un face à face terrorisant et paniquant à l'autre, Nadja ne cesse de rejouer son angoisse de la séparation mais aussi la crainte insupportable de l'intrusion. Ainsi, elle peut venir expérimentalement vérifier que l'autre résiste et que l'objet n'est pas définitivement perdu. Dans un tel contexte, Ph. Jeammet a pu suggérer, à propos de l'agir, la "destruction fantasmatique des limites et des différences, gardienne de l'identité." ²⁰³ Ne serait ce pas alors le comportement, l'agir, qui tenterait de venir tenir lieu ici d'identité? Mais cet agir impulsif, organisé généralement par un désir mimétique, ordonne une identité défaillante et précaire, ceci pouvant correspondre en partie au cadre spécifique décrit précédemment au sujet des personnalités "border line".

3. La question diagnostique

Les symptômes successifs présentés par Nadja entrent dans le cadre de plusieurs repérages nosographiques :

- celui des troubles de l'alimentation, au chapitre boulimie (avec une durée des troubles supérieure à trois mois).
- au chapitre également des troubles anxieux de l'enfance et de l'adolescence. Elle présente en effet une angoisse de séparation, se caractérisant par la peur prolongée et persistante d'être séparée des personnes auxquelles elle est attachée, qui pourrait expliquer en partie ses allers et venues récurrents.

²⁰³ Ph. Jeammet, L'adolescence est-elle un risque ?, *Adolescence et risque*, collectif Tursz A, Souteyrand Y, Salmi R., édition Syros, 1993, pages 44.

Elle répond enfin, plus spécifiquement nous semble-t-il, aux caractéristiques d'une personnalité limite ("border line") de l'axe II avec notamment des efforts évidents pour éviter tout abandon, réel ou imaginaire, qu'elle "provoque" malgré tout dans ses ruptures brusques de prise en charge, où elle témoigne de son besoin que nous la retenions, que nous manifestions notre intérêt pour elle ou que nous décidions pour elle. Ceci répond en outre à des mouvements alternants d'idéalisation et de dévalorisation.

Sans reprendre toute la sémiologie décrite précédemment, remarquons simplement qu'à son comportement automutilatoire, son instabilité affective, son impulsivité (particulièrement notée lors de ses fugues et de ses conduites boulimiques), son angoisse au caractère marqué, s'additionne un trouble de l'identité ; celui-ci se révèle en effet par une extrême labilité et une incertitude concernant surtout son image et ses choix à court et moyen terme. Il faut dire que le "choix" que ses parents lui imposent plus qu'ils ne le proposent n'est pas un choix anodin, puisqu'il implique une décision de mode de vie à long terme, de changement de pays, d'usages et de coutumes, avec abandon de toute idée de continuité scolaire.

Cette situation pour le moins complexe ne peut, à notre avis, que déclencher de vives réactions et mobiliser toute l'économie psychique de cette adolescente, c'est pourquoi la question diagnostique est à relativiser. Comme nous l'avons vu, ces projets de mariage arrangé sont particulièrement difficiles à gérer par les adolescentes maghrébines et entraînent aussi bien des positions dépressives, où se manifeste l'évitement de la confrontation, que le recours à l'agir dans des conduites symptomatiques variées.

L'agir vient alors mettre en exergue l'idée d'une séparation difficilement tolérable, où le désir manifeste de l'adolescente risque de conduire à la rupture, parfois fantasmatique, parfois réel, avec ses parents.

Nadja a répondu dans son cas par les deux positions, dépressive, où elle tente de nier la séparation et dans l'agir, où elle semble malgré tout vouloir lutter contre des symptômes dépressifs et tenter sans y parvenir à introduire une dimension conflictuelle à son vécu.

Elle emprunte alors des symptômes pouvant correspondre à une structure hystérique, mais l'adresse reste fluctuante et pas toujours très discernable ; ses agirs sont marqués d'impulsivité qui nous paraît dépasser le cadre de simples passages à l'acte, dont le sens pourrait être en partie élaboré après coup. Nadja manifeste également une certaine satisfaction pulsionnelle immédiate soulageant l'angoisse et elle ne peut critiquer ses conduites que partiellement et qu'à posteriori, sa culpabilité centrée surtout sur la peur de déplaire ou d'être rejetée.

Ce parallèle entre l'agir d'une part et les passages à l'acte d'autre part, nous amène, malgré leur relative ressemblance, à dissocier les présentations de Seyana et de Nadja.

Pour la première, la dimension de mise en scène fantasmatique oedipienne prime, alors que pour l'autre, c'est surtout celle d'une décharge qui prédomine, où prime la notion de clivage entre bons et mauvais objets, se substituant à tout investissement objectal ressenti comme inquiétant. De même, aux mouvements identificatoires intenses de Seyana, correspond plutôt une capacité restreinte pour Nadja à s'identifier pour se différencier, se séparer, puisqu'elle évolue plutôt dans le mimétisme ou dans le rejet.

La prise en charge de Nadja s'est soldée à deux reprises par une sortie précipitée, avec interruption de soins, ce que nous pouvons considérer comme un échec ou comme une étape dans son parcours, celle-ci pouvant tout à fait de nouveau entreprendre une démarche de soins, ou à l'inverse choisir le départ et le mariage, choix qui reste de son ressort.

Ajoutons que les difficiles rencontres et relations que ses parents ont manifestées à l'égard du lieu de soins n'ont pas facilité la prise en charge, sans que cette dimension de rejet, initialement classique, puisse être réellement abordée et dépassée.

D. Kabil

1. Présentation

Kabil est un garçon de 17 ans, je le rencontre pour la première fois dans le cadre d'une consultation aux urgences psychiatriques de l'hôpital, où il est venu en compagnie de son père et de sa sœur.

Il a souhaité lui-même venir rencontrer un médecin, du fait d'une angoisse envahissante et intolérable qui ne cède pas depuis plusieurs jours, l'empêche de se concentrer sur quelque activité que ce soit et entraîne une insomnie.

Il a une présentation conforme à son âge, une allure sportive et porte d'ailleurs une tenue de sport. Il est brun aux yeux noirs et à la peau blanche. Il n'a pas de réserve particulière et s'exprime dans un langage cohérent, emprunté d'expressions d'adolescents, mais où le discours apparaît vite discordant et émaillé de rires immotivés.

D'emblée, il explique qu'il est terrifié par une idée fixe, la conviction que le soleil va s'écraser sur la terre et que ce sera la fin de l'univers. Cela signifie "qu'il n'y a aura plus d'humain, plus de pays et qu'il faudra tout reconstruire, ce qui sera la tâche des survivants s'il y en a, mais ils ne seront que un ou deux." Kabil dit à ce sujet : "La fin est proche, j'en suis sûr" et demande une hospitalisation pour qu'on lui enlève simplement son angoisse parce que ce qu'il pense, "c'est la vérité et rien ne pourra l'effacer."

Depuis peu il se passionne de manière effrénée pour l'astronomie et cherche à se documenter par des lectures stéréotypées, des visionnages d'émissions télévisées, sur la véracité de ce qui lui est venu comme une révélation inéluctable.

Toutes ses vérifications l'ont d'ailleurs confirmé dans sa peur, et toutes les informations coïncident dans ce sens. Mais cette conviction s'est imposée à lui de manière purement intuitive, sans aucune autre forme de raisonnement initialement.

Au tableau sémiologique s'associent des troubles du comportement, une agitation anxieuse, une insomnie.

Lorsque j'évoque l'idée d'une hospitalisation, Kabil est soulagé et souhaite, semble-t-il, éminemment être protégé de ce qu'il vit ni plus ni moins comme la fin du monde.

Le père et la sœur de Kabil, que je reçois dans un second temps, s'effondrent en larmes, souhaitant tous deux différer la décision d'hospitalisation pour avoir l'accord de la mère, absente. Ils s'en remettent finalement à ma décision et au propre choix de Kabil.

L'épisode critique est rapidement maîtrisé, les troubles s'amendent en 15 jours environ sous antipsychotiques : Risperdal (Rispéridone) 2 mg, à la posologie de 8 mg par jour.

Le diagnostic initial sera celui d'un trouble psychotique induit par une substance -Cannabis- avec idées délirantes ayant débuté pendant l'intoxication.

Kabil dira, en effet, qu'il consomme du Cannabis depuis plusieurs semaines avec exacerbation de la fréquence et de la quantité.

Huit mois plus tard, Kabil présentera une rechute sévère, après interruption du traitement et reprise du Cannabis. Il sera alors hospitalisé à la demande du tiers, pour une durée de 3 mois. Initialement, il présente une recrudescence délirante, à mécanismes intuitifs, interprétatifs, avec automatisme mental, sentiment de vol et de devinement de la pensée, hallucinations auditives.

Il présente une bizarrerie de contact et passe d'un état d'anxiété extrême à une totale indifférence affective.

Il décrit un sentiment de dévidement de sa pensée, "comme un déroulement incessant et bruyant", qui s'arrête lorsqu'il s'arrête de respirer.

Il présente également des rires immotivés, une indifférence affective, un syndrome dissociatif marqué avec des troubles du cours de la pensée, un isolement et un repli sur lui-même, une discordance.

Les thèmes délirants sont cosmogoniques et centrés sur un déni des origines. Il a des idées de mort imminente, ou que son propre père est mort.

Kabil dit : "J'ai peur que la Terre explose, qu'il n'y ait plus de pays, de continent, plus d'océan, plus rien, tout sera à refaire."

Il parle de ce qui lui est transmis comme une catastrophe interplanétaire, aboutissant à la destruction de l'ensemble de l'univers et se pose des questions quant à ses possibilités de pouvoir l'empêcher.

Le récit est au fond assez stéréotypé, dans une représentation d'une destruction pure et simple. Kabil repère : "il n'y a plus d'humain, plus d'être existant, nous sommes manipulés par des

forces mauvaises, qui vont anéantir toutes les lignées. C'est après ça que certains seront choisis, qu'il y aura un nouveau monde, tout différent."

Cette crainte prégnante s'assortit d'un doute sur l'identité de son père : "ce n'est pas mon vrai père" ou bien "mon père est mort."

S'y associent des épisodes de dépersonnalisation et de déréalisation.

Kabil se ferme à intervalles réguliers dans une hébétude et un mutisme hermétique, avec impression de sidération de sa vie psychique. Il présente par ailleurs des gestes autoagressifs, se tapant parfois la tête contre les murs. Il se roule aussi en boule, fait des sauts périlleux arrière, disant être une planète dégringolant dans le système solaire.

Il semble devoir éprouver son corps et l'espace dans une perte de contact totale avec la réalité. Lors des moments d'accalmies, il présente une grande détresse affective, exprimant le besoin d'une impérieuse présence rassurante.

Lors de cette seconde hospitalisation, lui sera prescrit de nouveau un traitement par Risperdal à la posologie de 8 mg par jour, puis devant l'inefficacité relative, un traitement par Haldol (Halopéridol) 20 mg/ml à la posologie de 15 mg par jour et Tercian (Cyanémazine) 50 mg à la posologie de 150 mg par jour qui permettra de faire céder progressivement le syndrome délirant, alors que de façon concomitante Kabil cesse de consommer du Cannabis.

A sa sortie, il acceptera un suivi de principe sur le centre médico-psychologique, alors qu'une thérapie familiale sera proposée à ses parents et à lui-même. Un nouveau traitement neuroleptique est débuté en ambulatoire devant la mauvaise observance de Kabil. Il lui sera prescrit un traitement par neuroleptiques retards : Haldol-Decanoas (Halopéridol) à la posologie de 4 ampoules à 50 mg toutes les quatre semaines.

Suivra alors une demande d'admission à la clinique, Kabil et ses parents étant conscients de la nécessité d'un cadre contenant pour lui, lui-même exprimant également la volonté de poursuivre ses études qu'il a interrompues depuis son hospitalisation.

Kabil a une présentation conforme à son âge, se montre très souriant, dans une aisance de surface. A l'entretien d'admission, il est en fait laconique, ne dit que peu de choses de lui-même, dans un discours pauvre sur son vécu passé et actuel.

Son discours est assez stéréotypé, il explique qu'il a déliré, rationalisant son propos en disant qu'il a vu une émission à la télévision où il a appris que la fin de l'univers ne serait que dans 3000 ans et que depuis, sa peur a cessé, de même que le délire. Il dit à ce sujet être rassuré sur l'idée de destruction imminente de la Terre, puisqu'il sera mort.

Du point de vue familial, il vit chez ses parents. Il est le second d'une fratrie de deux, sa sœur ayant 7 ans de plus que lui. Il a été élevé pour une grande part par cette sœur, sa mère et son père ayant tous deux un travail les accaparant le soir. Cette sœur qui a quitté le domicile familial depuis peu vit maintenant avec un concubin et a un enfant de un an.

La mère de Kabil est française d'origine italienne, en France depuis l'âge de dix ans. Son père est d'origine algérienne et est venu en France seul, de son propre chef, à l'âge de dix-sept ans.

Kabil n'a pas d'antécédents personnels psychiatriques. Dans la famille, une tante maternelle est déficiente mentale et rapidement nous repérerons dans le discours des parents l'assimilation qui est faite entre cette tante et Kabil. La mère dira à plusieurs reprises : " Nous avons deux malades mentaux dans la famille, on sait ce que c'est."

Kabil ne connaît que quelques détails de l'histoire familiale.

Sa mère est brouillée avec la plus grande partie de sa famille, Kabil ne fréquente que ses grand-parents qui lui donnent de l'argent de poche et l'accueillent parfois chez eux, lorsque la situation est difficile pour les parents qui ne parviennent plus à le contenir. (Kabil s'enfuit lorsque les disputes verbales tournent à son désavantage.)

Son père se retrouve très isolé en France, il a un seul frère en Italie, le reste de la famille vivant en Algérie. C'est surtout lors des entretiens familiaux que nous parlerons de la situation familiale, Kabil ne semblant pas s'y intéresser ou vivant comme détaché de tous liens en dehors de ses parents et de sa sœur.

Les rencontres familiales sont en fait initialement difficiles et stéréotypées. Souvent et répétitivement, selon un schéma similaire, la mère de Kabil arrive en revendiquant que nous "tenions son fils", tenant des propos véhéments et très réprobateurs à son égard. Il est à chaque fois difficile de l'interrompre dans sa manière de monopoliser l'attention sur des détails de la vie quotidienne et de recadrer l'entretien afin de tenir compte de tous les participants.

Le père, quant à lui, est effacé, il s'effondre en larmes dès que nous évoquons les difficultés de Kabil, disant "qu'il ne mérite pas ça".

Il s'éclaire cependant régulièrement à l'évocation de son passé, qu'il raconte malgré tout avec souffrance. C'est d'ailleurs lors de quelques entretiens où sa femme est absente qu'il s'autorisera à parler et à échanger avec Kabil autrement que sur le mode du reproche et des réprimandes.

Il expliquera que Kabil n'est jamais allé en Algérie et qu'il ne connaît sa famille restée là-bas que de nom.

Lui-même est arrivé en France dans le mythe édénique de faire fortune , fuyant des difficultés sociales et familiales à la fois, dont il ne souhaite pas parler.

Kabil semble fier de cet épisode de l'existence de son père, l'un des seuls apparemment qu'il est vraiment retenu ; il dit à ce propos : "Mon père s'est construit tout seul, il était dans la rue et une femme lui a proposé de venir travailler dans son restaurant pour faire la plonge. Il a commencé au bas de l'échelle et a monté les échelons. Maintenant, il gagne bien sa vie."

Le père reprend l'historique de sa vie de la même façon, en expliquant qu'il est arrivé dans les années 1970 en France, avec son frère et qu'il "s'est fait tout seul". Son frère a apparemment

mieux réussi que lui, vivant de façon aisée en Italie et ayant gardé des contacts proches avec la famille au pays.

Le père de Kabil, quant à lui, semble au contraire démuné et isolé depuis son immigration.

Il est allé en Algérie il y a 15 ans, dans une famille qu'il n'avait pas revue depuis son arrivée en France. Il s'écroule à l'évocation de ce souvenir, expliquant qu'il a raté l'heure de l'enterrement et que c'était insupportable pour lui.

Lors de l'enterrement de sa mère, en effet, il y a 10 ans, il n'a pas été en Algérie.

Insidieusement, au fil des "rendez-vous" manqués, il s'est senti évincé, mis à l'écart et rongé par sa culpabilité. De plus, ce qui ne devait être initialement qu'une situation provisoire est devenu durable, du fait également de sa rencontre avec une Européenne, ce qui a été très mal accepté par sa famille.

Il répète à ce sujet : "Je n'ai pas fait circoncire mon fils. Si ma mère – Dieu la garde – savait cela, ce serait le pire des sacrilèges."

Lorsque je lui demande s'il est musulman, il répond : "Je ne suis rien, je suis juste dépressif et je me fais soigner. Ma femme est raciste et elle ne souhaite pas voir ma famille, elle s'en moque, elle n'aime déjà pas la sienne. Quand mon frère a appelé pour l'Aïd (Aïd El Kebir, c'est à dire la fête de fin du Ramadan) -j'avais même oublié quand c'était, pour vous dire !- je n'étais pas là, je travaillais. Ma femme lui a dit qu'elle ferait passer le message, mais je sens qu'elle ne supporte pas ça, c'est des bêtises pour elle, il faut oublier."

Ce père répète : "Je n'ai plus rien de mon passé, je n'existe plus."

Une conjonction de facteurs l'a conduit à un deuil non élaboré, même si le passé semble effacé. Aussi, l'éloignement de ses racines, de ses origines est devenu définitif, inéluctable, laissant place à une nostalgie malade.

Cependant, son frère vivant en Italie, semble malgré tout très conscient de son désarroi et de sa maladie. Il a proposé récemment de lui payer le voyage pour venir en Italie seul et souhaiterait lui montrer de nouveau l'Algérie, au moins une fois.

Le père de Kabil a enfin le sourire lorsqu'il parle du soutien que lui apporte son frère.

Quant à Kabil, lorsqu'il entend son père évoquer ses souvenirs, il intervient en disant : "Papa, arrêtes, c'est pas grave, c'est du passé tout ça, il faut oublier."

Le père et le fils s'interpellent mutuellement, l'un et l'autre se répétant : "Tu ne vois pas que tu es malade, il faut que tu te soignes."

Kabil est surpris, lors de ces entretiens, de voir son père parler de la religion musulmane. Il explique, lorsqu'on le questionne, qu'il ne s'intéresse pas à la culture musulmane, à la vie sociale et politique de ce pays. Il dit malgré tout qu'il souhaiterait y aller un jour pour visiter, ce qu'il adresse manifestement à son père pour tenter de ne pas le blesser et l'attrister.

Lors de son séjour à l'hôpital de jour, Kabil investit initialement avec rapidité le lieu, disant cependant qu'il est à la clinique pour ses études, niant la dimension de soins.

Il a malgré tout du mal à respecter le cadre, quittant régulièrement l'hôpital de jour en dehors des horaires.

Il montre rapidement une ambivalence majeure, associée à des symptômes négatifs, avec abrasion des affects, altération marquée des contacts sociaux.

Nous repérons qu'il a des modes relationnels fait de "collages" et d'attachements identificatoires homosexués qui l'entraîne à agir dans la parfaite symétrie d'autres patients ; il passe ainsi d'une relation à l'autre sans que ses choix ne puissent être analysés de façon rationnelle par des similitudes de goûts et d'activités.

Lors des réunions de service, il ne répondra souvent qu'en disant : "Je pense comme lui", se positionnant dans la soumission ou l'opposition non argumentées mais rationalisées.

Initialement, le support institutionnel est propice et même indispensable à Kabil qui, bien que réticent à toute proposition et initiative de notre part, sur le mode initial d'un non catégorique, finit par accepter. Il découvre alors qu'il y éprouve de l'intérêt et même du plaisir.

L'équipe infirmière doit cependant régulièrement lui rappeler le cadre, les horaires, les règles, Kabil testant souvent notre capacité à faire autorité.

Peu à peu, la situation se dégrade malgré tout au fil des mois et ceci est mis en relation par l'équipe avec la reprise par Kabil d'une consommation de Cannabis.

Aussi, il se comporte de façon très désadaptée, entre et sort à sa guise des ateliers, ou bien il se propose de participer à une activité, une seule, refusant l'idée d'aller à tout autre, alors que l'activité en question a déjà eu lieu.

Il ne réussit pas à réinvestir ce qui le passionnait auparavant, notamment des activités sportives où il allait plusieurs fois par semaine. Il se justifie en rationalisant toujours de façon identique, répétant : "Je n'ai toujours pas fait réparer ma bicyclette, je ne peux pas y aller à pied."

Ses activités se réduisent à se confiner devant la télévision quand il n'est pas à l'hôpital de jour, ou à sortir le soir en bande, pour "zonner", dans le désir exprimé de fuir le foyer familial à l'heure où ses parents rentrent du travail.

Il fréquente alors une ancienne bande dont il faisait partie dans la cité où il habite, en fonctionnant dans l'imitation. Il avait cependant soigneusement évité ses camarades jusqu'alors, disant que c'est eux qui l'avait rendu malade ; Kabil répétait souvent : "Ils" m'ont mis du haschich dans mon verre lors d'une soirée, c'est à cause d'eux, c'est ça qui m'a fait délirer. Ce vécu persécutoire est supplanté par un discours emprunt de mimétisme : "Eux, ils fument depuis des années, ça ne leur fait rien et pour moi, c'est du passé, je suis guéri, alors..." Kabil évoque sa lassitude et son besoin de ne pas voir ses parents : "Ma mère crie tout le temps, c'est la foudre et mon père, lui, pleure tout le temps."

Chacun des deux parents le sollicite de façon très différente, sa mère dans un propos revendicatif pour qu'il poursuive ses études, son père dans un discours plus abandonnique, lui disant qu'il ferait mieux de trouver du travail pour apprendre ce qu'est la vie et ce que veut dire s'assumer.

Kabil reprend à son compte, de façon ambivalente le discours parental répétant alternativement les deux propositions dans le même entretien.

La prise en charge de Kabil se termine finalement avant qu'il puisse achever son année scolaire à la clinique, du fait de transgressions répétées qui conduisent à une interruption temporaire des soins, après plusieurs avertissements et mises à pied.

Il passera cependant les épreuves qui lui manquent dans le lycée où il avait débuté ses études, avec un suivi psychiatrique assuré par le centre médico-psychologique de secteur.

Son père vivra cette expulsion avec douleur et déshonneur, souhaitant avec vigueur que son fils accepte de faire une nouvelle demande et de se sevrer du Cannabis.

Pour l'instant, il s'est chargé de lui trouver un contrat d'apprentissage et explique que les relations avec son fils sont actuellement plus faciles, celui-ci acceptant le dialogue et l'aide de son père. Kabil reste malgré tout dans l'illusion qu'il pourra très rapidement s'assumer seul et prendre un appartement, ses parents ne cessant de lui dire qu'il n'est pas dans la réalité.

2. Analyse du cas clinique

A la différence des trois adolescents précédents, nous pouvons d'emblée repérer que Kabil se situe dans un tout autre registre d'interrogations et de pathologie, puisqu'il semble se situer hors filiation, dans une identité plus que problématique.

Kabil semble en effet vivre sans histoire, comme détaché de tout passé, sans inscription dans une généalogie, et sans préoccupation autre que celle de l'avenir immédiat. Sans véritable appartenance, n'évoquant jamais que quelques bribes de souvenirs de son histoire, que ce soit dans son discours spontané ou dans ses idées délirantes, il n'a incontestablement qu'une représentation parcellaire de sa famille et de ses ascendants, qui se conçoit autour d'un mythe familial très particulier, ce que nous développerons dans la description de son délire.

Dans un second temps, nous aborderons quelques aspects singuliers du fonctionnement familial, autour notamment de la thérapie familiale systémique tentée avec cette famille.

a) L'élaboration délirante

Le système délirant que décrit Kabil se circonscrit autour d'une *forclusion* des origines, comme si celles-ci n'avaient jamais pu trouver de place dans l'ordre du représentable. Aussi, cet adolescent va-t-il opérer une véritable reconstitution imaginaire de cette question, centrée autour d'une certaine fiction d'autoengendrement. A défaut par conséquent d'une inscription dans l'ordre symbolique, sa conception délirante vient entremêler réel et imaginaire, pour tenter de pallier à l'absence de toutes représentations susceptibles de soutenir le lien généalogique.

Au fond, nous pouvons presque faire l'hypothèse qu'il reprend de manière imaginaire et délirante ce que son père dit réellement avoir vécu.

Cristallisée sur l'expatriation, la parole du père ne cesse de revendiquer une sorte "d'exemplarité", censée affirmer le statut exceptionnel d'un être qui s'est construit seul, sans devoir rien à personne et détaché de tout lien.

Incontestablement, Kabil reprend de façon délirante, sous la forme d'un fantasme d'autoengendrement, la figure emblématique du "self-made man" dont son père se glorifie. La destruction planétaire et le mythe des survivants, des élus qui en découle disent au fond suffisamment l'échec de cette parole paternelle à pouvoir générer, chez le fils, une représentation humanisée du lien généalogique.

Sans nul doute, comme c'est le cas aussi chez Schreber, dans ce qu'il décrit dans les pages célèbres des "Mémoires d'un névropathe", où il dit devoir se transformer en femme pour donner naissance à une nouvelle race d'hommes issue de son accouplement avec Dieu, le délire reste une ultime tentative pour essayer désespérément de construire un mythe, là où l'histoire est incapable de prendre forme, où la transmission de la parole se trouve brutalement interrompue.

Du même coup, les relations aux semblables vont dès lors se structurer sur un mode homosexué, façonnées par des identifications projectives et mimétiques, sans que l'on puisse véritablement parler de relation d'objet. Kabil reste ainsi capturé – fasciné et angoissé tout à la fois – par l'image qu'il recherche et traque chez les autres, et qui pourrait lui conférer le signe tangible d'une reconnaissance. Il dit d'ailleurs à ce propos : " je vais partir, comme mon père, je vais partir à zéro et faire ma vie." L'identification projective s'effectue donc initialement pour Kabil dans l'idée de partir seul, sans famille et sans passé.

On comprend ainsi que ce père, valorisant de façon prépondérante la socialisation, comme si celle-ci lui permettait de compenser la dévalorisation de son statut d'autorité, livre Kabil à une sorte de toute-puissance maternelle. Se sentant dans l'incapacité d'exercer comme il l'entend sa fonction de chef de famille, invalidé dans ses propos, ce père adopte une attitude d'abandon, avec symptomatologie dépressive chronique, parachevant par là même cette dévalorisation dont il fait déjà l'objet. C'est bien à un père déculturé, déraciné, auquel Kabil a à faire. Comme le disent J-N. Trouvé et J-C. Scotto et M. Patris :

"c'est vers des conduites de démission que cet homme se tournera ; la décompensation dépressive suivie de névrose invalidante... étant une des formes possibles de cette déroute." ²⁰⁴

"Sans fonction paternelle, c'est-à-dire sans symbolisation de la filiation qui fasse lien dans la généalogie, aussi bien l'identité du sujet que la loi qui, en découpant dans le corps social les

²⁰⁴ J-N. Trouvé, J-C. Scotto, La famille maghrébine immigrée: une famille en souffrance, *Soins psychiatriques*, numéro 39, janvier 1984, p.28.

objet sexuels prohibés perpétue la cause de son désir, ne peuvent trouver de véritables assises." ²⁰⁵

Kabil est en quelque sorte au cœur d'une filiation narcissique, au sens de J. Guyotat, où se trouve valorisé la dimension imaginaire de la filiation, celle-ci se substituant à la précarité d'une filiation instituée. Il s'agit au fond dans son délire de mourir pour renaître dans une nouvelle lignée.

b) *Le mythe familial*

B. Dollé-Monglond écrit à ce sujet que l'appartenance à une lignée a trait au fondement même de l'identité : "on saisit ainsi, comment la construction identitaire se situe au confluent de celle d'appartenance (ou des appartenances) et comment cette plainte, sur le plan clinique, fait écho à la menace qui pèse sur le mythe familial." ²⁰⁶

Nous savons que le mythe familial est, dans la conception des thérapies familiales analytiques et systémiques, repéré comme un ensemble structuré, donnant ses caractéristiques et sa spécificité à un groupe donné.

Dans le cas de Kabil, ce mythe prend une conception particulière, puisqu'il est conçu autour d'un père se décrivant sans passé, passé également non reconnu dans le discours maternel.

C'est au fond comme s'il n'y avait pas, pour Kabil, d'espace tiers pour se construire, se situer dans une mémoire familiale qui s'autoriserait des deux lignées, d'une certaine inscription dans les familles d'origine de chacun des deux parents, comme le souligne M. Andolfi. Il s'avère à cet égard que sa mère n'a que peu de contacts avec sa famille, en dehors de ses propres parents et que pour son père, la famille en Algérie est comme effacée, la religion et la culture comme inexistante.

De plus, la négation par sa mère de la différence de culture et d'identité de son père, de la filiation paternelle, est source "d'inadéquation supplémentaire" – situation évoquée par J. Fortineau dans les cas de couples mixtes²⁰⁷ – pour Kabil.

En fait, Kabil n'a pas face à lui un père assuré de sa propre solidité. Ce dernier vit avec culpabilité et souffrance l'évocation du passé où il apparaît comme un fils indigne et n'ayant même pas su honorer la mort de ses parents, ce qui le laisse dans une "honte redoutable" selon ses propos.

²⁰⁵ M. Patris, *La fonction paternelle en psychopathologie*, Rapport de psychiatrie, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXIXème session, COLMAR, 1981, Masson, p.119.

²⁰⁶ B. Dollé-Monglond, *Introduction aux thérapies familiales*, Ed. ESF, Paris, 1998, p.221.

²⁰⁷ J. Fortineau, Psychopathologie de deux adolescents et de leurs parents (couple mixte franco-maghrébin). *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 11-12, Novembre-Décembre 1987, p. 499.

De cette histoire familiale, où se mêlent réel et imaginaire, découle ainsi un mythe familial peu ancré, semblant plutôt se constituer autour d'un père se reconnaissant sans passé, détaché également de son vécu conjugal actuel et d'une mère peu attachée aux liens. Si bien que chacun semble évoluer pour son propre compte, dans une histoire individuelle où les interrelations anciennes et actuelles sont comme effacées, parce que trop douloureuses. Kabil dira d'ailleurs, lors d'un entretien, qu'il ne sait rien de ses parents en dehors du fait que "sa mère a trouvé son père dans la rue."

c) *Le fonctionnement familial*

Enfin, d'un point de vue systémique, cette famille peut être classiquement décrite comme dysfonctionnelle.

Des modes de réactions et certains comportements se révèlent en effet prédominants entre Kabil et ses parents.

Il s'agit principalement de dialogues vite rendus impossibles par les contradictions et les positions rigides de sa mère, auxquelles Kabil répond sur le même mode, ou par l'agressivité et la fuite. Le père se situe comme totalement exclu de cette dyade et adopte une attitude de retrait, d'abandon, répétant qu'entre Kabil et sa femme, c'est toujours l'escalade symétrique, et que lui-même a "baissé les bras".

Il n'a jamais place de tiers et les tensions dans la dyade mère fils se retrouve également dans la dyade conjugale.

Ainsi, Kabil est agité par des discours contradictoires qui s'apparentent à ce que G. Bateson nomme l'injonction paradoxale et la double contrainte.

Il capte des messages opposés provenant de ses deux parents, qui s'opposent quasi constamment quant à la ligne éducative à suivre, le père étant par ailleurs discrédité, car considéré comme malade lui aussi.

Le "système" familial devient alors dysfonctionnel du fait de paroles trop en discordance.

Par ailleurs, le discours maternel est souvent emprunt de messages se contredisant eux mêmes. Par exemple, elle lui dit : " je t'interdis de passer ton permis de conduire tant que tu as ton traitement". Puis, " tu ne seras pas autonome, tu ne pourras pas aller travailler sans ton permis", alors que son discours implicite lui signifie qu'il est malade, qu'il aura un traitement à vie, comme sa tante, à qui il est identifié. Kabil est ainsi entraîné malgré lui dans une confusion, une incapacité à trouver une issue.

Initialement donc, la prescription d'une thérapie familiale paraissait une bonne indication :

G. Salem explique, par exemple, que les troubles psychiques de l'adolescence représentent une indication spécifique à l'approche familiale, notamment les schizophrénies, qui nécessitent

presque toujours une intervention sur la famille, de même que les crises d'identité et les problèmes d'adaptation sociale chez les migrants.²⁰⁸

Il n'y avait, par ailleurs, pas de contre-indications à débiter un tel travail, Kabil et ses parents étant en outre tout à fait d'accord pour une démarche de ce type.

Cependant, l'échec de la thérapie familiale peut s'expliquer à posteriori, par la trop grande précocité de sa prescription.

En effet, lors des débuts de cette thérapie, le père de Kabil n'avait pas encore consulté et reconnu, accepté l'idée qu'il était dépressif. Les séances se passaient du coup de façon stéréotypée, entre un père en larmes, un fils silencieux ou répondant dans la confrontation systématique, surtout avec sa mère qui, agacée, noyait de reproches son mari, cherchant un responsable, sans comprendre le but d'un tel travail.

3. La question diagnostique

Le diagnostic de trouble psychotique induit et de bouffée délirante aiguë ont rapidement été substitués par le diagnostic de schizophrénie paranoïde.

Par la suite, les symptômes ont en effet persisté malgré un sevrage de plus de 6 mois. (Sevrage vérifié par des contrôles urinaires réguliers.)

Nous retrouvons, par ailleurs, une majorité de symptômes caractéristiques et persistants, avec un délire paranoïde, c'est-à-dire non structuré, pseudo-logique, non systématisé, à mécanismes principalement hallucinatoires et interprétatifs, à thème de destruction et de catastrophe, dans un vécu entraînant une angoisse majeure, avec une idée de mort imminente. Un syndrome dissociatif majeur est associé au tableau, avec détachement du réel et bizarrerie. La dissociation se repère aussi bien au niveau psychique – avec attention distractible et variable – qu'au niveau des émotions et des comportements moteurs.

Kabil présente, en effet, une ambivalence et une discordance affective, sans adéquation avec la réalité, de même que des actes impulsifs étranges ou contradictoires, dont la motivation reste hermétique et abstruse.

Au total, le discours et le comportement de Kabil sont désorganisés, bien que ses propos restent cohérents dans la conception et l'organisation délirante, ses préoccupations restant centrées sur celle-ci. Par ailleurs, il n'y a jamais eu, de troubles francs de l'humeur.

²⁰⁸ G. Salem, *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Ed. Masson, 1990, p.111.

Par la suite, un désinvestissement scolaire s'est peu à peu installé, avec perte des relations interpersonnelles, abandon des activités habituelles, dans un contexte d'émoussement affectif et de perte de volonté.

Enfin, au delà de huit mois d'évolution, une croyance bizarre, atténuée et rationalisée, persiste sur sa conception de l'anéantissement du monde, associée à des symptômes négatifs.

Actuellement, les symptômes résiduels sont prononcés, avec altération persistante des contacts sociaux, malgré une possibilité d'insertion et d'accès à un travail qui semble possible si Kabil ne persiste pas dans ses conduites de marginalisation et de consommation cannabique.

4. Conclusion.

Pour Kabil, la nouvelle élaboration délirante sur ses origines réactives somme toute une situation familiale particulière, où son père, lui-même, s'est trouvé confronté à un abandon progressif de son passé, sans que nous puissions parler de reniement, mais plutôt d'une situation subie dans la passivité et dans la dépression. Ainsi, dans le cas de Kabil, c'est davantage le mode relationnel familial particulier, la pathologie paternelle et les interrelations particulières conséquentes, que le facteur culturel à proprement parler, qui interviennent comme éléments participant à sa situation pathologique.

M. Laxenaire explique à ce propos que " la pathologie culturelle n'intervient, en effet souvent que comme facteur aggravant d'une situation familiale déjà pathologique." ²⁰⁹

C'est à cet égard qu'une nouvelle tentative de prise en charge familiale nous semblerait souhaitable.

Les entretiens familiaux réguliers ayant eu lieu au cours du séjour de Kabil, notamment avec des face à face entre le père et le fils, ont permis quelque peu de démêler la situation ; le fait que le père ait pu envisager un suivi et un traitement individuel nous paraît également un préalable nécessaire à tout début de thérapie familiale.

Actuellement, Kabil continue une prise en charge sur le centre médico-psychologique de son secteur, il a passé les épreuves qui lui manquait pour son BEP et a trouvé un emploi pour l'été. La situation familiale est toujours précaire, ses parents doutant fortement de sa réussite aux examens, le père tentant actuellement de lui trouver un contrat d'apprentissage.

²⁰⁹ M. Laxenaire et al, Les problèmes d'identité chez les enfants des migrants, *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1982, p. 605.

VI. CONCLUSIONS

THESE SOUTENUE PAR: **Isabelle DURAND - PILAT**

TITRE: **La question de l'identité chez les adolescents maghrébins de seconde génération.**

CONCLUSIONS

Notre travail, au cours des rencontres et de la prise en charge de quatre adolescents, nous a conduits à nous interroger sur la question de l'identité chez les jeunes maghrébins de seconde génération.

Nous savons que, comme le souligne le petit nombre d'études épidémiologiques existant sur cette question, la fréquence des troubles mentaux n'est pas plus élevée dans cette population. En revanche, la crise d'adolescence se trouve chez eux exacerbée, avec des repères identificatoires moins stables, et des troubles de l'identité plus fréquents. Notre réflexion, à partir de la prise en charge institutionnelle de ces adolescents, nous conduit à souligner deux points essentiels à nos yeux.

Tout d'abord, il est particulièrement important de pouvoir replacer la problématique de ces adolescents dans le champ de la dynamique familiale.

A côté des entretiens individuels, l'intérêt d'un travail susceptible d'associer les parents est ainsi fondamental et nous paraît devoir être un moment propice aux échanges et aux élaborations. C'est par ce biais en effet que la conflictualité sous-jacente à certaines situations familiales difficiles peut trouver un cadre et un lieu d'écoute, préalable indispensable au repérage de la réalité psychique du patient et des éventuels remaniements fantasmatiques de celle-ci. Au sein de ce dispositif, il n'est en effet pas seulement question de la famille réelle, objectivable dans les diverses modalités de son fonctionnement particulier, mais aussi et même surtout des représentations que le patient en élabore, afin de trouver une signification acceptable à son existence.

Aussi, la prise de conscience par la famille qu'un équilibre différent demeure possible reste un des objectifs prioritaires de notre travail, qui consiste alors par le biais de l'hôpital de jour, à ouvrir un espace approprié – "un entre-deux" pour reprendre le terme de D. Sibony – neutre et conflictualisable, afin d'essayer de redistribuer des données figées, des enjeux cristallisés qui, dans leur inertie et leur involution, hypothèquent toute dialectique de transformation.

Il s'agit bien d'aider l'adolescent à pouvoir se situer dans une histoire tout autant personnelle que familiale, où, comme tout un chacun, il est le dépositaire de deux héritages : l'un vertical, celui de sa filiation, l'autre horizontal, celui de son époque et de son environnement.

Enfin, il est indispensable d'éviter l'écueil redoutable qui consiste à expliquer d'une façon réductrice les symptômes, pour souligner, au contraire, leur singularité.

A travers à la fois la diversité et la similitude des situations vécues par ces quatre adolescents, nous avons choisi d'illustrer la variété des pathologies présentées, sans que puissent être établis ipso facto des liens de cause à effet entre celles-ci et la dimension culturelle, bien qu'il existe évidemment des interactions multiples entre les deux. Repérer un faisceau de paramètres convergents ne revient pas pour autant à affirmer un lien de causalité, nécessairement déterministe et donc réducteur.

Nous nous sommes donc délibérément situés à l'écart d'une position ethnopsychiatrique qui se voudrait différentialiste. Notre approche a ainsi davantage consisté à intégrer les données culturelles et transgénérationnelles, pour tenter de préciser au mieux la singularité de ces patients, en évitant toute globalisation. Une telle démarche veut signifier que les pathologies et les difficultés rencontrées ne peuvent être la simple résultante d'un facteur culturel.

Il ne s'agit pas en effet "d'expliquer le symptôme par l'objet culturel." ¹ Comme le rappelle O. Douville, "tout destin est pris dans une histoire familiale où jouent fantasmes et identifications... On ne "psychothérapipe" pas une culture, et, soulignait Devereux, l'on ne saurait opter pour la psychanalyse du matériel culturel. Non que l'on ne puisse l'interpréter, mais à condition de pouvoir entendre le traitement fantasmatique du trait culturel, là où pour nos patients et leur famille s'y forment quelques aspects du roman familial." ²

Aussi, notre attention et notre prudence méthodologiques furent en permanence motivées par la nécessité de ne pas conceptualiser ni généraliser trop hâtivement, en faisant des immigrés et des adolescents issus de la migration une catégorie conceptuelle ou une entité clinique à part entière.

Notre travail nous amène, enfin, à souligner la relativité des catégories diagnostiques, et surtout la difficulté de les appliquer tel quel à l'adolescence. Tous ces facteurs nous ont certainement incités plus encore à privilégier l'approche psychopathologique.

Au travers des récits de ces adolescents, nous avons pu alors repérer combien il s'avère essentiel pour eux de pouvoir se distancier d'un vécu immédiat, parfois étouffant, d'un assujettissement à une place désignée.

C'est à partir d'une certaine mémoire, si fragmentaire et si précaire soit-elle, que peut prendre forme la construction d'une histoire, où l'individu devient véritablement agent, auteur d'un certain projet susceptible de fonder ses choix et ses conduites. C'est à ce prix, nous semble-t-il, que l'identité peut revêtir enfin une signification authentique.

Les hypothèses avancées dans notre travail montrent cependant que la question de l'identité demeure éminemment ouverte, tant il est vrai que l'identité se construit et se transforme tout au long de l'existence, qu'elle s'appuie sur de multiples appartenances qui circonscrivent la singularité de chacun dans une évolution permanente.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

GRENOBLE, le

LE DOCTEUR

J.L. DEBRU



LE PRESIDENT DE THESE
PROFESSEUR Th. BOUGEROL

¹ O. Douville, De l'inactualité de l'ethnopsychiatrie, *Synapse*, Juin 1998, n° 147, page 29.

² O. Douville, Identités sacrificielles. Considérations cliniques sur les troubles du lien intergénérationnel dans la migration.

Etudes psychothérapeutiques, n°8, 1993, page 91.

VII. BIBLIOGRAPHIE

ANDOLFI M. ➤ Un modèle trigénérationnel, *Panorama des thérapies familiales*, sous la direction de M. Elkaïm, Ed. Seuil, 1995, p. 115-137.

ANDOLFI M. / ANGELO C. / DE NICHOLLO ANDOLFI A. ➤ Temps et mythe en psychothérapie familiale, ESF éditeur, Paris, 1990, 213 pages.

ANTONI M. ➤ *A la recherche de caractéristiques psycho-sociologiques d'une population de jeunes migrants dits de deuxième génération. Elaboration d'une enquête*, Thèse Marseille, 1986, 149 pages.

ANTONI M. / GIRAVALLI P. / SCOTTO J-C. ➤ Adolescents issus de parents migrants et recherche identitaire, *Annales de psychiatrie*, 1992, Vol 7, n° 4, p. 180-185.

AUDISIO M. / DOUVILLE O. ➤ Des transmissions en crise, *L'information Psychiatrique*, n° 7, 1994, p.577- 580.

BEAUCHESNE H. / ESPOSITO J. ➤ *Enfant de migrants*, Ed. PUF Paris, 1981, 95 pages.

BENADIBA M. ➤ Les adolescents maghrébins en France : aspects psychopathologiques, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 27(9), 1979, p. 395-399.

BENGUIGUI Y. ➤ Mémoires d'immigrés, l'héritage maghrébin, Albin Michel, 1998, 210 pages.

BENSMAIL B. / BOUCEBCI M. / BOUCHEFRA A. et al. ➤ Psychopathologie et migration, *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1982, p.647-663.

BERNARD P. ➤ *L'immigration, les enjeux de l'intégration*, Le Monde, Marabout, 1998, 241 pages.

BETTSCHART W. ➤ Quelques aspects de psychologie et psychopathologie des enfants de familles migrantes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 11-12, Novembre - Décembre 1987, p. 490-497.

BILOA-TANG M. / VINCENT T. ➤ La dépression avant 20 ans, prise en charge médicamenteuse et institutionnelle, *Neuro-Psy*, n° spécial, Jan 1998, p.56-62.

BIRRAUX A. ➤ Psychopathologie de l'adolescence et du vieillissement, *Psychanalyse*, sous la direction de A. de MIJOLLA et S. de MIJOLLA, Ed. PUF Paris, 1996, p. 511-518.

BOUCEBCI M.

➤ Rang d'aîné dans la fratrie et risque psychopathologique : Le syndrome d'aîneté, *L'Information Psychiatrique*, n° 7, Sept. 94, p. 583-592

BOURGEOIS M.L. ➤ Identité et développement de Moi selon E.H. Erikson, *Confrontations Psychiatriques*, collectif sur les troubles de l'identité, numéro 39, Rhône-Poulenc, Sept. 1998, p.57-71.

BOURGEOIS M.L. / BRUCHON-SCHWEITZER M.L. ➤ Le concept d'identité, *Confrontations Psychiatriques*, collectif sur les troubles de l'identité, numéro 39, Rhône-Poulenc, Sept. 1998, p.21-29.

BRES Y. ➤ La transmission selon Pierre Legendre, *Généalogie et Transmission*, Guyotat J., Fédida P. et al, Ed. Echo-Centurion, 1986, Paris, p. 11-14.

CALEVOI N. / SCANDARIATO R. ➤ Processus adolescents chez les étudiants étrangers et immigrés, *Adolescence*, 1998, 16, 1, p. 79-89.

CAMILLERI C.

➤ Les stratégies identitaires des immigrés, *Sciences Humaines (hors série sur l'identité)*, Décembre 96 - Janvier 97, Numéro 15, p. 31-34.

➤ Les immigrés maghrébins de la seconde génération : contribution à une étude de leurs évolutions et de leurs choix culturels, *Bulletin de psychologie*, 1978, Tome XXXIII, n° 347, p.985-995.

CARMOY R. de ➤ Entre intégration et rupture : les adolescentes musulmanes à la recherche de leur identité, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°11-12, Novembre - Décembre 1993, p.637-643.

CHABANNES J-P. ➤ *Les adolescents dits "maghrébins de deuxième génération" en France*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXXVI^{ème} session, Chambéry, Juin 1988, 320 pages.

CHEMAMA R. ➤ *Dictionnaire de la psychanalyse*, Larousse, Paris, 1995, 355 pages.

CIM 10 ➤ *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, Ed. Masson, Paris, 1992.

DACHMI A.

➤ La fonction paternelle au Maghreb. Du meurtre du père au meurtre du fils, *L'évolution psychiatrique*, vol. 58, n° 2, 1993, p. 281-292.

➤ L'affaiblissement de l'autorité paternelle ou les méfaits de l'acculturation, *L'Information Psychiatrique*, Sept 98, vol 74, n° 7, p. 672-678.

DEGIOVANNI A. / GAILLARD-SIZARET C. / GAILLARD P. > *Psychopathologie et identité*, Rapport de psychiatrie, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXVIII^{ème} session, Reims, 1980, Masson, p.5-157.

DELCAMBRE A.M. > *L'Islam*, Repères Ed. La Découverte, Paris, 1991, 122 pages.

DOLLE-MONGLOND B. > *Introduction aux thérapies familiales*, Ed. ESF Paris, 1998, 264 pages.

DOUVILLE O.

> Identités sacrificielles. Considérations cliniques sur les troubles du lien intergénérationnel dans la migration, *Etudes psychothérapeutiques*, n° 8, 1993, p. 83- 99.

> De l'inactualité de l'ethnopsychiatrie, *Synapse*, Juin 1998, n° 147, p.23-30.

DOUVILLE O. / GALAP J. > Santé mentale des migrants et réfugiés en France, Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-880-A-10, 1999, 11 pages.

ERIKSON H.E. > *Adolescence et crise. La quête d'identité. (Identity youth and crisis)*, Flammarion, Paris, 1978, 348 pages.

FIZE M. > Naissance de la culture adolescente, Dossier : les métamorphoses de la puberté, *Sciences Humaines*, n° 33, Nov 1993, p.24-26.

FORTINEAU J. > Psychopathologie de deux adolescents et de leurs parents (couple mixte franco-maghrébin), *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n°11-12, Novembre-Décembre 1987, p. 498-503.

FORTINEAU J. / BENCHEMSI Z. > Intégration des données ethniques et culturelles dans l'approche de la psychopathologie des enfants et des adolescents maghrébins immigrés, *L'Information Psychiatrique*, n° 6, Vol 63, Juin 87, p. 761-766.

FREUD S.

> *Etudes sur l'hystérie (1895)*, Ed. PUF Paris, 1994, 254 pages.

> *Cinq Psychanalyses (1905-1918)*, Ed. PUF Paris, 1995, 422 pages.

> *Totem et Tabou (1912-1913)*, PBP, Paris, 1996, 241 pages.

> *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse (1933)*, Ed. Folio Essais Gallimard, Paris, 1989, La féminité (1932), p. 150-181

> *Essais de Psychanalyse, PBP, Paris, 1981*

↳ Au delà du principe de plaisir (1920), p.43-115.

↳ Psychologie des foules et analyse du Moi (1921), p. 117-217.

↳ Le Moi et le Ça (1923), p. 219-275.

- L'homme Moïse et la religion monothéiste (1939), Ed. Folio Essais Gallimard, Paris, 1993, 256 pages.
- Le Malaise dans la culture (1929), Ed. PUF Paris Quadrige, 1995, 93 pages.
- Névrose, psychose et perversion (1894-1924), Ed. PUF Paris, 1995, 306 pages.
- La vie sexuelle (1907-1931), Ed. PUF Paris, 1995 :
 - ↳ Pour introduire le narcissisme (1914), p. 81-105.
 - ↳ La disparition du complexe d'oedipe (1923), p. 117-122.
 - ↳ Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique des sexes (1925), p. 123-132.
- Trois essais sur la théorie sexuelle (1905), Ed. Folio Essais Gallimard, Paris, 1995, 211 pages.

GASQUET I. ➤ Epidémiologie des troubles dépressifs de l'enfance et de l'adolescence, Neuro-psy, n° spécial, jan 1998, p.13- 18.

GEADAH R. R. ➤ Spleen et espérance d'un voyageur de Pâque (s), Traumatisme, migration et acculturation, Extrait de Rivages, Enfance et traumatisme, n° 2, 1993, p.80-120.

GIRAVALLI P. / ANTONI M. / BOUGEROL T. / SCOTTO J.C. ➤ Difficultés identitaires chez les jeunes issus de la migration. Premiers résultats d'une enquête, Psychologie Médicale, 1992, Vol 24, n° spécial 13, p. 1408-1410.

GIRAVALLI P. / ANTONI M. / LANCON C. / SCOTTO J-C. ➤ Présentation d'une enquête à la recherche de facteurs de risque chez des jeunes issus de la migration maghrébine, Annales de psychiatrie, 1992, vol. 7, n° 4, p. 180-185

GOHIER B. / DUVERGER P. ➤ Adolescence et répétition : entre normal et pathologique, La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie médicale, n°15, Fév. 98, p 50- 52.

GUEGUEN J.P. / PEYRON M. ➤ La prise en charge institutionnelle des états limites, L'Information Psychiatrique, Mars 1997, vol 73, n° 3, p.249-253.

GUTTON P. ➤ Identification à l'adolescence, Edition Techniques, Encycl. Méd.Chir., Paris, Psychiatrie, 37-213-A-30, 1993, 4 pages.

GUTTON P. / BIRRAUX A. ➤ "ils virent qu'ils étaient nus", différence et complémentarité des sexes à l'adolescence, Psychanalyse à l'université, Tome 7, n° 28, Ed. Erès, Toulouse, 1982, p.671-679.

GUYOTAT J.

- A propos de la clinique des troubles de l'identité, Confrontations Psychiatriques, collectif sur les troubles de l'identité, numéro 39, Rhône-Poulenc, Sept. 1998, p.7-20.
- Analyse du lien de filiation, Dialogue, n° 90, 4^{ème} trimestre 1985, p. 24-29.

- Filiation et identité, Revue Trimestrielle Souffles, dossier sur l'identité, n° 136, Janvier 1995, p. 11-15.
- Grille pour un repérage des singularités de la filiation, Psychanalyse à l'Université, 4, 16, 1979, p. 639-652.
- Mort, naissance et filiation, Etudes de psychopathologie sur le lien de filiation, Ed. Masson (médecine et psychothérapie), Paris, 2^{ème} trimestre 1980, 172 pages.
- Problèmes cliniques concernant le lien de filiation, Troubles du langage et de la filiation chez le maghrébin de la deuxième génération, sous la direction de Yahyaoui A., La Pensée Sauvage, 1988, p. 139-146.

HEMON E. ➤ L'enfant de migrants, interprète entre deux foyers, Thérapie familiale, 1995, vol 16, n° 2, p.195-211.

HOCHMAN J. ➤ Imitation, contagion, identification, ou la laborieuse élaboration d'un concept, Adolescence, 7, 2, 1989, p.9-24.

HUERRE P. ➤ L'adolescence en héritage, d'une génération à l'autre, Calmann Lévy, 1996, 68 pages.

JEAMMET P.

- L'adolescence est-elle un risque ? Adolescence et risque, collectif Tursz A, Souteyrand Y, Salmi R., édition Syros, 1993, pages 41-51.
- La fin de l'adolescence, une étape spécifique ?, Nervure, tome 8, n° 4, 1995, p. 30-32.
- Actualité de l'agir, à propos de l'adolescence, Nouvelle Revue De Psychanalyse, Ed. Gallimard, n° 31, 1985, p.202- 222.

KAËS R.

- Filiation et affiliation, Gruppo, Septembre 1985, n°1, p. 23-46.
- Objets et processus de la transmission, Généalogie et Transmission, Guyotat J, Fédida P. et al, Echo-centurion, 1986, Paris, p. 15-24.
- Dispositifs psychanalytiques et émergences du générationnel, Le Générationnel. Approche en Thérapie familiale psychanalytique, Collectif Eiguer A., Carel A., André Fustier F., Aubertel F., Ciccone A., Kaës R, Dunod, Paris, 1997, p. 1-12.

KAËS R. / FAIMBERG H. / ENRIQUEZ M. / BARANES J-J. ➤ Transmission de la vie psychique entre générations, Dunod, Paris, 1993, 208 pages.

KAËS R. / CORREA RUIZ O. / DOUVILLE O. et al ➤ Différence culturelle et souffrances de l'identité, Dunod, Paris, 1998, 258 pages.

KESTEMBERG E. ➤ L'identité et l'identification chez les adolescents, Psychiatrie de l'enfant, vol.5, n° 2, 1962, p.441-522.

KONICHECKIS A. ➤ De la différence des générations, *Généalogie et Transmission*, Guyotat J, Fédida P. et al, Echo-centurion 1986, Paris, p. 61-69.

LACAN J. ➤ Le stade du miroir comme formateur de la fonction du je, *Écrits I*, Points Essais, Ed. du Seuil, 1966, p.89-97.

LAGARDE P-S. / MARTINO P. / BENSLAMA F. / HIRT J-M. / DOUVILLE O. / NATAHI O. ➤ L'ethnopsychiatrie en question: dossier ("Ce que signifie l'étranger"; "L'illusion ethnopsychiatrique"; "L'ailleurs et l'ici : pour une clinique de l'exil"; "Critique de l'opinion ethnopsychiatrique, de ses apories et de ses impasses"), *La lettre de psychiatrie française*, n 65, mai 1997, p 16, 22.

LAXENAIRE M. / GANNE-DEVONEC M.O. / STREIFF O. ➤ Les problèmes d'identité chez les enfants des migrants, *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1982, p.602-605.

LEBOVICI S. ➤ Imitation et identification, *Adolescence*, 7, 2, 1989, p.25-33.

LEMPERIERE T. ➤ *Psychiatrie de l'adulte*, Ed. Masson, 1977, 430 pages.

LEVI-STRAUSS Cl. ➤ *Séminaire L'identité (1974-1975) dirigé par*, Quadrige, PUF, Paris, 1995, 344 pages.

LUCCIONI H. / CALVET P. / SCOTTO J-C. / SUTTER J-M. ➤ *Fonction paternelle et carence d'autorité*, Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, LXXIXème session, COLMAR, 1981, Masson, p 201- 204.

MAALOUF.A ➤ *Les identités meurtrières*, Grasset, Paris, 1998, 211 pages.

MALEWSKA-PEYRE H. et al ➤ *Crise d'identité et déviance chez les jeunes immigrés*, La documentation française, C.F.R.E.S, Vaucresson, 1982, 399 pages.

MALEWSKA-PEYRE H. ➤ L'image de soi des jeunes délinquants immigrés, *Bulletin de psychologie*, 1982, Tome XXXVI, n°359, p 363- 376.

MANNONI M. ➤ La désidentification, dans *Le Moi et l'autre*, L'espace analytique, Ed. Denöel, 1985, p. 59-94.

MARCELLI D.

➤ *Les états limites en psychiatrie*, Ed. PUF, Paris, (Nodules), 1981, 77 pages.

➤ Dépression de l'adolescent, *Perspectives Psychiatriques*, vol 37, sept-oct 1998, p. 241-248.

MARIE-CARDINE M. / COLLET B. ➤ Clinique de l'hystérie, *Confrontations psychiatriques*, n° 25, 1985, p. 11-43.

MAUGER G. ► L'adolescence : invariants et variation, *Adolescence et risque*, collectif Tursz A., Souteyrand Y., Salmi R., édition Syros, 1993 , pages 53- 62.

MERNISSI F. ► *Sexe, idéologie et Islam*, Tomes 1 (90 pages) et 2 (117 pages), Ed. Maghrébines, 1985.

MIJOLLA A. de ► A propos des relations entre les générations, *Dialogue*, n° 90, 4^{ème} trimestre 1985, p. 3-15.

Mini-DSM-III-R (1989) et Mini-DSM-IV (1996) ► *Critères diagnostiques*, American Psychiatric Association, traduction française par J.D. Guelfi et al., Ed. Masson, Paris.

MISES.R. / JEAMMET.P. ► La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, *Confrontations psychiatriques*, n° 24, 1984, p.251-274.

MOUSSAOUI D. / SAYED A. ► Les enfants de migrants ou l'impossible identité, *Annales médico-psychologiques*, n° 6, 1982, p.588-592.

MUCCHIELLI A. ► *L'Identité*, Que sais-je?, PUF, Paris, 1994, 127 pages.

MULHERN S. ► Le trouble dissociatif de l'identité : commuto, ergo sum !!!, *Confrontations Psychiatriques*, collectif sur les troubles de l'identité, n° 39, Rhône-Poulenc, Sept. 1998, p. 153-186.

NAUDIN J. / AZORIN J-M. ► Le concept d'identité chez Ricoeur et l'expérience psychiatrique, *Confrontations Psychiatriques*, collectif sur les troubles de l'identité, n° 39, Rhône-Poulenc, Sept 1998, p. 73-88.

PARISOT S. ► En écoutant Paul Ricoeur, *L'information psychiatrique*, Vol 72, n° 3, Mars 1996, p. 211-214.

PATRIS M. ► *La fonction paternelle en psychopathologie*, Rapport de psychiatrie, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXIXème session, COLMAR, 1981, Masson, p 7-138.

PECHEVIS M. ► Enfants de migrants, dans *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Tome IV(1985), S.LEBOVICI, M.DIATKINE, M.SOULE, Ed. PUF Paris, 1995, p. 2285-2301.

RICOEUR P. ► Les paradoxes de l'identité, *L'information psychiatrique*, Vol 72, n° 3, Mars 1996, p. 201-206.

ROSOLATO G. ► La Filiation : ses implications psychanalytiques et ses ruptures, *Pour une psychanalyse exploratrice dans la culture*, PUF, Paris, 1993, p. 273-286.

SABBAH FATNA AÏT ► *La femme dans l'inconscient musulman*, Albin Michel, Paris, 1986, 225 pages.

SALEM G. ► *L'approche thérapeutique de la famille*, Paris, Ed. Masson, 1990, 178 pages.

SERIEUX P. / CAPGRAS J. ► *Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation*, Laffite Reprints, Marseille, 1982, 392 pages.

SIBONY D.

► *Les trois monothéismes (1992)*, Ed. Points-Seuil, 1997, 375 pages.

► *Entre-deux, l'origine en partage (1991)*, Ed. Points-Seuil, 1998, 399 pages.

SZTULMAN H. / ELFAKIR A. ► Des pères aux pairs : Oedipe et personnalité arabo-musulmane, *Etudes psychothérapeutiques*, n° 5, 1992, p.117-136.

TABOADA-LEONETTI I. ► Les jeunes filles immigrées (une problématique spécifique) dans *Crise d'identité et déviance chez les jeunes immigrés*, MALEWSKA-PEYRE.H et al, La documentation française, C.F.R.E.S, Vaucreson,1982, p 249-268.

TIETZE N. ► L'Islam, principe de subjectivation ?, *Cultures en mouvement*, (Reconnaitances, Dynamiques, Identités...Quel Islam en Europe ?) Déc 98/ Janv 99, p. 44-46.

TISSERON S. / PAPETTI-TISSERON Y. ► Histoire familiale et filiation analytique, imbroglio ou dénouement?, dans Oedipe et son origine : une question " sans frontière", *Revue du Collège de Psychanalystes*, n° 12, 1984, p 47-57.

TRIBOLET S. ► Trouble dissociatif de l'identité, *Nervure*, Tome XI, n° 7, 1998, Supplément FMC, p. I-IV.

TROUVE J-N. ► Le temps du père, le temps des fils, éléments psychopathologiques en contexte migratoire, *L'Information Psychiatrique*, n° 6, vol. 63, Juin 1987, p. 787-792.

TROUVE J-N. / LIAUZU J-P. / CALVET P. / SCOTTO J-C. ► Aspects sociologiques des troubles de l'identité dans la pathologie de la migration, *Annales médico-psychologiques*, Vol 141, n° 10, 1983, p. 1041- 1062.

TROUVE J-N. / SCOTTO J-C. ► La famille maghrébine immigrée : une famille en souffrance, *Soins psychiatriques*, n° 39, janvier 1984, p.25- 29.

VAILLANT T. ➤ *L'immigration, les essentiels*, Milan, 63 pages.

VERNET A. / HENIN M. ➤ Filiation manquante, identité perdue, *Le journal des psychologues*, Mars 1999, n° 165, p.16-20.

VINSONNEAU G. / CAMILLERI C. ➤ Pour une approche en psychologie culturelle : contribution à l'étude de la dynamique identitaire du jeune immigré en France, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 11-12, Novembre - Décembre 1987, p. 475-483.

WINNICOTT D.W.

➤ *De la pédiatrie à la psychanalyse (1958)*, Science de l'homme, Payot, Paris, édition 1996, 466 pages.

➤ La crainte de l'effondrement, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 1975, p. 35-41.

➤ *Jeu et réalité (1971)*, Ed. Gallimard, 1995.

↳ La localisation de l'expérience culturelle, p.132-143.

↳ Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant, p.153-162.

YAHYAOUI A.

➤ *Troubles du langage et de la filiation chez le maghrébin de la deuxième génération*, La Pensée sauvage, 1988, 197 pages.

➤ *Identité, culture et situation de crise*, La Pensée sauvage, 1989, 169 pages.

DOCUMENTS :

➤ *La Filiation*, collection "La loi au quotidien", Editions du Journal officiel, Paris, 1997, 103 pages.

➤ *Code Civil*, Journal Officiel, Paris, Edition 1994, p. 11-30.

VIII. Annexes

A. *Rappels historiques*

1. Le Maghreb

Le Maghreb, qui signifie "le couchant", constitue une unité géographique comprenant les pays du Nord Ouest de l'Afrique du Nord, c'est-à-dire le Maroc, l'Algérie et la Tunisie.

Mais ce n'est pas pour autant une unité culturelle et historique, même si des similitudes ethniques et religieuses sont évidentes entre ces trois pays.

Nous analyserons successivement en quoi ces trois pays se ressemblent, puis ce qui au fond, les différencie le plus, c'est-à-dire, surtout l'histoire récente, singulière surtout pour l'Algérie et peu comparable à la situation marocaine et tunisienne.

La population : origine ethnique

Le premier point commun repérable est l'origine identique de la population du Maghreb, dont les Berbères constituent le fondement le plus ancien (dès le II^{ème} millénaire avant J-C).

Ce sont des populations agricoles initialement nomades, qui se sont peu à peu sédentarisées. Berbère a par ailleurs pour origine étymologique le mot "barbarie", qui signifie "étranger".

Les Berbères ont eux-mêmes des origines diverses. Ainsi, en Tunisie, des immigrants de Lybie seraient les véritables ancêtres des Berbères ; au Maroc, ils semblent être venus de Mauritanie et vivent encore aujourd'hui aux confins sahariens ou dans l'Atlas.

L'histoire du Maghreb apparaît ensuite marquée par une suite d'influences étrangères. Il a été, au cours des siècles, une terre d'accueil ou de conquête.

Après plusieurs dominations successives, que ce soit par les romains, les phéniciens (qui fondent Carthage en Tunisie au IX^{ème} siècle et étendent ensuite leur territoire) ou les byzantins, c'est au VII^{ème} siècle que commence la conquête arabe, en Tunisie en 647, au Maroc en 681, en Algérie en 702.

Les Arabes se heurtent à la résistance des populations berbères, la religion musulmane et la langue arabe ne sont adoptées que lentement. Les régions périphériques et les hauteurs résistent d'ailleurs beaucoup plus à la pénétration musulmane et une partie importante de la population conserve l'usage des langues berbères (ce que nous retrouvons encore aujourd'hui dans les régions isolées et retirées du Haut Atlas, au Maroc de la Kabylie en Algérie...)

La conquête arabe n'empêche pas cependant, l'histoire d'être encore troublée par les rivalités entre Berbères et Arabes et par les querelles entre Berbères.

L'histoire de chacun des trois pays se différencie ensuite progressivement.

C'est au XVII^e siècle que la France établit au Maroc les premiers consuls.

Par la suite, à la fin du XIX^e siècle, avec le développement de l'Europe et la période de compétition coloniale, les puissances se livrent à une guerre économique au Maroc. Une occupation progressive du pays par la France, surtout économique, puis militaire, conduit à l'établissement d'un protectorat en 1912.

Le Maroc est ainsi administré pendant plus de 40 ans sous l'autorité de la France, jusqu'en 1956 où le pays accède à l'indépendance, devenant une monarchie constitutionnelle, dans laquelle un désir de coopération avec la France est affirmé. Cette politique fonctionne de manière efficace, permettant une adaptation progressive à l'indépendance.

La Tunisie, de même accède à l'indépendance en Mars 1956, sans troubles majeurs, alors que l'Algérie vivra la guerre de 1954, début de l'insurrection algérienne, au 5 Juillet 1962, date de l'indépendance, après un référendum en 1961 sur son droit à l'autodétermination.

Ainsi, à l'indépendance "consentie" du Maroc et de la Tunisie, pouvons nous opposer l'indépendance "arrachée" de l'Algérie.

2. Du point de vue juridique

En France, le code de nationalité est l'appartenance juridique à la population constitutive d'un pays. ²¹²

1927

La loi française prévoit la transmissibilité de la nationalité par la filiation maternelle.

Le régime de Vichy annule ces dispositions et pratique une politique de discrimination ethnique.

En Octobre 45 est établi un équilibre entre "jus soli" et "jus sanguis", c'est à dire droit de sol et droit de sang.

1973

La loi est modifiée, ceci en conséquence de l'indépendance de l'Algérie en 1962.

Des statuts différents sont conférés aux enfants nés avant le premier janvier 1963 en Algérie française et après l'indépendance de 1962. ²¹³

²¹² *Code Civil*, Journal Officiel, Paris, Edition 1994, p. 11.

Cette règle ne vaut pas pour le Maroc et la Tunisie (qui étaient sous protectorat français et conservent les mêmes dispositions.)

1993

Les enfants nés en France de parents étrangers, eux-mêmes nés à l'étranger, n'acquièrent plus "automatiquement" la nationalité française à 18 ans. Ils doivent manifester leur désir d'acquérir la nationalité française entre 16 et 21 ans. (Gouvernement Balladur).

1997

La loi Guigou rétablit l'acquisition de plein droit de la nationalité à l'âge de la majorité ; si la personne peut justifier de sa résidence en France pendant une période continue ou discontinue d'au moins 5 ans, depuis l'âge de 11 ans, en fournissant une preuve écrite.

Par contre, "est maintenue la possibilité d'une acquisition anticipée de la nationalité à 16 ans par manifestation de volonté" ²¹⁴

Mais l'interdiction pour les parents d'obtenir la nationalité pour leurs enfants mineurs est conservée, justifiée par le respect de l'autonomie et de la volonté du jeune concerné.

Il est toujours possible en tout cas de demander à ne pas acquérir la nationalité française.

Enfin, tout étranger majeur peut demander sa naturalisation s'il peut justifier d'une résidence habituelle en France depuis 5 ans, et de son assimilation à la communauté française. (connaissance de la langue par exemple)

Au Maghreb, la nationalité par filiation ne se transmet que par le père (notion de lien indéfectible). Mais le "droit du sol" s'applique pour un mariage entre une mère maghrébine et un père étranger : c'est alors le critère du lieu de naissance qui donne sa nationalité à l'enfant.

²¹³ *Op. cit.*, p. 30.

²¹⁴ Bernard P., *L'immigration, les enjeux de l'intégration*, Le Monde, Marabout, 1998, p.34.

B. L'immigration

1. Définition

Immigrant signifie, dans sa définition classique : "qui vient s'établir dans un pays qui n'est pas le sien.", ou encore "qui est venu de l'étranger", et ceci fait référence au mouvement d'un pays d'origine vers un pays d'accueil.

Il convient de repérer que les immigrés ne sont pas forcément des étrangers, ce second terme faisant référence à la nationalité. D'ailleurs, certains immigrés sont devenus français après leur installation sur le territoire.

Par contre, à l'opposé, des enfants nés en France et gardant la nationalité de leurs parents étrangers, sont eux-mêmes étrangers sans être immigrés. De même, un jeune délinquant de parents maghrébins sera considéré dans le langage courant comme étranger ou immigré, alors qu'il est français de naissance et de nationalité.

Ainsi, la France recense en 1990, sur 53 millions de Français :

- 4.2 millions **d'immigrés** (dont 2.9 millions d'étrangers nés hors de France et 1.3 millions de Français par acquisition)
- Elle compte par ailleurs 3.6 millions **d'étrangers** qui comprennent les 2.9 millions d'étrangers nés hors de France cités ci-dessus, et 0.7 millions d'étrangers nés en France.

Parmi ces étrangers, on comptabilise 1.392.000 maghrébins (marocains, tunisiens et algériens).

2. Historique

L'immigration commence véritablement en France au milieu du XIXème siècle, période de fort développement économique. En effet, "l'immigration étrangère a pris un caractère de masse depuis la seconde moitié du XIXè siècle, s'accroissant pendant les périodes d'expansion économique, stagnant lors des récessions. Aujourd'hui, la France est l'un des pays du monde dont la diversité de la population est la plus tributaire des flux migratoires." ²¹⁵

A la fin du XIXè siècle, un besoin de main d'œuvre non qualifiée du fait de la révolution industrielle, conduit aux premières vagues d'immigration.

²¹⁵ P. Bernard, *L'immigration, les enjeux de l'intégration*, Le Monde, Marabout, 1998, p. 13.

Pendant la première guerre mondiale, c'est un besoin politique qui fait venir des colonies de combattants pour renflouer les rangs d'une armée décimée.

C'est ensuite les besoins de reconstruction économique qui accélèrent la vague d'immigration et le déficit démographique dans l'entre-deux-guerres.

En **1931**, la France compte 2.7 millions d'étrangers, soit un taux de 6,4 %, qui est identique à celui de 1990.

Après la guerre de **1939-1945**, la France et l'Europe en général doivent se reconstruire. La main-d'œuvre manque et on fera bientôt appel à de nombreux immigrés. C'est alors la troisième vague d'immigration massive, avec plus de 4 millions de personnes venant surtout du Maghreb mais également dans une moindre mesure de l'Espagne et du Portugal.

"De 1954 à 1974, la France connaît alors la vague d'immigration la plus massive de son histoire." ²¹⁶, c'est l'époque des trente glorieuses. Des accords de main-d'œuvre sont signés avec le Maroc et l'Algérie en **1963**.

Des recruteurs de grandes entreprises françaises et de l'O.N.I. (Organisation Nationale de l'Immigration) se rendent dans des villages du Maghreb pour sélectionner des travailleurs potentiels et une main-d'œuvre considérée comme provisoire, en privilégiant les célibataires.

De **1947 à 1962**, les algériens sont des citoyens français à part entière qui circulent librement en métropole. En dépit du contexte de la guerre d'indépendance qui n'empêche pas les entreprises françaises de recruter la main-d'œuvre algérienne, ils sont parmi les premiers à répondre à la demande.

"Après la guerre d'Algérie, les accords d'Evian entre l'Algérie et la France prévoient un contingent de 50 000 travailleurs immigrés par an, lesquels restent trois ans au maximum, puis retournent dans leur pays, relayés par un nouveau contingent. Le but est de ne pas enraciner les maghrébins en France." ²¹⁷

De plus, les difficultés économiques d'après-guerre incitent un certain nombre d'algériens à s'installer dans l'ancienne puissance coloniale. Mais l'idée centrale reste que dans le projet de départ est inclus l'idée du retour.

Fin **1973**, en période de crise économique et d'embargo pétrolier, le gouvernement français, sous la présidence de Georges Pompidou, craignant une montée du chômage, opte pour une politique visant à limiter l'immigration. Par ailleurs, dans ce climat de crise, les algériens en France sont de plus en plus victimes de crimes racistes. En Septembre 1973, officiellement suite à des attentats, l'Algérie annonce ainsi la suspension de l'émigration vers la France.

En **1974**, sous la présidence de Valérie Giscard D'Estaing, la politique de suspension de l'immigration se poursuit, avec mise en place d'une aide au retour, basée sur le volontariat

²¹⁶ E. Vaillant, L'immigration, Les essentiels, Milan, p. 14.

²¹⁷ Y. Benguigui, Mémoires d'Immigrés, Albin-Michel, p. 10.

d'abord, puis étant plus forcée par la multiplication d'expulsions sur renforcement du contrôle des titres de séjour. Cependant, ces mesures se révèlent peu efficaces.

En contrepartie, une politique de regroupement familial est autorisée, visant le passage d'une immigration de travail à une immigration de famille ou les expatriés sont rejoints par leur femme et enfants.

En 1981, l'immigration est au centre des premiers thèmes de controverses et d'enjeux politique. Une politique d'ouverture s'amorce avec la suppression des mesures d'aide au retour, l'amélioration des conditions de séjour, l'insertion des immigrés en situation régulière, tout en maintenant la "fermeture des frontières" et en continuant la "chasse aux clandestins".

Le terme "beur" entre dans le langage commun (il signifie "arabe" en Verlan) et les jeunes français de seconde génération d'immigrés maghrébins revendiquent une place dans la société ; des associations se créent dans le but de revendiquer "le droit à la différence".

A cette période, alors que l'immigration algérienne et tunisienne reste stable, l'immigration marocaine continue de croître régulièrement de 1970 à 1990.

Quelques chiffres : ²¹⁸

Nationalités	Evolution des populations Maghrébines en France de 1975 à 1990		
	1975	1980	1990
Algériens	710 000	796 000	615 000
Marocains	260 000	431 000	572 000
Tunisiens	140 000	190 000	205 000
Total	1 110 000	1 417 000	1 392 000

Par la suite, les lois sur l'immigration se succèdent au rythme des changements de majorités de l'Assemblée Nationale pour aboutir en 1993 à une réforme définissant des conditions plus strictes d'accès à la nationalité française, le "Code de Nationalité".

L'objectif reste cependant l'arrêt de tout nouveau flux migratoire et la continuité dans l'aide à l'intégration des familles déjà installées.

Depuis le traité de Maastricht, l'accord de Schengen poursuit au niveau européen cette politique, avec suppression des frontières intérieures, en contrepartie d'un renforcement des frontières extérieures, avec harmonisation des droits d'asile.

²¹⁸ E. Vaillant, L'immigration, Les essentiels, Milan, p. 19.

3. En conclusion

La migration des populations Maghrébines vers la France n'a jamais cessé, même si dans les périodes de crises économiques elle s'est modifiée, tout en tendant vers une stagnation actuelle.

Les relations historiques et diplomatiques entre les pays ont évidemment influencé cette migration, notamment pour l'Algérie. Il est indéniable que les anciens liens coloniaux orientent les migrations et l'accueil fait à ces populations. L'immigration est en effet, pour la majorité en tout cas, de proximité, et basée sur des liens historiques et culturels.

Ainsi, le vécu propre des immigrés a certainement été plus complexe pour les algériens qui ont vécu une situation douloureuse après la guerre d'indépendance en 1962, période où ils perdent leur nationalité française. Ils sont pourtant peu nombreux à repartir, mais souffrent en général d'une mauvaise image dans l'opinion publique populaire, notamment lors des conflits opposant pieds noirs et musulmans en France.

C. La scolarité

En France, on comptabilise pour l'année 1993-1994, 7,9 % d'élèves de nationalité étrangère sur les 12 millions d'élèves de la maternelle au baccalauréat.

Les élèves marocains sont les plus nombreux, et représentent 26 % des étrangers, contre 19,6 % pour les algériens. Mais ces chiffres sont une moyenne, car les élèves étrangers sont souvent concentrés dans certains quartiers où ils peuvent être majoritaires dans les établissements scolaires.

Quelques chiffres :

- 8,8 % d'élèves étrangers dans l'école élémentaire,
- 6,8 % des élèves en lycées,
- 18 % des élèves dans les classes d'intégration scolaire spécialisées,
- 16 % des élèves étrangers dans l'enseignement spécial du secondaire.

Les études statistiques révèlent une mise à l'écart relative pour ces élèves des études longues. Par ailleurs, 75% des élèves étrangers des établissements secondaires ont des parents ouvriers ou chômeurs n'ayant jamais travaillés, contre 38 % des Français.

Ainsi, à situation sociale égale, élèves français et étrangers ont des taux de réussite qui restent au détriment des étrangers. Mais la situation se renverse en faveur des élèves de parents

étrangers, lorsque ceux-ci sont nés en France et parlent Français à la maison. De plus, les parents étrangers ont en général des attentes et des exigences plus fortes en ce qui concerne le scolaire.

De façon global, les enfants intègrent plus ou moins rapidement la langue française, mais la considère en tout cas souvent comme leur langue maternelle.

De plus, "l'abandon progressif de la langue d'origine et le choix du Français pour converser avec les enfants signent la volonté d'intégration comme c'est le cas chez 69% des pères algériens, 44% des pères marocains et tunisiens." ²¹⁹

²¹⁹ Bernard P., *L'immigration, les enjeux de l'intégration*, Le Monde, Marabout, 1998, p 145.

Tableau 1 : Les étapes psychosociales selon Erik H. ERIKSON

Etape psychosociale	Vertu associée	Psychopathologie corrélative	Signes précurseurs de la formation d'identité	Aspects durables de la formation d'identité
Confiance vs méfiance (naissance - environ 18 mois)	Espoir	Psychose Addictions Dépression	Reconnaissance mutuelle (vs isolation autistique)	Perspective temporelle (vs confusion temporelle)
Autonomie vs Honte et doute (environ 18 mois - 3 ans)	Volonté	Paranoïa Obsessions Compulsions Impulsivité	Volonté d'être soi-même (vs douter de soi-même)	Certitude de soi-même (vs complexes)
Initiative vs Culpabilité (environ 3 ans - 5ans)	Objectifs et réalisations	Conversions Phobies Symptômes psychosomatiques Inhibitions	Anticipation de rôles (vs inhibition)	Jeu de rôles (vs fixation de rôle)
Industrie (initiative et entreprise) vs infériorité (environ 5 ans - 13 ans)	Compétence	Inhibition créatrice Inertie	Identification de tâches (vs sentiment de futilité)	Apprentissage (vs paralysie au travail et inactivité)
Intimité vs isolement (environ 13 ans - 21 ans)	<u>Fidélité</u>	<u>Délinquance</u> <u>Trouble de l'identité sexuelle (genre)</u> <u>Accès psychotiques</u>		<u>Identité (vs confusion d'identité)</u>
Générativité vs Auto-absorption (environ 21 ans - 40 ans)	Amour	Personnalité schizoïde "distanciation" Racisme		Polarisation sexuelle (vs confusion bisexuelle)
Intégrité vs dégoût & désespoir (environ 40 ans - 60 ans)	Implication, investissement	Crise du milieu de la vie Handicap prématuré		Meneur d'hommes ou suiveur d'homme (vs abdication de responsabilité)
Générativité vs stagnation (environ 60 ans - mort)	Sagesse	Aliénation extrême Désespoir		Investissement idéologique (vs confusion de valeurs)

Tableau 2 : Diagramme des stades du développement (Erik H. Erikson)

	A Crises psychosociales	B Relations significatives	C Éléments de l'ordre social	D Modalités psychosociales	E Étapes psychosexuelles
1	Confiance ou Méfiance	Mère	Ordre cosmique	Recevoir Donner en retour	Oral-respiratoire Sensoriel Kinesthésique (modes incorporatifs)
2	Autonomie ou Honte & Doute	Parents	"La loi et l'ordre"	Retenir Lâcher	Anal-urétral, musculaire (rétentif- éliminatif)
3	Initiative ou Culpabilité	Famille de base	Prototypes idéaux	Rechercher (to make, going after) Faire comme si (jouer)	Infantile-génitale Locomoteur (intrusif, inclusif)
4	Industrialité (entreprendre) ou Infériorité	Voisinage Ecole	Éléments technologiques	Réaliser Faire des choses ensemble	"Latence"
5	<u>Identité et</u> <u>Répudiation</u> ou <u>Diffusion de</u> <u>l'identité</u>	<u>Groupe des pairs,</u> <u>autres groupes :</u> <u>Modèles de</u> <u>leadership</u>	<u>Perspectives</u> <u>idéologiques</u>	<u>Etre soi-même</u> <u>Partager l'être soi-</u> <u>même</u>	<u>Puberté</u>
6	Intimité et Solidarité ou Isolement	Partenaires d'amitié, sexuels. de compétition et de coopération	Modèles de coopération et de compétition	Se perdre et se retrouver dans l'autre	Génitalité
7	"Générativité" ou Auto absorption	Division du travail et des tâches de la maison	Courants d'éducation et de tradition	Faire être Prendre soin de	
8	Intégrité ou désespoir	"Humanité" "les miens"	Sagesse	Etre à travers avoir été Affronter ne pas être	



SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui diis memorem laudes, repetimque fideles
 Ingenij doctores, Hippocratisque deos.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coc propago,
 Cœtus an quis te emuldic artis opes!

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

