

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2010

THESE N°

**VIEILLIR EN PAYS ETRANGER :**  
**QUELS SOINS ET QUEL DEVENIR**  
**A PROPOS DE CAS CONCRETS DE SUJETS ÂGES ORIGINAIRES DU**  
**MAGHREB VIVANT EN FRANCE**

T H E S E

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 25 Octobre 2010

PAR

**Mlle Paola REVUE**

Née le 01 octobre 1979 à La Fère (02)

### EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre..... - Président  
M. le Professeur BAUBET Thierry ..... - Juge  
M. le Professeur COURATIER Philippe ..... - Juge  
M. le professeur PREUX Pierre-Marie ..... - Juge  
Madame le Docteur MESTRE Claire ..... - Directrice de thèse  
Monsieur le Docteur NUBUKPO Philippe ..... - Directeur de thèse



# UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2010

THESE N°

**VIEILLIR EN PAYS ETRANGER :**  
**QUELS SOINS ET QUEL DEVENIR**  
**A PROPOS DE CAS CONCRETS DE SUJETS ÂGES ORIGINAIRES DU**  
**MAGHREB VIVANT EN FRANCE**

T H E S E

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le lundi 25 Octobre 2010

PAR

**Mlle Paola REVUE**

Née le 01 octobre 1979 à La Fère (02)

### EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre..... - Président  
M. le Professeur BAUBET Thierry ..... - Juge  
M. le Professeur COURATIER Philippe ..... - Juge  
M. le professeur PREUX Pierre-Marie ..... - Juge  
Madame le Docteur MESTRE Claire ..... - Directrice de thèse  
Monsieur le Docteur NUBUKPO Philippe ..... - Directeur de thèse

2 rue du Dr Marcland  
87025 LIMOGES cedex  
Tél. 05 55 43 58 00  
Fax. 05 55 43 58 01  
www.unilim.fr

## UNIVERSITÉ DE LIMOGES

### FACULTÉ DE MÉDECINE

#### **DOYEN DE LA FACULTE:**

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

#### **ASSESEURS:**

Monsieur le Professeur LASKAR Marc

Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques

Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

#### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

\*C.S = Chef de Service

<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ADENIS</b> Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
<b>ALDIGIER</b> Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX</b> Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
<b>ARNAUD</b> Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>AUBARD</b> Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>BEAULIEU</b> Pierre	ANESTHESIOLOGIE et REANIMATION CHIRURGICALE
<b>BEDANE</b> Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
<b>BONNAUD</b> François (C.S)	PNEUMOLOGIE
<b>BONNETBLANC</b> Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
<b>BORDESSOULE</b> Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
<b>COGNE</b> Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
<b>COLOMBEAU</b> Pierre	UROLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DE LUMLEY WOODYEAR</b> Lionel (Sur 31/08/2011)	PEDIATRIE
<b>DENIS</b> François (Sur 31/08/2011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>DESCOTTES</b> Bernard (Sur 31/08/2013)	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel (C.S)	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
<b>DUMAS</b> Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
<b>DUMONT</b> Daniel (Sur 31/08/2012)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FEISS</b> Pierre	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
<b>FEUILLARD</b> Jean (C.S)	HEMATOLOGIE

**GAINANT** Alain (C.S)  
**GAROUX** Roger (C.S)  
**GASTINNE** Hervé (C.S)  
**GUIGONIS** Vincent  
**JACCARD** Arnaud  
**JAUBERTEAU-MARCHAN** Marie-Odile  
**LABROUSSE** François (C.S)  
**LACROIX** Philippe  
**LASKAR** Marc (C.S)  
**LIENHARDT-ROUSSIE** Anne (CS)  
**MABIT** Christian  
**MAGY** Laurent  
**MARQUET** Pierre  
**MATHONNET** Muriel  
**MAUBON** Antoine  
**MELLONI** Boris  
**MERLE** Louis (C.S)  
**MONTEIL** Jacques (C.S)  
**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
**MOULIES** Dominique (C.S)  
**MOUNAYER** Charbel  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie (C.S)  
**PARAF** François  
**PLOY** Marie-Cécile  
**PREUX** Pierre-Marie  
**RIGAUD** Michel (Sur 31/08/2010)  
**ROBERT** Pierre-Yves  
**SALLE** Jean-Yves (C.S)  
**SAUTEREAU** Denis (C.S)  
**SAUVAGE** Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)  
**STURTZ** Franck  
**TEISSIER-CLEMENT** Marie-Pierre  
**TREVES** Richard  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
**VALLAT** Jean-Michel (C.S)  
**VALLEIX** Denis  
**VANDROUX** Jean-Claude (Sur 31/08/2011)  
**VERGNENEGRE** Alain (C.S)  
**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
**VIGNON** Philippe  
**VIROT** Patrice (C.S)  
**WEINBRECK** Pierre (C.S)  
**YARDIN** Catherine (C.S)

CHIRURGIE DIGESTIVE  
 PEDOPSYCHIATRIE  
 REANIMATION MEDICALE  
 PÉDIATRIE  
 HEMATOLOGIE  
 IMMUNOLOGIE  
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE  
 MEDECINE VASCULAIRE  
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
 PEDIATRIE  
 ANATOMIE  
 NEUROLOGIE  
 PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE  
 CHIRURGIE DIGESTIVE  
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
 PNEUMOLOGIE  
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE  
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
 NEUROCHIRURGIE  
 CHIRURGIE INFANTILE  
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE  
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 OPHTALMOLOGIE  
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
 GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE  
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES  
 RHUMATOLOGIE  
 CANCEROLOGIE  
 NEUROLOGIE  
 ANATOMIE - CHIRURGIE GENERALE  
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE  
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION  
 MEDECINE INTERNE  
 REANIMATION MEDICALE  
 CARDIOLOGIE  
 MALADIES INFECTIEUSES  
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

### **MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

**AJZENBERG** Daniel  
**ANTONINI** Marie-Thérèse (C.S)  
**BOURTHOMIEU** Sylvie  
**BOUTEILLE** Bernard  
**CHABLE** Hélène  
**DURAND-FONTANIER** Sylvaine  
**ESCLAIRE** Françoise  
**FUNALOT** Benoît  
**HANTZ** Sébastien  
**LAROCHE** Marie-Laure

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE  
 PHYSIOLOGIE  
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE  
 PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 ANATOMIE - CHIRURGIE DIGESTIVE  
 BIOLOGIE CELLULAIRE  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE



# REMERCIEMENTS

## **A notre Président de thèse,**

**Monsieur le Professeur Jean-Pierre Clément**  
**Professeur des universités. Psychiatrie d'adultes**  
**Psychiatre des hôpitaux**  
**Chef de service**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant la présidence de ce jury. Ce travail n'aurait pas pu se faire sans la transmission de votre savoir en psychiatrie de la personne âgée. Je ne pensais pas pouvoir m'intéresser à cette filière de la psychiatrie à mes débuts d'internat, mais mon passage en psychogériatrie m'a permis de voir au combien celle-ci était riche et passionnante. C'est aussi avec un grand plaisir que je clos ma pratique d'interne dans votre service, ce qui me permet de profiter une dernière fois de vos connaissances et votre expérience. Mon séjour limousin aura été d'une grande richesse, et permettra, je l'espère, d'enrichir ma pratique future.

## **A notre Professeur Roger GAROUX,**

J'ai suivi avec intérêt votre enseignement de la pédopsychiatrie. L'association d'une passion scientifique à votre sens clinique ont forcé mon admiration.

## **A nos juges,**

**Monsieur le Professeur Thierry Baubet**  
**Professeur des universités. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**  
**Psychiatre, pédopsychiatre des hôpitaux,**  
**Docteur en psychologie,**  
**Chef de service**

C'est une grande fierté de vous avoir comme membre de ce jury. J'ai pu bénéficier de votre formation en ethnopsychiatrie, ce qui m'a donné envie de me lancer dans ce travail de recherche. Votre présence à cette thèse fait l'objet d'une vive émotion, car c'est pour moi un véritable privilège de vous compter parmi ceux qui jugeront mon travail. C'est donc avec mon plus profond respect que je vous remercie d'être là.

**Monsieur le Professeur Philippe Couratier**  
**Professeur des universités. Neurologie**  
**Praticien hospitalier**

Nous vous sommes très reconnaissant d'accepter de faire partie de ce jury et de porter intérêt au sujet de ce travail. C'est avec un véritable plaisir que nous souhaitons vous faire partager cette étude sortie des sentiers battus de la psychiatrie, afin de vous en faire découvrir une facette encore peu explorée mais méritant de l'être.

**Monsieur le Professeur Pierre-Marie Preux**  
**Professeur des universités. Santé Publique**  
**Praticien hospitalier**

Nous sommes très honoré de vous compter parmi les membres de ce jury, bien que ce travail ne comporte aucune étude statistique. Le sujet abordé constitue pourtant un problème d'actualité en santé publique, et nous sommes heureux de pouvoir vous faire part du fruit de ce travail, dont la démarche atypique permet d'aborder ce sujet sous un angle différent.



## **A mes directeurs de thèse,**

**Madame le docteur Claire Mestre**  
**Praticien hospitalier aux hôpitaux de Bordeaux**  
**Service de consultation en psychiatrie transculturelle**

Etablir ce travail avec votre soutien a été une grande joie. Vous avez su m'aider à construire chaque pierre de cet édifice et avez su me motiver à me plonger dans le vaste et passionnant sujet du vieillissement des migrants. Vous avez été un véritable guide dans mon travail et par votre aide précieuse, j'ai pu façonner une étude inédite qui, je l'espère, permettra d'ouvrir de nouveaux champs de questionnement en psychiatrie.

**Monsieur le docteur Philippe Nubukpo**  
**Praticien hospitalier des hôpitaux**

J'ai été très heureuse de travailler sur ce sujet avec toi. Tu as su me donner les conseils indispensables pour faire de cette étude un travail clair et intelligible, et ceci, malgré ta disponibilité restreinte. Ton savoir en la matière m'a été également très précieux. Je te remercie donc pour ton aide.

## **A ma famille,**

### **A ma grand-mère,**

Tu es toi-même partie rejoindre nos ancêtres il y a quelques temps. De ton vivant, tu as toujours choisi de rester proche de tes enfants et de tes petits-enfants. Pourtant, ce choix a été au prix d'un lourd sacrifice : tu as vieilli loin de tes frères et sœurs, loin de ta terre natale, dont tu n'as jamais su quitter la langue. Maintenant, tu as choisi de reposer loin d'eux, près de tes enfants. Ce travail s'est inspiré de tout l'amour que tu nous a donné.

### **A mes oncles,**

A ceux absents, partis trop vite, et qui auraient certainement apprécié le sujet de ce travail, notamment mon oncle René qui a vécu tant d'années en Algérie. J'espère être digne de leur fierté.

A celui, présent, qui a joué le rôle de papa par procuration, mon oncle Marcel.

### **A mes parents, mes frères et sœurs,**

*« Quand tout va bien, on peut compter sur tout le monde ; quand tout va mal, on ne peut compter que sur sa famille. » Proverbe chinois.*

Je vous remercie d'avoir été présents dans les durs moments traversés au cours de ces années d'internat. Merci Nana d'avoir fait la deuxième maman pour mon petit bonhomme afin qu'il ne manque pas d'affection. Merci Papa d'avoir corrigé les carences éducatives. Merci Maman de m'avoir ouvert la voie par ta propre expérience de thésarde.

### **A mon petit homme,**

Dont l'existence est un moteur de tous les jours sans lequel la vie serait bien fade. Je suis fière de ton courage et de ta capacité à t'adapter aux situations difficiles qui m'ont rendue moins disponible pour toi. Tu restes malgré tout mon petit trésor.

### **A Irina ma cousine,**

Grand soutien lors de mes déboires affectifs et bonne conseillère, tu m'as aidée à ne pas accepter l'inacceptable. Encore désolée pour tes coupes de champagne...

### **A tous les REVUE non cités nominativement avec qui j'ai partagé les durs événements de ces dernières années,**

### **A mon parrain et ma marraine,**

Longtemps absente au cours de mes années d'internat, j'espère vous revoir au milieu des oliviers et des cigales, avec une bonne glace...

## **Spéciales dédicaces**

- **A ceux qui m'ont aidé dans ce travail**

Un grand merci à tous les patients et à leurs familles qui ont accepté de participer et de témoigner en faisant le récit de leur expérience.

Un grand merci à Guillaume Chandon, Karine Aymar et le professeur Jean-Pierre Clément qui ont fait part de leurs expériences et de leurs savoirs pour m'aider à faire ce travail.

Un grand merci aux infirmiers de Wertheimer qui se sont montrés disponibles pour partager leur point de vue et leurs expériences.

Un grand merci à Cécile, ma coach, sans qui je n'aurais pas su trouver la motivation de mener ce travail jusqu'au bout.

Un grand merci à Farès, qui m'a aidée à trouver le titre de cette thèse et qui en a brillamment traduit le résumé en arabe. Je te pardonne tes mauvais goûts culinaires.

Un grand merci à Virginie, assistante sociale pleine d'avenir qui m'a été d'une aide précieuse !

Un grand merci à Olivier Béguin qui a su me guider pour que je trouve confiance dans ce que je construis.

Un grand merci à madame Lortet et au professeur Longy-Boursier, sans qui je n'aurais certainement pas su mener à bout mes études de médecine et sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

- **A mes compagnons d'(in)fortune**

A Zoé avec qui j'ai partagé tant de soirées en tête à tête avec nos thèses et qui a été mon repère pour que je ne sois pas trop en retard. Je n'oublierai pas ces moments passés lovées dans nos couvertures à regarder des films pour filles et où tu t'endormais systématiquement avant la fin. Je n'oublierai pas non plus ces moments où tu m'as tenu la main alors que je croyais vivre la fin du monde. Si tu viens me voir en Picardie, je te ferai connaître le maroilles à la chicorée !

A Houda, princesse du désert, qui m'a fait partager sa vie merveilleuse dans son magnifique palais. Mathias garde un souvenir magique du Maroc. Moi, je garde un souvenir magnifique de ces moments partagés où tu me faisais découvrir ton pays. Je t'accueillerai avec le même plaisir dans ma région néanmoins plus... rurale.

A Patrick alias Kevin-Malik, l'homme mystère...

A Grégory, éternel invité de l'internat à qui on ne peut décidément rien refuser.

A Christina, psychiatre venue d'ailleurs, femme aux mille facettes qui cache tant de secrets...

A Benjamin, pour sa gentillesse et sa disponibilité pour les plus jeunes. Magalie a vraiment bon goût !

A Aurore, grande romantique à l'esprit sain, de grandes soirées parisiennes nous attendent...

A Coralie, qui a su donner sa vraie valeur à l'amour ; A Jon, principal membre de notre ligue secrète ; à Marion, aventurière sans peur et sans reproche ; à Etienne, dernier partenaire de travail au combien extraordinaire ; à Elodie, femme de pouvoir au grand cœur ; à Mathieu, sarcastique savant au cœur tendre ; à Camille, porteuse d'une sagesse silencieuse et discrète ; à Nidal, grand historien libanais ; à Carmenita, qui m'a fait redécouvrir le patin (et les bleus !!!) ; à Aurélien, homme sauvage insaisissable ; à Jean-Jacques, le premier ogre que j'ai rencontré dans ma vie ; à Karine, Céline et Fleuriane, sans qui l'internat serait bien triste ; à Sabine, au courage sans pareil...

A compè' to'ti, ou ba mwen bien kontan epi filozofiw ! Tché mwen pé ké oubliéy, tché mwen pé ké oubliéw...

**« RESTER OU S'EN ALLER...  
S'EN ALLER OU RESTER...**

*REFRAIN*

*MON CŒUR, POURTANT, RÉFLÉCHIT  
S'IL DOIT RESTER OU S'EN ALLER,  
S'IL DOIT S'EN ALLER OU RESTER ;  
NI IL S'EN EST ALLÉ NI IL EST RESTÉ,  
NI IL EST RESTÉ NI IL S'EN EST ALLÉ.  
SA MALADIE S'EST INSTALLÉE ANCIENNE,  
ET SA VIE, LE MALHEUREUX, TIENT À UN FIL.*

*IL M'A DEMANDÉ CONSEIL. JE LUI AI DIT DE RESTER  
ALORS QUE LUI VOULAIT S'EN ALLER ;  
JE LUI AI DIT, ALORS, DE S'EN ALLER  
ALORS QUE LUI VOULAIT RESTER.  
JE LUI AI DIT DE S'EN ALLER, IL VOULAIT RESTER ;  
JE LUI AI DIT DE RESTER, IL VOULAIT S'EN ALLER.  
S'IL AVAIT UN GUIDE IL RESTERAIT OU S'EN IRAIT.*

*J'ATTENDS S'IL CHANGE DE PENSÉE,  
S'IL RESTE OU S'IL S'EN VA.  
JE LUI AI ALORS DIT DE RESTER,  
IL ME RÉPOND C'EST ALORS À TOI DE T'EN ALLER.  
QUAND JE LUI DIS DE S'EN ALLER, IL VEUT RESTER ;  
QUAND JE LUI DIS DE RESTER, IL VEUT S'EN ALLER.  
QUAND JE LE CONSEILLE, QUE JE PARLE OU ME TAIS,  
IL NE SAIT S'IL DOIT RESTER OU S'EN ALLER.*

*IL S'EN EST ALLÉ UN JOUR MAIS EN PENSÉE  
IL EST REVENU AVANT D'ÊTRE PARTI.  
NOTRE DROIT N'A RIEN RÉGLÉ NI DÉCIDÉ,  
NOTRE CHANCE EST PETITE.  
SI JE M'EN ALLAIS, IL VEUT RESTER  
SI JE RESTAIS, IL VEUT S'EN ALLER  
TANDIS QUE JE DEMEURE PERPLEXE  
LUI SAIGNE DE SES BLESSURES »*

*SLIMAN AZZEM (CHANTEUR KABYLE ET CONTEUR DE L'ÉMIGRATION)*

## Introduction

Le vieillissement est un sujet qui concerne de plus en plus notre société, qui compte une part de personnes âgées croissante et de plus en plus avancée en âge. La psychogériatrie s'est intéressée à cette partie de la population, à la psychologie spécifique de la personne âgée mais aussi aux pathologies rencontrées qui peuvent avoir des caractéristiques qui lui sont propres. Le gouvernement a également pris conscience de la réalité de cette population vieillissante, ce qui a induit des mesures évoluant au cours de l'histoire.

Au sein de cette catégorie de personnes, nous nous intéressons au groupe des migrants âgés en nous demandant si l'état de migrant induit des modifications dans cette perception du vieillissement, ce qui pourrait provoquer la survenue de pathologies spécifiques et/ou une prise en charge médicale adaptée à certaines particularités. D'autre part, l'avenir est-il envisagé de la même façon pour ces personnes ?

Parler de population migrante impose nécessairement de parler de la politique française face à cette partie de la population. Nous verrons que cette dernière a considérablement bougé depuis le siècle dernier.

Le sujet du vieillissement chez les personnes migrantes intéresse de plus en plus les sociologues, psychiatres et psychologues des pays accueillants et les écrits à ce sujet se font de plus en plus nombreux. Mais ce vaste sujet ne peut être abordé dans sa globalité, toutes ethnies confondues, sans risquer de se perdre dans des considérations floues et peu exploitables. En France, la population sur laquelle un maximum d'écrits a été publié est la population maghrébine. Depuis le début du XXe siècle, l'Algérie, le Maroc et la Tunisie, anciennes colonies françaises, sont étroitement liés à la France notamment par les innombrables migrations établies vers ce pays. C'est pour cette raison que la population choisie pour cette étude est la population originaire du Maghreb. Pour mieux saisir la perception du monde des personnes étudiées, nous nous attacherons à faire un rappel de l'histoire qui lie ces pays à la France et des événements forts qui

ont marqué une population malmenée entre deux pays. Nous nous aiderons également de sources épidémiologiques pour approfondir l'étude de cette population.

La psychopathologie du vieillissement mérite également d'être abordée dans sa globalité d'une part, mais aussi appliquée à la problématique transculturelle des migrants d'autre part.

En plus de tout cela, un travail clinique semble indispensable pour illustrer les problématiques des migrants vieillissants. L'étude de cinq cas de patients originaires du Maghreb va tenter de mettre à jour des problématiques pouvant être responsables de cliniques particulières. Il est alors intéressant de déterminer l'attitude des équipes de soin face à ces personnes. Ces singularités sont-elles perçues et clairement délimitées par le personnel soignant ? Sont-elles sujettes à une prise en charge spécifique ? Induisent-elles une façon différente d'envisager l'avenir pour ces personnes ? L'étude de témoignages de professionnels de santé va permettre d'apporter des éclaircissements à ces questions.

Ce travail va donc ici se structurer en deux parties principales :

Une première partie traitera du contexte environnemental du migrant âgé issu du Maghreb dans un premier temps, et des éléments connus de la psychopathologie du migrant ainsi que de la psychopathologie de la personne âgée dans un second temps.

Une seconde partie traitera du travail établi à partir des cas concrets et des témoignages des soignants qui ont accepté de participer à ce travail avec beaucoup d'intérêt.

A l'issue de ce travail, l'objectif de la discussion sera de traiter de la problématique principale, à savoir : est-il nécessaire d'envisager des soins et un avenir spécifique aux migrants vieillissants. La discussion va se décomposer en quatre parties : premièrement, la discussion autour des thèmes extraits des différents travaux d'analyse, deuxièmement l'analyse transversale de tous ces travaux, troisièmement, nous pointerons les limites et les insuffisances du travail établi, et quatrièmement, nous discuterons la contribution de cette étude à d'éventuelles recherches à venir.

# La personne âgée maghrébine comme sujet d'étude

## 1. Petit rappel historique

### a. La politique de vieillesse en France et ses mutations

Le développement des maisons de retraite en France, anciennement « *hospices* », s'est fait progressivement et en réponse au vieillissement de la population depuis la deuxième guerre mondiale à nos jours. Le terme *maison de retraite* est lui-même remplacé par d'autres synonymes car il est vrai que si la plupart des personnes âgées sont des retraités, elles sont rarement hébergées en maison de retraite dès leur départ à la retraite. Pour les francophones, la notion de retraite évoque le retrait du monde actif. Or la question de l'intégration sociale des personnes âgées se pose dès la sortie de la deuxième guerre mondiale en politique française.

#### **De 1945 à 1970 : Intégration des personnes âgées dans la vie sociale (droits, ressources, habitats)**

L'histoire des politiques de vieillesse débute à la publication du rapport de Pierre Laroque en 1962, première contribution publique sur la question de la prise en compte des personnes âgées dans les politiques sociales et dans le système de protection sociale. Ce rapport démontre la volonté de rompre avec l'assistance pour favoriser une politique d'intégration des personnes âgées dans la vie sociale. Deux axes importants sont présentés : participation à la vie sociale et culturelle (accès à des services d'aide à la vie quotidienne à domicile) et amélioration de l'habitat des personnes âgées. C'est aussi Pierre Laroque qui a préconisé l'édification des premiers foyers-logements, en 1962. Cette volonté d'intégrer les personnes âgées dans le corps social et de remédier à cette forme d'exclusion soit par l'hébergement en hospice, dans des formes encore très asilaires, soit par le placement laissé à la bonne volonté de l'assistance des collectivités locales qui avaient pris le relais des œuvres privées. C'est la nouvelle politique qui prend en compte la question de la vieillesse au lendemain de la guerre, uniquement dans une volonté de construction



d'une politique de ressources. C'est-à-dire de pouvoir donner aux personnes âgées des ressources qui leur permettent de continuer à vivre dignement.

L'instauration du minimum vieillesse en 1954, a également permis de véritablement progresser dans cette acquisition du droit à des ressources.

### **De 1970 à 1983 : Construction de la politique de soutien à domicile**

La période de 1970 à 1983 environ, conduit petit à petit d'une prise en compte des aspects hébergement dans les politiques sociales, à la construction d'une véritable politique de soutien à domicile. Ce droit à rester chez soi, en ayant accès à des services d'aide à la vie quotidienne est promu par les pouvoirs publics comme étant la bonne solution, correspondant aux aspirations des personnes âgées: en effet, plus de 95% de personnes interrogées affirment souhaiter rester chez elles, mais aussi dans leur quartier, le plus longtemps possible. C'est à partir de 1983 que les politiques impulsées par l'Etat sont relayées, à l'échelon local, par les organismes de protection sociale.

### **De 1984 à 1996 :**

Une répartition plus claire des domaines de compétence de l'Etat et des collectivités territoriales en matière d'action sociale vieillesse se fait. Un partage des compétences est effectué, l'Etat ne gardant que le volet organisation et prise en charge des soins au sens le plus curatif du terme, et les Conseils Généraux mettant en œuvre les politiques d'hébergement, comprenant les aides à domicile.

### **De 1997 à 2001 : de la PSD à l'APA**

Pour sortir résolument des questions d'assistance et d'action sociale facultative des caisses de retraite, la loi de janvier 1997, instaure la **Prestation Spécifique Dépendance**. Elle répond à une revendication exprimée depuis le début des années 80, concernant les personnes qui ne peuvent assumer seules les gestes quotidiens à domicile. Mais cette loi ne concerne que la prise en

charge des personnes les plus dépendantes et, par ailleurs, les plus démunies sur le plan financier. Elle laisse ainsi tout entière la question de la prise en charge des autres (les personnes qui n'avaient pas de ressources extrêmement faibles, mais qui n'étaient pas en mesure de financer du soutien à domicile ou un hébergement en maison de retraite).

Depuis le 1er janvier 2002, et en fonction de la loi du 20 juillet 2001 (J.O. du 21), l'aide personnalisée d'autonomie (APA) remplace la PSD. Contrairement à la PSD, l'APA n'est pas soumise à condition de ressources.

L'orientation exprimée par le rapport Laroque est de mieux ancrer dans les territoires les initiatives prises envers des personnes âgées. C'est la question de la coordination gérontologique, qui a induit la création de 1000 centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC), dont l'objectif est d'assurer, au niveau des territoires, une prise en compte des besoins des personnes âgées. C'est au niveau de ces centres que s'esquisse l'amorce d'une recherche de solution, et que l'on tente de remédier à l'un des défauts des politiques vieillesse successives : ne prendre en considération que le seul critère de l'âge, en méconnaissant tous les autres facteurs socioculturels, qui pouvaient aussi empêcher l'accès de certaines catégories de personnes à un certain nombre de prestations. C'est à l'échelle des territoires qu'il faut maintenant s'organiser, pour que les besoins de toutes les catégories de personnes âgées puissent être pris en considération.

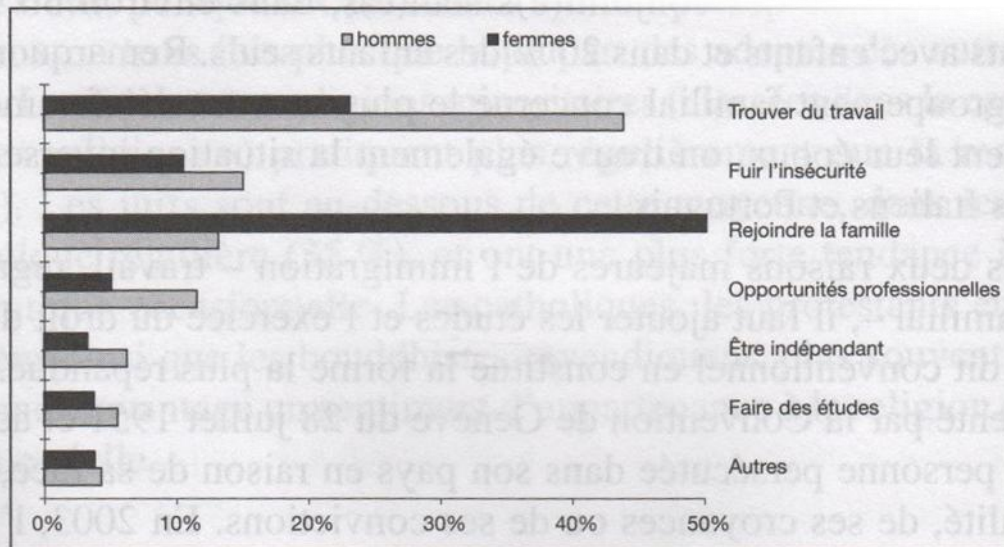
## **b. Histoire politique des migrations**

Nous nous devons de nous rappeler que la France, du fait de sa place géographique d'une part, et de son activité d'échanges et de conquêtes d'autre part, a toujours fait l'objet de nombreuses migrations dans son histoire. Elle devient terre d'accueil dès 1750, période où le taux de fécondité est en baisse, mais aussi où le développement économique est tel que la demande en main d'œuvre s'accroît. L'image du migrant est alors celle du travailleur actif et volontaire, les flux migratoires se font sans questionnement, aussi il n'existera aucune législation permettant le contrôle des entrées et des séjours des étrangers en France.

Bien qu'une loi apparaisse le 2 novembre 1945 pour ne pas laisser les flux migratoires sous l'initiative du patronat, en fonction de l'offre et la demande, et pour permettre un meilleur contrôle politique des populations migrantes, la demande en main d'œuvre est telle qu'elle n'est pas respectée. Ainsi jusqu'à la fin des années soixante, les populations immigrées majoritairement à la recherche d'emploi. Ce motif d'immigration restera prédominant dans les années à venir pour les hommes, ce qui, d'ailleurs, deviendra problématique avec l'évolution de la situation économique française. En ce qui concerne les femmes, le motif prépondérant reste celui du rapprochement familial.

Ci-dessous, figure le graphique extrait de l'enquête PRI\* établie entre novembre 2002 et février 2003 par Claudine Attias-Donfut, sociologue avec la collaboration de l'Insee et de la Cnav. (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006)

Graphique 1 : Répartition des immigrés selon le sexe et le motif de migration\_ Source : Enquête PRI, Cnav (2003)



Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

C'est dans les années soixante-dix que les premières réglementations vis-à-vis des immigrés vont être concrètement appliquées. Avec le premier choc pétrolier en 1974, les pouvoirs

publics décident de suspendre l'immigration de travailleurs et de « fermer les frontières », avec les circulaires de juin 1977 sur l'aide au retour et de juin 1980 sur le non renouvellement des autorisations de travail.

Jusqu'en 1981, l'état se resserre sur la population immigrée, dont l'image se modifie dans la société française sous le double effet de l'extension du chômage et du développement de l'idéologie sécuritaire: il ne s'agit plus seulement de stopper le flux migratoire mais de réaliser une diminution de la population étrangère résident en France, avec **la loi Bonnet de janvier 1980** qui favorisera l'amalgame entre immigration et délinquance à cause des contrôles, expulsions...

Cette loi est remise en cause en 1981, ce qui a pu permettre la régularisation de 130 000 personnes.

La question de l'immigration fait alors l'objet de débats pour la première fois. Le gouvernement français se montre partagé entre les « immigrés installés » dont il faut favoriser l'insertion et les « clandestins » qu'il faut renvoyer. S'ensuivent alors de nombreuses mesures concernant l'immigration, qui vont se succéder jusqu'à nos jours et qui visent à établir une régulation des mouvements migratoires. A la victoire de la droite aux législatives de mars 1986, est votée la **loi Pasqua** sur l'entrée et le séjour des étrangers restreignant ainsi la liste des étrangers qui obtiennent la carte de séjour.

Le 26 novembre 2003 est votée une loi relative à la maîtrise de l'immigration, visant à lutter contre l'immigration clandestine. Elle réforme l'ordonnance de 1945 et les conditions d'accueil des étrangers sont durcies.

En 2005, va apparaître un « plan pour lutter contre l'immigration illégale » . Le Comité Interministériel de Contrôle de l'Immigration (CICI) est créé par décret le 26 mai 2005. Il s'agit d'une instance interministérielle présidée par le Premier Ministre ou par le Ministre de l'Intérieur. Il a pour rôle de fixer les orientations en matière de contrôle des flux migratoires et d'adapter chaque année le rapport du Parlement sur les axes de la politique gouvernementale relative à l'immigration.

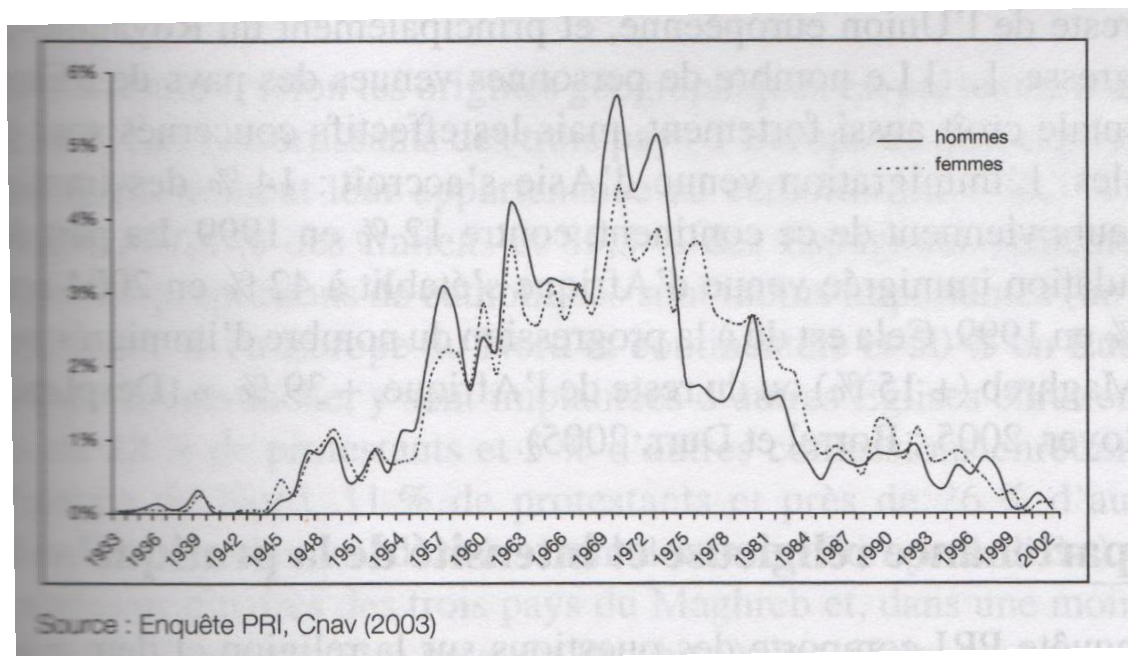
La loi du 24 juillet 2006 raffermit encore les conditions d'immigration, réformant ainsi les notions d'immigration et d'intégration. Son objectif : « mieux réguler l'immigration, lutter contre les détournements de procédure et promouvoir une immigration choisie ainsi qu'une intégration réussie ».

En mai 2007, un ministère de l'immigration, de l'intégration, de l'identité nationale et du co-développement est créé. Il s'ensuit la loi du 23 octobre 2007 qui vise essentiellement à maîtriser l'immigration familiale.

L'énoncé de l'histoire de l'évolution politique face à l'immigration n'est pas anodine dans ce travail. En effet, notre objet d'étude concerne des personnes âgées immigrées confrontées à leur vieillissement en France. Elles ont donc pu être témoins de toute cette évolution, du changement du statut de l'immigré au fil du temps et donc de l'importance grandissante de leur statut de migrant au sein de l'Etat français. Notamment, la notion d'identité nationale prend un sens complexe lorsqu'on se penche sur le vécu de ces personnes, dont la question identitaire reste souvent sans réponse.

Ci-suit, un graphique permettant d'apprécier l'évolution démographique des migrants au cours du siècle dernier, témoignant des variations conséquentes aux changements politiques (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006) :

Graphique 2: Les années d'arrivée des hommes et des femmes



Plus en détail, la population sur laquelle on se penche dans cette étude, est la population maghrébine. Or, il semble important de rappeler également quelques faits historiques qui rattachent la France à ces pays du Maghreb, car l'histoire migratoire des maghrébins présente quelques particularités, dans la mesure où la Tunisie, le Maroc et l'Algérie ont été français sous période coloniale. La population maghrébine reste une des populations immigrées les plus représentées en France. Ceci peut être illustré par le tableau suivant, issu de l'Insee, avec un recensement de la population de 1962 à 1999 :

Tableau 1: Répartition des immigrés en fonction de leur pays d'origine en % de 1962 à 1999

	1962	1968	1975	1982	1990	1999	
	En %	En %	En %	En %	En%	En %	effectifs
<i>Europe</i>	78.7	76.4	67.2	57.3	50.4	44.9	1 934 144
Espagne	18.0	21.0	15.2	11.7	9.5	7.3	316 232
Italie	31.8	23.9	17.2	14.1	11.6	8.8	378 649
Portugal	2.0	8.8	16.9	15.8	14.4	13.3	571 874
Pologne	9.5	6.7	4.8	3.9	3.4	2.3	98 571
Autres pays d'Europe	17.5	16.1	13.1	11.7	11.4	13.2	568 818
<i>Afrique</i>	14.9	19.9	28.0	33.2	35.9	39.3	1 691 562
<b>Algérie</b>	<b>11.6</b>	<b>11.7</b>	<b>14.3</b>	<b>14.8</b>	<b>13.3</b>	<b>13.3</b>	<b>574 208</b>
<b>Maroc</b>	<b>1.1</b>	<b>3.3</b>	<b>6.6</b>	<b>9.1</b>	<b>11.0</b>	<b>12.1</b>	<b>522 504</b>
<b>Tunisie</b>	<b>1.5</b>	<b>3.5</b>	<b>4.7</b>	<b>5.0</b>	<b>5.0</b>	<b>4.7</b>	<b>201 561</b>
Autres pays d'Afrique	0.7	1.4	2.4	4.3	6.6	9.1	393 289
<i>Asie</i>	2.4	2.5	3.6	8.0	11.4	12.8	549 994
Turquie	1.4	1.3	1.9	3.0	4.0	4.0	174 160
Cambodge+Laos+Vietnam	0.4	0.6	0.7	3.0	3.7	3.7	159 750
Autres pays d'Asie	0.6	0.6	1.0	1.9	3.6	5.0	216 084
<i>Amérique, Océanie</i>	3.2	1.1	1.3	1.6	2.3	3.0	130 394
<i>Non déclaré</i>	0.8	0.1	///	///	///	///	///
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Effectif</b>	<b>2 861 280</b>	<b>3 281 060</b>	<b>3 887 460</b>	<b>4 037 036</b>	<b>4 165 952</b>	<b>4 306 094</b>	<b>4 306 094</b>

### c. Histoire du Maghreb

Le début de la période coloniale date de 1830, moment de l'invasion de l'armée française en Algérie. L'Algérie va alors constituer le pivot autour duquel l'empire colonial français va se construire.

La conquête de l'Algérie va se faire dans la répression et la violence. Cette guerre de conquête ne s'achèvera qu'en 1871. Les terres seront alors confisquées, repeuplées par des soldats, européens. La société rurale algérienne va alors être désorganisée.

La France annexera ensuite officiellement l'Algérie, formant trois départements français, mais les populations indigènes resteront astreintes à un statut inférieur d'indigénat. Il se formera ainsi au sein de la société algérienne deux communautés ; d'un côté les musulmans indigènes, juridiquement inférieurs, et les colons, citoyens français (Pieds-Noirs), au niveau de vie supérieur. Ainsi la colonisation de l'Algérie se définit par une conquête des terres mais aussi par un repeuplement et un asservissement du peuple indigène.

Quant au Maroc, il a été colonisé tardivement en 1912, sous forme de protectorat et a été rapidement indépendant en 1956.

La première guerre mondiale a des conséquences considérables pour les colonies, et surtout le Maghreb. Des dizaines de milliers de maghrébins vont venir en France pour combattre ou travailler dans les usines d'armement. (La conscription des indigènes date de 1907). L'économie maghrébine va s'intégrer à l'économie métropolitaine. La conscience politique va alors s'éveiller. L'armée va, à ce moment, jouer un rôle de construction de l'identité nationale par le brassage des individus de différentes régions, et un rôle de promotion sociale (salaire).

Le nationalisme algérien va alors prendre naissance en France sous l'influence du parti communiste français. Plusieurs mouvements nationalistes vont se créer dès 1926 ayant successivement pour sources principales l'Islam et le nationalisme arabe. En 1930, la centaine d'étudiants maghrébins en France va se regrouper dans l'Association des Etudiants Nord-Africains dont le siège se trouvera dans le cinquième arrondissement de Paris. Beaucoup de dirigeants nationalistes se sont connus au sein de cette association. Va alors naître une question fondamentale : Faut-il s'assimiler à la société française ou bien revenir aux sources ? Ferhat Abbas va écrire en 1931 un ouvrage intitulé « Le jeune Algérien » dans lequel il expose l'idée qu'il est possible d'être à la fois français et musulman, et a tendance à privilégier le combat pour l'égalité des droits. Seuls quelques intellectuels proches des communistes vont être partisans de l'indépendance.

Parmi les ouvriers maghrébins en France, les algériens vont se montrer majoritaires et auront tendance à être favorables à l'indépendance. La plupart des dirigeants indépendantistes algériens sont issus de milieux populaires, et le mouvement national algérien va générer un certain



anti-intellectualisme qui servira de ressort politique. Les intellectuels apparaissent comme étant surtout des animateurs du mouvement « culturaliste ». Quant aux intellectuels marocains, ils sont réformistes et réclament l'application pleine et entière du protectorat. La notion d'indépendance n'apparaîtra qu'à partir de 1944.

Au Maghreb, les intellectuels indigènes sont rares. Toutefois, à partir de 1930, apparaissent de plus en plus nombreux, des instituteurs algériens issus pour la plupart de l'école normale de la Bouzaréa près d'Alger. Ils sont partisans en majorité de l'intégration, pensant que celle-ci peut se faire par l'éducation. Ce corps socioprofessionnel va avoir une forte influence politique et culturelle en particulier par les institutions telles que les syndicats d'instituteurs et la Ligue des Droits de l'Homme.

La seconde guerre mondiale va également être un accélérateur de l'histoire française. Le Maghreb va être cette fois directement impliqué dans les combats. L'Afrique du nord (Tamazgha) sert de champ de bataille entre les Alliés et les puissances de l'Axe, il est donc le théâtre de nombreuses interventions militaires. C'est à partir de Tamazgha, qui servira de base stratégique aux Alliés et dont la ville d'Alger sera proclamée capitale provisoire de la France libre, que l'armée française sera reconstituée et que les contingents Alliés débarqueront en Italie en 1943, et lanceront en août 1944 le débarquement de Provence, qui libéra l'est de la France des troupes allemandes. Ainsi, ce n'est qu'à partir du moment où les tirailleurs d'Afrique du Nord et du Sénégal ont libéré l'Italie que De Gaulle est devenu l'interlocuteur officiel des Américains, des Anglais et des Russes. Des centaines de milliers de maghrébins prendront part à ces opérations. Ils ne bénéficieront pas de la reconnaissance attendue par les français. À partir de 1945, une sorte d'amnésie s'est emparée de l'ensemble des dirigeants français. Une raison possible : Les Algériens s'étaient impliqués dans ce conflit en échange de la promesse que leur pays puisse accéder à l'indépendance une fois la France libérée. Or, cette promesse n'a jamais été tenue. Bien au contraire. Le jour même de la libération, le 8 mai 1945, des milliers d'Algériens ont été massacrés à Sétif, Guelma et Kherrata par l'armée française parce qu'ils ont osé sortir dans la rue pour demander à la France de respecter sa promesse.

C'est alors que les revendications indépendantistes se font de plus en plus fortes et aboutissent à l'indépendance des pays du Maghreb, de façon presque simultanée, mais selon des modalités différentes. Par des négociations pour le Maroc et la Tunisie, qui obtiennent

l'indépendance dès 1956, et par une guerre pour l'Algérie : les manifestations d'Algériens de mai 1945, durement réprimées, qui font 10 à 25 000 morts, selon les historiens, vont précéder le début de la guerre d'indépendance . Le premier novembre 1954, une embuscade du FLN va être le casus belli qui va marquer le début de la guerre d'Algérie, et va aboutir à l'indépendance algérienne le 5 juillet 1962.

Il est important de rappeler l'existence d'unités « indigènes » supplétives à l'armée française durant cette guerre d'indépendance. Ces engagés algériens pro-français feront, durant toute la guerre d'indépendance, l'objet de discrimination, y compris du côté français. En effet, on parlera de « Français Musulmans Algériens » (FMA), « Français de Souche Nord-Africaine » (FSNA) et « Français de Souche Européenne » (FSE). Les « Harkas » vont être créés sur le terrain, recrutés parmi les autochtones algériens. Par extension, ces algériens pro-français seront tous définis par le terme de **Harkis**. Cette population, croissant au cours de la guerre d'indépendance, ne comptait pas moins de 154 700 personnes en 1961 et 263 000 musulmans engagés français au jour du cessez le feu le 19 mars 1962.

Le ministère des Armées évalue à 4 500 le nombre de soldats musulmans morts pour la France pendant la guerre d'Algérie, et à plus de 600 les disparus. Quant au nombre de harkis tués après le cessez-le-feu, victimes de représailles, et cela en présence de l'armée française qui reçue l'ordre de rester passive, , il est estimé, selon les sources, entre 30 000 et 150 000. Les harkis ont ainsi connu un abandon massif de l'Etat français, victimes d'une discrimination déjà présente durant la guerre, tant du côté algérien que du côté français, faisant d'eux des hommes sans patrie. Pire encore, l'ordre est donné d'effectuer le renvoi en Algérie des harkis étant présents en France. Malgré tout, 91 000 personnes, harkis et famille de harkis vont s'établir en France entre 1962 et 1968.

Le 2 septembre 2005, le président algérien Bouteflika reconnaîtra les erreurs commises auprès de familles de harkis, et notamment reconnaîtra les enfants de harkis comme non responsables des actes de leurs parents.

Les harkis et familles de harkis ne reviendront cependant pas en Algérie. Une explication donnée : l'écart entre les situations économiques des deux pays, explication réaliste et pourtant possiblement partielle.

## **2. La condition des maghrébins en France**

### **a. Les anciens combattants du Maghreb**

Au décours des deux guerres mondiales, les combattants maghrébins bénéficient d'une solde de guerre réduite par rapport aux combattants français. L'indépendance des pays du Maghreb n'aidera pas à rétablir ces torts. Conformément à l'article 71 de la loi des finances du 26 décembre 1959, dite loi de « cristallisation », la France décide de geler les retraites et pension d'invalidité versées aux anciens combattants de son ex-Empire colonial. Ainsi, les maghrébins vont toucher des pensions dix fois moins élevées, que celles des anciens combattants français.

Jean-Pierre Chevènement, ancien ministre de l'Intérieur dans le gouvernement socialiste de Lionel Jospin, décrète une loi, en 1998, qui gomme quelque peu les inégalités entre les anciens combattants français et étrangers. Cette loi permet de relever à 590 euros le minimum vieillesse attribué à certains éléments, à condition de justifier d'une résidence en France d'au moins neuf mois sur douze. Pour ceux qui rentrent au pays, revenir en France pour toucher cette pension relève d'un parcours de combattant. Des visas et des contrôles stricts des documents d'hébergement leur sont imposés, ce qui rend leurs situations encore plus difficiles.

En 2001, le Conseil d'Etat sollicite le gouvernement français à réviser cette loi de cristallisation. Un long processus de « dé cristallisation » va alors se mettre en marche. En 2003, le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin s'engage sur la voie de dé cristallisation partielle des pensions : celles-ci sont indexées, non pas sur celles des français, mais sur le coût de la vie dans les différents pays où ils résident. Le 13 août 2004, un communiqué du ministère français délégué aux anciens combattants a annoncé qu'une somme de 120 millions d'euros était inscrite au budget 2004 pour revaloriser de 20 à 100% les pensions des anciens combattants originaires des

anciennes colonies françaises, ce qui constituerait la première revalorisation depuis la loi de « cristallisation » de 1959.

La revalorisation officielle des pensions des anciens combattants maghrébins de l'armée française a été décidée au Parlement français en décembre 2006, suite à une demande introduite par le chef de l'Etat de l'époque, Jacques Chirac. Mais cette décision n'entrera en application que début avril 2007, avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier, mais cela de façon non systématique.

Plus récemment, lors d'un déjeuner controversé à l'Élysée le 14 juillet 2010 réunissant 12 dirigeants d'ex-colonies africaines de la France, le président de la république actuel Nicolas Sarkozy a annoncé l'alignement des pensions de tous les anciens combattants résidant à l'étranger. Quelle que soit leur nationalité. Dans un arrêté du 28 mai dernier, le Conseil constitutionnel avait validé le principe selon lequel le montant des pensions versées aux anciens combattants français et étrangers résidant hors de l'Hexagone devait être égal. Cette décision historique permettrait enfin de rétablir un tort après cinquante ans d'oubli.

## **b. Les foyers de travailleurs migrants**

Créée en 1956 pour régler le problème de l'habitat insalubre des migrants originaires d'Algérie (bidonvilles, en particulier autour de Paris, cafés-hôtels) dû à la pénurie de logements, la Sonacotral, Société nationale de construction de logements pour les travailleurs algériens et leurs familles, a construit son premier foyer en 1959 à Argenteuil. Puis d'autres vont se créer. Les foyers ainsi définis sous le nom de foyers Sonacotra après l'indépendance de l'Algérie, se sont particulièrement développés entre 1965 et 1975. Ils sont alors héritiers de la politique de logement patronale ou philanthropique des travailleurs isolés mais aussi de l'encadrement colonial des populations « indigènes ». La gestion de ces « foyers-hôtels » comme dit à l'époque, est confiée à d'anciens sous-officiers des troupes coloniales, le gouvernement comptant sur leur « expérience » avec ce type de population, ce qui induit des pratiques dans ces foyers d'inspiration plus ou moins ouvertement coloniale.

De nos jours, le PDG est toujours désigné par le gouvernement français et a le statut de préfet.

Les foyers ont servi ensuite de mode de logement privilégié pour les immigrés isolés issus des anciennes colonies, accueillant pour l'essentiel des ouvriers masculins maghrébins employés dans l'industrie ou la voirie à Paris. Ils en constituent 96% des occupants en 1973.

Dès le début des années 1970 des conflits se présentent et se multiplient du fait du délabrement précoce des bâtiments, de l'autoritarisme de la direction, d'un fonctionnement administratif qui prive les résidents du statut de locataire et des droits afférents.

Une longue grève des loyers de 1975 à 1980, opposant les résidents à la direction, leur permet alors de protester contre l'augmentation des loyers. Les résidents chercheront à obtenir un assouplissement des contraintes imposées dans les foyers, dénonçant la surveillance dont ils ont fait l'objet et cherchant à obtenir la reconnaissance de comités de résidents élus. De nombreux résidents seront expulsés au cours de ce conflit. Cette grève aura été une des luttes sociales les plus longues et les plus importantes de l'époque. Quand elle prend fin, la Sonacotra aura satisfait un certain nombre d'exigences des comités de résidents, en particulier la reconnaissance de comités de résidents élus et l'assouplissement de certaines règles. En revanche, les résidents n'obtiendront pas le statut de locataire, qui constituait un des enjeux essentiels de la lutte, pas plus que la reconnaissance du Comité de coordination.

La population de la Sonacotra va ensuite évoluer. Globalement, la population des foyers est touchée par la précarisation. La Sonacotra est appelée à répondre aux besoins d'une nouvelle population, composée à partir de 1992 aussi de Français. Elle est alors affublée d'une nouvelle mission, celle d'accueillir les populations en grande précarité sociale. Elle va travailler de plus en plus en partenariats avec des organismes publiques (Restos du Cœur, Fondation Abbé-Pierre) et crée l'association Bleu Nuit pour gérer des centres d'accueil hivernal pour les sans domicile fixe. Elle va également renforcer depuis peu ses liens avec la Caisse des dépôts et consignations afin de répondre aux besoins en matière de logement d'urgence.

Elle est aussi appelée à jouer un rôle d'intégration.

La Sonacotra va ainsi connaître une restructuration difficile et devra faire face à des nouvelles missions sociales délicates. En 1995 une étude révèle qu'un tiers des résidents

SONACOTRA est au chômage, pour une population, encore aux trois quarts ouvrière, qui bénéficie de revenus parmi les plus faibles.

Si les loyers sont de plus en plus pris en charge par des allocations publiques (APL), la Sonacotra reste depuis ses débuts subventionnée par des fonds publics, en particulier par le Fonds d'Aide et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD), établissement public issu du *Fonds d'Action sociale pour les travailleurs musulmans d'Algérie en métropole et pour leur famille (FAS)*. La population musulmane d'Afrique du nord reste majoritaire dans ces foyers.

Quant aux immigrants vieillissants, ils constituent un problème de taille. Outil de l'État, la Sonacotra a joué un grand rôle dans l'administration et la vie de l'immigration en France, alors que prévalait l'idée que les immigrants n'étaient qu'une population de passage, à l'opposé du rôle d'intégration qui est censé être le sien aujourd'hui. Le vieillissement des résidents retraités inquiète pouvoirs publics et gestionnaires et fait l'objet de plusieurs rapports et d'une étude de l'Unesco. En 2004, Michel Pélissier, le PDG, reconnaît les problèmes d'intégration que posent l'habitat en foyer : « *Nous nous sommes trompés. Ils ne sont pas tout à fait chez eux ici mais pas non plus au bled. Le seul endroit où ils se sentent à l'aise, c'est le foyer. Ils se sont installés dans une migration alternée.* »

Un autre type de population immigrée apparaît depuis 1992, les anciens combattants du Maghreb, venant vivre en France dans les foyers afin de bénéficier pleinement de leur pension de guerre. Ainsi, dans « *Le phénomène du vieillissement dans les résidences de la SONACOTRA* » (Actes du séminaire de l'UNAFO, 1996) Marc Bernardot indique que le nombre des plus de 60 ans (environ 10 000 personnes en 1995) a été multiplié par cinq en dix ans dans les foyers SONACOTRA. Des projections montrent que la moitié des résidents seraient âgés de plus de 55 ans en 2008 et 20% de plus de 65 ans. La même transition démographique s'observe auprès des autres gestionnaires de foyers membres de l'UNAFO, sachant qu'au total, les foyers hébergent près de 130 000 personnes. (DESRUMEAUX, hiver 2000-2001). A Limoges, le foyer Sonacotra compte 90 anciens combattants marocains ou algériens sur 190 places. Certains n'avaient pas remis les pieds en France après leur engagement dans l'armée française.

Ainsi, les changements de mission de la Sonacotra, appelée depuis 2007 ADOMA (« Ad Domus » : vers la maison), vont contribuer à rendre la place de cette population d'immigrés indéterminée. ADOMA ayant des missions nouvelles d'intégration et de resocialisation, ces anciens travailleurs maintenant trop vieux pour avoir une place active en France, trop déracinés pour avoir une place reconnue chez eux, ces anciens combattants âgés amenés à voyager à des âges avancés, bien qu'étant la population cible qui a induit la création des foyers, ne correspondent plus à la nouvelle dynamique de la société. Ces « résidents devenus permanents » induisent de nouveaux impératifs. En effet, l'utilisation du foyer ou de la résidence sociale comme un lieu de vie nécessite la mise en place de services aux personnes liés à la permanence de leur habitat, à leur situation sociale particulière, à leur inscription dans un environnement local.

De nouveaux projets doivent alors être établis pour permettre l'adaptation des foyers au vieillissement des travailleurs migrants. Pour se faire, plusieurs questions doivent être posées :

- Comment les gestionnaires et les partenaires locaux prennent-ils en compte l'accès aux droits des personnes étant dans le va-et-vient entre le pays d'origine et la France (retraite, CMU, minimum vieillesse)?
- Comment est conduite l'adaptation des foyers pour faire face à leur transformation pour partie en lieu de vie pour personnes âgées ? Doivent-ils être aménagés ? Doit-on concentrer ces populations dans des foyers spécifiques ?
- Comment les résidents ont-ils accès aux services gérontologiques de droit commun dans le cadre du maintien à domicile (soins infirmiers, aides ménagères, portage des repas) ?

### **3. Notions d'épidémiologie**

#### **a. Représentation globale et répartition des immigrés**

Selon l'Insee, 4.9 millions d'immigrés résidaient en France métropolitaine en 2004 dont 40% de français par acquisition de nationalité. Un tiers des immigrés sont originaires de l'espace économique européen, un tiers d'Afrique du Nord, et un tiers de l'ensemble des autres régions. Par rapport aux recensements précédents, la proportion d'immigrés originaires d'Afrique, d'Asie et d'Europe de l'Est a augmenté alors qu'elle a diminué pour l'Espagne et l'Italie.

En ce qui concerne la région limousine, l'INSEE recense 26 216 immigrés en 1999 soit 3.7% de la population régionale et plus de 31 000 immigrés en 2004/2005 soit 4.1% de la population régionale. Le Limousin se situe au 17<sup>ème</sup> rang des régions françaises, bien en dessous de la moyenne nationale (8.1%). Pourtant, entre 1968 et 1999, il existe une hausse de 68% en Limousin contre 31% au niveau national.

Il existe également une répartition inégale des immigrés au niveau du territoire (Fig.1) : 49% vivent en Haute-Vienne, 40% en Corrèze et 11% en Creuse. Les proportions sont fortes en Corrèze (4.5%) ainsi qu'en milieu urbain : Ussel (6.5%) Brive (5.8%) ou Limoges (4.3%). Parmi eux, 55% sont issus d'un pays d'Europe, 27% d'Afrique (dont 20% du Maghreb), 16% d'Asie, et 2% du reste du monde (O.R.S. (Observatoire Régional du Limousin), 2009).



Figure 1: Nombre d'immigrés et proportion dans la population régionale en 1999

	Effectifs	Part dans la population totale
<b>Corrèze</b>	<b>10 431</b>	<b>4,5</b>
<i>dont Brive-la-Gaillarde</i>	5 125	5,8
<i>dont Tulle</i>	1 304	4,2
<i>dont Ussel</i>	920	6,5
<b>Creuse</b>	<b>3 039</b>	<b>2,4</b>
<i>dont Guéret</i>	733	2,6
<b>Haute-Vienne</b>	<b>12 746</b>	<b>3,6</b>
<i>dont Limoges</i>	10 541	4,3
<i>dont Saint-Junien</i>	276	2,0
<b>Limousin</b>	<b>26 216</b>	<b>3,7</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>4 306 094</b>	<b>7,4</b>

Source : INSEE, RP99

## b. Le cas des immigrés vieillissants

Au recensement de 1968, les étrangers âgés de plus de 65 ans sur toute la France étaient au nombre de 285 000. Le recensement de 1975 comptabilisait 302 280 étrangers de 65 ans et plus et celui de 1982, 278 960 personnes. Selon l'Insee, le nombre de migrants de 71 ans et plus s'élève à 439 450 personnes en 1999. Compte tenu du vieillissement des populations résidant depuis longtemps sur le territoire, l'âge moyen des immigrés est plus élevé (45 ans) que celui du reste de la population (38.5 ans).

**Une étude de l'O.R.S. sur la condition de vie, l'état de santé et les difficultés d'accès aux soins des immigrés vieillissant en limousin a été effectuée en décembre 2008, et a mis en avant des résultats intéressants (O.R.S. (Observatoire Régional du Limousin), 2009):**

Le recensement des populations immigrées est structuré par âges, et on retrouve une répartition différente de la population limousine en 1999:

- La part des moins de 25 ans est de 15% chez les immigrés, contre 25% en population régionale
- La part des 60 ans ou plus est de 24% chez les immigrés, contre 29% en population régionale. La part des personnes âgées est encore plus faible parmi les migrants originaires d’Afrique (11%) ou d’Asie (8%)

Au total, **6 179 immigrés âgés de 60 ans ou plus en Limousin**, soit 3% de la population régionale du même âge ; 80% d’origine européenne, **13% d’Afrique** et 6% d’Asie. Soit du fait du vieillissement de cette population et de l’ajout de la classe 55-59 ans, une estimation de la population cible de l’étude d’environ **2 000 migrants hors Europe âgés de 55 ans ou plus**. L’étude n’a en revanche pas de données disponibles concernant la nationalité à la naissance ou le lieu de naissance.

La population cible de cette étude est l’ensemble des allocataires de nationalité étrangère âgés de 55 ans ou plus, originaires d’un pays non européen :

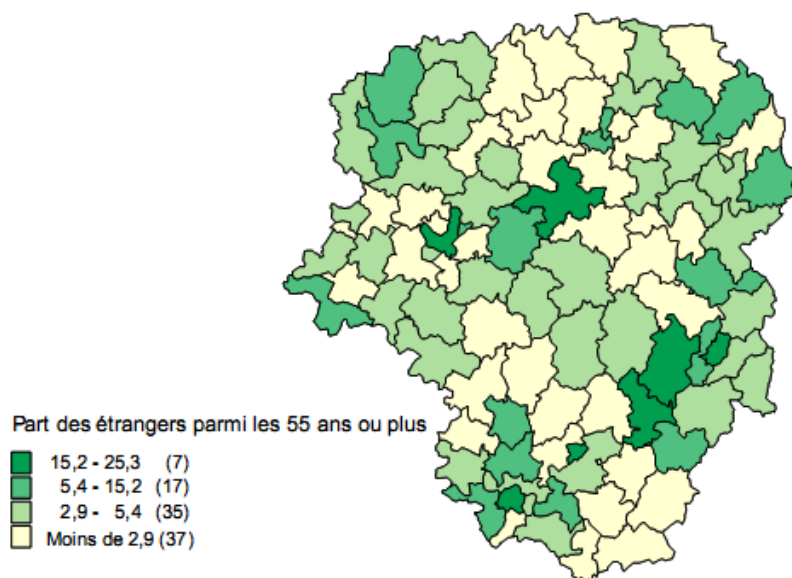
Données issues des CAF : 1 048 allocataires étrangers hors EEE âgés de 55 ans ou plus : 71% en Haute-Vienne, 27% en Corrèze et 2% en Creuse.

Données issues de la MSA : 278 allocataires (+ ayants droit) étrangers hors Europe, âgés de 55 ans ou plus : 52% résident en Corrèze, 34% en Haute-Vienne et 14% en Creuse.

Au total, 1 566 allocataires étrangers soit une estimation de 2 050 à 2 100 immigrés âgés de 55 ans ou plus en 2008 en Limousin.

On retrouve une densité supérieure en Haute-Vienne et en Corrèze, plus faible en Creuse. Des densités élevées dans les principales villes : Limoges, Brive, Ussel, Tulle ainsi que dans certains cantons périphériques de ces villes (Ussel-Ouest, Le Palais-sur-Vienne). De fortes proportions également dans les cantons de Haute-Corrèze (Egletons, Meymac) ou dans le canton de Bourgneuf (carte 1) (O.R.S. (Observatoire Régional du Limousin), 2009).

Carte 1: Proportion d'étrangers (hors Europe) âgés de 55 ou plus par canton en Limousin 2008 (%)



L'étude est faite à partir d'une enquête auprès de la population cible afin de déterminer la condition de vie, l'état de santé et les difficultés d'accès aux soins des immigrants.

L'enquête s'établit, d'une part auprès d'établissements sociaux, d'autre part en habitat dispersé.

### Enquête auprès des établissements :

**165 structures d'hébergement ont été interrogées** : EHPAD, Foyer Logement, USLD, Maison Relais, CHRS, Résidence Sociale avec un taux de réponse élevé : 89% après relance.

**119 migrants ont été recensés** dans les établissements : 88 résident dans le foyer ADOMA, 25 en EHPAD, 5 étaient en USLD et 1 en Foyer Logement.

102 hommes et 17 femmes, âgés de 57 à 98 ans ; 85% originaires d'un pays du Maghreb (97% dans le foyer, 52% autres établissements).

## **Enquête en habitat dispersé :**

Les premiers contacts ont été réalisés avec l'aide d'intermédiaires : assistantes sociales, acteurs des associations de proximité, médiateurs de quartiers. Les entretiens ont été effectués en face à face. Le plus souvent, l'interprétariat était assuré par des proches (famille, relations). **113 migrants ont été enquêtés** : 84 hommes et 29 femmes, âgés de 60 à 94 ans. Parmi eux, **29 étaient originaires du Maghreb** ou d'Afrique ; 24 d'Asie et 17 de Turquie ou de Macédoine. Enfin, 43 anciens combattants marocains ont été enquêtés dans le foyer ADOMA de Limoges. Seuls 19% d'entre eux (hors ADOMA) avaient acquis la nationalité française : 25% des asiatiques, 21% des Maghrébins et 6% des Turcs.

## LES RESULTATS :

Ils seront comparés chaque fois que ça sera possible avec les résultats constatés sur le plan national par *l'enquête PRI \**, initiée par la Cnav et réalisée en collaboration avec l'Insee, sous la direction de C. Attias-Donfut, avec R. Gallou et A. Rozenkier.

- Les motifs d'arrivée en France diffèrent selon les origines :

**La recherche d'un travail pour les hommes originaires du Maghreb** et de Turquie (avec rapprochement familial ensuite pour les femmes), une immigration liée à la situation politique pour les asiatiques, **la pension d'ancien combattant pour les résidents du foyer ADOMA**. Le graphique 1 page 15 montre qu'en 2003 le motif le plus important d'arrivée en France chez les immigrés recensés sur la France entière reste la recherche de travail pour les hommes. Il n'est donc pas étonnant de retrouver un résultat identique sur la région Limousin.

- Les 2/3 des migrants ne lisent pas du tout le français (57% hors ADOMA) et 16% avec difficultés. 69% ne savent pas écrire le français (63% parmi les anciens combattants marocains) et 13% avec difficultés.

Tableau 2: Les difficultés à parler français selon le sexe (%)

Parle français	Hommes	Femmes
Parfaitement	63.5	59.9
Assez bien	23	21.5
Assez mal	10	9.6
Très mal	3.6	6.5
Pas du tout	0.9	2.9

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

Tableau 3: La lecture du français selon le sexe(2003)

Lit le français sans problème	Hommes	Femmes	Ensemble
Algérie	48.3	42.0	45.7
Maroc	43.2	29.3	38.0
Tunisie	56.3	52.7	54.9

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

Le tableau 2 pointe le fait que, sur la France entière, près de 1/5<sup>e</sup> des immigrés ne maîtrise pas la langue française. Sur le tableau 3, moins de la moitié des maghrébins ne savent pas lire le français. Ces résultats sont assez concordants avec les résultats retrouvés dans le Limousin, sachant que le recensement ne s'est pas arrêté à la population maghrébine. On remarque notamment un fort taux d'illettrisme chez les anciens combattants marocains, population en plein essor dans le Limousin puisque sur le foyer ADOMA de la région, on recense aujourd'hui près de 90 anciens combattants marocains sur 190 places (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006).

- Pratiquement tous ont exercé une activité professionnelle en France (91%). 86% perçoivent une retraite ; plus de 95% déclarent une autre source de

revenus : 88% une Allocation Logement, 42% l'Allocation Supplémentaire Vieillesse, 20% le Fonds National de Solidarité.

Tableau 4: Effectifs pondérés des immigrés âgés de 45 à 70 ans selon le statut d'activité (en milliers)

Statut d'activité	Ensemble des immigrés
Actifs occupés	724.4 (45%)
Actifs sans emplois depuis moins de 10 ans	219.3 (13.6%)
Retraités	320 (20%)
Inactifs (depuis moins de 10 ans) ayant ouvert des droits à la retraite	161.4 (10%)
Inactifs n'ayant jamais travaillé dans le secteur formel	180 (11.2%)
Total	1 605.1 (100%)

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

Le tableau 4 révèle le taux important de personnes actives parmi les immigrés de 45 à 70 ans. Près de trois immigrés sur cinq sont actifs. Le nombre de retraités s'élève à 320 000 contres près de 950 000 actifs (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006).

Tableau 5: Situation au regard du travail de l'ensemble des immigrés de 45 à 70 ans (hommes et femmes en %)

	Au travail	Au chômage	Maladie ou invalidité	Handicap (inapte)	En préretraite	A la retraite	Autre inactif	Total
Maroc	10.0	16.9	19.4	15.9	18.3	7.3	15.4	11.7
Algérie	10.9	19.1	13.2	16.4	8.8	16.8	23.1	15.3
Tunisie	6.1	4.2	6.1	8.3	5.4	4.3	5.1	5.4

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

Le mouvement dominant de retrait de la sphère professionnelle produit, dans des proportions variables, trois types de situation : Le premier est la passage direct d'une activité à

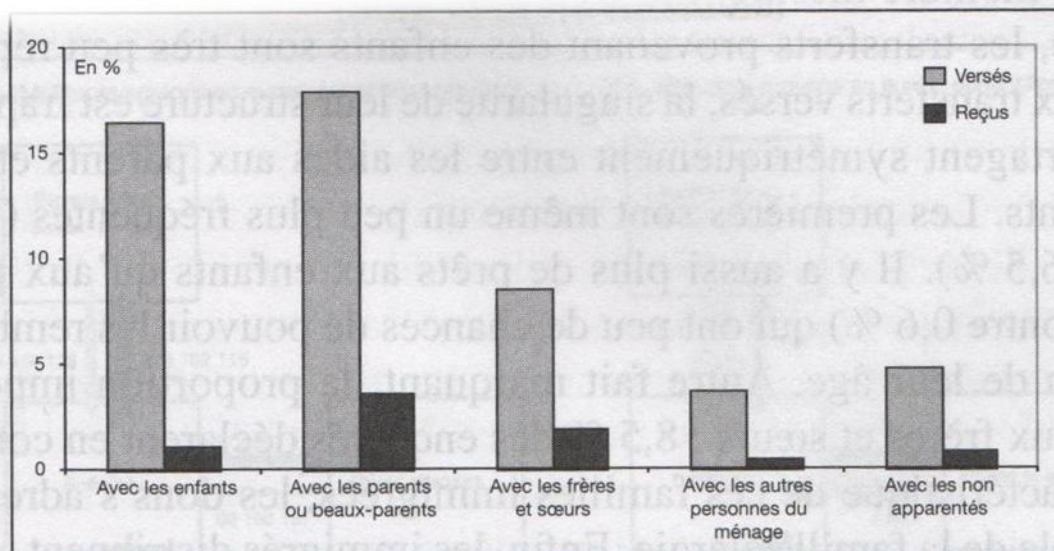
temps plein à une retraite complète. Le second consiste en une transition diversifiée entre le statut de travailleur et celui de retraité proprement dit sous forme de chômage, de pré-retraite ou d'invalidité. Le troisième, encore peu développé en France mais en plein essors aux E.U., se caractérise par des changements d'activités en fin de carrière avec des périodes d'inactivité et de retour à l'emploi qui se prolongent aussi d'ailleurs après liquidation de la retraite.

Dans le tableau 5 figurent les proportions d'actifs et de retraités. On voit que chez les Algériens, on compte plus de retraités (16.8%) que d'actifs(10.9%), alors que chez les Marocains et les Tunisiens on compte plus de personnes actives(10.0% ; 6.1%) que retraitées (7.3% ; 4.3%). Quant à ceux qui se retrouvent en situation transitoire, il représentent une forte part de la population, surtout chez les Marocains (16.9+19.4+15.9+18.3=70.5%) et les Algériens (19.1+13.2+16.4+8.8=57.5%) (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006)

- Les 3/4 ont des ressources mensuelles inférieures à 700€/mois ; notamment parmi les Asiatiques et les anciens combattants marocains.
- L'envoi d'argent au pays est très régulier pour les migrants originaires du Maghreb et dans une moindre mesure les Asiatiques.

Cette pratique devient moins fréquente avec le temps notamment pour le Maghreb et les Turcs. La raison principale de cette diminution est la baisse ou l'absence des ressources financières. Les anciens combattants marocains envoient eux systématiquement de l'argent dans leur pays d'origine.

Graphique 3: Fréquence des transferts financiers versés et reçus



Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

La dissymétrie entre les services monétaires rendus et reçus qu'indique le graphique 3 appuie, à l'échelle nationale, le résultat retrouvé dans le Limousin. Cette dissymétrie relèverait de l'essence même de la migration. Lorsqu'il quitte son pays, le migrant entame une seconde vie dans un nouveau pays où les opportunités économiques sont censées être plus favorables. La promotion sociale espérée par le migrant doit le placer dans une position naturelle de donateur, telle qu'il va redistribuer de l'argent à ses proches. Le différentiel de niveau de vie entre les pays d'accueil et d'origine ne fait que renforcer cette légitimité de l'immigré à se montrer solidaire, car devenu plus fortuné. Une seconde explication possible à cette dissymétrie relève de la position dans le cycle de vie des enquêtés. Ceux-ci se retrouvent plutôt dans des fins de carrière où a priori les revenus sont les plus élevés, ce qui accroît la possibilité de don (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006).



Tableau 6: Les motifs des dons versés par les immigrés selon le lieu de naissance (en %)

	Motifs										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Italie	30.3	17.0	5.8	17.8	1.2	0.4	5.8	17.0	0.8	3.7	100
Espagne	38.4	13.3	13.7	9.5	0.0	1.9	5.2	10.9	0.0	7.1	100
Portugal	44.9	10.3	5.6	8.6	2.9	0.7	2.5	20.1	0.7	3.7	100
Algérie	74.0	1.9	4.3	5.1	1.3	1.3	1.1	6.2	0.4	4.5	100
Maroc	73.2	2.8	4.4	6.1	2.8	0.8	2.7	5.5	0.6	1.1	100
Tunisie	68.0	4.9	3.4	6.4	4.9	0.5	0.5	5.9	0.5	4.9	100

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)  
 Note : Les motifs sont : 1. Pour l'aider à subvenir à ses besoins en raison de difficultés financières ; 2. Pour l'aider à acheter ou aménager un logement ; 3. Pour l'aider à faire face à d'autres grosses dépenses (non liées au logement) ; 4. A l'occasion d'un événement familial (naissance, mariage, fête ou autre événement heureux) ; 5. A l'occasion d'un divorce, deuil, maladie ; 6. En paiement d'une pension ou d'une dette alimentaire ; 7. Pour l'aider à payer ses études ; 8. Pour lui faire simplement des cadeaux ; 9. Pour payer les frais de voyage, de vacances ; 10. Autre.

Le tableau 6 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006) montre qu'à l'échelle nationale, le motif principal de dons versés par les immigrés originaire d'Algérie, de Maroc ou de Tunisie, reste celui de soutien financier à la famille. On remarque que les proportions sont différentes chez les immigrés originaires d'Europe. Ces chiffres sont concordants avec les résultats retrouvés à l'échelle du Limousin.

- **Les contacts avec le pays d'origine sont très réguliers pour les anciens combattants marocains dont la famille proche (femme et enfants) est restée au Maroc.**

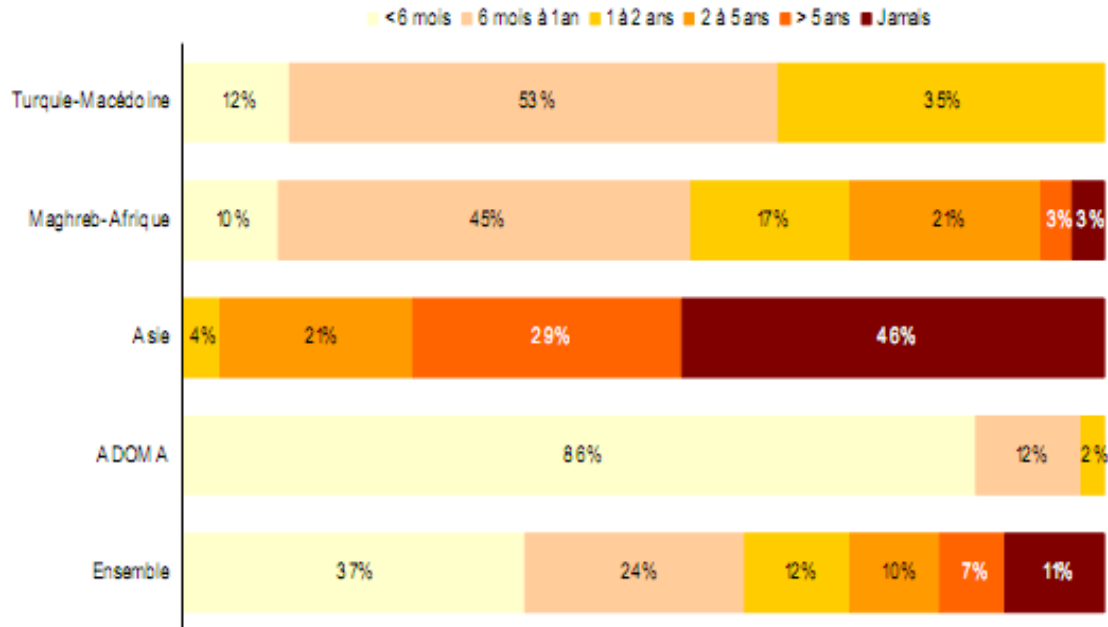
Pour les autres, peu ont un conjoint vivant au pays (n=5) mais 31% ont des enfants à l'étranger. Dans ces cas, les contacts téléphoniques sont réguliers (au moins chaque mois). Les contacts avec le reste de la famille ou les amis vivant au pays sont moins fréquents.

- **La fréquence des retours dans le pays d'origine diffère selon les origines :**

**55% des migrants du Maghreb** et 65% des Turcs ont effectué un retour au pays dans l'année écoulée. Pour les Asiatiques, les retours sont plus rares voire inexistantes (46% ne sont

jamais retournés dans le pays d'origine). **Les anciens combattants marocains rentrent au moins une fois par an chez eux** (fig.2) (O.R.S. (Observatoire Régional du Limousin), 2009)

Figure 2: Date du dernier retour au pays selon le pays d'origine (n=113)



Cette diversité se retrouve sur le plan national comme le montre le tableau 7 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006). On remarque que les retours au pays les plus majoritaires se font sur une durée de deux semaines à deux mois chez les pays du Maghreb.

Tableau 7: Durée de séjours au lieu de naissance (en %)

Zone géographique	Durée des séjours				
	Inférieure à 1 semaine	1 semaine à 2 semaines	2 semaines à 1 mois	1 mois à 2 mois	2 mois et plus
Europe	9.7	21.6	49.1	18.2	1.4
Europe du Nord et cont.	39.0	39.3	18.2	3.0	0.6
Europe du Sud	5.9	18.9	53.6	20.0	1.6
Portugal	8.6	28.2	6.3	15.7	1.1
Espagne	11.1	26.2	49.1	12.0	1.6
Italie	1.2	8.8	60.8	27.2	2.0
Europe de l'Est	2.3	20.8	52.3	23.6	0.9
Total Afrique	1.3	7.0	41.4	45.4	5.0
Maghreb	1.3	7.4	42.2	44.6	4.6
Maroc	0.9	5.7	44.9	47.6	1.0
Algérie	1.2	6.7	41.6	43.5	7.0
Tunisie	2.4	13.6	37.1	40.5	6.5
Afrique (noire)	1.4	1.4	36.5	50.0	7.8
Amérique	0.0	0.0	44.9	40.5	4.5
Turquie et Pr. Orient	0.0	0.0	40.5	48.1	6.2
Asie	0.0	0.0	49.2	36.9	6.2

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)  
 Note : Les temps de séjour ne sont pas recensés lorsque la fréquence de retour est supérieure à une fois par mois

Tableau 8: Les retours au pays en %

Variables	Actifs	Chômeurs et arrêtés	Retraités	Autres inactifs	Ensemble
<b>Retour au pays depuis l'installation à l'étranger</b>					
Oui, plusieurs fois	88.3	87.2	85.2	89.6	87.6
Oui, une seule fois	5.4	5.1	6.2	3.9	5.3
Non, jamais	6.4	7.8	8.6	6.5	7.1
<b>Fréquence des retours (si plusieurs retours)</b>					
Plusieurs fois par an	19.8	12.6	20.4	17.9	18.6
Une fois par an	43.1	44.8	42.1	45.9	43.6
Plus rarement	37.0	42.7	37.5	36.2	37.8
<b>Temps moyen par séjour au pays d'origine</b>					
Moins d'une semaine	5.5	3.7	7.3	4.7	5.5
Une à deux semaines	15.1	11.2	16.9	12.4	14.5
Deux semaines à un mois	51.6	44.8	38.9	37.2	45.5
Un à deux mois	27.2	37.6	29.7	39.6	31.2
Plus de deux mois	0.7	2.7	7.2	6.1	3.3
<b>Objet principal de ces séjours</b>					
Passer les vacances	54.8	48.5	47.3	40.1	49.9
Rendre visite à la famille	39.5	47.2	45.8	56.5	44.7
Autre	5.7	4.3	7.0	3.3	5.4
<b>Logement au cours de ces séjours</b>					
Logement personnel	32.9	32.0	29.6	32.2	31.9
Logé par la famille	56.8	62.1	56.8	61.0	58.2
Autre	10.4	6.0	13.7	6.8	9.9
Source : Enquête PRI, Cnav (2003)					
Note : La catégorie « chômeurs et arrêtés » prend en compte les enquêtés en longue maladie ou invalidité. Pour l'objet principal des séjours, seule la première réponse des enquêtés est prise en compte.					

D'autre part, il est intéressant de remarquer dans le tableau 8 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006) que les retraités sont quand même moins nombreux à repartir plusieurs fois au pays que les actifs et autres non-

retraités. Ils sont en revanche plus nombreux à n'y retourner qu'une fois, voire pas du tout. Cela pourrait s'expliquer par un effet de sélection : les retraités interrogés dans l'enquête correspondent aux immigrants de cette génération qui, par définition, ont choisi de rester en France, d'autres étant déjà repartis à la veille de leur retraite ou bien avant, au pays de naissance ou ailleurs. On constate donc parmi les retraités, une plus grande représentation de ceux qui ont rompu tout lien avec le pays de naissance ou qui n'entretiennent avec lui que des rapports ténus.

- Les 2/3 des migrants (hors ADOMA) disent pouvoir compter sur une aide de leur entourage en cas de coup dur, particulièrement chez les Asiatiques (79%).

Le plus souvent, il s'agit d'aides en nature (nourriture, repassage...) mais aussi des aides lors d'interventions auprès d'organismes (courriers ou accompagnement). Les aides financières sont relativement rares (17%). Ces aides sont généralement apportées par les enfants ou la famille proche mais également dans une moindre mesure par les amis ou par la communauté (rôle important notamment parmi les Asiatiques et les Turcs).

- 73% des migrants de l'étude déclarent souffrir d'au moins une pathologie (35% de plusieurs pathologies).

Il s'agit par ordre de fréquence des maladies de l'appareil circulatoire (problèmes cardiaques, tension), de problèmes locomoteurs (rhumatismes, problèmes articulaires), de maladies métaboliques (diabète, cholestérol) mais aussi de troubles sensoriels et de maladies respiratoires. Plus du quart étaient en ALD.

Tableau 9: Couverture sociale de base chez les immigrés (en %)

	<b>Proportions</b>
Bénéficiaire de la sécurité sociale en France	98.3
Bénéficiaire de la sécurité sociale à l'étranger	1.4
Ne bénéficie pas de la sécurité sociale	0.3
Source : Enquête PRI, Cnav (2003) Au moment de l'enquête, la Couverture Maladie Universelle (CMU) dont l'obtention est attachée à un critère de résidence était en place depuis 3 ans (entrée en vigueur au premier janvier 2000)	

Le tableau 9 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006) permet de compléter les résultats obtenus : la quasi-totalité des immigrés bénéficie des droits de santé français depuis l'an 2000. Ceci peut expliquer le fort taux de migrants malades, ceux-ci venant ou restant en France pour bénéficier du système de soins français.

- 79% ont des problèmes dentaires.

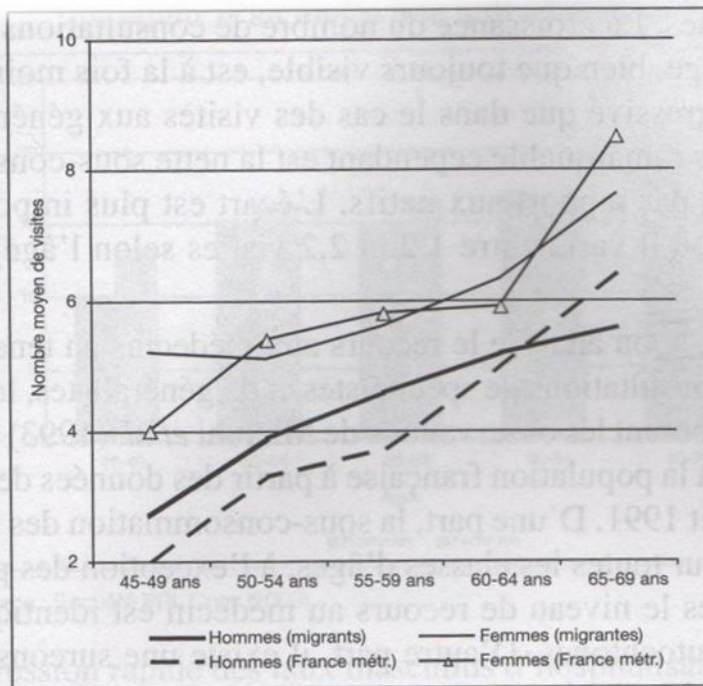
Un tiers des enquêtés a déjà eu besoin de soins dentaires mais n'y est pas allé pour des raisons liées principalement au coût de la consultation ou à l'absence de prise en charge de ces soins. Seuls 17% ont consulté un dentiste à titre préventif au cours des 2 dernières années (7% pour les anciens combattants marocains).

- 53% souffrent de problèmes d'audition et près de 80% de problèmes de vue.
- 37% consultent un médecin généraliste au moins 1 fois par mois mais 8% n'en ont pas consulté au cours de l'année.

Le choix du médecin traitant est lié à la proximité géographique (notamment pour les résidents du foyer) mais également à la culture. Chez les Asiatiques, 40% disent préférer la

médecine traditionnelle. Plus de 27% ont déjà renoncé à aller consulter un médecin au cours des 12 derniers mois bien que malades pour des raisons financières mais aussi à cause de problèmes de déplacement ou d'accompagnement ou des difficultés de compréhension avec le médecin.

Graphique 4: Recours au généraliste (au cours des douze derniers mois)



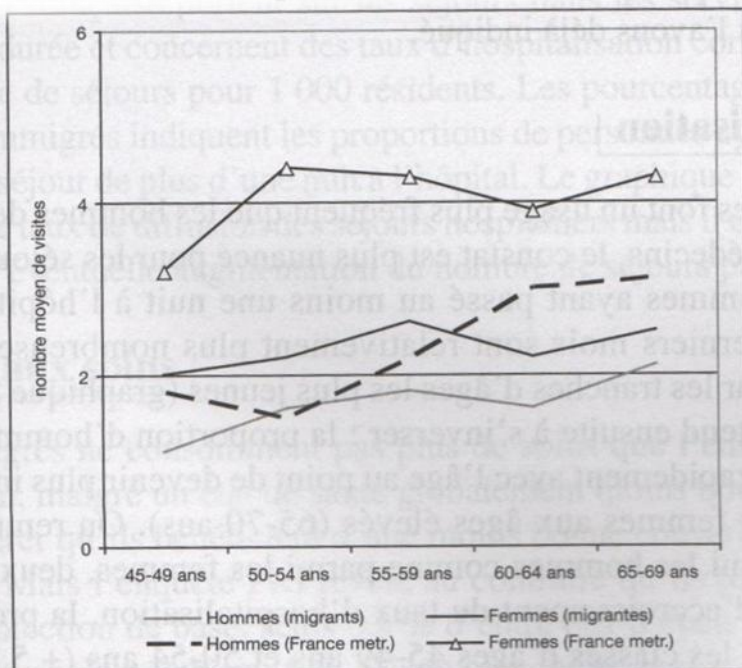
La dernière classe d'âge inclut les personnes de 70 ans pour la population des immigrants.  
 Sources : Enquête PRI, Cnav (2003) pour la population des immigrants et enquête SPS, Irdes (2000) pour l'ensemble de la population.

Le graphique 4 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrants en France, 2006) montre des résultats qui, bien que non directement comparables avec les statistiques faites dans le Limousin, semblent les contraster. En effet, on remarque une plus grande tendance à consulter le médecin généraliste chez les hommes immigrants que chez les métropolitains, tendance qui semble s'inverser après 70 ans. Chez les femmes, les choses sont plus mitigées. Quoiqu'il en soit, ce graphique semble montrer que les immigrants ont recours au médecin généraliste de façon non négligeable. Le contraste avec le fort taux d'immigrants ayant peu ou pas recours au généraliste peut s'expliquer par le fait que le Limousin reste une région très rurale, avec beaucoup d'habitations isolées et des transports en commun limités, ce qui réduit les

déplacements. Or, comme précisé précédemment, les possibilités de déplacement restent un facteur déterminant pour avoir recours au médecin généraliste.

- Au cours de l'année écoulée, 1/5 a consulté un médecin spécialiste, 15% ont eu recours à des soins infirmiers, 35% ont été hospitalisés.

Graphique 5: Recours au spécialiste (au cours des douze derniers mois)

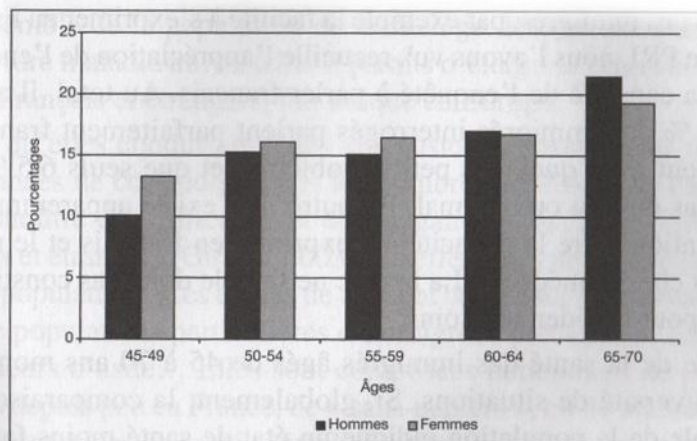


La dernière classe d'âge inclut les personnes de 70 ans pour la population des immigrés.  
Sources : enquête PRI, Cnav (2003) pour la population des immigrés et enquête SPS, Irdes (2000) pour la population française.

Le graphique 5 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006) montre cette fois-ci une sous-consommation des médecins généralistes chez les hommes immigrés et une consommation chez les femmes immigrées nettement inférieure à celle des femmes métropolitaines.



Graphique 6: Proportion de personnes ayant effectué un séjour d'au moins une nuit à l'hôpital



Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

Le graphique 6 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006) permet de voir à l'échelle nationale la répartition hommes/femmes des hospitalisations sur au moins un jour en fonction de l'âge des migrants. On remarque la progression du taux d'hommes hospitalisés avec l'âge, qui dépasse celui des femmes à partir de 60 ans. On observe par ailleurs parmi les hommes comme parmi les femmes une période d'accroissement du taux d'hospitalisation entre les classes d'âges 60-64 ans et 65-70 ans (+ 4,5% pour les hommes et + 2.6% pour les femmes). (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006)

- 64% des femmes ont déjà passé une mammographie avec un délai normal de suivi pour 83% d'entre elles. En revanche, le suivi gynécologique est relativement faible (21%).
- 73% des enquêtés ont déjà connu des difficultés financières, 61% des difficultés lors de démarches administratives.
- Près de 80% des migrants déclarent ne pas se sentir suffisamment informés de leurs droits en matière de santé, 69% de leurs droits en matière de logements.

Près des 2/3 ne connaissent pas l'existence de services destinés à faciliter la vie des personnes âgées et seulement 9% ont déjà utilisé ces services.

Or le recours aux aides sociales est d'une importance capitale pour les migrants lorsqu'ils y ont accès, comme peut en témoigner le tableau 10 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006).

**Tableau 10: Recours à une aide administrative selon la maîtrise du français (en %)**

	Aide administrative	Pas d'aide	Total
Difficultés de lecture du français	65.6	34.4	100
Difficultés d'écriture du français	58.1	41.9	100
Pas de difficulté de français	20.4	79.7	100
Ensemble	43.0	57.0	100

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

Les aides apportées à un parent ou à un ami pour remplir des formulaires, compléter des dossiers administratifs, ou effectuer des démarches auprès des services sociaux ou de santé, sont des actes qui peuvent considérablement faciliter la vie quotidienne d'un immigré vieillissant. La mauvaise maîtrise de la langue, tant à l'écrit qu'à l'oral, est probablement un élément déterminant du besoin d'aide. A cet égard les enquêteurs de l'enquête PRI ont remarqué, lors des entretiens, que les personnes interrogées sollicitaient fréquemment la présence d'au moins un de leurs enfants, adolescents ou jeunes adultes, surtout lorsque ceux-ci vivaient avec eux. Ce désir de mieux comprendre et/ou de mieux se faire comprendre, patent lors de l'enquête PRI, se fait évidemment et plus généralement sentir à l'égard de l'administration. Lors de l'enquête, ce sont les aides effectivement fournies qui sont étudiées et non le recensement des besoins qui pourraient les rendre nécessaires. L'enquête montrera ainsi que les personnes vivant seules ne figurent pas parmi celles qui sont davantage secondées. Ce n'est pas que leurs besoins soient moindres. Mais un réseau limité, et dans une certaine mesure, leur isolement, constituent des freins à la production de services de proximité. La contribution de l'entourage aux démarches administratives concerne 43% des immigrés. Comme évoqué plus haut, les personnes qui maîtrisent mal le français sont logiquement celles qui ont le plus souvent requis ce type de concours, ce que souligne le tableau

10. Les difficultés de lecture induisent plus fréquemment une aide que les difficultés d'écriture (65.6% contre 58.1%). Notons également que même en l'absence de difficulté à manier notre langue, une personne sur cinq demande néanmoins une collaboration pour résoudre des questions administratives.

Mais ces statistiques concernent les gens ayant pu avoir accès aux soins. Or, il persiste de grosses difficultés d'accès aux soins pour bon nombre de migrants. Bien que les pouvoirs publics aient répondu aux principaux problèmes de santé en France par une succession de réformes conduisant à favoriser l'accès aux soins des français et des étrangers en séjour stable, cela a contribué à l'exclusion progressive des étrangers en séjour précaire. (MAILLE D V. A., 2001) (MAILLE D T. A., 2005). Or l'obtention d'une protection maladie intégrale (base et complémentaire) reste nécessaire pour garantir la continuité des soins chez les personnes financièrement démunies. Une telle protection est théoriquement possible au terme d'une période de résidence de trois mois, mais les étrangers en situation précaire sont confrontés à la complexité de la réglementation, à sa méconnaissance par les acteurs du système de santé eux-mêmes, y compris la Sécurité sociale ((Comede), 2006). Se surajoute à cela des difficultés liées à l'inexistence d'un service public d'interprétariat ou encore les refus des soins de la part de certains professionnels de santé à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ou de la CMU<sup>1</sup>.

- 12% envisagent un retour au pays pour y finir leurs jours.

---

<sup>1</sup> **CMU complémentaire** : les personnes qui ont de faibles ressources et ne peuvent donc pas souscrire une mutuelle ou une assurance complémentaire privée, peuvent bénéficier de la CMU complémentaire. Elle permet au patient de se faire soigner sans déboursier d'argent pour les consultations (à l'hôpital et chez le médecin), les examens de laboratoire et les médicaments.

**Aide Médicale de l'Etat (AME)** : Dispositif de protection maladie destiné aux personnes qui n'ont pas de titre de séjour et qui disposent de faibles ressources

**Permanences d'accès aux soins de santé (Pass)** : sans argent et sans protection maladie, seules ces permanences de l'hôpital publique peuvent délivrer des soins nécessaires

- 65% des Turcs souhaitent être enterrés dans le pays d'origine. C'est le cas de **48% des migrants originaires du Maghreb** mais seulement de 12% des Asiatiques. Dans ce cas, **45% ont déjà pris des dispositions au pays.**

Tableau 11: Lieu souhaité pour la retraite (en %)

Lieu souhaité	France	Pays d'origine	Va-et-vient	Ne sait pas
Europe	60.9	7.1	22.6	9.4
Europe du nord et cont.	71.7	3.1	9.6	15.5
Europe du sud	57.9	8.4	25.8	7.9
Portugal	42.5	10.9	37.4	9.1
Espagne	68.2	7.4	7.3	7.1
Italie	81.8	4.2	8.2	5.8
Europe de l'est	67.8	2.7	16.9	12.6
Afrique entière	57.0	7.0	26.5	9.5
Maghreb	60.5	4.4	26.7	8.4
Maroc	63.3	5.4	24.6	6.8
Algérie	62.8	2.7	24.2	10.4
Tunisie	49.6	6.1	36.7	7.7
Afrique	42.3	17.8	25.8	14.1
Amérique	51.4	10.1	22.9	15.6
Turquie et Pr. Orient	59.0	6.3	29.4	5.3
Asie	62.3	7.4	16.3	14.0
Ensemble	59.1	7.2	24.0	9.7

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

Tableau 12: préférences pour le lieu d'enterrement selon le pays de naissance (en %)

Zone géographique	Préférences sur le lieu d'enterrement				
	En France	Au pays d'origine	Dans un autre pays	Indifférent	Ne sait pas
Europe du nord et cont	56.7	10.7	0.4	28.7	3.6
Europe du Sud	54.5	20.4	0.1	20.6	4.4
Portugal	31.5	34.4	0.1	28.6	5.4
Espagne	66.3	12.1	0.2	17.2	4.3
Italie	76.8	8.1	0.1	11.9	3.1
Maghreb	23.0	58.5	0.8	13.5	4.1
Maroc	22.4	59.7	0.5	14.4	3.0
Algérie	21.1	58.7	0.5	14.3	5.4
Tunisie	30.0	55.6	2.3	9.2	2.9
Afrique (noire)	27.2	44.5	0.5	24.4	3.4
Turquie et Pr. Orient	20.0	68.2	0.0	11.2	0.6
Asie	62.4	12.1	0.3	19.7	5.5

Source : Enquête PRI, Cnav (2003)

Les tableaux 11 et 12 (ATTIAS-DONFUT, L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, 2006) sont ici intéressants à comparer. Sur le tableau 11, si on regarde les migrants originaires du Maghreb, plus de la moitié souhaitent vivre leur retraite en France, et plus d'un quart acceptent de faire des va-et-vient entre les deux pays. Sur le tableau 12, en revanche, moins d'un quart accepte d'être enterré en France et plus de la moitié souhaite être enterré dans son pays d'origine. Ce qui voudrait dire que si la France est envisagée comme terre de retraite, elle ne l'est pas en tant que terre de sépulture. Tout ce paradoxe explique les mesures prises à l'avance et le « marché de transport des morts » qui s'effectue et se développe entre les pays (CHAÏB, 2000). Ces résultats soulignent la valeur persistante de la terre des ancêtres et l'importance donnée au statut de mort, ce qui contraste avec le lieu de vie envisagé au temps de son vivant.

Parallèlement à l'enquête auprès des migrants du Limousin, une quinzaine d'entretiens ont été réalisés avec des acteurs intervenant auprès de ces populations : travailleurs sociaux, infirmières, médiateurs de quartier, intervenants associatifs... Les principaux besoins qui ressortent de ces deux approches sont :

**Une meilleure information des populations immigrées** : un moindre accès aux droits, une mauvaise connaissance du système et des dispositifs existant, des démarches complexes, l'obstacle de la langue, plus généralement de la culture, peuvent tenir éloignées ces populations aux trajectoires fragiles des dispositifs d'aide sociale.

**Une sensibilisation et une information des intervenants** : les travailleurs sociaux se disent souvent démunis et sont en demande de soutien et de formations. Les migrants vieillissant sont une population peu visible pour certains acteurs. Il conviendrait en particulier de former les personnels d'aide à domicile à des cultures différentes et de mieux prendre en compte, pour ces populations, les interactions entre vieillissement, précarité et cultures.

**L'adaptation des structures d'hébergement collectif** aux personnes vieillissantes et dépendantes (notamment le foyer ADOMA) et le développement en leur sein d'une vie collective en adéquation avec le profil de ces personnes. Actuellement, peu de migrants sont en établissements pour personnes âgées mais il faudra anticiper les évolutions et les besoins futurs.

**Une meilleure intégration à la vie sociale** des migrants. Les lieux d'échanges étant souvent informels (cafés, marchés), on pourrait suggérer de favoriser l'accès à des lieux plus formels, d'associer ces populations aux activités collectives et culturelles, d'encourager les démarches sur la mémoire de l'immigration...

Il est important de rappeler que, quel que soit le contexte de vie, quelle que soit la culture, la santé mentale des individus est essentielle. Celle-ci est le résultat d'une interaction de facteurs biologiques, psychologiques (cognitifs et affectifs) qui reflètent la manière dont se constituent au cours du développement les relations de l'individu au monde qui l'entoure, et sociaux qui influencent les problèmes que rencontrent les individus et les stratégies qu'ils élaborent pour y répondre. (SABATIER Colette, 2002).

Par les notions historiques, politiques et épidémiologiques, nous avons pu illustrer l'influence que peut avoir le socio-politique sur le psychisme des migrants. Reste à aborder l'intérêt de se pencher sur l'aspect psychopathologique propre..

## **4. Psychopathologie du migrant âgé**

### **a. Le vieillissement normal**

Les travaux actuels centrés sur le vieillissement font une très large place à la biologie, ainsi qu'à la culture en tant que productrices de longévité. Le vieillissement de l'être humain est aussi le produit d'une troisième composante qu'on aurait tort de négliger, celle du sujet vieillissant, notamment lorsque celui-ci vise à produire une existence qui mérite d'être encore vécue, qui le mérite au moins à ses propres yeux. Le vieillissement psychique est un processus lent et progressif où le sujet est en quête des ressources encore disponibles pour une conquête tardive de la psyché. Il peut aussi se laisser aller à la régression, seule issue pouvant lui permettre d'éprouver un peu de plaisir à vivre. Il semble ainsi important de savoir distinguer le vieillissement usuel du vieillissement pathologique. (FERREY Gilbert, 2000)

Le début du vieillissement correspond à l'arrivée sur la scène mentale d'une nouvelle donnée : celle de notre inéluctable finitude. Cette pleine prise de conscience est décrite par Elliot Jacques par la « crise du milieu de la vie ». Cette crise de mi-vie n'est pas fixe, variant d'un individu à l'autre, d'une époque à l'autre, voire d'une philosophie de vie à l'autre.

Le processus de vieillissement commence au moment où le fantasme d'éternité rencontre une limite jusque-là ignorée par la libido. Ce fantasme est mis à mal par l'apparition d'un fléchissement durable (baisse de séduction chez la femme, réduction de puissance chez l'homme), ayant ainsi de multiples conséquences affectives, mentales, corporelles, professionnelles et sociales. Ainsi, la conviction narcissique du Moi en son immortalité (le moi, dès l'origine, se pose comme s'il était impérissable) est remise en question.

Selon l'expérience courante, le vieillissement narcissique est un processus de décroissance au cours duquel le sujet est soumis à un mouvement pulsionnel inverse à celui qu'il avait rencontré à l'adolescence. Comme la quantité des ressources disponibles diminue, les possibilités d'investissement se restreignent. Ainsi, un vieillissement bien accompagné passe d'abord par l'appréciation de la capacité restante de l'investissement.

Dans l'inconscient, la vie sexuelle occupe la place d'un organisateur de première grandeur, et c'est justement la génitalité corporelle qui diminue la première au cours du vieillissement, et ce, avant la génitalité psychique. Aussi, il semble important de repérer ce qu'il advient de la sexualité au cours du vieillissement. En effet, le décalage temporel crée un écart dans le Moi du sujet vieillissant, écart qui ébranle son narcissisme jusqu'à provoquer parfois des troubles de l'identité en particulier lorsque les performances corporelles ne sont plus en accord avec le désir comme elles l'étaient auparavant. *Si le désir n'a pas d'âge, les moyens de sa réalisation en ont un.*

Avec le vieillissement, va s'opérer également une évolution des processus de pensée. La mémoire s'altère naturellement avec l'âge. *L'association libre* (capacité à établir un recrutement associatif à une idée, un souvenir) décrite dans la clinique psychanalytique, aurait également tendance à se réduire telle une porosité fonctionnelle comparable à la réduction de la trame osseuse. Enfin, la charge de l'affect se modifie également : la liaison nouvelle entre affect et représentation se ferait moins bien, avec moins de solidité. La charge affective disponible pour la mémoire immédiate s'amenuise, et la capacité d'engranger de nouveaux souvenirs s'altère. A contrario, la clinique analytique montre clairement que la relance de la charge affective par le jeu transférentiel améliore à son tour la mémoire.

Spontanément, le sujet vieillissant va masquer la baisse de sa vitalité mentale par la réutilisation de son capital de connaissances. Plus tard, il s'engagera dans la répétition. Ainsi, avec le temps, le plaisir de vivre va plus s'installer sur le versant de la répétition que sur celui de la conquête. La réussite du vieillissement psychique passerait d'abord par la capacité à relancer la passivité que chacun porte en soi, comme source de satisfaction, comme source de jouissance.



Sur le plan psychanalytique, le vieillissement psychique serait, selon G. Le Gouès, un processus de mise en tension du Moi d'avec le Ca. Le Moi sait qu'il va mourir, tandis que le Ca l'ignore. Le conflit qui s'opère au cours du vieillissement opposerait le Moi qui reconnaît au moins partiellement son vieillissement et donc sa mort prochaine, et le Ca qui vit dans l'intemporalité. Bien tempéré, le vieillissement psychique dépend de la capacité du Moi à supporter la perte de la jeunesse et la peur de la mort sans en être mentalement paralysé. En bref, le vieillissement réussi consisterait à abandonner des prétentions antérieures pour en investir de nouvelles, ajustées à la nouvelle situation ; c'est-à-dire, être capable de réélaborer un complexe de castration mis à mal dans les crises tardives, où l'on voit que le passé est fortement sollicité pour affronter le présent, où l'on constate que l'infantile œuvre jusqu'au bout de la vie, où l'on observe que la qualité des deuils précoces détermine la capacité de réussir des deuils tardifs.

Si l'on se penche sur la perception générale du sujet vieillissant, il se voit comme un être en déclin, qui n'est plus maître de son destin. Aussi doit-il se construire une nouvelle valeur à son existence : la Maturité. La solidarité entre les générations peut aider à ce travail. L'ancien est sollicité pour faire part de son art de vivre et de son expérience non encore vécue par les générations plus jeunes. La personne âgée va être ainsi réinvestie dans la vie sociale, prenant pleinement place dans une vie psychiquement constructrice pour les jeunes générations, suffisamment active pour développer les moyens de jouir de la vie qui reste.

## **b. Psychopathologie de la personne âgée**

### **Les mécanismes de défense**

Les mouvements de défense tardifs sont à la fois conscients et inconscients. Ils peuvent être névrotiques au point de s'opposer farouchement à toute amorce de solution. Seul l'aspect intellectuel de la défense passe alors à la conscience. L'essentiel du mouvement reste refoulé. Par exemple, les névroses obsessionnelles activées tardivement pour lutter contre tout ce qui prend forme de plaisir à vivre et tout ce qui rappelle l'écoulement du temps, vont se manifester par le fait de s'enfermer seul dans une pièce transformée en cabinet de ruminations, de rites et de conjuration du sort avec pour vain objectif de lutter contre des angoisses anciennes qui se réactivent. Les mécanismes de défense mis en jeu ici sont le refoulement et la dénégation (voir

annexe). Dans les névroses moins agressives, les dénégations sont également fréquentes. Tout se joue autour de la signification affective attribuée à la vieillesse et à la mort : partir est-il ressenti comme le fait d'être tué ou comme la nécessité d'avoir à quitter la vie selon une loi de la nature ? Le destin de la vie mentale tardive va alors dépendre du statut de vieilles pensées hostiles, en particulier au moment des choix vitaux. Ces mouvements vont se retrouver en clinique et ils doivent être repérés rapidement par le clinicien. Le travail du psychothérapeute consiste alors à faire reconnaître que si nous devons un jour quitter la vie, ce n'est parce qu'un « crime aurait été commis », version fantasmée de l'enfance qui ressurgit dans l'esprit de l'être vieillissant, mais que la mort est la fin de toute chose. (FERREY Gilbert, 2000)

### **Les dépressions**

Les manifestations de la dépression chez la personne âgée ne répondent pas toujours aux classifications établies pour la dépression. En réalité, la dépression est une pathologie indocile, non dictée par la pensée, qui va se montrer polymorphe et changeante au cours du vieillissement. Au niveau de la clinique, les multiples travaux consacrés aux dépressions du sujet âgé vont définir un trépied sémiologique associant les troubles de l'humeur (tristesse, anxiété), le ralentissement psychomoteur et les troubles somatiques habituels. La tristesse pathologique se distingue de la tristesse réactionnelle en ceci que l'intéressé ne peut pas s'en défaire. C'est un trouble de l'humeur ancré dans le fonctionnement, une douleur morale faite de pessimisme et d'auto-dévaluation. Le sujet se sent incapable, inutile et vide. Certains parlent d'anesthésie affective, d'effondrement intérieur, de raréfaction du recrutement associatif. Le ralentissement psychomoteur se traduit par la perte de l'élan vital, de l'intérêt pour soi et pour les autres. Il est à la fois intellectuel et affectif. Il est généralement difficile à apprécier chez les sujets âgés dont le corps a déjà perdu de sa souplesse et de son agilité. De même, les troubles somatiques peuvent être source de méprise, et doivent être évalués en fonction des habitudes récentes du sujet, de l'évolution somatique dans le temps. L'interrogatoire d'un tiers permet une meilleure approche, plus précise, de ces changements. Parmi les dépressions, on va identifier plusieurs formes différentes :

Les formes réactionnelles : Elles sont les plus fréquentes. Elles se caractérisent par l'association d'un événement récent au trouble de l'humeur. La constante tient à ce qu'on leur reconnaît une cause déclenchante responsable d'un impact sur une personnalité déjà

affaiblie. Les manifestations cliniques sont multiples : plaintes centrées sur le tube digestif, faible capacité de mobilisation psychique, récit appauvri restant factuel et sans *insight*, sensation de vide douloureux qui tient lieu d'affect, anxiété diffuse, lassitude, douleurs multiples, désarroi.

Les formes endogènes : Elles sont les plus rares, mais les plus redoutables à cause du risque suicidaire qu'elles comportent. Elles se manifestent par un accès mélancolique au déclenchement spontané, déterminé par une perte d'appétit importante, de l'insomnie, de la souffrance morale, du ralentissement, du repli sur soi et des idées de mort exprimées. En cas d'absence d'épisode dépressif antérieur, certains parlent de mélancolie mono polaire d'apparition tardive. On peut alors retrouver des manifestations cliniques particulières chez la personne âgée, sous forme d'un tableau plus bruyant à ne pas interpréter trop précocement comme une manifestation hystérique : le malade ne tient pas en place, se plaint, s'agite, appelle à l'aide, se lamente. En plus de la douleur morale exprimée, il peut aussi être dans le refus des soins, de la nourriture, avec un délire voire des hallucinations auditives. Moins l'inhibition est marquée, plus le geste suicidaire est à redouter. Le trouble bipolaire de l'humeur tardif existe et s'associe particulièrement à des plaintes hypochondriaques. Il nécessite un suivi sur une période de plusieurs années avec une stratégie de soin identique à celle d'un trouble bipolaire de l'humeur de l'adulte.

Les formes associées : Elles peuvent être associées à un trouble psychiatrique comme une névrose obsessionnelle, hystérique, un alcoolisme, une schizophrénie, un délire chronique, une personnalité pathologique ; ou à un trouble somatique dont les plus fréquents sont la iatrogénie, la maladie somatique et la maladie de Parkinson. La dépression iatrogène est en pleine expansion, conséquence de la poly médication dont le sujet âgé est l'objet, aggravé généralement par l'avidité médicamenteuse propre au grand âge. L'intoxication est donc à rechercher attentivement et systématiquement en cas de dépression récente. Une dépression cliniquement manifeste peut se déclarer en prodrome de la découverte d'un cancer profond, d'une atteinte systémique ou d'une tumeur cérébrale. Elle n'est pas spécifique du vieillissement, mais son aspect inaugural tardif, sans antécédents connus, survenant en dehors de tout élément déclenchant évident, marquée par une fatigue intense, dont l'intensité contraste avec la discrétion relative des signes dépressifs, oriente vers la prudence. La maladie de Parkinson constitue l'exemple d'une intrication entre une atteinte

somatique et une dépression. Les symptomatologies se mêlent : le ralentissement, par exemple, est commun aux deux.

Les formes trompeuses : Avec l'âge, les plaintes vont se centrer sur le corps : une fatigue sera décrite, associée à une constipation rebelle, à des douleurs imprécises mais tenaces. Elles peuvent aussi se colorer de traits caractériels comme une agitation désordonnée, stérile, éprouvante pour l'entourage. La quête d'apaisement est pressante, capricieuse, presque irritante parfois. Ces mouvements hystérisés, empreints d'une certaine avidité infantile, spectaculaire par la mobilisation des moyens, peuvent être à l'origine d'erreurs diagnostiques. Un changement récent de personnalité observé par l'entourage, chez un sujet âgé qui acceptait bien le contact jusque là, doit faire rechercher si ce dérèglement n'est pas un appel à l'aide, insistant et critique, une détresse à la recherche d'un médecin idéalisé, supposé capable de protéger aussi bien contre la souffrance que contre la mort. La clinique peut aussi s'exprimer négativement par un déficit : une perte de mémoire, une orientation incertaine, des oublis répétés, un affaiblissement du jugement peuvent s'inscrire dans un mouvement de sénescence. Si ces éléments s'accroissent, on pensera à une entrée dans une démence. Mais il faut avant tout procéder à la recherche d'un événement déclenchant inducteur d'une réaction dépressive. Certaines manifestations cliniques peuvent se présenter sous forme régressive pouvant aller jusqu'à la constitution d'un état grabataire, où la demande de soins corporels est incessante. Le risque de voir apparaître des complications de décubitus est souvent présent. Si l'entourage n'offre pas la possibilité d'un certain travail relationnel, le traitement antidépresseur isolé reste généralement sans effet suffisant.

Le syndrome de glissement : Le terme a été proposé par Carrié en 1956 pour désigner un état de cachexie résultant d'un processus d'involution et de sénescence menant rapidement à la mort. Repris par Graux puis par Delomier, il désigne un état pathologique survenant chez un vieillard dans les suites d'une pathologie somatique sérieuse, après un intervalle de temps de quelques jours qui suit la guérison apparente. Le tableau clinique se manifeste par une décompensation de l'état somatique non explicable par l'évolution de la maladie initiale : asthénie, anorexie, adipsie, météorisme abdominal, incontinence urinaire, et syndrome de déshydratation extracellulaire. Le tableau psychique associé comporte un retrait, une inaffectivité, parfois de l'agressivité, un négativisme et un refus des soins, un refus actif de la boisson et de la nourriture et une indifférence générale. Cette clinique

marque un renoncement délibéré et agressif, plutôt que nettement dépressif, devant son propre effondrement somato-psychique. Le patient est considéré dans la description princeps comme glissant vers la mort.

Les déprimés vieilliss : L'évolution de la dépression est à la fois périodique et phasique. Chez les sujets faisant déjà partie d'une population à risque, la fréquence dépressive s'accroît avec l'âge. Elle est également phasique car la dépression peut rester la seule forme pathologique ou, au contraire, s'associer à une note plus ou moins claire d'excitation. La durée des phases s'accroît avec l'âge et l'intervalle libre entre deux phases se raccourcit quand l'âge augmente. La notion d'une tendance à la chronicité se confirme pour des sujets très âgés, atteints d'une affection cérébrale.

### **Les délires tardifs :**

Les délires tardifs se distinguent de la schizophrénie de l'adulte par le processus délirant, les thèmes et le mode évolutif. La construction du délire va effectivement prendre sens dans l'esprit de la personne âgée en fonction de son évolution psychique. En fonction du vécu du patient, des thèmes vont se définir : le thème de persécution peut naître à partir de conflits avec le voisinage et implique souvent l'entourage. Le thème hypocondriaque va naître des préoccupations corporelles de la personne âgée qui tendent à devenir envahissants. Les mécanismes sont bien souvent interprétatifs, mais il peut y avoir également survenue d'hallucinations. On retrouve par ordre de fréquence : les hallucinations auditives constituées par des bruits, des mots, des parole significatives ; les hallucinations cénesthésiques, qui sont souvent sous-évaluées, comme si on avait beaucoup de mal à les distinguer des plaintes somatiques ; les hallucinations olfactives, très caractéristiques des personnes âgées, elles sont très souvent interprétées de façon persécutrice, maléfique ; les hallucinations visuelles sont les plus rares et doivent faire envisager systématiquement une atteinte de la fonction visuelle. Les thèmes retrouvés en majorité sont le thème de persécution, le thème hypocondriaque et le thème de jalousie. Le thème de paraphrénie souvent associé à une connotation mégalomaniaque est aussi couramment retrouvé. Il est alors intéressant de s'intéresser à la signification que peuvent avoir ces thèmes dans la vie psychique de la personne âgée et la valeur qu'ils peuvent avoir face aux incidents physiques et affectifs qui ont

jaloné son passé. Certains enfants insistent beaucoup sur le fait fréquemment retrouvé que le délire ne ferait que renforcer de très anciennes tendances et préoccupations. Les thèmes choisis ont toujours une valeur dans l'économie psychique du patient, que ce soit une valeur dépressive, un mode de défense et de blindage d'une personnalité fragile par ailleurs ou encore la persistance d'une intoxication alcoolique. L'attitude thérapeutique est de procéder à l'hospitalisation du patient, la mise en place de psychotropes adaptés par neuroleptiques et/ou antidépresseur, une observation de l'évolution afin d'établir une décision sociale rapide.

### **Les syndromes confusionnels :**

Le tableau clinique se caractérise par une obnubilation de la conscience vigile, entravant de façon diffuse l'activité psychique, marquant une aggravation nette de l'état antérieur du sujet est susceptible de varier en intensité. Le sujet est bien souvent en incapacité de demander l'aide adéquate. Les défaillances vont être multiples : l'attention est déficiente, la personne répondant mal aux questions posées, il existe une confusion dans la perception de l'entourage, les présents et les absents sont confondus, il n'y a pas de réaction adaptée aux événements récents car ils sont mal compris. Il peut y avoir une désorientation temporo-spatiale. La mémoire est souvent défaillante de façon lacunaire et irrégulière, n'excluant pas des reviviscences précises assez étonnantes. Ce sont plutôt les faits récents qui sont confondus ou négligés. On retrouve parfois une vigilance exacerbée, avec des troubles du sommeil et une agitation qui s'accroît avec l'obscurité., avec une inversion du cycle nyctéméral . Des éléments délirants sont retrouvés, avec des éléments se rapprochant du sentiment de persécution ou glissant vers des interprétations abusives. Les thèmes sont souvent labiles, contradictoires, inexpliqués. La thymie est souvent anxio-dépressive. De hallucinoses sont parfois retrouvées. Le traitement va être celui de la cause étiologique.

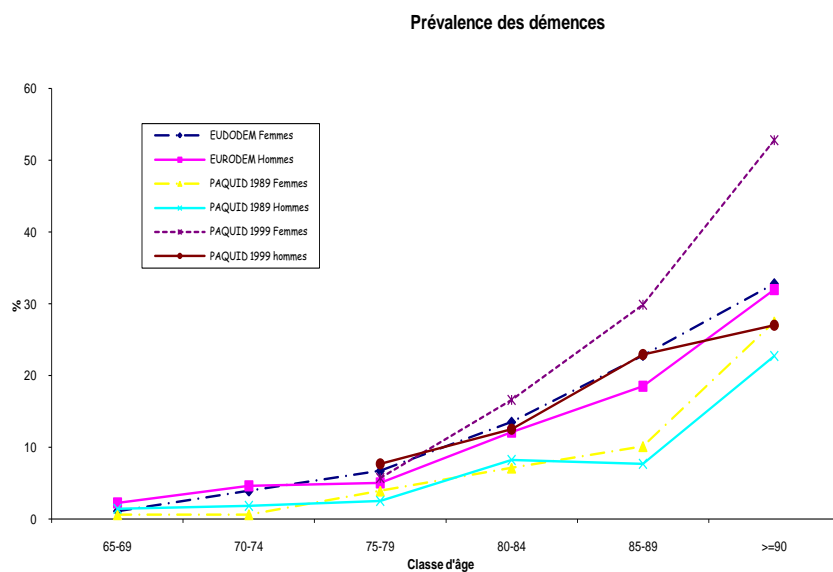
### **Les démences**

Esquirol disait en 1838 que la démence était « une affection cérébrale, ordinairement sans fièvre et chronique caractérisée par l'affaiblissement de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté ».

« L'homme en démence est privé de biens dont il jouissait autrefois : c'est un riche devenu pauvre. ». Le diagnostic de démence n'est pas simple à établir et à déterminer, la pathologie étant, par essence, évolutive. Plutôt que d'établir une revue exhaustive des différentes démences retrouvées, nous avons préféré présenter cette pathologie de la personne âgée sur un plan épidémiologique, afin de permettre aux lecteurs d'en estimer la dynamique et de se faire une idée sur les principaux facteurs pouvant favoriser cette pathologie. (BERR Claudine, 2007)

Selon l'Inserm, elle touche globalement 5% de la population française de plus de 65 ans. La démence est une pathologie de la personne âgée en perpétuelle croissance, qui représente un grave problème de santé publique dans les pays industrialisés. La prévalence grandit avec l'âge. Cette augmentation est illustrée sur la figure 3. La Maladie d'Alzheimer représente 70 % des démences prévalentes et les autres démences sont vasculaires (Démence Vasculaire : 10%) et mixtes (20%). Les chiffres obtenus dans l'étude PAQUID lors du recrutement des sujets en 1988-1989 sont aussi représentés dans cette figure, la prévalence en 1989 chez les plus de 75 ans étant égale à 7.7%. Les chiffres de prévalence de la Maladie d'Alzheimer en France viennent d'être revus à la hausse à l'occasion de la visite à 10 ans de cette cohorte. Les données présentées portent sur 1461 sujets d'âge moyen 82.6 ans avec 63.2% de femmes et 9.7% de sujets vivants en institution. A partir des 260 personnes démentes identifiées, on peut estimer la prévalence à 17.8% pour ces sujets de plus de 75 ans, 13,2 % pour les hommes et à 20,5 % pour les femmes. Cette prévalence augmente très nettement avec l'âge et est beaucoup plus marquée en institution où plus de 2/3 des sujets sont déments. Près de 80% des cas sont des maladies d'Alzheimer, 10% sont des démences vasculaires. On peut estimer qu'actuellement plus de 850000 personnes de plus de 65 ans sont atteintes de démence en France (rapport OPEPS), avec quasiment trois fois plus de femmes que d'hommes chez ces patients, les plus de 90 ans représentant 230000 cas.

Figure 3: Prévalence des démences, données chez les hommes et chez les femmes



Source : inserm-00109071, version 1 - 5 Oct 2007\_ Données de métaanalyse EURODEM sur des études des années 1990 \_Données initiales de l'étude PAQUID (1988-1989) \_Données lors du suivi à 10 ans de l'étude PAQUID (1998-1999)



Tableau 13: Prévalence de la maladie d'Alzheimer en fonction de l'âge et du sexe selon différentes études en population (à partir du rapport de l'OPEPS)

	EURODEM (5)	PAQUID (France) (4)	Faenza & Granarolo (Italie) (6)	CHS (USA) (7)
<b>Hommes</b>				
65-69	1.6	-	0.76	13.7
70-74	2.9	-	1.8	
75-79	5.6	7.7	5.6	15.4
80-84	11.0	12.5	15.0	33.3
>85	18.0	23.9	23.8	42.9
<b>Femmes</b>				
65-69	1.0	-	1.2	10.4
70-74	3.1	-	3.2	
75-79	6.0	5.7	6.0	20.6
80-84	12.6	16.6	13.1	32.6
>85	25.0	38.4	34.6	50.9

Source : inserm-00109071, version 1 - 5 Oct 2007

La dernière analyse internationale reposant sur une méthodologie de consensus entre experts (Delphi consensus) nous donne une estimation au niveau mondial du nombre de cas de démence, avec 24.3 millions de cas, et près de 4.6 millions de nouveaux cas chaque année, correspondant à un nouveau cas toutes les 7 secondes. Le nombre de cas attendus va doubler tous les 20 ans, plus de 80 millions de cas en 2040. Environ 60% des cas vivent dans des pays développés mais le nombre de cas va aussi augmenter très fortement en Chine, Inde et autres pays d'Asie et du Pacifique Ouest. Ces chiffres sont en accord avec ceux proposés à partir de la méta-analyse de Wimo qui de 25 millions de cas en 2000 prévoit 63 millions en 2030 et 114 millions en 2050 dont 84 dans les régions les moins développées.

En ce qui concerne le devenir des personnes démentes, on s'est aperçu qu'au terme de huit années de suivi dans la cohorte PAQUID, le temps moyen de survie est égal à 4.5 ans pour des sujets déments dont l'âge moyen au début de la démence est égal à 82.3 ans. D'une façon générale, les femmes atteintes par une démence ont une survie plus longue que les hommes atteints par une démence et cette différence homme/femme est encore plus marquée lorsqu'il s'agit de la maladie d'Alzheimer. Les résultats publiés par EURODEM montraient que le risque

de décès est deux fois plus important pour les déments prévalents que pour les sujets non déments et la durée de survie est toujours plus faible chez les sujets déments, quel que soit l'âge.

L'âge est le premier facteur de risque de démence et de Maladie d'Alzheimer comme illustré selon les données de prévalence et d'incidence. C'est à partir de données de prévalence ( cf. figure 3) qu'une plus grande fréquence de la démence est décrite chez les femmes mais cette observation peut à la fois être liée à une durée de la maladie plus longue chez les femmes ou à la plus forte fréquence de facteurs de risque chez les femmes (par exemple un bas niveau d'éducation), facteurs qui sont alors des facteurs de confusion dans l'association Maladie d'Alzheimer-sexe. Cette différence entre les deux sexes n'est pas retrouvée de manière unanime dans les études d'incidence mais deux méta-analyses ont montré une incidence plus élevée chez les femmes. Ce résultat est à moduler selon l'âge des sujets. Ainsi dans l'étude PAQUID, l'incidence plus élevée chez les femmes n'est observée qu'après 80 ans.

Les premières observations d'une association entre bas niveau d'éducation et risque de démence ont d'abord été interprétées comme étant le reflet d'un biais de diagnostic, les sujets avec un bas niveau d'étude étant ceux qui avaient de moins bons résultats aux tests neuropsychologiques et étaient plus facilement repérés. Mais les relations entre niveau d'éducation et Maladie d'Alzheimer ne peuvent se limiter à cette interprétation. A l'inverse, les sujets ayant un haut niveau d'étude ont un risque moindre de démence ou aurait un début plus tardif des troubles, le haut niveau d'éducation correspondant alors à une plus grande réserve cérébrale permettant au sujet d'utiliser, par exemple, plus de stratégies dans les fonctions de reconnaissance. Il ne faut pas non plus oublier que le niveau d'éducation est aussi un indicateur socio-économique mais des études tendent à démontrer un effet de l'éducation indépendant de celui de la catégorie socioprofessionnelle ou des revenus, cet effet étant plus marqué chez les femmes. Des travaux plus récents viennent de montrer que le niveau socio-économique en début de vie affecte le niveau des fonctions cognitives à un âge avancé mais pas celui de Maladie d'Alzheimer. On ne dispose pas encore d'analyses «vie entière» permettant de bien appréhender la place dans le vieillissement cérébral des inégalités sociales avec des marqueurs performants.

Différents facteurs, dont le point commun est qu'ils sont très liés au mode de vie, apparaissent comme des facteurs protecteurs vis à vis de la survenue d'une démence. Ainsi, la diversité et l'intensité des activités intellectuelles au cours de la vie sont réduites chez les sujets

présentant une Maladie d'Alzheimer. Cette «inactivité» peut être présentée comme un facteur de risque potentiel de Maladie d'Alzheimer mais aussi comme le reflet de signes cliniques très précoces de la maladie, plusieurs décades avant l'installation des symptômes. Une revue de 15 études longitudinales en Europe et aux Etats-Unis nous permet de faire le point sur la place des activités et contacts sociaux et il apparaît en fait difficile de conceptualiser et de quantifier activités sociales et réseau social, la multiplicité des outils rendant difficile la comparaison des résultats. Globalement, on retiendra un effet favorable pour les activités intellectuelles ou non (avec des différences selon le type ou l'intensité de ces activités), les contacts sociaux et le statut marital (favorable pour les individus mariés). L'activité physique-appréciée avec des questionnaires évaluant le nombre, la fréquence ou la durée des activités ou simplement le temps de marche- représente un domaine important. Tous les travaux récents sur activités physiques, démences et Maladie d'Alzheimer convergent pour montrer un effet bénéfique de l'activité physique investiguée en moyenne 5-6 ans avant le diagnostic. Un premier essai randomisé d'intervention dans la Maladie d'Alzheimer a montré une amélioration de la qualité de vie et de la mobilité des patients au terme de 3 mois d'intervention auprès des patients et de leur aidant, un bénéfice étant retrouvé après 2 ans de suivi.

De nombreux écrits se sont interrogés sur l'influence que peut avoir la culture sur la survenue de maladies démentielles. Le travail de mémoire pour le D.U. de psychogériatrie de Ph. Nubukpo arrive à la conclusion d'un effet protecteur des milieux aux structures familiales fortes et aux croyances mystiques en une vie après la mort prégnantes (NUBUKPO, 1996-1997). Par contre, un travail de recherche a été établi en France (Omar Samoli) au Danemark (Peter Linblad et Kirsten Amstrup) et au Royaume-Uni (Naina Patel et Naheed R. Mirza) afin de recenser les démences chez les migrants âgés. La conclusion en a été que dans les trois pays étudiés, il existe un grand nombre de renseignements sur la démence chez les personnes âgées issues de la population majoritaire (statistiques, coûts, recherche, organisations engagées sur le terrain, psychiatrie et domaines afférents aux soins sociaux). Pourtant, ces éléments font défaut à partir du moment où nous nous intéressons aux migrants âgés atteints de démence. Ainsi, les connaissances et les pratiques actuelles dans le domaine des migrants âgés atteints de démence sont faibles, voire inexistantes dans les trois pays (SAMAOLI Omar, 2000). Il est donc nécessaire de rester prudent, malgré des résultats très évocateurs, sur les conclusions globales apportées par cette étude.

### **c. Le vieillissement chez le migrant**

Avant d'essayer d'expliquer ce qu'implique le vieillissement en situation migratoire, il est nécessaire de se pencher au préalable sur le phénomène de migration. Il existe de nombreux motifs de migration : raisons politiques, économiques, juridiques, personnelles. Il existe des projets de migration temporaire avec une idée de retour dans le pays d'origine et des projets de migration définitive. Certains n'avaient pas pour projet de migrer, venant pour des vacances et trouvant du travail. Marie-Rose MORO décrit la migration comme un « acte complexe qui ne peut être réduit aux catégories du hasard ou de la nécessité ». En effet, les récits de migrations laissent entendre que les motifs de la migration sont ambivalents à plusieurs niveaux : le migrant a à la fois le désir de partir et la peur de quitter les siens. Cette décision de partir peut également être une modalité choisie pour résoudre des conflits familiaux. L'arrivée dans un nouveau pays est aussi souvent l'aboutissement d'une trajectoire de ruptures ou d'acculturation à l'intérieur de son propre pays. Le vécu de la migration va également être conditionné par les facultés d'adaptation aux conditions d'une vie nouvelle en terre étrangère et les facultés d'insertion au sein de ce pays d'accueil. (LA NOË, 2009)

A partir de cette notion définie de la migration, on peut entendre qu'il s'y rattache la notion de rupture pouvant être responsable d'un effet traumatique de l'évènement migratoire. Une étude de l'INPES parue en 2008 a ainsi montré que les migrants présentaient des antécédents significativement plus fréquents de crise d'angoisse et d'états de stress post-traumatique (AÏNA STANOJEVITCH Elodie, 2007). Une approche par populations a permis de mettre en évidence une plus grande vulnérabilité de certains groupes démographiques. Parmi ceux-ci, on retrouve les personnes âgées vivant en foyer, avec un capital santé fortement dégradé et un vieillissement précoce (ATTIAS-DONFUT, Santé et vieillissement des immigrés, 2005). Tobie Nathan définit le traumatisme migratoire comme « le traumatisme de la perte du cadre culturel interne à partir duquel était décodée la réalité externe » (NATHAN, 1987).

Pour ces personnes ayant connu de tels traumatismes, l'entrée en vieillesse peut être, outre les notions de pertes évoquées dans le chapitre précédent, elle-même traumatique dans la mesure où elle peut réactiver pour certains ces évènements traumatiques antérieurs liés au parcours migratoire. Ainsi, la décision de rentrer au pays d'origine devient problématique car le retour

« mobilise pour l'individu ses vécus antérieurs de perte, remet en chantier ses problématiques de séparation qui restent en suspens » (TARAZI SAHAB, 1997). Selon Tarazi Sahab, le retour n'est pas la simple « annulation du départ », mais implique en lui-même « une démarche intérieure spécifique et complexe » que certains ne pourront jamais effectuer. Pour Samaoli, le choix du non-retour correspond au « résultat de blessures narcissiques, d'une image de soi altérée par la maladie, la souffrance ou l'infirmité que l'immigré ne saurait offrir au regard de l'autre de retour au pays » (SAMAOLI, *La vieillesse des étrangers en France*, 1986).

Au-delà cette explication psychologique, il existe également une explication socio-politique. En effet, n'oublions pas que le migrant a travaillé, souvent durement, et cotisé jusqu'à l'âge de la retraite. La France lui doit donc une retraite dont il peut pleinement bénéficier s'il reste en France, chose qui n'est plus forcément possible s'il repart. D'autre part, de nombreux immigrants décident de vieillir en France en invoquant des raisons de santé et la mauvaise image du système de soin de leur pays d'origine, préférant ainsi bénéficier des commodités matérielles de la France.

La question du retour est également un vrai dilemme sur le plan familial. Pour une bonne partie des migrants, les familles sont venues les rejoindre dans le pays d'accueil. Repartir signifierait se séparer de ses enfants. Cependant, rester, c'est s'exposer à la représentation différente de la vieillesse dans la société d'accueil. En effet, il existe des différences entre les sociétés modernes et les sociétés traditionnelles, notamment que l'on accorde davantage d'importance au savoir et à la sagesse qu'au travail dans les sociétés traditionnelles. Vieillir en France signifierait renoncer à un certain statut social fait de respect et de considération. Louis-Vincent THOMAS, sociologue et anthropologue français, a longuement étudié ces différences de représentation de la personne âgée et de la mort entre les sociétés traditionnelles et les sociétés dites modernes (THOMAS, 2003). Pour Samaoli, « en acceptant de vieillir en France, les vieux maghrébins se sont souvent dépouillés de quelques privilèges que les virtualités anthropologiques traditionnelles confèrent encore à l'âge dans les sociétés du Maghreb : le respect de l'âge et la reconnaissance de son expérience dans la vie. » (SAMAOLI, *Vivre vieux et vivre immigré en France*, 1991)

Enfin, vieillir en terre d'exil, c'est aussi accepter de pouvoir y mourir. Or d'après Cohen, la maladie, le vieillissement et plus encore la mort, représentent pour l'immigré âgé le risque de se séparer dramatiquement de sa terre et de sa famille et d'accentuer son sentiment de solitude. C'est

la raison pour laquelle les « angoisses constatées dans cette catégorie de population sont plus complexes, car on a l'impression que ce qui importe le plus à ces êtres déracinés, ce ne sont pas tant la maladie, la vieillesse et le handicap que le risque de perdre la capacité de retrouver les leurs. »

Ainsi, l'attitude face à la mort est moins sereine qu'au pays, même si la mort est un choix fait par Dieu et l'attitude devant la mort fataliste. Les migrants âgés souhaitent fixer leur lieu de sépulture : être enterré ici dans les « carrés musulmans » des cimetières français par exemple, ou là-bas dans la terre natale. (AGGOUN, 2006). Ce transfert du corps nécessite d'être préparé, organisé, financé. Cela introduit « un compromis, une tonalité plus réaliste dans ce rapport au sacré » (SAMAOLI, *Vivre vieux et vivre immigré en France*, 1991). Les communautés essaient alors de s'organiser pour renvoyer le corps et faire les rituels nécessaires pour que le mort puisse passer du statut de défunt à celui d'ancêtre. Ainsi, c'est la façon de mourir et de demeurer fidèle à la communauté spirituelle qui est importante plus que le fait de mourir lui-même. (SAMAOLI, *Vivre vieux et vivre immigré en France*, 1991)

# **Travail de recherche**

## **1. Objectifs**

L'objectif de ce travail est d'évaluer à partir d'entretiens, s'il existe de réelles différences psychiatriques chez le migrant âgé pouvant perturber la prise en charge standardisée du fonctionnement institutionnel en hôpital psychiatrique, et si ces différences existantes induisent une nécessaire prise en charge adaptée et spécifique ainsi qu'un questionnement particulier sur le devenir de ce type de personnes. Par cette étude, on espère identifier les réelles questions qui se posent lors des rencontres soignants-patients et les enjeux qui se jouent.

L'hypothèse émise est qu'il existe des différences liées au vécu migratoire et à la diversité culturelle, mais que les pathologies psychiatriques définies chez les personnes âgées restent universelles.

## **2. Population**

La population des personnes interrogées se compose de deux catégories :

- Des personnes issues du Maghreb ayant eu recours à l'hospitalisation en psychiatrie à une période tardive de leur vie, n'ayant pas de lourd antécédent psychiatrique, ni de co-morbidité somatique grave. Ces personnes sont toutes retraitées ou en cours de l'être, et la question du devenir en fin de vie se pose pour chacune d'entre elles. Le critère d'âge supérieur à 65 ans n'est en revanche pas retenu. Nous travaillerons donc à partir de cinq cas cliniques.

- Des médecins et infirmiers exerçant dans le domaine de la psychogériatrie. Les infirmiers travaillent en tant que soignants dans un service spécialisé de gérontopsychiatrie. Les médecins ont un niveau d'expérience croissant dans le domaine de la gérontopsychiatrie variant de deux ans d'expérience à vingt huit ans. Nous travaillerons donc à partir d'interviews successives de trois médecins dont un professeur en psychogériatrie, et d'un groupe constitué de trois infirmiers travaillant en équipe en psychogériatrie.

### **3. Techniques et outils**

- Les entretiens vont être faits à partir de deux types de questionnaires :

Un questionnaire destiné aux patients, validé par le CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie), qui figure en annexe avec la grille d'analyse établie.

Un questionnaire destiné aux soignants, établi de façon moins formelle, dont l'objectif est de déterminer s'il existe une différence constatée dans la prise en charge, la clinique et le devenir des patients originaires du Maghreb. Il figure également en annexe.

- Les lieux des entretiens ont tous été établis dans des bureaux médicaux, en milieu hospitalier, à l'exception d'un seul. L'entretien de monsieur A. s'est fait à son domicile, car il ne souhaitait pas se déplacer.
- Les entretiens des patients ont été faits en fin d'hospitalisation pour monsieur Ben., madame Bel. et monsieur Be. Ils ont été faits quelques jours après leur sortie pour monsieur et madame B., et pour monsieur A.



Les entretiens des soignants ont tous été faits peu de temps après l'hospitalisation d'un patient âgé originaire du Maghreb.

- Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrits à l'écrit. Pour cela, il a fallu un temps consacré à l'explication du travail établi aux personnes interrogées
- Les entretiens sont faits uniquement par moi, sans intervention d'interprète attitré. Les seuls intervenants supplémentaires sont un membre de la famille pour monsieur Be., madame Bel. et monsieur et madame B., tenant le rôle d'interprète désigné.

Ces supports de travail ont une forte composante humaine et ne sont donc pas standardisés. Ils ne peuvent être exploités sur un mode statistique scientifiquement reconnu. La meilleure façon de les rendre exploitables va être de trouver un moyen d'analyse déjà reconnu dans d'autres disciplines. Les sciences humaines ont souvent recours à ce type de support. Nous aurons donc recours à des méthodes d'analyse structurale de ces entretiens comme déjà utilisés en sociologie et en psychologie.

#### **4. Méthode d'analyse**

Avant de parvenir aux résultats de la recherche, il faut effectuer une opération qui est l'analyse du discours. Elle s'effectue sur le corpus (ensemble des discours). Le traitement appliqué au discours (l'analyse) contribue à son tour à sculpter le message et le sens qui va en être dégagé (BLANCHET Alain, 1992).

Nous utiliserons deux types d'analyse de contenu :

L'analyse des relations par opposition (ARO) repose sur une double hypothèse : l'existence d'une relation entre les éléments d'un système pratique et les éléments d'un système symbolique. La structuration de cette correspondance en opposition comme étant constituées de la fonction symbolique.

L'analyse thématique (défait la singularité du discours et découpe transversalement ce qui d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème)

### **a. Les entretiens des patients seront analysés selon la méthode A.R.O.**

Qu'est-ce que la méthode A.R.O ?

Connue sous la dénomination « Analyse des Relations par Opposition », cette méthode a été initiée par H. Raymond et N.Haumont en 1966 dans l'objectif d'établir l'analyse d'entretiens non-directifs. Elle se base sur la théorie que dans un énoncé, il existe un double système, à la fois sensible (social) et verbal, « objectal » et « sémantique » (MESSU, 1992). Inspirée des écrits de Claude Lévi-Strauss sur le totémisme en 1962 (LEVI-STRAUSS, 1962), l'analyse de contenu est tout d'abord « une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste de la communication » voire même « l'élaboration de modèles quantitatifs ou qualitatifs permettant l'interprétation des contenus manifestés par la communication » (H. Raymond). Cependant, cette méthode tiendra compte d'un postulat repris à Claude Lévi-Strauss : « La quantité et la qualité de l'information compte beaucoup moins que sa substance ». Ceci implique que « chaque message devra être pris tel quel ».

Comment procède cette méthode ?

La méthode consiste à procéder à une réduction pertinente du texte initial. H. Raymond propose quatre opérations :

- Le découpage du texte de base
- Le classement des énoncés obtenus
- La réduction des énoncés
- La constitution du système symbolique

En pratique, la méthode structurale s'appuie sur la structuration des récits en opposition, opposition qui est constitutive de la fonction symbolique et en fonde la pertinence. Le symbole se reconnaît à son contraire : la lumière et les ténèbres, le bien et le mal, le pur et l'impur,... l'ici et l'ailleurs.

#### Pourquoi utiliser cette méthode ?

L'analyse d'entretiens semi-directifs tels qu'ils sont ici constitués, c'est-à-dire favorisant la relation à l'autre et laissant libre cours aux processus intersubjectifs qu'ils soient conscients ou inconscients entre les protagonistes (donc favorisant l'expression clinique pure), induit une analyse du langage employé, c'est-à-dire à la fois du discours, mais aussi du contenu du discours. Cette analyse a pour directive de faire ressortir les processus de pensée sous-jacents et d'essayer de comprendre le sens qui leur est donné. Or selon Saussure (SAUSSURE, 1972), « la langue est le système d'expression collectif du langage, la parole en est l'expression individuelle ». Il semble donc important de tenir compte des concepts de *signifiant*\* et *signifié*\* dans notre méthode d'analyse<sup>2</sup>. Le signifiant va ainsi correspondre au système objectal dans notre analyse, et le signifié va correspondre au système sémantique. Les entretiens étudiés ici ont cependant un élément particulier : les personnes intervenantes n'ont pas la langue française comme langue maternelle, et parfois, ne sont pas directement la personne interrogée. Les conditions d'entretien atypique induisent d'avoir recours à une analyse intermédiaire qui sera appelée *signifié médiateur*.

---

<sup>2</sup> Les astérisques indiquent que les mots sont expliqués en annexe dans un index.

Il est admis en linguistique que la structuration du discours en oppositions est une constante de la production langagière, il émane de cela des significations. De même, par la technique de l'A.R.O. il est possible de faire ressortir la relation nécessaire entre le signifiant et le signifié, et d'en extraire la logique. Selon la grille d'analyse établie et les phases de la méthode définies en annexe, il sera alors possible d'établir un travail de recherche pertinent à partir du support complexe choisi qu'est l'entretien.

Selon Alain Blanchet , « même si cet outil est irrecevable du point de vue de l'idéal scientifique, il s'avère irremplaçable pour accéder à des connaissances psychologiques et cliniques » (BLANCHET, 1986). Rappelons d'autant plus que l'entretien médical est le principal outil de travail en psychiatrie. Il semble donc important de pouvoir proposer un travail fait à partir de cet outil afin d'offrir des possibilités de réflexions d'ordre psychiatrique sur un support essentiellement humain.

### **b. Les entretiens des médecins seront analysés sur le mode thématique**

Ici, le contenant importe moins que les thèmes abordés. L'objet de travail reste la personne âgée migrante. L'analyse sémantique des discours des soignants y a donc moins d'intérêt. La méthode A.R.O. n'est donc pas nécessaire pour l'analyse de ces entretiens. L'objectif de l'analyse de ces entretiens est de faire ressortir un maximum d'informations recueillies auprès du personnel soignant et des médecins afin d'avoir un aperçu de la relation de soin face à un patient d'origine étrangère et des difficultés rencontrées pouvant être communes à cette partie de population. La méthode thématique semble ainsi plus adaptée à cet objectif. Les propos de chaque soignant seront donc recueillis et exploités par thèmes retrouvés dans les différents entretiens.

## 5. Présentation des résultats d'analyse<sup>3</sup>

### a. Monsieur A.

#### Présentation de la situation

Monsieur A. a 84 ans. Dans son contexte de vie, cet homme d'origine algérienne vit seul à son domicile, son épouse, française, est décédée il y a un an et demi et ses enfants sont insuffisamment présents à son goût.

Il a été hospitalisé en psychogériatrie sur une durée de trois semaines pour syndrome dépressif majeur. Il était initialement adressé par son médecin traitant aux urgences pour des plaintes somatiques multiples et une baisse des activités quotidiennes. Les urgences l'ont adressé en psychogériatrie devant la continuité des plaintes douloureuses malgré des traitements symptomatiques adaptés. A sa sortie d'hospitalisation, il bénéficie d'une prise en charge infirmière journalière à son domicile pour la prise de traitement et le contrôle glycémique, le patient étant diabétique. Etant parfaitement autonome, il n'a pas bénéficié d'aide au domicile. Il n'a pas demandé à avoir de suivi médical après l'hospitalisation. Il ne bénéficie donc que du suivi de son médecin traitant. Il est vu en entretien quelques temps après son hospitalisation, à son domicile.

---

<sup>3</sup> Les entretiens complets à partir desquels ont été faites les grilles se trouvent en annexe

### Interprétation des résultats par la méthodes A.R.O.

Signifiant	Signifié médiateur	Signifié
Je suis venu en France pour me promener	J'avais ce qu'il faut pour bien vivre en Algérie	J'ai toujours eu un intérêt pour la culture française
Mon cousin nous a trahi et est reparti en Algérie avec l'argent	Nous ne pouvions pas vivre en France sans argent	On nous a abandonnés en France
On a été obligés de rester pour travailler et pour vivre	La vie en France a changé	Je n'ai plus vu la France de la même façon
J'ai travaillé la carrière, charbonnier, sur les voies, chiffonnier... que de la saloperie ! C'était le bagne ! On était comme des chiens ! On couchait dans les wagons à bestiaux. On était cinq, six dans un wagon. Je voulais pas qu'ils me rapatrient comme une bête	J'ai été traité comme un animal en France	La France est devenue austère et maltraitante à mon égard
J'avais 20 et quelques années	J'étais jeune	J'étais immature et inconscient
On leur avait pas dit qu'on venait. Ils nous ont pas laissés venir On leur a dit quand on est parti	J'ai désobéi à la volonté de mes parents Mes parents ne m'ont pas soutenu	Une fois en France, je n'ai pas pu compter sur le soutien de ma famille
Non, je n'ai plus personne	Une fois en France, je n'avais plus personne	Je n'ai pu compter que sur moi en France
C'aurait été honteux qu'on me rapatrie. Je suis venu en France pour me promener, pas pour dire « rapatriez-moi » !	Je ne suis pas un immigré, je n'ai pas à être expulsé.	La France est une terre où j'ai des droits
Je n'avais pas l'intention de rester. J'ai rencontré ma femme française] et donc je suis resté là	Je n'étais pas particulièrement attaché à la France. J'ai voulu rester avec ma femme.	J'ai choisi cette terre pour construire ma famille
Ce que j'en ai retenu ? Coucher dehors, traîner, courir, chercher du boulot partout où on passe	La France m'évoque une vie inhumaine	La France ne m'a pas bien accueilli
J'ai jamais travaillé dur comme ça en Algérie	J'ai eu une meilleure vie en Algérie	Je regrette ma vie d'algérien
J'ai perdu ma nationalité [française]. S'ils me veulent pas, je garde ma nationalité [algérienne]	On m'a volé ma nationalité française	La France m'a abandonné
Maintenant, je suis immigré	Je n'étais pas immigré avant	Je me suis toujours senti français
Considérer... on était français ! Qu'on le veuille ou on le veuille pas, on était français par rapport à la guerre. L'Algérie était française	L'Algérie est une terre qui a une histoire en commun avec la France	On ne peut pas laisser dans l'oubli le lien entre la France et l'Algérie

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
En Algérie j'étais Prince ! Oui, des sous, j'en manquais pas. Je me débrouille, je travaillais et je me débrouille. Là-bas, les sous, je les jette par la fenêtre. Jamais je travaillais hier, jamais je tenais une fourche, jamais ! Je connais pas les pommes de terre, je connais ni comment que ça pousse, j'y connais rien du tout !	J'avais une vie d'homme riche en Algérie	J'étais reconnu comme une personne respectable en Algérie.
Je ne pouvais pas retourner en Algérie avec ma femme, parce qu'elle ne voulait pas quitter son pays natal	Ma femme était attachée à son pays natal , la France	Je ne suis pas attaché à mon pays natal autant que ma femme Ou Je n'ai plus d'attache dans mon pays natal
Mon pays, c'est ici. J'ai vécu 60 ans ici. Je n'ai pas vécu 60 ans dans mon pays natal	Je n'ai pas vécu beaucoup d'années en Algérie, ma vie est en France	Ma vie en Algérie, c'est du passé
Je parle français. Je parlais arabe, mais depuis le temps j'ai perdu...	Je ne parle plus ma langue maternelle	Ma vie est maintenant en France, ma langue maternelle ne m'est plus utile
Tout le monde je voulais voir, je n'ai jamais revu... un... qui est décédé.	Je n'ai jamais pu revoir ma famille depuis que je suis parti en France car ils sont tous morts.	J'étais loin quand ils sont morts
c'est pour ça que je vous ai dit qu'on était français , par exemple, hier... j'avais un frère plus grand, ils l'ont pris à l'armée française. Il est venu ici, ils l'ont envoyé là-bas à Vannes. Il est resté à Vannes, il lui restait un mois de la quille. Il l'ont mis en Algérie. Hé bien ils l'ont tué. Il est tombé dans une embuscade, et il a été tué. Il était français.	Ma famille était dans le camp français à la guerre. Mon frère était harki Il a été envoyé en Algérie à l'indépendance et tué par des algériens Il était français et pourtant ils l'ont tué	La France a abandonné ma famille
M'engager moi ? Pourquoi je m'engagerais moi. Je vends ma peau comme un chien moi ? M'engager ! Même engagé ils voudraient pas de moi.	Je n'ai pas de raison de servir un pays qui ne me considère pas Ca ne m'aiderait pas à obtenir la reconnaissance	J'ai de la rancœur envers la France
Non, j'ai pas de religion. Je crois en Dieu, c'est tout	Je n'appartiens à aucun groupe religieux	Je suis libre de pensée
J'ai cinq enfants. Il y en a un qui vient me voir. Mais les autres ils m'ont nié	Mes enfants aussi m'abandonnent	Je suis seul, sans soutien affectif
Depuis que ma femme est morte, je ne les ai jamais revus.	Ma femme était mon seul soutien affectif	Ma femme aussi m'a abandonné
Ils m'en veulent pour leur bien pour les instruire ? Pour leur donner une bonne situation ? Je ne leur ai pas fait de mal hein ?	Mes enfants sont ingrats	Mes enfants ne me reconnaissent pas comme un bon père
Maintenant c'est trop tard ! Qu'est-ce que vous voulez changer. Y a rien à changer.	Je ne peux rien faire	Je n'ai plus rien à espérer de la vie

Ecoutez ! Ces dernières années, j'étais heureux. J'étais avec ma femme, j'étais heureux. Parce que j'étais... c'était la plus gentille, la plus aimable, la plus... c'était la perle. (il pleure) Alors elle est partie... ça va plus. Y a pas une femme comme elle hein !	Ma femme est la seule personne qui me considérait	Elle m'a abandonné, je n'ai plus personne.
--	---	--

Les maîtres-mots qui ressortent de cet entretien sont : Abandon, identité nationale, reconnaissance individuelle.

## **b. Monsieur Ben.**

### **Présentation de la situation**

Monsieur Ben. a 61 ans. D'origine algérienne, il a pu acquérir la nationalité française une fois arrivé en France, après l'indépendance. Son histoire de vie en France est assez difficile notamment sur le plan sentimental. Il a une première union avec une femme française avec qui il aura une fille. Les deux décéderont tragiquement d'un accident de voiture. Il décidera de se marier quelques années plus tard avec une autre femme, française également. Mais ils divorceront au bout de deux ans : monsieur Ben. n'étant pas accepté par sa belle-famille, le couple ne résistera pas. Il décide ensuite de se marier avec une femme algérienne, qui partira brutalement au bout de quelques mois sans laisser de trace. Pourtant, monsieur Ben. fait appel pour la première fois aux soins hospitaliers suite à des conflits sur son lieu de travail. Il viendra une première fois à l'âge de 56 ans, se plaignant de harcèlement. Il reviendra ensuite tous les ans pour des plaintes similaires. L'entretien se fait au cours de sa dernière hospitalisation en psychiatrie adulte. Il est en procès contre un de ses patrons suite à une agression sur son lieu de travail. Il est décrit dans le service comme persécuté, procédurier, avec des délires de relation. Le diagnostic de trouble de personnalité, à type de personnalité sensitive de Kretschmer, a été posé. Discret et effacé, la prise en charge dans les premiers jours est restreinte, car le patient n'a aucune demande. Un doute sur la recherche de bénéfices secondaires à se faire hospitaliser en simulant sa dépression est émise par un des médecins, avant que l'entretien ne soit établi. L'entretien révélera une histoire familiale riche. Il se fait au cours de la dernière hospitalisation en pavillon adulte ouvert.



### Interprétation des résultats par la méthode A.R.O.

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
Mon histoire avec l'hôpital, c'est le moral, c'est la déprime, c'est par rapport à ce qui m'est arrivé dans ma vie	Je n'ai pas la santé parce que je n'ai pas vécu des choses agréables	Je recherche une écoute et une attention sur ce que j'ai vécu
harcèlement au travail et tout ça... la pression et puis bon... si vous voulez, je suis pas reconnu, quoique je fasse, je suis pas reconnu. Les collègues ils veulent pas travailler avec moi	L'ambiance au travail n'est pas sereine. On ne me voit pas comme un travailleur, je ne suis pas désiré	Je ne suis pas traité comme un égal, je suis rejeté
Si la pelle elle m'avait touché à un endroit sensible ou quelque chose comme ça, je serais peut-être pas là aujourd'hui. Et là, il s'est décidé de me mettre en congés longue maladie, bon ben...	Ils ont failli me tuer. Puis ils ont décidé de me faire arrêter de travailler	J'ai un milieu de vie professionnel insécure. On ne me donne pas le droit de travailler dignement
La première fois, je suis venu en promenade, en touriste C'était après l'indépendance	Je n'étais pas en recherche de travail, ni dans le besoin	J'ai un intérêt pour la culture française
La deuxième fois, je suis venu pour travailler, pour quitter un petit peu... bon, j'étais pas bien... chez moi. Je suis venu là pour gagner ma vie, pour vivre autrement que je vis là-bas quoi.	Je ne pensais pas pouvoir gagner ma vie en Algérie, la France m'apporterait quelque chose de différent	J'avais des espérances d'une nouvelle vie en France
Je suis rentré à 19 ans ! J'ai travaillé dans les carrières, dans les mines de carrière je dormais sur le chantier !	J'étais jeune Je n'ai pas fait des métiers faciles. La vie était sans confort	Je sortais de l'adolescence Mon arrivée en France était une épreuve
Je suis venu avec deux cousins éloignés d'Algérie, on m'a abandonné à Marseille.	Je n'ai pas eu de soutien en France	J'étais seul à mon arrivée en France
On m'a abandonné parce qu'on a pas voulu m'aider quoi, simplement !	Ma famille ne m'a pas soutenu	Le projet de venir travailler en France était le mien
Ma famille ? Bon, mon père était d'accord	L'avis de ma famille qui compte est celui de mon père	Mon voyage était légitime car j'avais l'accord de mon père
Bon mon père ..euh... il était d'accord, mais mon vrai père, je l'ai pas connu, je vous dis il est mort, j'avais sept ans	Mon père m'aurait certainement soutenu J'étais jeune quand mon père est mort	L'absence de mon père me pèse J'aurais aimé que mon père eut été là pour me soutenir
Mon père est mort à la guerre d'Algérie. Il était harki (silence)	Mon père n'est pas mort d'une mort banale.	Je suis fier de mon père, c'était un héros
Ma mère est toujours restée en Algérie	Ma mère n'a jamais	Ma mère ne peut avoir

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
	connu la France	d'avis objectif car elle n'a jamais quitté son pays
Je n'aime pas l'Algérie Je suis venu en France pour gagner ma vie, pour travailler et vivre	J'aime la France. En Algérie, je n'aurais pas pu gagner ma vie ni vivre	Je suis venu en France pour m'échapper de la vie algérienne
L'Algérie est un très beau pays, mais ... c'est le peuple ! Ils savent pas gérer le pays La France c'est très joli, elle est très belle... Certains hommes politiques, ils ont fait beaucoup de mal, ils ont trahi le pays, ils ont... ils savent pas gérer...	L'Algérie n'est pas si moche, mais le peuple est incompetent. En France, certains hommes politiques ont été malhonnêtes.	L'Algérie et la France sont des pays qui auraient dû être mieux dirigés.
Tous les gens qui ont perdu leurs parents, leur père, leurs parents de la guerre d'Algérie par la France, après on leur dit « dégagez chez vous, laissez la place aux français ».	Les Français ont chassé les familles de soldats algériens qui se sont battus pour la France	La France a trahi ses soldats algériens et s'est montrée ingrate et injuste
On est concerné par la France, parce que la France, c'est notre deuxième pays, notre pays adoptif.	Je ne suis pas un immigrant, je suis un enfant adopté	Je me sens égal aux français en France
L'importance ? Intégrer au pays d'abord, respecter la loi du pays et être reconnu comme un français... ce qui n'est pas le cas... malheureusement. Mais ça, si vous voulez, ça me dérange pas. Enfin, ça me dérange beaucoup, mais qu'est ce que vous voulez y faire ?	Je ne veux pas être rejeté par les Français. C'est ce qui se passe et je suis impuissant	La société française n'a pas voulu m'intégrer malgré tous mes efforts, elle ne veut pas me reconnaître
J'espère qu'un jour il y aura une loi qui saura supprimer tous ces usages, ces gens malhonnêtes qui disent les choses qu'il ne faut pas dire	Il n'y a pas de justice au jour d'aujourd'hui	J'ai espoir qu'un jour, justice sera rendue
Si vous voulez, je ne suis accepté ni d'un côté ni de l'autre. Je suis comme un voilier sans commandant ! Il nage tout seul au milieu de la mer, sans personne...	Je n'ai pas de pays	Je n'ai pas d'identité
Même avant j'étais pas bien, j'étais pas bien vu, j'étais... euh... vous savez j'aime pas trop en parler, je vous en prie.	J'ai un passé difficile mais je préfère me taire	Mon passé en Algérie me fait souffrir
Je pense qu'il y a un lien entre mon attachement pour la France et la vie de mon père	La vie de mon père n'est pas sans lien avec mon attachement à la France	Venir vivre en France, c'est comme marcher sur les traces de mon père, de mon identité
Des difficultés... bon la recherche de travail tout ça...ça oui, mais...	Ce n'était pas facile mais ça ne m'a pas dérangé	Ces difficultés n'étaient pas le centre de mes préoccupations
J'étais le seul de la famille à travailler chez les colons	Les autres membres de ma famille n'ont jamais travaillé chez les colons	Je n'avais pas le même mode de vie que les autres membres de ma famille
Je suis pas... la famille... j'avais pas... j'avais vécu mes frères ils étaient tout jeunes, c'est vrai j'étais un petit peu... voilà, j'étais un petit peu comme vous dites.	Je ne trouve pas mes mots	Cette vérité me bouleverse
Non, j'ai pas de religion.	J'ai une non croyance en la religion	Je ne veux pas entendre parler de religion
Dans ma famille... je n'ai personne ici, je ne sais pas	Je ne connais pas la vie	Je n'ai plus de contact

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
qu'est-ce qu'ils font. Je ne me souviens pas si ma mère pratique	quotidienne de ma famille	avec ma famille
Ma mère est décédée en octobre dernier. Ça me fait mal, c'est ma mère ! J'ai regretté que j'étais pas à côté.	Ma mère n'est plus en vie J'étais en France à ce moment-là et j'en suis attristé	Je n'ai pas pu être présent pour soutenir ma mère. C'est un manque pour moi.
Ça c'est une partie mais pas tout à fait. Parce que c'est pas ma mère qui a dit à la personne « Allez me jeter un coup de pelle, balancez mon coup de pelle sur la figure! »	Ma mère n'est pas responsable de mon mal	Mon mal n'est pas lié à d'anciennes blessures qui auraient été réveillées par la mort de ma mère
Il y a personne qui m'a appelé, malgré que j'ai un syndicat, il y a personne qui m'appelle, qui me donne des nouvelles	Toutes les personnes de mon entourage m'ont oublié ou ignoré	Je suis seul finalement, et ça me rend triste
Moi, le pourquoi, c'est parce que je suis traité, à l'époque où on vit	Je ne suis pas considéré comme un humain alors que nous ne sommes plus au moyen âge	Je suis révolté contre cette injustice
C'est ça qui justement m'arrache le cœur*, qui... qu'il m'enlève la dépression, que je suis plus dans ma tête.	S'il n'y avait pas ça, je ne serais pas malade, ma tête serait lucide	Ça finit par me rendre fou
Je préfère rester simple. Il faut pas trop chercher... il y a déjà assez de mal comme ça.	Je ne suis pas compliqué. Ce sont les problèmes qui viennent à moi, pas le contraire	Je n'ai pas voulu provoquer mes problèmes
Ça va pas bien avec mon ex et les beaux-parents Histoire de... religion...comme on dit C'est pour ça que je n'aime pas la religion.	Mes beaux-parents m'ont rejeté parce que j'étais arabe C'est pour ça que je ne veux pas être musulman	Je n'aime pas les traditions de chez moi parce qu'elles me discriminent face aux français
Ma troisième femme était algérienne. Je l'ai connue en France Cette personne a fait comme ça, comme beaucoup d'autres, le mariage pour avoir les papiers sans plus.	Ma femme n'était pas Française. Elle ne m'a pas épousé par amour mais parce que j'étais Français	Pour les Algériens, je suis un Français
J'ai eu une vie rigoureuse	Je n'ai pas eu une vie calme	Je suis courageux
Les personnes avec qui j'avais des bonnes relations où on discute, où on était bien, ils se sont suicidés ! Ils ont subi le même sort que je vais subir maintenant.	Je n'ai pas de bonnes relations avec des gens encore vivants. Je suis comme ceux qui sont morts.	Je devrais suivre le même sort que mes amis. J'ai de bonnes raisons de mourir.
Des vrais amis, j'en ai pas. J'avais il y a quelques années des amis, mais par intérêt ! C'est-à-dire que quand ils avaient besoin de quelque chose j'étais toujours là. Mais le jour que j'avais besoin, j'ai trouvé personne. Un jour j'étais malade, j'avais eu un accident. Personne il est venu me voir, personne ne me passe de coup de fil pour demander des nouvelles et ainsi de suite quoi ! Et dernièrement, à ce fameux mariage avec l'Algérienne, j'ai trouvé personne avec qui je	Ceux que je considérais comme amis ne m'ont jamais rendu la pareil.	J'ai été trompé et trahi On m'a abandonné

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
peux parler.		
Je suis parti travailler, quand je suis revenu, j'ai retrouvé l'appartement vide. Même la justice, elle a pas réparé comme il faut !	J'ai subi un préjudice et la justice n'a rien fait	La justice ne me reconnaît pas comme une personne de droit
A une certaine époque passée, c'était facile d'avoir des relations avec les français	Ce n'est pas facile d'avoir une relation avec des français de nos jours	Je n'ai plus de bonnes relations avec les français
Ben je sais pas... je voulais voir... j'étais pt'ête... j'essayais d'aller voir mon pays... voir ma famille si elle veut un petit peu m'accepter mais enfin bon...	C'était important de retourner dans mon pays d'origine. Peut-être que ma famille ne me rejeterait plus	Je voulais retrouver mes racines . J'espérais retrouver une reconnaissance dans ma famille.
Oui. Les gens, ils se sont réveillés. C'est plus comme il y a quelques années	L'Algérie était un pays endormi	L'Algérie a changé et je la préfère comme ça.
Un jour peut-être je retournerai en Algérie Je suis installé en France Je ne sais pas si je finirai par retourner là-bas	Je ne sais pas si je resterai en France. Je ne me suis pas installé en Algérie, mais rien n'est fixé	Je ne sais pas quelle terre est la mienne
La vieillesse, 'faut que ça arrive un jour ! Mais, c'est vrai que ça me fait bizarre quoi ! Vous savez, il faut pas avoir peur ! Il faut avoir peur de rien, parce que la seule personne, le Bon Dieu !	On ne peut pas empêcher la vieillesse. Je la subis mais je suis serein. Il n'y a rien d'autre que Dieu à craindre.	J'accepte la vieillesse, car c'est le cours naturel de la vie J'ai confiance en la justice divine
J'en ai entendu parler quand j'étais enfant, et l'enfant il se dit que ça existe un Dieu et je crois comme tout le monde. Et ça s'arrête là ! Mais je crois qu'il y a quelque chose et c'est tout ! Et pour le reste, il faut pas avoir peur.	Ce n'est pas en tant qu'adulte que j'ai connu Dieu. Je ne suis pas différent des autres hommes et c'est ancré en moi.	J'ai gardé mes croyances d'enfant. Ma culture d'origine est toujours en moi et ça me rassure.
La mort n'a pas de passeport, elle n'a pas de carte d'identité, il n'y a pas de carte de séjour ! On est tous sur une Terre. Toutes les terres du monde entier est la Terre de Dieu. Il y a pas ici la terre des Français, la terre des musulmans, la terre des catholiques, il y en a pas ça	La mort est libre et non dirigée par les sociétés humaines. Il n'y a pas plusieurs terres. Dieu ne divise pas les terres.	Nous sommes tous égaux sur Terre J'ai ma place sur Terre
Je pense que l'Algérie sera recolonisée par un pays européen	Je pense que l'Algérie sera reconnue française	Pour moi, l'Algérie reste un pays français
Oh oui, beaucoup de choses ! Déjà, changer le monde ! Changer les peuples ! Changer ces hommes et ces femmes qui sont avec la haine dans leur cœur, qui vivent avec la misère de leur propre vie dans leur cœur et dans leur tête. Changer et que le monde il soit égalité, fraternité liberté. Et que les jeunes ils se respectent envers eux-mêmes, que ce soit hommes femmes, jeunes vieux, enfants. Pas parce que c'est un sale gamin, je l'écrase, lui c'est un vieux, je l'écrase, il faut se respecter ! Et la vie, c'est le respect. Si on sait respecter, vous savez, tout marche sur des roulettes ! Je vous le promets.	Je voudrais que le monde ne reste pas comme il est. Je voudrais qu'il n'y ait plus de haine, et que les gens vivent autre chose que dans la misère de leur vie. Les valeurs françaises devraient vraiment être appliquées. Je voudrais que les gens	J'aurais aimé que les gens vivent dans l'amour et le respect J'aurais aimé faire respecter les grandes valeurs françaises.  J'aurais aimé qu'on m'aime et me respecte comme un vrai français.

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
	ne se discriminent pas entre eux. On ne peut pas vivre sans respect.	
Parce qu'on est dans une époque hypocrite. Les trois quarts des gens ont des problèmes d'hypocrisie Moi je crois que c'est nous qui sommes compliqués. Nous les humains on s'est compliqué la vie. On cherche à la compliquer par nous même.	Les gens ne disent pas ce qu'ils pensent Ils en oublient les valeurs simples de la vie	Je suis victime de la bêtise humaine
Elle n'est pas simple, mais je sais la simplifier. Plutôt perdu ! Si vous voulez, le côté solide, c'est vrai qu'il faut bien être solide ! Et en même temps... je suis perdu aussi ! C'est vrai, c'est vrai !	Je ne me suis pas encore perdu dans la complexité de ma vie. Je n'ai pas le choix de me laisser aller. Pourtant je ne vois pas de destination.	Je ne veux pas me laisser sombrer, mais c'est difficile Je suis encore à la recherche de mon identité

Les maître-mots extraits de cette analyse sont: Abandon, Reconnaissance et Identité\*

### **c. Madame Bel.**

#### **Présentation de la situation**

Madame Bel. a 87 ans et est d'origine algérienne Kabyle. Elle vit habituellement dans ses montagnes de Kabylie. Ayant perdu une fille récemment décédée d'un mélanome, elle décide de venir voir son fils en France qu'elle n'avait pas vu depuis huit ans pour se changer les idées, mais aussi pour soigner ses multiples problèmes de santé. Mais la situation s'envenime au domicile de son fils et madame Bel. va présenter un comportement inhabituel qui va évoluer en crise d'agitation avec des propos incohérents et induire une hospitalisation en urgence. Elle va être mise en contention, puis hospitalisée sur Demande d'un Tiers (HDT) en pavillon fermé d'adultes. Là, elle sera mise à distance de sa famille dans les premiers jours de soins. Elle est ensuite transférée en gériopsychiatrie, au bout de cinq jours, où elle reverra à nouveau son fils. L'entretien se fait durant le séjour en gériopsychiatrie. Madame B., qui ne parle que kabyle, est avec son fils qui parle parfaitement français et va être l'intervenant principal dans le dialogue.

## Interprétation de résultats par la méthode A.R.O.

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
Oui, au contraire ! Ca lui a plu que je parte ! Parce qu'avec la guerre civile, avec les bombes qui éclatent, elle avait peur pour ses enfants. Que je sois là, c'est bien !	Ma mère n'aurait pas aimé que je reste. En France, il n'y a pas de bombe	Ma mère estime que la France est un pays idéal pour moi
Elle vivait pas seule quand même dans le village, parce qu'elle a deux filles qui ne vivaient pas loin de chez elle.	J'avais des scrupules à la laisser, mais elle était entourée	J'ai un peu l'impression de l'avoir abandonnée en venant en France
En fait elle est bien, physiquement, elle bouge, je l'ai jamais vue assise, toujours debout ! Mais elle est solide	Elle n'a jamais eu de problème de santé	Je n'ai jamais pensé qu'elle pourrait être malade
Mais de 2000 à 2008 je ne l'ai pas vue J'étais là... c'était la galère... Quand je l'ai revue, je l'ai revue au décès de ma sœur.	En huit ans, elle peut avoir changé Je ne pensais pas qu'il y avait des problèmes là-bas. C'est un évènement tragique qui nous a réunis	J'ai l'impression de l'avoir délaissée Je me sens coupable de ne pas avoir été plus présent pour elle
Ca n'allait pas trop bien...ou...non... c'est plus... ça venait de moi... En Algérie, c'étaient surtout les islamistes ; parce qu'ils avaient pris le pouvoir, il y avait des bombes partout, ils égorgaient des gens, des razzias dans les villages...	Ce n'est pas à cause de ma famille que je ne suis pas retourné en Algérie. En France, il n'y avait pas toute cette violence	J'avais peur de retourner en Algérie, je me sentais en sécurité en France.
Mais la langue n'est pas du tout la même. Elle, elle ne parle pas un mot d'arabe. Donc la Kabylie c'est toujours en Algérie bien sûr, mais... Quand on est entre copains kabyles, on parle plus kabyle et français que l'arabe.	Ma mère est Kabyle, l'Algérie ne l'est pas  Les Kabyles sont plus proches des français que des arabes	Ma mère est issue d'un peuple aux traditions à part, elle n'est pas concernée par la guerre civile d'Algérie
C'était comme ça chez nous, c'est des coutumes. Si vous voulez protéger ses terres, il vaut mieux épouser quelqu'un de la famille. Elle a perdu donc son mari, elle a eu deux petits avec des terres, donc autant épouser un autre Bel., de la même famille, pour protéger ses enfants et tout. Son mari était un cousin à mon père.	Ma mère ne pouvait pas épouser un autre qu'un membre de la famille. Les terres appartiennent à la famille Bel.	Les terres ancestrales restent une richesse pour ma mère selon les traditions kabyles
Comme il y a une forte communauté kabyle à Paris, -quand elle venait à Paris, il y a toujours des gens du village, des vieilles du village, donc elle était quand même un peu au village avec le confort...	Les fois où elle est venue en France, elle n'était pas dépaysée	Elle n'a jamais vraiment vécu à la façon française
Mais quand elle est venue chez moi, moi j'ai épousé une fille qui ne parle pas kabyle. On n'a pas d'enfant. Et quand elle est venue, elle est venue avec un visa d'un mois, c'était pour changer d'air. Parce que depuis la mort de ma sœur, elle commençait à se sentir coupable...	Les conditions étaient différentes cette fois-ci : Je ne vis pas selon ses traditions Elle n'avait pas fini de faire le deuil de ma sœur	Elle espérait trouver les mêmes conditions chez moi, pour se ressourcer, mais ce n'était pas le cas
Parce qu'elle a une pension parce que mon père, il a travaillé ici, il a fait la guerre du côté français donc elle a une pension. Mon père, il a fait les deux guerres : la guerre d'Algérie du côté	Ma mère ne peut pas ne pas avoir de droit car mon père a choisi de se battre pour la France	Mon père était un héros pour la France, ce qui permet à ma mère d'avoir sa place en

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
français et la deuxième guerre mondiale.		France
Quand elle est venue, depuis la mort de sa fille, ça a été dur, elle se culpabilisait Elle sent des bourdonnements, et ces bourdonnements, elle les transforme en chants funèbres dans sa tête... « J'entends des voix, j'entends des... » Donc elle se plaignait de ça	Ma mère allait de moins en moins bien depuis la mort de sa fille	Ma mère était déprimée et envahie par le deuil
C'est sa tête, elle me dit « il y a quelque chose de pourri dans ma tête, il faut qu'on le voie, qu'on regarde ma tête ».	Elle savait que sa tête n'allait pas bien	Elle comptait soigner son mal en France
Elle ne sortait pas parce qu'elle ne supportait pas le froid. Personne parlait kabyle à part moi, quand je sors c'est pas ça, on a même branché l'internet pour avoir des chaînes maghrébines, même si c'est pas du kabyle, c'est un peu la culture, donc elle fait que ça : regarder la télé. Même manger c'est compliqué parce qu'elle est musulmane	Elle a été hospitalisée parce qu'elle n'était pas dans les conditions qui lui permettaient de s'adapter	Elle a été hospitalisée à cause du choc des cultures
Le conflit des générations est très important chez nous parce que juste après la guerre... Les gens qui étaient avant la guerre, ils n'ont pas fait d'études, et à l'indépendance, on a accédé aux études, donc on a fait des études supérieures, on était même un peu méprisants vis-à-vis de leurs croyances, de leurs comportements...	Actuellement les différences entre générations sont un sujet sensible. Nous ne sommes plus autant dépourvus de culture qu'avant	L'acquisition de l'instruction m'a fait délaisser les valeurs ancestrales car elles me paraissaient dépassées.
... Donc les discussions avec elle, il y a peu de contact. C'est pas les mêmes préoccupations, les mêmes attachements... C'est pour ça que ça a donné ce qui a suivi après.	Ces changements ont provoqué des différences entre ma mère et moi, on ne s'est plus compris, c'est la cause de ce qui est arrivé	Je n'étais pas la personne idéale pour aider ma mère, je n'ai pas su m'y prendre
Donc ma mère... d'une, [ma femme]c'est une Arabe, ça ne lui plaît pas, parce que si c'était une Kabyle, elle aurait discuté avec elle ; elle n'a pas d'enfant, alors c'est de sa faute, ce n'est pas de ma faute. C'est comme ça, c'est dans sa culture. On va pas changer sa tête à 86 ans !	Ma femme n'était pas la personne idéale selon les conceptions de ma mère. On ne pourra pas les changer.	Je ne peux pas lutter contre les convictions de ma mère
« non, chez nous, quand une femme n'arrive pas à avoir d'enfant, elle s'en va. Sinon, c'est elle qui va chercher une autre femme à son mari. » La polygamie est permise en Algérie. Donc elle lui reprochait de ne pas avoir d'enfant, et elle me disait, va changer, va te remarier	Ma mère ne comprenait pas pourquoi ma femme restait avec moi.	Pour ma mère, le fait que ma femme persiste à rester à mes côtés n'était pas normal
Dans la tête de ma mère, elle pense que maintenant qu'elle[ma femme] a peur que je parte, que je la laisse, cette femme va tout faire pour me retenir. Elle va utiliser des moyens de sorcellerie. Elle avait peur de ça.	Ma mère savait que ma femme avait peur que je parte. Comme ce comportement n'est pas sain selon elle, elle pense que ma femme fait de la sorcellerie pour me retenir.	Ma mère avait sa propre explication logique à la situation, pour la comprendre selon ses perceptions propres
C'est devenu intenable !	La situation était devenue	Nous étions tous perdus

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
Ma femme, elle téléphone à l'assistante sociale, elle dit : c'est pas possible ! Moi non plus, je dis « qu'est-ce que je vais faire maintenant ?! » En plus, elle ne pouvait pas repartir en Algérie parce qu'on avait engagé des procédures.	impossible. Il fallait faire quelque chose.	sans savoir quoi faire
Mais ils m'ont posé des questions que j'ai pas aimées. ... à 86 ans, c'est comme ça, c'est sa culture. L'assistante sociale qui me disait « mais vous savez que cet appartement il est à vous deux ? », à ma femme et à moi...	Les services sociaux n'ont pas compris le problème de la situation	Je n'ai pas été aidé par les services sociaux
Moi je suis prêt à partir, demain, si vous voulez, demain je la prends Elle en est devenue malade, à 86 ans, et j'ai peur qu'elle décède et qu'il lui arrive quelque chose.	Je ne pouvais pas attendre plus longtemps car elle est vieille et le temps lui est compté.	J'étais affolé à l'idée d'avoir précipité la mort de ma mère et étais prêt à tout faire pour me racheter
Elle commençait à divaguer. Elle commençait même à... perdre la tête hein ! Je me suis dit, ça y est elle est... ça va pas la tête. Elle faisait des choses qui faisaient croire que ça ne tournait pas très rond dans sa tête. Elle commençait à dire des choses, elle ne sait pas où elle est, elle oublie qu'elle est en France.	Ma mère n'était plus comme avant, je ne la reconnaissais plus. Elle ne se rappelait pas avoir quitté l'Algérie	Je me sentais dépassé, je comprenais que ce qui lui arrivait n'était pas normal
Je lui ai donné un comprimé d'atarax, je me suis dit, elle va se calmer. On me l'a donné au secours populaire. Le comprimé d'atarax à une dose minimum, c'est ce qu'elle m'a dit.	Je ne lui ai pas donné beaucoup de médicaments, c'était sur indication médicale	Je culpabilise de lui avoir donné ce comprimé : et si c'était ce qui lui a fait perdre la tête ?
j'ai appelé un copain, pour qu'on puisse la tenir tous les deux. On a appelé un médecin. Elle m'a même pas laissé appeler . Il y a un médecin qui est venu, elle l'a pas laissé discuter. D'habitude, elle aime bien les médecins. Elle ne l'a pas laissé ni prendre la tension, ni la température. il téléphone à une ambulance, et l'ambulance la ramène aux urgences. J'étais restée avec elle jusqu'à onze heures du soir aux urgences. On l'a attachée parce que elle gueulait, elle faisait des choses.	J'ai du demander de l'aide. Ma mère ne s'est pas comportée normalement avec le médecin. Les choses se sont passées vite. Elle était agitée, ils n'ont pas pu gérer les choses calmement	J'ai été très marqué par ces événements, je me souviens de l'état de ma mère alors.
Ils m'ont pas laissée la voir. elle n'avait pas son foulard dans ses cheveux, comme une... comme quelqu'un de fou quoi. Donc j'ai pleuré à chaudes larmes. Elle avait faim, elle avait soif, parce qu'elle ne se faisait pas comprendre. Elle faisait même pas les gestes	Le service a refusé que je la voie. Elle avait l'apparence d'une folle, on ne lui a pas donné à manger ni à boire, elle dépérissait	Je me sentais coupable de l'avoir hospitalisée, car j'avais l'impression qu'elle avait été maltraitée et qu'elle en souffrait
Elle m'a donné une banane, je l'ai aidée à la manger, elle l'a avalée comme quelqu'un qui a pas mangé depuis 6 mois. Elle a mangé la banane, elle a bu	Je me suis occupé d'elle dès que j'ai pu la voir	J'ai réussi à sauver la situation
J'ai expliqué, j'ai ramené un peu d'huile d'olive, j'ai ramené de l'huile d'olive du Bled, parce que l'huile d'olive d'ici n'est pas bien ! Je leur ai expliqué : des patates à la vapeur et puis rajouter un peu d'huile d'olive, des œufs, du poulet...	J'ai apporté des repères de chez elle. J'ai servi de guide pour leur faire comprendre comment il fallait la traiter	J'ai fait tout mon possible pour qu'elle soit hospitalisée dans les meilleures conditions
Même une fois elle me dit qu'est-ce qu'elle va	Elle ne voulait pas vieillir	Elle veut vieillir en



<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
faire en France ! Elle est vieille, elle reste chez elle	en France	Kabylie, sur ses terres
Pour changer d' air, pour des vacances. C'est ce qu'elle m'avait dit !	Elle est venue en France pour se dépayser	C'était une occasion pour se changer les idées
Depuis les années 30 ou les années 40, ils venaient travailler en France. Et puis quand ils revenaient en costume... voilà ! La France, c'est le pays où c'est riche.	La France c'est un pays qui ne manque pas de travail et qui n'est pas pauvre	L'Algérie est un pays qui doit progresser pour avoir ce qu'a la France
Même en partant, elle va remplir ses valises ! Elle va acheter des choses, manger des choses. Et la viande... finalement on a trouvé quelqu'un, c'est l'imam de la mosquée... donc la France c'est riche. Elle va acheter des robes. Même les robes kabyles elle les achète ici !	La France, c'est le pays où il ne manque de rien et où on peut tout avoir	Ma mère voit la France comme un pays d'opulence
je l'ai entendue dire à mes sœurs, finalement, je ne pourrai pas vivre ici. ici c'est riche. le Bled oui, parce qu'elle bouge, elle va voir les voisins, les voisines, la vie du village. La seule différence ici, elle ne pourrait pas vivre longtemps. Mais c'est riche, elle aimerait bien revenir de temps en temps	Elle aime beaucoup ce pays, mais ne peut rester définitivement	Les terres ancestrales sont plus importantes que la richesse de la France
Avant qu'elle tombe malade comme ça, elle regarde la télé algérienne spécialement pour la prière	Elle n'utilise pas la télé que pour se divertir	Tout est bon à utiliser pour servir la prière, ma mère est très pieuse
Elle n'a pas oublié, elle y pense de temps en temps. Elle va rattraper ça... c'est compliqué parce qu'elle ne peut pas faire ses ablutions. Parce qu'il faut se laver, il faut se laver les pieds sans savon, sans rien du tout. Donc le lavabo il est un peu haut pour ses pieds...	Elle ne se trouve pas dans les bonnes conditions pour faire la prière et elle sait qu'elle devra agir en conséquence	Elle sait s'adapter à la situation, mais ça occupe son esprit
Oui, même à cet âge là. Même quand elle est malade. Par exemple un mal de tête, on lui donne un comprimé de doliprane, elle ne le prendra pas. Elle le prendra le soir. Même si les médecins sont musulmans	Elle est capable de ne pas se soigner pour pouvoir faire le ramadan	Le ramadan est plus important à ses yeux que les soins médicaux
Je ne sais pas si je ne l'ai pas influencé un petit peu en lui disant que c'est des médicaments, il faut le manger comme des médicaments parce que il y a des médicaments dans la nourriture qu'on lui donne.	Je lui ai un peu menti pour qu'elle accepte de manger	Quelque part, je culpabilise de l'avoir trompée
Euh.. Les gens ils savent... et ils l'acceptent. Mais c'est un peu exceptionnel quoi.	C'est peut-être en dehors des habitudes mais c'est toléré	Le personnel a compris que c'était important de faire une exception
il y a déjà une fille qui est partie pour un cancer de la peau, un mélanome, et maintenant elle s'inquiète pour l'autre. Elle demande pourquoi elle ne vient pas se faire soigner ici ?	Ma mère aimerait que sa fille se fasse soigner en France	Ma mère pense que la France a un système de soin plus sûr
Pour ma mère non, elle ne parle pas français. Mais elle ne dit pas de mal des français, malgré toutes les souffrances qu'elle a endurées à cause de la France.	La barrière de la langue est un obstacle à côtoyer les Français, mais ça n'empêche pas ma mère de les apprécier	Ma mère n'a jamais eu de grief contre les Français
Il a fait la guerre d'Algérie du côté français, donc	Ma mère n'était pas	Ma mère mérite le

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
elle a bataillé pour la France, même si elle était à la maison. On considère qu'un soldat qui est sous le feu de l'ennemi, c'est la femme qui souffre plus ... elle souffre plus de l'attente	passive lors de la guerre, elle a également participé	respect des Français
elle les trouve comme plus intelligents. Elle les évoque comme des êtres supérieurs à nous. Parce qu'on a été colonisé pendant 132 ans. Supérieurs du point de vue, ils savent faire des études, ils savent faire des choses... des belles voitures... nous on sait pas !	Ma mère ne voit pas les Français comme des gens normaux, les Algériens ne savent pas faire autant de choses que les Français	Ma mère se sent humble face aux Français
Même les ponts pour traverser les rivières, c'étaient les Français, c'étaient les soldats, parce qu'il y avait eu la guerre. C'est vrai, ils nous ont colonisés, mais ils ont apporté des choses bien !	Les Français ont fait évoluer l'Algérie	Nous avons une certaine reconnaissance envers les Français
Elle est pressée de partir de l'hôpital pour deux raisons. Je crois qu'elle revient un peu... elle sait maintenant à peu près où elle est, et puis il y a des hommes qu'elle trouve plutôt collants...	Je pense qu'il est temps pour ma mère de sortir : elle va mieux, et les personnes ici commencent à l'envahir	C'est le moment idéal pour envisager une sortie d'hospitalisation pour ma mère
Elle va avoir sa carte de séjour, elle a eu le récépissé donc elle est prête à attendre ! Moi ça m'inquiète parce que ce serait bien qu'elle parte pour retrouver ses repères...	Ma mère ne compte pas retourner chez elle tout de suite, mais je ne suis pas sûre que ce soit bien pour elle	La vie en France est devenue trop déstabilisante pour ma mère
Ses vêtements français, elle les porte sous la robe kabyle. Même quand elle sort elle porte la robe kabyle. C'est exceptionnel [qu'elle ne la porte pas] parce qu'elle est à l'hôpital... le gilet, c'est tout... Les jeans, C'est pour les neveux, les nièces. La plupart ils s'habillent de façon traditionnelle	Les vêtements traditionnels, c'est important pour les gens de sa génération. Elle ne porte pas de vêtements ordinaires.	Ma mère accorde beaucoup d'importance à l'attitude vestimentaire
Chez nous, déjà, culturellement, les vieux, c'est les enfants qui les portent. Il n'y a pas de maison de vie, c'est les enfants qui s'en occupent. C'est sacré ça. On ne peut pas..Normalement, c'est aux hommes, les filles non. C'est le garçon qui doit s'occuper des parents.	La solidarité entre les générations est une valeur très ancrée. Le fils a une place importante	J'ai une responsabilité auprès de ma mère, j'y suis tenu par ma culture
Là-bas. Elle me disait « si je meurs ici, ça passe pas ».	Ma mère ne conçoit pas de mourir en France	Ce serait terrible si elle devait mourir loin de chez elle
Mourir pour elle, c'est retrouver... elle va retrouver son père... il y a la religion qui rentre en jeu. Elle va retrouver ceux qui sont morts, ses parents, ses amours, ses enfants qui sont morts...	La mort pour ma mère ne signifie pas un départ mais des retrouvailles	La mort a un sens symbolique fort pour ma mère
Personne n'a fait de démarche pour le rapatrier. Elle, elle aurait aimé mais ça coûte cher. Sauf si elle demande à l'Etat. Aussi elle avait soulevé cette question.	Le lieu de sépulture a son importance et ma mère n'est pas restée indifférente à cette question	Ma mère attache beaucoup d'importance au lieu de sépulture
C'était hostile, et elle s'ennuyait un peu, la maladie, les lettres qu'on écrivait pour ses démarches ne revenaient pas... tout ça a fait que c'était vraiment hostile, et ça a déclenché le...	Cette vie en France n'était pas de tout repos pour ma mère	Cette vie est trop dure pour elle
Elle choisit l'endroit de son enterrement : pas	Elle n'accepterait pas de na	Elle a besoin d'être

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
loin de telle personne, pas loin de telle ou telle personne dans le cimetière du village... donc être enterrée loin de son village... ça lui fait peur d'être enterrée loin des siens.	pas pouvoir choisir l'endroit de son enterrement.	enterrée auprès de ses ancêtres comme elle le souhaite
Je sais pas, je ne lui ai pas posé la question. Mais je n'ai pas envie de lui poser.	Cette question me dérange	Poser cette question peut induire des conséquences
C'est difficile pour elle, j'arrêtais pas de dire, elle communique pas donc vous la laissez dans une chambre, si elle a envie de quelque chose... C'est angoissant.	Si elle avait pu communiquer, elle serait moins angoissée	Elle n'a pas été mise dans les bonnes conditions de communication
Quand je l'ai vue, j'avais raison parce qu'elle a fondu, elle avait fondu.	Elle n'était plus la même	Sans ma protection, elle dépérissait
Les gens à côté, c'est des blancs, c'est pas forcément des Français, elle sait pas exactement qu'est ce que c'est, c'est des blancs, il y a ceux à qui on donne plus de médicaments que d'autres	Elle ne savait pas avec qui elle était et se demandait s'il y avait du favoritisme	Elle n'était pas en confiance dans un milieu inconnu
Non, elle est pudique. Même des fois, sa douche...il faut la surveiller, mais il faut pas rentrer dans la douche. Elle prend sa douche à sa manière.	Il vaut mieux éviter de faire sa toilette et la laisser avec ses propres habitudes	La toilette du corps correspond à quelque chose de très intime pour ma mère

Les maîtres-mots extraits de cette analyse sont : traumatisme migratoire, conflit des générations et terre d'appartenance.

#### **d. Monsieur Be.**

##### **Présentation de la situation**

Monsieur Be. a 85 ans. Il est Marocain d'origine berbère. Il est venu en France en 1999 à l'âge de 72 ans pour vivre dans un foyer Sonacotra afin de bénéficier de ses droits d'ancien combattant. Depuis ce temps, il fait des allers-retours entre la France et le Maroc où vivent ses deux femmes, ses enfants et ses petits-enfants. Il a en France un neveu qui vit en Normandie et une petite nièce sur Paris. Il s'est retrouvé un jour aux urgences de l'hôpital de Dax, errant et confus alors qu'il revenait d'un voyage du Maroc. Il a ensuite fugué des urgences et a été retrouvé dans un état somatique précaire dans les marécages landais. C'est dans ce contexte que le patient est adressé au service de psychogériatrie de Limoges. Monsieur Be. ne parle pas français. Un état démentiel est suspecté. La prise en charge en psychogériatrie a été succincte : en effet, le neveu de monsieur Be. est venu de Normandie pour le sortir de l'hôpital et le rapatrier au Maroc où les membres de sa famille vivent. L'entretien se fait le jour de la sortie de monsieur Be., juste avant

son départ. Comme monsieur Be. ne parle pas français, c'est son neveu qui répondra aux questions en français.

### **Interprétation de résultats par la méthode A.R.O.**

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
Ça doit être marqué sur sa carte de séjour, parce que lui, il a été avec l'armée française, pendant la guerre entre l'Allemagne et la France. Et une fois qu'il a reparti, avec ce qu'il a donné la France à l'époque, il est revenu pour réclamer pour ses droits	Tout est en règle La France doit lui être reconnaissante pour ses services Son séjour en France est légitime	Mon oncle est dans ses droits et mérite le respect
Parce que la France il a ouvert les droits pour les gens qui a passé la guerre, mon père il a fait pareil. Il a fait pareil, et tous les gens qui sont fait la guerre qui se sont battu avec la France à l'époque, sont venus pour avoir leurs droits. Parce que un monsieur par exemple qui l'a passé 7 ans ou 10 ans à l'armée française et après une fois qu'il est en France, il a 100F par trimestre, ça c'est atroce, c'est idiot, c'est pas un salaire, en français, c'est pas une retraite. Ils sont venus ici, la France il va prendre, il l'a accepté... déjà, y a pas que lui, y en a beaucoup! Beaucoup, beaucoup, beaucoup! Qui sont venus comme ça, parce que y en a qui z'ont de la chance, ils ont avoir leur droit au Maroc, ils sont pas déplacé ici, mais y en a qui sont déplacé qui sont venu défendre leur droit. Parce que à l'époque y a pas de sang! Y a pas les droits, ils sont pas les droits entre le Maroc et la France	Mon oncle est venu, comme mon père, pour défendre ses droits car avant, ils étaient sous-payés. Maintenant, ils peuvent venir en France pour réclamer leur dû	Mon oncle et mon père ont été obligés de venir en France pour défendre leur droit
Mais il est parti parce qu'il a la famille là-bas. Comment il a travaillé, je sais pas, j'étais encore petit à l'époque, je sais pas comment il a gagné sa vie...	Il n'est pas resté en France parce que sa famille n'y était pas	Il a décidé de vivre sur la même terre que sa famille
Oui, mais mon père a 99 ans maintenant, madame. 99 ans! Mais qu'est-ce qu'il a? Il a pas grand chose!	Mon père a un âge respectable et la France ne lui donne pas ce qu'elle lui doit	La France ne respecte pas mon père comme il se doit
Ce qu'il y a c'est la France, elle a fait une mauvaise démarche avec les gens-là, normalement, elle doit donner une somme, il va retourner dans son pays, il touche là-bas. Par exemple, au lieu de donner 600 euros, s'il a	La France ne tient pas compte que la vie est moins chère au Maroc. Ça aurait arrangé tout le monde si elle l'avait fait	Le mauvais calcul de la France oblige les gens comme mon père et mon oncle de venir vivre en France

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
donné 300 euros, au Maroc il va rester là-bas avec 300 euros il peut gagner sa vie		
Parce qu'il voit les difficultés déjà qui sont à Bordeaux, qui sont partout. Plusieurs ils sont à Bordeaux. Beaucoup de gens ils sont à Bordeaux. Mais c'est pas une vie comme ça, si vous voulez. C'est pas une vie! Parce que moi, j'habite pas à côté.	Les conditions de vie dans lesquelles vivent les gens comme mon oncle en foyer, ce n'est pas acceptable	Mon oncle n'a pas de soutien proche au foyer, il serait mieux au Maroc
Oui mais mon épouse si tu lui dis quelque chose, elle comprend rien! Y a des choses qu'elle comprend pas.	Les informations de mon épouse ne sont pas fiables	Ce n'est pas à mon épouse de donner des renseignements
Nous on a appris avec les jeunes au café, le travail, c'est tout, on n'a pas appris à l'école. Ça fait 35 ans, 36 ans que je suis en France, c'est pour ça qu'on avoir démerdé pour avoir parlé un propre français, c'est pas tout à fait, mais quand même on débrouille quoi!	Nous avons réussi à parler français sans soutien scolaire	Nous avons su nous intégrer par nos propres moyens. C'est une fierté
Il a dit, la France elle est bien, tout! Pour vivre, pour les droits, pour les médicaments, pour la santé et pour tout il dit bien. Y a rien qui manque en France	Je n'ai jamais eu à me plaindre de la France	J'admire la France
A mon avis à l'époque il était encore un petit peu jeune par rapport à maintenant, parce que ça fait 10 ans.	Il n'était pas si vieux à l'époque	Il avait une meilleure forme que maintenant
C'est un ancien combattant, c'est un soldat qui a la misère au départ, il est venu ici, il a des copains qui l'a aidé, qui savaient, pour faire les courses, pour les papiers, pour traduire. Parce que nous entre les copains on rend le service! Même les français! Mais celui qui s'est bien démerdé il a pas besoin des français. Mais comme lui il est vieux, il y a des gens qui par rapport à lui, qui aidaient pour avoir les aides.	Les conditions à son arrivée étaient dures, mais heureusement, il a bénéficié d'aides de son entourage, il n'était pas tout seul	Sans aide de son entourage, il n'aurait pas pu vivre dans de bonnes conditions en France
Moi mon père quand il a rentré, j'ai présenté au service combattant. Moi j'ai pris rendez-vous avec l'assistante sociale de l'immigration. j'ai sorti la carte combattant avec sa photo et tout ça. Et elle m'a dit, ton père il a les droits meilleurs que moi et toi. Et ça c'est dit comme ça! Parce que elle m'a dit ton père il a battu pour le drapeau français, maintenant il a les droits de tout. Pour la santé, mon père il a 100%, comme mon oncle, a mon avis, il a 100%. Moi pour mon père, je paye pas le médecin, je donne juste la carte vitale, c'est payé par l'armée!	J'ai fait les démarches pour mon père, et il avait de meilleurs droits que moi parce qu'il a servi la France, pareil pour mon oncle	Je suis fier de mon oncle et mon père, car la France a reconnu leurs droits pour service rendu à la France
Non, il parle arabe c'est tout. Il parle berbère, parce que nous on habite au moyen Atlas au Maroc, c'est des Berbères. Mais ça, maintenant ça se modernise et ils parlent que l'arabe comme tous les Arabes quoi.	Il ne parle pas français. Il parle la langue de chez lui	Son pays se trouve au moyen Atlas du Maroc, ce n'est pas la France
Notre religion, si vous voulez, y en a beaucoup qui disent «c'est difficile», mais c'est le contraire! Chez les chrétiens, ...quand vous voulez aller à la messe allez à l'église	Notre religion se rapproche de la religion chrétienne, mais est plus facile à pratiquer	Il est moins difficile de pratiquer la religion musulmane que la religion chrétienne en

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
directement, nous on a la mosquée, mais si on a pas le temps de prier à la mosquée on prie à l'endroit où on est; par exemple au foyer ou sur la route, c'est facile à faire, à pratiquer. On fait à la maison, puis si on a le temps, on fait à la mosquée avec le groupe, comme ça c'est ce qui est demandé par le Bon Dieu, mais si on travaille ou on est malade, on le fait sur place à la maison. C'est pas compliqué. On a 5 minutes pour prier.		France
Moi je trouve qu'il me dit non. Il peut pas le faire parce que déjà, il serait propre...	Je connais la réponse, parce qu'il n'est pas dans les bonnes conditions d'hygiène	Ils serait incorrect de lui poser la question
Oui, il m'en a parlé tout à l'heure, oui	Je ne veux pas lui poser la question	Ce n'est pas le lieu pour en parler
Mais il ne parle pas français. Y en a qui aiment bien parler, mais c'est dommage parce qu'il parle pas français	La barrière de la langue l'empêche de s'intégrer	On ne peut pas s'intégrer sans parler la langue française
Etre soigné en France ou au Maroc, c'est pareil	Il n'y a pas de différence entre les soins donnés au Maroc et ceux donnés en France	Mon oncle n'a pas de préférence de prise en charge
le principal c'est ça hein! Quand il est là bas, il peut pas faire les courses, il peut pas faire la cuisine, il peut pas faire ça, il peut pas faire ça, il est tranquille quoi!	L'entourage et la disponibilité familiale sont essentiels	Mon oncle sera mieux pris en charge auprès des siens
C'est bon, il est calme, il est bien! Mais j'sais pas la nuit, parce que si la nuit il bouge. J'sais pas parce que votre confrère tout à l'heure il m'a dit il bouge un peu la nuit. S'il est comme ça, il me connaît il est bien là. Il est un petit peu heureux par rapport à mon arrivée!	Je pense que mon oncle est agité parce qu'il ne connaît personne ici	Le fait d'être en milieu inconnu ne le rend pas heureux et l'agite
Oui! Il m'a parlé, tout ça, l'autre fois il m'a reconnu; ça y est, il est un petit peu heureux, comme quelqu'un qui a été fermé et après il est sorti dans la lumière, c'est pareil. Parce qu'à mon avis, il va s'arranger ça à mon avis!	Mon oncle n'était pas heureux et se sentait enfermé. Il s'est senti rassuré en me voyant. C'est un problème passager.	Je ne suis pas inquiet pour mon oncle, il ira mieux quand il retrouvera les siens
C'est bien, il dit c'est bien, ça se passe bien, y a rien qui manque	Il n'a rien à redire sur la prise en charge ici	Il n'a aucune demande à formuler

Les maîtres-mots extraits de cette analyse sont : reconnaissance, défiance et pudeur.

## e. Monsieur et madame B.

### Présentation de la situation

Monsieur et madame B. ont 77 ans. Ils sont d'origine algérienne. Après leur mariage, monsieur B. décide de venir en France pour trouver du travail. Madame B. reste en Algérie pendant de longues années pour assurer l'éducation des enfants. Elle ne le rejoindra que sur des courts séjours, avant de le rejoindre définitivement avec les plus jeunes de ses enfants au moment où il prend sa retraite. Monsieur B. a été hospitalisé en psychogériatrie pour violence envers son épouse au domicile où ils vivent avec un de leurs fils et deux de leurs petits-enfants. Ce monsieur maîtrisait parfaitement la langue française, pourtant il parlera en arabe au personnel soignant. Un diagnostic de démence évoluée est établi. Un entretien avec le fils permettra de savoir que les troubles cognitifs ont commencé il y a un an et demi et qu'ils ont évolué sur des troubles du comportement depuis six mois. Jusqu'à l'hospitalisation, ils n'ont consulté aucun médecin pour cela. L'hospitalisation s'est faite devant une impossibilité évidente de maintenir monsieur B. à domicile. Pourtant la famille refuse toute proposition d'institutionnalisation, préférant le maintien à domicile. Les aides à domicile ont également été refusées. L'épouse a tenu à faire elle-même les soins de nursing et la gestion des traitements avec l'aide de leur fils.

L'entretien se fait à distance de l'hospitalisation. Il était initialement prévu que ce soit monsieur B. qui soit interrogé, avec l'aide de son fils. Cependant, c'est le fils de monsieur B. et madame B. qui viennent au RDV. Monsieur B. serait trop fatigué pour se déplacer ce jour là.

### Interprétation de résultats par la méthode A.R.O.

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
je pense pas qu'il ait gardé la nationalité française! Parce que après ils sont passés derrière, tous les papiers ils sont effacés. Dès que la France elle est sortie, ils ont effacé tous les documents, ils ont recommencé de tout! Tout a été rectifié.	Il n'a pas dû avoir le choix de garder la nationalité française, mais je ne lui ai jamais demandé	Il n'en a jamais vraiment parlé, ça n'a pas eu de retentissement sur nous(sa femme, ses enfants)
C'est vrai que l'acte de mariage il est français, il est resté français. Il y en a deux	Mes parents ont encore des papiers français	Mes parents ont été français

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
en fait, y en a un il est français et un il est algérien.		
<p>- Il est arrivé en France deux ans avant l'indépendance</p> <p>- Il est venu tout seul! Il est pas venu avec ma mère. Jusqu'en mille neuf cent quatre vingt... quatre vingt...quatre</p> <p>- Non, je pense pas qu'il soit venu pour trouver du travail. Non, c'est que... en fait il y avait des relations avec l'Algérie, même s'il y avait la guerre et tout, la guerre était terminée, y avait des relations, ils ont signé des pactes et tout, et mon père quand il est venu il avait pas encore les papiers en 1960 je pense et... enfin, il avait les papiers, et il pouvait aller sortir comme il veut entre l'Algérie et la France. Et après jusqu'en 1965 et tout après, il y a eu des relations et... si on le laisse travailler ici, il est resté.</p>	<p>- Son arrivée en France n'a pas de lien avec l'indépendance</p> <p>- Il n'est pas venu pour s'installer avec sa famille</p> <p>- Mon père est venu en France pour d'autres raisons que le travail. Il faisait des aller-retour avec l'Algérie. Ce n'est qu'en 1965 qu'il est resté travailler en France. Il avait des bonnes relations avec les Français</p>	Mon père a toujours vécu entre la France et l'Algérie malgré la guerre et semble y avoir trouvé son compte
Ah ben oui c'était compliqué! A ce moment, à leur période ouais! Pour tout le monde hein! Pour lui, et c'était valable pour tout le monde hein!	Mon père n'était pas le seul concerné	Mon père n'a pas eu le choix
Il a commencé à travailler à huit ans chez les colons, et après il a recommencé après à travailler dans le bâtiment à l'âge de 13 ans	Son premier travail était chez les Français quand il était enfant	Son lien avec les Français s'est fait très tôt
<p>Il y a mon oncle qui est venu avant lui. Il était engagé par contre, lui. Lui il a été engagé avec la France. Il était dans l'armée française.</p> <p>Mon père, jamais! (la mère parle derrière).</p> <p>- Mais il (mon oncle) était pas combattant! Il travaillait dans le génie militaire. Il était commandant, c'était une grosse tête dans le génie militaire. Après il est venu en France, il a quitté l'armée là-bas, et il est venu ici en France avec mon père, mais mon père il est civil!</p>	<p>Mon père est venu en France avec mon oncle qui est devenu militaire pour la France. Mon père ne s'est jamais mêlé de ça.</p> <p>- Mon oncle n'était pas harki</p>	Bien qu'il soit venu en France avec son frère militaire, mon père n'a jamais participé à la guerre d'Algérie
<p>Mes parents ont eu deux enfants pendant la période française, et les deux enfants, ils sont morts pendant la période il est mort à peu près à quoi... il avait même pas un an! Et y en a un il est mort à huit ans.</p> <p>Non, je sais pas exactement de quoi, ça personne ne sait! Ils en parlent pas, ils ont jamais parlé.</p>	Durant la période française, mes parents avaient déjà fondé une famille, mais cette vie s'est brisée, on ne sait pas pourquoi	Mes parents ont un passé tragique, mais nous ne pouvons pas en parler avec eux
Avec les enfants qui sont morts on était dix, et là on est huit. On est sept plus ma sœur la huitième.	On était beaucoup d'enfants On est beaucoup de garçons	Nos parents peuvent être fiers
Après on est venus... et après on est redescendus en Algérie (rires), toute la	Toute la famille a fait de nombreux aller-retour entre la France et	Nous sommes libres de choisir le pays



<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
<p>famille: moi, ma mère, ma sœur... et mon petit frère.. Et après il nous a ramenés en 1996. Non, il a ramené mon frère, mon dernier frère, le plus jeune. Il l'a ramené en 1992 j'pense, 1992/91. Et après moi et ma mère il nous a ramenés en 1996, 96 ou 97. Ma sœur elle est restée en Algérie, avec mes frères.</p> <p>Elle a dit cinq en Algérie et trois ici en France! Et aussi il y en a un il est venu tout seul! Il a fini son armée et tout, il en a eu marre, il est venu ici en France.</p>	<p>l'Algérie</p> <p>Nous n'avons pas tous vécu la même chose et nous n'avons pas tous choisi de vivre dans le même pays</p>	<p>dans lequel on veut vivre</p>
<p>Non, c'était pas ça! (la mère rit derrière)</p> <p>Ouais c'est vrai que elle, elle vient ici en vacances...</p> <p>c'est un pays, de toute façon, c'est un pays développé quoi, par rapport aux pays d'Afrique. Ouais, ouais! Au niveau de TOUT, c'est un pays développé. (la mère intervient) C'est vrai qu'elle a dit, nous on connaît pas, c'est mon père, il nous a ramenés... tu vois, mon père il nous a ramenés pour nous montrer...après, nous on partait en vacances!</p>	<p>La France, pour nous, est un pays riche où il fait bon vivre</p>	<p>Nous apprécions les richesses de la France</p>
<p>Pas tout le temps, mais parce que mon père aussi, il restait ici en France, il restait pas beaucoup: il restait 4 mois, 5 mois, 6 mois et il partait. Il faut dire un mois, deux mois et il repart et après il revient ici, 2 mois, 3 mois de travail et après il repart là-bas, c'était comme ça!</p> <p>Ben ils étaient d'accord de toute façon. Ils m'ont raconté: pour ça ils se mettent d'accord à l'avance, avant nous. C'est comme ça chez nous en Algérie. Une fois qu'on se met d'accord à l'avance, c'est si nous on veut travailler à l'étranger, il faut se mettre d'accord. Après, si la femme elle est pas d'accord, ben on en choisit une autre.</p>	<p>Mon père faisait des va-et-vient permanents entre les deux pays, c'était un choix</p> <p>Mes parents n'ont jamais été en conflit par rapport à ce mode de vie</p>	<p>Mes parents semblaient épanouis dans ce choix de vie</p>
<p>- la France c'est un pays qui est... c'est un des meilleurs pays au monde hein! Même si il y a eu la guerre, ça c'est politiquement, moi je m'en fous, c'est pas mon problème. Y a eu des conflits et tout en Algérie, je sais pas</p> <p>- C'est pas la même vie non. Déjà à la base, on a deux religions. Deux religions déjà c'est pas la même, c'est... déjà à partir</p>	<p>- La France et un pays qui fait rêver malgré l'histoire</p> <p>- Les deux pays sont culturellement</p>	<p>On apprécie autant la France que l'Algérie, avec leurs différences</p>

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
de ça, disons que, c'est pas la même. C'est pas la même chose.	différents	
au début, mon père il est venu ici en France, elle elle a resté là-bas pour éduquer les enfants	L'Algérie a été le pays de notre éducation	Mes parents ont choisi de nous inculquer les valeurs de l'Algérie
Elle, elle a jamais été à l'école mon père il a jamais été non plus. On a tous été à l'école! Sauf un seul, non deux... non, un seul parce que y en a un il arrêta pas de sécher les cours. Mais y en a un qui pas, maintenant, il est bien placé en Algérie, il est policier, et il a jamais été à l'école (rire) Et c'est lui qui a réussi, entre nous tous, c'est celui qui a réussi!	Mes parents n'ont pas eu la chance d'aller à l'école  Ils nous ont donné les meilleures chances pour réussir. Même celui qui n'a pas pu aller à l'école a réussi	Je suis fier du sacrifice de mes parents  Mes parents nous ont permis d'aller à l'école
- Y en a un qui a étudié dans l'école coranique, lui c'est un crack! Dans sa tête il connaît des tas de livres par cœur! Tout le monde vient le voir chez lui là-bas, des fois quand il vient chez nous, tout le monde vient le voir pour demander des explications, même des savants viennent le voir! Il a commencé à étudier à l'âge de sept ans hein! Là l'école coranique, et après il a commencé à voyager, il est parti au Maroc, en Tunisie, il est parti un peu dans la Syrie... - Tous musulmans, tous pratiquants	La culture musulmane a une forte imprégnation dans la famille	Nous sommes fiers de notre culture musulmane
Non, c'est mon père il a fait des demandes et après... (il demande à sa mère) Elle a dit que en fait c'était pas difficile. Quand on voulait venir le voir ici en France c'était pas difficile. quand on décidait on venait, quand on avait envie de venir, on vient. Enfin c'est lui qui décidait de toute façon, c'est mon père	Nous avons la liberté d'aller et venir à notre gré, selon la volonté de mon père	Ces voyages ne présentaient pas de contrainte
c'était à la retraite, il était presque à la retraite, c'était en 1997, il était presque à la retraite. Il pouvait s'occuper de nous et tout.	La France, c'est aussi le pays de la retraite	Mon père apprécie de vivre en France
... il a raison, parce que moi je...vraiment, moi je le comprends! Il a peur qu'on vient ici et qu'on...qu'on devient... vous voyez (sourire complice)ce que je veux dire, qu'on devienne des... des délinquants, des trucs comme ça. Il avait peur de ça...	Mon père n'est pas confiant pour laisser les Français éduquer ses enfants	La France n'est pas le pays idéal pour l'éducation des enfants
Algérienne oui. J'ai pas encore fait la demande, je vais attendre après... j'allais la faire, j'allais faire la demande mais après, comme on est déjà,... mais après, je suis tombé malade, pendant un an et demi, parce qu'y avait des trucs, j'avais mal un peu au crâne, j'avais un accident de voiture	J'hésite à demander la nationalité française	Malgré tout, ce n'est pas si facile de changer d'identité nationale

Signifiant	Signifié médiateur	Signifié
<p>quand je sortais du travail et...après je suis tombé malade pendant un an et demi et...après j'ai pas pu rien faire, et maintenant... pour plus de facilité 'faut mieux chercher un contrat de travail et après là c'est plus de facilité pour moi, pour avoir la nationalité française</p>		
<p>On est toujours avec elle.</p>	<p>On la protège</p>	<p>La famille est soudée pour ma mère</p>
<p>moi je fais que des fêtes religieuses, pas plus. Je fais l'Aïd-el-Kebir, je fais la fête du mouton, et après la fête du ramadan, c'est tout!</p> <p>Après ma mère, elle fait des fêtes de femmes, c'est autre chose hein! (la mère demande la traduction) Ouais, c'est entre elles, moi je connais pas tout ça. Pour la naissance des enfants... Les femmes c'est... elles sont plus soudées entre elles que les hommes. Enfin je parle des femmes qui ont vécu avant, parce que maintenant. La génération de ma mère et tout, c'est comme ça! Ils ont une culture oui</p> <p>- Le respect ça vient de tout le monde hein ? Je sais pas, je pense que ma génération, c'est pas comme la génération d'avant de mon père et son époque. Surtout entre les vieux, y avait plus de respect. Même jusqu'à maintenant, y a encore du respect entre eux. C'est les jeunes qui suivent pas.</p>	<p>Il existe une différence entre les générations dans la pratique religieuse et la culture</p> <p>L'ancienne génération est plus portée sur les traditions, ce qui les soude et les rend respectueux</p>	<p>La génération de mes parents mérite du respect</p>
<p>Avant je connaissais même pas ce que c'était, la prière ! J'entendais juste comme ça parler les gens et tout. Même mes frères en Algérie, ils étaient grand, et ils connaissaient pas trop... nous on faisait des conneries, on volait... surtout en Algérie c'était...c'est vrai que moi j'étais un peu...</p> <p>Ca n'a rien à voir avec ici ! Par exemple... même si on va voler un truc... on va pas... c'est pas pour faire plaisir ! C'est pas pour agresser ou comma ça, non, ça n'a rien à voir ! Si vous voulez, ça va être des trucs de pêche, tu vois, c'est pas pour le plaisir, des fois on les mange ! Après quand on a commencé à parler et tout, quand on a commencé à apprendre la religion, vraiment on s'est rendu compte que...</p>	<p>La religion m'a appris à avoir une conscience morale, malgré le conditions pauvres dans lesquelles nous vivions</p> <p>La vie en Algérie est moins confortable qu'en France</p>	<p>Je crois aux valeurs de la religion, elles m'ont appris à être vertueux</p>
<p>- le plus petit est venu ici en France parce qu'il avait une maladie. C'est pour ça [mon père] l'a ramené avec lui.</p> <p>- C'est vrai qu'elle veut rester ici et je la</p>	<p>Mon frère est venu en France pour se soigner</p>	<p>La France est un pays ayant un bon système de santé</p>

<b>Signifiant</b>	<b>Signifié médiateur</b>	<b>Signifié</b>
comprends. Elle elle veut rester ici parce que c'est pour soigner mon père	Ma mère reste en France pour soigner mon père	
Ben on regarde l'Algérie déjà. Et puis on regarde les informations sur TF1... et toutes les chaînes françaises	On regarde autant la chaîne algérienne que la chaîne française	On s'imprègne des deux cultures
Avant, il dormait dehors ..., y avait un bâtiment qu'était en ruine, et il dormait dedans.ils étaient... je sais pas combien... ils étaient 6 gars dedans ! Et après seulement quand ils ont eu les accords avec l'Algérie et tout, ils ont commencé à avoir les foyers et tout !	Les débuts de mon père en France ont été difficiles	La vie en France n'a pas toujours été facile pour mon père
Mon père il parlait très très bien français. C'est que maintenant... avec la maladie... il se rend pas compte qu'il parle en arabe, mais il parle très très bien français Je sais que mon père, il avait beaucoup des amis français . Même y en a une qu'est morte, c'était notre voisine, elle nous invitait, même ma mère et tout	Mon père a su très bien s'intégrer en France  Nous avons toujours eu de très bonnes relations avec les Français	Nous n'avons pas eu de difficulté d'intégration en France
Je sais pas, c'est des êtres humains. Ici c'est des êtres humains, là-bas c'est des êtres humains.	Pourquoi vouloir chercher une différence vestimentaire?	Nous portons les mêmes types de vêtements
Le fait de vieillir c'est normal, chez nous, c'est...c'est...Ça fait partie de la vie, c'est normal.	Je n'ai pas de réponse précise à cette question	On n'aborde pas le sujet de la vieillesse chez nous
De toute façon la mort, c'est l'endroit qui choisit. La mort, elle vient soit ici, soit là-bas. C'est vrai qu'on a une assurance pour au cas où, si on meurt ici en France un truc comme ça et pour nous enterrer en Algérie, on a une assurance pour ça. Ça, il y a que ça qui est prévu à l'avance. Ça c'est obligatoire.	Le lieu où l'on meurt importe peu.  Par contre, des prévisions sont faites pour que le lieu de sépulture soit en Algérie	Mes parents ont déjà choisi d'être enterrés en Algérie.
C'est vrai que moi, mes parents, c'est très important. C'est eux qui passent en premier. A mon avis, c'est eux qui passent en premier.	Je suis prêt à tout sacrifier pour mes parents	J'ai choisi de consacrer ma vie à mes parents
C'est vrai que la maladie maintenant, si elle commence à évoluer et elle commence à grimper des échelons, on verra ce qu'on peut faire, mais la maison de retraite, non.	Nous sommes prêts à aller jusqu'au bout pour éviter la maison de retraite	La maison de retraite ne correspond pas à notre conception de la vie

Les maîtres-extraits de cette analyse sont : adaptation, cohésion familiale, maintien des racines

## f. Entretiens des soignants

L'analyse des entretiens effectués avec les trois médecins et avec l'équipe médicale permet d'extraire plusieurs thèmes récurrents :

Thèmes	Equipe Wertheimer	Docteur Chandon	Docteur Eymar	Professeur Clément
<b>Une prise en charge systémique</b>	<p>La famille c'est important, parce qu'ils apportent plein d'information</p> <p>Il y a la famille à gérer</p> <p>C'est en collaboration avec eux, avec le patient [qu'on prend une décision de devenir]</p> <p>Dans les familles maghrébines, ils s'occupent de leurs anciens jusqu'au bout</p> <p>On avait ciblé un petit peu avec son fils ce qu'elle aimait et ce qu'elle n'aimait pas</p>	<p>On travaille avec les réseaux sociaux et avec les familles.</p> <p>On essaie de faire le point avec la famille et avec les différents intervenants</p> <p>Il y a le relais par la famille qui permet de rendre compte, surtout pour les pathologies démentielles</p> <p>La famille a su faire bloc autour du patient et créer humainement la structure sécurisée</p> <p>En psychogériatrie, le rôle de la famille est toujours essentiel</p> <p>On ne peut pas se passer de la famille pour avoir un avis</p> <p>Les personnes âgées sont des personnes vulnérables qui vivent dans un ensemble.</p> <p>Même pour la poursuite de la prise en charge post-hospitalière, on est obligé de suivre avec les familles.</p> <p>C'est un support pour aider les médecins à établir un diagnostic</p> <p>Si on n'a pas la famille qui prend conscience et qui est volontaire pour nous aider à mettre en place les choses, ça risque d'être compliqué</p> <p>La présence de la famille reste un plus [dans l'adhésion aux soins] c'est évident</p>	<p>Souvent, les personnes âgées sont accompagnées par leur famille, c'est plus fréquent que dans les pavillons d'adulte</p> <p>On explique au patient et à la famille le fonctionnement du service</p> <p>La famille est un support capital</p> <p>L'intervention de la famille est indispensable au niveau du recueil des données</p> <p>Elle fait partie intégrante du système de vie du patient</p> <p>A un certain âge, il y a une certaine dépendance qui s'installe et la famille prend une place encore plus importante</p> <p>Il y a des relations qui peuvent s'inverser, donc on est obligés de travailler avec la famille</p> <p>Il y a un vécu familial de devoir s'occuper des parents plus fort</p>	<p>Les informants sont la famille...</p> <p>La personne âgée est souvent très entourée par la famille qui est très présente, très participative à la résolution des problèmes</p> <p>Il faut que l'entourage, la famille, soit aussi bien informée sur quoi on se dirige</p> <p>C'est pas dévoiler un secret médical, c'est informer pour avoir une meilleure réussite thérapeutique</p> <p>Tout passe par de l'information voire de la formation</p> <p>L'information à la famille est indispensable</p> <p>Il y aura des personnes dans la famille qui seront plus dans l'affectif et d'autres qui seront plus dans la matérialisation</p> <p>L'institutionnalisation, si elle se fait près de la famille, elle est beaucoup mieux acceptée</p>
<b>La disponibilité</b>	<p>On a eu de la chance que son fils était là tous les jours. C'était</p>	<p>C'est vrai que ce sont des gens qu'il faut voir plus souvent, qu'il faut informer au fur et à</p>	<p>Ces gens demandent une disponibilité plus importante</p> <p>Ça demande qu'on en</p>	<p>Il faut savoir mettre à plat les désaccords, avec des rencontres, des confrontations, comme un</p>

Thèmes	Equipe Wertheimer	Docteur Chandon	Docteur Eymar	Professeur Clément
	quelqu'un de disponible On fait peut être plus attention	mesure, et donc pour qui il faut se rendre un peu plus disponible	parle davantage Ils demandent énormément d'écoute On l'a vu assez régulièrement, ça a permis de désamorcer tout ça Les situations ont été désamorçées en les revoyant souvent et en expliquant les choses au fur et à mesure Ça a nécessité des réunions familiales plus nombreuses et avec tout le monde Ça demandait une organisation assez difficile à mettre en place	conseil de famille, pour aboutir à un consensus Il faut savoir prendre du temps pour informer L'information demandera plus de temps, plus de mise en mots le plus clair possible, quitte à reformuler ce qui a été dit Il faut beaucoup plus expliquer ce qui se passe et le mettre en mots compréhensibles Sur une échelle de 100%, c'est 20% en plus d'investissement en temps
<b>Le respect de la structure culturelle : connaissances et formation</b>	il avait apporté une petite bouteille d'huile d'olives, on lui donnait à chaque repas des foies, quand il y avait des mets préparés, c'était pas de la façon dont elle les mangeait elle avait peur la nuit des autres patients et elle demandait à ce qu'on l'enferme c'était difficile pour lui que les femmes [lui fassent sa toilette Elle se lavait le soir quand il n'y avait plus personne. C'était son rituel] La culture après on s'adapte Il faut respecter au maximum son côté religieux, son côté nutrition On avait un petit fascicule où il y avait toutes les démarches qui se faisaient dans cette religion Moi je sors d'école	Les populations maghrébines entourent beaucoup les plus vieux et essaient de se passer au maximum des réseaux de soins La question du devenir va dépendre de la place qu'ont les anciens dans certaines ethnies Ça nous oblige de s'adapter à un certain nombre de mesures qui pour eux ne sont pas applicables L'idée d'une structure fermée spécialisée était impossible à envisager pour la famille. Du fait de cette place des personnes âgées, ces gens sont capables de mettre en œuvre un certain nombre de choses qui seraient clairement impossibles à envisager chez nous Le fait qu'il soit gêné que ce soient des femmes qui s'occupent de lui, mais ça a été compréhensible et ça n'a pas posé de problème	Il faut respecter ce qui fait sens à la personne pour ne pas augmenter l'anxiété C'était très important de respecter ses habitudes pour qu'elle se sente en sécurité Ça a été une rupture mais on a essayé de rester dans la continuité des soins, ne serait-ce que dans la prise en charge sociale	Quand on n'est pas informé de ces spécificités là sûrement qu'il y a un retard au diagnostic La différence est dans le respect des habitudes

Thèmes	Equipe Wertheimer	Docteur Chandon	Docteur Eymar	Professeur Clément
	depuis peu, et on nous l'apprend ça			
<b>Le rapport au système de soin</b>	<p>« je veux voir le docteur parce que je vais la sortir, c'est pas la peine qu'elle reste là » On aurait pas pu rassurer le fils et donc la maman, on serait peut être rentré dans quelque chose de conflictuel. Il faut qu'il s'adapte au rythme de l'institution, même au point de vue hygiène Ils n'étaient pas dérangeants dans le service, discrets</p>	<p>Ce sont des familles qui ont dans la moyenne des gens plus sollicitants C'est peut être des cultures qui ne voient pas d'un bon œil tout ce qui est psychiatrique. Ça peut être stigmatisant pour eux</p>	<p>Il y a peut être plus de questions par rapport à la prise en charge Il y a le sentiment de ne pas forcément comprendre ses besoins par l'équipe Les demandes sont peut être plus répétées Ils sont peut être plus revendicateurs par rapport au personnel soignant Ça peut être vécu comme de l'hostilité ou une remise en cause du travail de l'équipe et ça peut être mal vécu Sa sœur ne tenait pas compte du cadre Il y a une certaine susceptibilité Ils se sentent vite agressés ou rejetés A chaque fois, le cadre a besoin d'être reposé Si dans leur vécu ils ont eu des difficultés, ça peut être réactivé quand on repose un cadre dans le service Ils reviennent souvent aux droits qu'ils ont Il y avait souvent des problèmes d'horaires</p>	<p>La famille est très présente, très participative à la résolution des problèmes Je pense que les institutions hospitalières en général n'ont pas d'écueil, pas de difficulté à accueillir des gens d'autres cultures, ce d'autant plus que c'est de plus en plus fréquent « je ne suis pas sûre de pouvoir retrouver à l'hôpital les habitudes que j'ai chez moi »</p>
<b>La communication</b>	<p>La barrière de la langue On ne sait pas trop l'intensité de la douleur Au début on a essayé de trouver un traducteur C'est vrai que c'est pas simple quand il n'y a pas du tout de dialogue Le problème, c'est la langue Si c'est une personne maghrébine ou autre qui parle dans sa langue, on</p>	<p>Dans les pathologies démentielles, les personnes reviennent à leur langue maternelle. Il va y avoir de difficultés liées à l'échange verbal avec le patient On n'avait pas la capacité de communiquer avec lui pour le rassurer</p>	<p>La barrière de la langue Ça ne se résume pas à ça la communication qu'on a pu avoir avec elle Ça a été difficile pour apprécier les idées délirantes, l'orientation et les autres fonctionnements cognitifs Pour cette personne, un interprète a été demandé. Ça aurait pu aider. Quand il y a des problèmes</p>	<p>Il vaut mieux que [l'information] vienne de la personne malade plutôt que par un intermédiaire où il y a toujours les écueils de faux sens possible, de prise en main par l'interprète On était dépossédés de l'entretien, c'est très difficile à contrôler Il faut avoir un interprète compliant qui reste à sa place dans sa fonction de traducteur sans qu'il s'implique dans le questionnement, sinon, on est tout de suite spectateur, on n'est plus soignant. C'est un problème l'interprète en fait.</p>

Thèmes	Equipe Wertheimer	Docteur Chandon	Docteur Eymar	Professeur Clément
	<p>ne sait pas ce qu'elle nous dit Avec le toucher, avec plein de choses, on pourra avoir autre chose que le dialogue, mais quand même ça gêne On ne peut pas savoir où la personne démente en est dans son délire C'est difficile de déterminer ce qui est pathologique de ce qui est barrière de la langue On aurait un interprète régulièrement qui parle arabe, il y a pas de soucis. Mais il faudrait qu'il soit présent en permanence Le non verbal... c'est quand même limité Quand elle partait en examen, on pouvait pas lui expliquer, c'était la surprise On n'a pas ce truc de communiquer, de parler Il y a un manque</p>		<p>relationnels avec le enfants, c'est important d'avoir un interprète Le fait d'être incompris déclenchait de l'agressivité et un repli de la part des soignants, le fait de ne pas pouvoir répondre aux demandes induisait un sentiment d'impuissance</p>	<p>La différence est dans la communication L'adhésion aux soins va dépendre du niveau de français du patient J'ai eu le sentiment qu'on était dans une grande impuissance parce qu'on arrivait pas à avoir des bribes de ce qui se passait</p>
<b>La clinique</b>	<p>Des fois elle se plaignait de douleur, on arrivait pas à localiser On dit que les gens du sud on s'exprime plus, et quand ils ont mal, ils s'expriment forcément</p>	<p>Non, je n'ai pas perçu de différences dans les manifestations cliniques Le diagnostic de démence était assez évident</p>	<p>Des manifestations diagnostiques particulières, il y avait des manifestations délirantes qui tenaient compte de leur culture On était obligé de demander à la famille ce qui était culturel et ce qui ne l'était pas La limite entre le délire et leur réalité était difficile à déterminer Chez nous cette dame est arrivée dans un état confusionnel</p>	<p>Les plaintes sont très marquées au niveau corporel. Ce sont des plaintes corporelles qui sont mises en avant, alors que derrière on sent une problématique dépressive forte Des psychiatres maghrébins ont décrit des patients dépressifs qui se présentaient sous une allure délirante, plutôt de thème persécutoire et qui pouvaient être très sthéniques. Le dépressif maghrébin est plutôt sur le mode agité voire agressif avec une interprétation de son affection comme étant non</p>



Thèmes	Equipe Wertheimer	Docteur Chandon	Docteur Eymar	Professeur Clément
			<p>avec un problème de iatrogénie</p> <p>Le fait d'avoir été déracinée, ça a majoré la désorientation</p> <p>Une thématique dépressive avec des idées délirantes comme quoi il était envoûté</p> <p>Le traitement de base a été celui de la dépression</p> <p>Ils sont plus dans le comportement</p> <p>Quand on a des idées délirantes, il ne faut pas se focaliser dessus et l'intégrer dans le fonctionnement global</p>	<p>pas lié à sa propre valeur mais plutôt comme étant un phénomène venant de l'extérieur type mauvais sort</p> <p>La note persécutoire reste facilement prévalente avec une forme souvent somatisée</p>
<b>Le devenir</b>	<p>Moi j'ai travaillé en EHPAD et on n'en voit pas, des gens qui sont placés en maison de retraite</p> <p>Les enfants étaient là au maximum.</p> <p>Ils géraient la prise en charge jusqu'au bout</p> <p>Au retourner au BLED</p> <p>Ç'aurait été des personnes qui se seraient retrouvées vraiment seules, ne parlant pas la langue, ça aurait été problématique</p>	<p>La question du devenir va dépendre de la place qu'ont les anciens dans certaines ethnies</p> <p>Pour eux, les mesures de prise en charge post-hospitalière ne sont pas les mêmes</p> <p>Ils préfèrent d'abord voir, et si ça ne va pas, demander après</p> <p>Il y en a qui sont prêts à supporter des situations jusqu'au bout complètement ingérables</p> <p>C'est clair que pour les familles maghrébines, l'EHPAD, c'est inenvisageable</p> <p>C'est une insulte de dire qu'ils ne peuvent pas s'occuper des anciens et donc qu'ils doivent faire appel à une institution</p> <p>Ce qui se passe très souvent quand ça se passe mal en France, ça passe par un retour au pays, où la famille est beaucoup plus organisée</p> <p>Ça oblige à d'autres schémas</p>	<p>Ça dépend de son statut social</p> <p>Les perspectives sont à la fois plus larges et plus étroites</p> <p>Le fait de ne pas pouvoir discuter avec d'autres pensionnaires en France est ce qui restreint les possibilités. Le fait qu'il parle couramment la langue ou pas est un facteur déterminant</p> <p>Il y a un vécu familial de devoir s'occuper des parents plus fort</p>	<p>Mettre quelqu'un dans une institution comme une EHPAD, c'est un écueil culturel.</p> <p>« on ira jusqu'au bout de la garder au domicile de l'un d'entre nous »</p> <p>Quand il y a nécessité de revoir le problème du lieu de vie, qu'on évoque l'institutionnalisation, il y a des fois des désaccords forts</p> <p>L'institutionnalisation, si elle se fait près de la famille, elle est beaucoup mieux acceptée que si malheureusement elle est à distance pour des raisons de place.</p> <p>C'est pas par rapport à la prise en charge que les familles n'étaient pas satisfaites, c'était par rapport à des propositions pour l'avenir, pour le devenir</p> <p>L'institutionnalisation, ça coûte beaucoup d'argent</p> <p>Chez les maghrébin, c'est les affects qui ressortent en premier</p> <p>L'institutionnalisation, si elle se fait près de la famille, elle est beaucoup mieux acceptée</p>

Thèmes	Equipe Wertheimer	Docteur Chandon	Docteur Eymar	Professeur Clément
<b>Le non-culturalisme*</b>	Après la famille...des différences culturelles...on en a tous hein ? C'est vrai que si nous étions dans un pays étranger sans connaître la langue, on serait peut-être pareil La mère et la sœur ne comprennent que ce qu'elles veulent, mais je pense pas qu'elles jouent sur leur différence culturelle	Non, les pathologies sont toutes les mêmes	Pas spécifiquement par rapport à leur origine En psychogériatrie, ça se limite à quelques cas, c'est difficile d'en faire une généralité oui mais ce n'est peut être pas à rattacher à ses origines J'attribuerais plus les difficultés à ça qu'à une difficulté d'ordre purement culturel Ce sont des choses qui se voient aussi dans des familles originaires d'ici Autant il faut tenir compte de la culture, autant il ne faut pas tout rattacher à la culture Ça risque d'être plus stigmatisant qu'autre chose	Tout dépressif se traite de la même façon Mais ce n'est pas spécifique aux gens du Maghreb Il n'y a pas une règle spécifique à la population maghrébine Ce n'est pas la dimension ethnique ou culturelle qui est la plus insurmontable. Il ne faut pas la stigmatiser

## **Discussion**

### **1. Discussion des résultats**

#### **a. Monsieur A.**

##### **L'abandon :**

On remarque en effet que l'histoire de monsieur A. se parseme d'abandons multiples. Tout d'abord l'abandon de son cousin, puis celui de ses parents, arrive ensuite celui de la France et, pour finir, l'abandon de son épouse et celui de ses enfants. Dans son récit de vie, monsieur A. ne parle pas de sa jeunesse en Algérie, de son enfance, ou sinon comme d'un souvenir lointain idéalisé de façon presque irréaliste. Sa vie commencerait donc par un abandon de sa première famille, et se finirait par l'abandon de sa deuxième famille. Les douleurs somatiques multiples et l'état dépressif sont survenus après le décès de son épouse et le départ de sa fille. La sensation d'abandon est intense. Et bien qu'un de ses enfants vienne lui rendre visite au domicile, cela ne suffit pas à soulager son inquiétante solitude. On pourrait émettre comme hypothèse que la perte de sa femme ait provoqué une reviviscence de l'abandon passé de sa famille lorsqu'il s'est retrouvé sans moyen en France, douleur ré-ouverte sur un traumatisme non soigné. S'associe à cet abandon de la famille la désillusion d'une France idéalisée, pays riche et accueillant, capable d'offrir toutes les richesses nécessaires à une vie agréable. Monsieur A. s'est vu exploité et renié dans son appartenance à la France. De même, sa propre famille, décimée par la guerre d'Algérie, n'a pas bénéficié du soutien français, et n'a pas obtenu la reconnaissance due à l'adhésion complète à la cause française. Cet abandon de taille, pouvant être vécu comme une trahison, ne peut que déstabiliser un homme ayant choisi de vivre sur les terres d'un pays qui ne l'identifie pas.

## **L'identité nationale :**

Abdelmalek Sayad rapporte dans son livre *La Double Absence* (SAYAD, la double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré, 1999) les propos d'un émigré kabyle en France : « Avant de la connaître, je ne pensais pas que la France était une terre étrangère ». C'est un peu ce qui est arrivé à monsieur A., persuadé, certainement de part la prise de position familiale, d'appartenir totalement à ce pays dont il entend parler depuis tout petit. La guerre d'Algérie qui arrivera de façon concomitante à ses propres désillusions, finira par cliver définitivement sa croyance née de sa plus tendre enfance : « je suis français » avec la réalité. Aujourd'hui, pris entre cette croyance encrée et les événements conséquents à la guerre (la reprise de sa nationalité algérienne, la mort mystérieuse de ses parents, la mort honteuse de son frère harki), monsieur A. se dit français tout en rappelant la non reconnaissance qu'il a toujours connue.

## **La reconnaissance individuelle:**

On remarque dans le discours de monsieur A. le contraste entre le travail fourni, inhumain, jusqu'à épuisement, et l'absence de reconnaissance. Déjà par la France. Monsieur A. a travaillé dans la plupart des régions de France et pourtant, cela n'a pas suffi à ce qu'il soit reconnu comme travailleur français. Son travail a été une succession de petits boulots qu'il n'a pu obtenir qu'au bon vouloir de ses patrons. Consacré à sa femme et sa famille, son acharnement au travail se voulait dans leur intérêt. Non valorisé par le pays, il pouvait au moins jouer son rôle de père et d'époux courageux. La déception que monsieur A. exprime à l'égard de ses enfants révélerait en réalité la déception de ne pas avoir pu obtenir de la reconnaissance de leur part face aux efforts fournis tout au long de sa vie. Cette non reconnaissance s'étend jusqu'à la non reconnaissance de son état de malade à l'hôpital. En effet, cela ne figure pas dans la partie de l'entretien prélevée, mais monsieur A. a très mal vécu son hospitalisation en psychogériatrie. Il ne s'est pas senti écouté, ni compris et est ressorti amer, déçu. N'attendant plus rien de la vie, il se disait prêt à finir ses jours en clinique s'il craquait à nouveau, mais pas dans cet hôpital ! Comme si la clinique, idéalisée, pouvait être un lieu de providence lui permettant d'espérer au-delà de ses désillusions. Providence lui permettant de retrouver son épouse aux côtés de laquelle il souhaite reposer ultérieurement, en terre française.

Les douleurs somatiques diffuses : Le motif d'hospitalisation de monsieur A. est la persistance de plaintes douloureuses malgré un traitement symptomatique bien conduit. Rappelons la vie « de chien » menée par monsieur A. Omar Hallouche a recueilli le propos d'un résident ayant le même type de vécu : « j'ai usé mon corps et ma jeunesse pour ce pays, aujourd'hui j'ai l'impression qu'il me rejette. ». C'est ce que certains migrants d'Afrique du Nord appellent la *Kulchite\**. Le corps douloureux exprime la souffrance indicible, le mal-être, l'isolement affectif, sexuel. Ainsi, plus qu'un diagnostic d'une pathologie bien définie, la Kulchite serait un symptôme particulier d'une forme de dépression

## **b. Monsieur Ben.**

### **L'abandon :**

Comme monsieur A., monsieur Ben. est venu en France contre l'avis de sa famille et a été abandonné dès son arrivé. Pourtant, cet abandon ne semble pas dater de son arrivée en France, mais semble être antérieure. Incompris de sa famille, il dit à un moment donné dans son discours : « Ma famille, je vous dis... ma famille j'en ai pas ». Derrière le mot « famille », monsieur Ben. met le mot « père ». Ce père absent, décédé avant qu'il n'ait pu le connaître a été son premier abandon. Il taira une enfance difficile, maltraité par son beau-père, ce qui certainement contribuera à renforcer le fantasme d'un père héroïque, idéal d'un modèle familial rêvé. Les autres abandons sont ceux de ses femmes : la première décédée avec leur fille, la deuxième choisissant le point de vue de sa propre famille, et la dernière partant avec les papiers ; mais aussi ceux de ses amis, que ce soient ses collègues de travail suicidés ou ses amis absents lorsqu'il s'était retrouvé malade ou seul. Le thème de l'abandon s'associe au thème de trahison lorsqu'il évoque l'abandon par sa dernière femme, par ses amis, ou même celui des hommes politiques français vis-à-vis des harkis. Cette trahison, il l'a vécue au même titre que son père, sur les traces duquel il souhaite aller. Curieusement, l'abandon de sa mère remariée à un beau-père rejetant n'est pas ressenti. Peut-être l'a-t-il été, mais le décès de celle-ci semble avoir une plus grande valeur, celui de la perte, mais cette fois-ci acceptée. On peut comprendre qu'avec un vécu parsemé d'abandons, monsieur Ben. ait construit une attitude défensive faite de méfiance et qu'il présente une hypersensibilité à la contrariété. Le diagnostic de personnalité sensitive va dans la logique du vécu de cet homme.

## **La reconnaissance :**

Plus qu'une reconnaissance individuelle, monsieur Ben. semble rechercher une reconnaissance en tant qu'Homme. Ce besoin de reconnaissance est réveillé par une discrimination faite au travail : traité comme un paria, il semble revivre le rejet de sa famille en Algérie, étant fils de harki, travaillant chez les colons. Le moyen de défense qu'il a choisi face au rejet est celui de la justice. En procès contre son employeur, il espère faire entendre ses droits d'homme et être reconnu comme un égal. De même pour le préjudice subi par son père, tué en tant que harki, il s'en remet à la justice divine, persuadé que l'Algérie sera reconnue française, ce qui permettrait à son père d'être reconnu comme un soldat héroïque. Le thème de reconnaissance est ici intimement lié au thème du respect. Il est intéressant de mettre en avant le caractère vital de ce besoin de reconnaissance. Cette énergie fournie est une véritable revendication au droit d'exister, un combat pour faire entendre ses qualités humaines. C'est ce qui l'a dirigé vers les soins psychiatriques. Contrairement à monsieur A., monsieur Ben. a pu faire reconnaître son statut de malade et la reconnaissance de sa souffrance. Non habitué à se plaindre, monsieur Ben. reste discret et peu demandeur. On peut s'interroger sur la raison d'une telle attitude, qui peut paraître ambivalente. A cela, on peut émettre l'hypothèse que monsieur Ben. ne cherche pas à évacuer sa souffrance pour éprouver un soulagement comme peuvent le nécessiter certains patients, sa demande est simplement d'être entendu et reconnu dans son vécu comme un être humain à part entière. Il dira d'ailleurs apprécier être dans le service parce qu'il y est traité avec respect.

## **L'identité :**

Il semble évident, au travers du récit de monsieur Ben., qu'il en ressort une quête d'identité. Ce qu'il est intéressant de noter, c'est que cette quête débute par un départ : celui de son pays d'origine pour la France. Cette recherche identitaire commence donc par un exil\*. Bien que ce mot prenne tout son sens dans l'acte de migration de monsieur Ben., il est cependant discutable, car le pays de destination n'est pas si étranger au patient. En effet, son père, encore français au jour de sa mort, s'est battu pour la France. Tout laisse croire que ce départ pour la France est en fait un retour aux sources, sources françaises fantasmées par un fils souffrant de l'absence de son père. Monsieur Ben. va d'ailleurs se faire naturaliser français, comme pour donner un caractère permanent à cette appartenance. Il est intéressant de remarquer qu'à la notion d'identité se rattache la notion de filiation. Ici, le père est porteur de l'identité familiale aux yeux

de monsieur Ben. On s'aperçoit ici de l'impact qu'a pu avoir la guerre France-Algérie sur l'identité des personnes ayant grandi au moment du conflit. Le patriotisme d'un père n'a plus de sens lorsque la patrie pour laquelle il s'est battu se sépare de celle où il est né. Pour rétablir ce paradoxe, monsieur Ben. attribue à la France le titre de « pays adoptif ». Mais à quel pays peut-il vraiment s'identifier ? Celui de sa naissance, qui pourtant désigne honteusement son père comme étant un traître ? Ou celui « d'adoption » qui le désigne lui comme un paria ? La métaphore du voilier voguant sur une mer sans terre est assez évocatrice, comme si le patient était condamné à un exil permanent. Cette réflexion permet de faire un rapprochement avec le syndrome d'Ulysse\* décrit par professeur Joseba Achotegui. Bien que ce syndrome soit décrit pour des sans papiers, la situation de monsieur Ben., de part la confusion induite par le conflit France-Algérie, fait que les papiers ici ne suffisent pas à stopper son errance perpétuelle et l'expose malgré lui à un vécu discriminatoire source d'un sentiment d'insécurité.

### **c. Madame Bel.**

#### **Le traumatisme migratoire**

Notons que la migration de madame Bel. se fait dans une période de bouleversement familial, puisqu'elle fait suite au décès d'une de ses filles. Madame Bel. décide alors de venir en France, d'une part pour se soigner elle-même de douleurs réactivées par ce drame, d'autre part pour se recueillir sur la tombe de son premier mari inhumé en France. Madame Bel. n'était pas allée en France depuis des années et choisit de venir habiter chez un fils qu'elle n'a pas vu depuis huit ans. Il semble exister un réel enjeu familial dans cette migration et une réactivation d'histoires passées. La démarche de madame Bel. est certainement pleine de sens où on ne peut qu'émettre des hypothèses : la perte d'un enfant est un drame des plus perturbants. Porteur de la descendance, son décès met le parent face à un vide et un sentiment de culpabilité. Au pays, madame Bel. a le statut de personne âgée, soutenue par ses autres filles. En France, ce fils mis à distance depuis des années offre peut-être la possibilité à cette mère de se trouver un rôle actif de parent. Ainsi, en regard de la culpabilité du fils à être resté loin de sa mère, madame Bel. peut éprouver un sentiment réciproque, réactivé par le départ d'un de ses enfants. Cependant il existe

un véritable contraste entre ce que madame Bel., habituée à un certain cadre de vie, s'imaginait vivre en France, et la vie qu'elle a réellement menée. Non préparée à une telle différence culturelle, se référant à son voyage passé, elle ne s'est certainement pas attendue à un mode de vie si différent auquel elle aurait dû s'adapter. Le statut du parent âgé n'est plus le même en France, comme le soulignera l'assistante sociale. Cette divergence provoquera d'ailleurs une incompréhension entre les services sociaux et madame Bel. et son fils, ceux-ci se sentant alors mal soutenus. Madame Bel. a donc dû vivre une réalité bien différente du fantasme qu'elle s'était faite de son voyage. Notons en plus que madame Bel. a 86 ans et n'a pratiquement pas voyagé. Ses ressources d'adaptation à l'inattendu sont donc moindres (cf. chapitre sur le vieillissement normal)

Khadidja Biznar, psychologue clinicienne, décrit la « névrose traumatique » par un ensemble de symptômes cliniques qui raviveraient une ancienne crise familiale qui aurait été oubliée. Ces symptômes se manifesteraient par une phase de désorganisation et de dépression, un vécu essentiellement dépressif, avec des troubles physiques atteignant massivement diverses fonctions corporelles (douleurs localisées, diffuses et changeantes, céphalées, vertiges, sueurs, tremblements, insomnie, asthénie, lombalgies...) C'est dans ce contexte que le patient consulterait. Elle décrit alors trois étapes dans la névrose traumatique (BIZNAR, 1988):

le choc externe: le patient fait débuter sa maladie à partir d'un événement extérieur à lui. Le choc est vécu par le patient comme extrêmement intensif. Il semble que ce choc fige le patient dans un moment précis. C'est pourquoi les détails de l'accident sont relatés de façon minutieuse.

Le choc interne: le choc, bien qu'externe, prend sa source dans un ressenti interne. En effet, le sujet se perçoit, dans un laps de temps très bref, comme mort et immobilisé par la peur. L'effroi caractérise alors très bien et véritablement ce moment intensément vécu, et ce qui est ressenti à l'intérieur offre tout son sens à l'importance du trauma qui vient de naître.

La troisième étape: C'est la résolution de la névrose traumatique qui survient après un travail d'élaboration dans un cadre psychothérapeutique. Le sujet retrouve son équilibre.



Cette théorie pourrait s'appliquer au cas de madame Bel., si l'on fait l'hypothèse d'une névrose traumatique liée à un choc culturel : Le choc externe correspondrait à la présence de sa belle-fille, avec qui les relations sont mauvaises et qui engendre un véritable mal-être au domicile du fils. Le choc interne vient du fait que le fils, malgré les recommandations de sa mère, continue à rester avec cette femme qui ne lui donne pas d'enfant. Madame Bel. se retrouve alors remise en question dans ses principes de vie et dans ses conceptions de filiation. On retrouve alors les manifestations cliniques décrites dans le choc traumatique. La troisième étape est celle de l'hospitalisation, d'abord celle de la belle-fille, puis celle de madame Bel.

### **Le conflit des générations**

Au travers du récit du fils de madame Bel., le choc culturel révèle en réalité un conflit de générations sous-jacent. En effet, monsieur Bel. souligne avoir choisi un mode vie moderne « à la française » favorisant la culture tournée sur le monde extérieur plutôt que les valeurs traditionnelles cantonnées au monde kabyle. Sa venue en France et sa naturalisation française sont censées certifier ce choix. Pourtant la venue de sa mère à son domicile et son intervention dans son couple révèlent une ambivalence dans ce choix, ce qui probablement, contribue à fournir un environnement instable à madame Bel. déjà dépourvue de ses repères. En effet, monsieur Bel. ne peut se résoudre à faire partir sa mère de son domicile. Son âge, sa place symbolique de mère font que, malgré lui, il est attaché aux valeurs familiales qui le lient aux valeurs traditionnelles. Dans les cultures orales, la transmission donne en effet au vieux un rôle, une fonction et une vocation qui empêchent l'exclusion, la solitude et la souffrance. Tout cela participe à donner un sens à leur existence (MOHAND AMEZIANE, 2001).

Il connaît d'ailleurs parfaitement quel rôle il est censé jouer auprès d'elle en tant que fils. Son attitude première est d'ailleurs celle conseillée par la tradition kabyle : lorsqu'une personne âgée se met à délirer, on dit qu'elle a entamé un « deuxième âge » et on se plie alors à ses exigences. (MOHAND AMEZIANE, 2001) Perdu entre le mode de vie qu'il a choisi avec son épouse et ses devoirs filiaux, monsieur Bel. perd lui-même ses repères. Après huit ans de séparations, cette mère revient pour le rappeler à ses devoirs. Ne s'attendant pas lui-même à une telle situation, il se retrouve face à un conflit de loyauté\*. Les troubles du comportement de madame Bel. s'amenderont d'ailleurs au cours de l'hospitalisation, monsieur Bel. ayant réussi à reprendre sa place légitime de fils telle qu'elle est admise dans sa culture. Il est intéressant de

remarquer que l'analyse de ce cas englobe la composante familiale et les interactions de la patiente avec son fils. Le symptôme serait en fait la résultante d'un dérèglement systémique lié à une évolution des valeurs intrafamiliales d'une génération à l'autre mal comprise ou mal gérée.

### **La terre d'appartenance**

Ce volet de l'analyse est particulièrement important. En effet, le voyage de madame Bel. représente un enjeu de taille pour elle : venue dans les suites du décès de sa fille, voulant se recueillir sur la tombe de son mari, étant elle-même à un âge proche de la mort, avec une santé qu'elle sait fragile, elle décide de venir en France. Le thème de la mort est au premier plan dans son périple. Elle n'hésite d'ailleurs pas à évoquer le sujet avec son fils, soulignant que sa terre est avant tout en Kabylie, malgré tout le bien qu'elle peut penser de la France. « Si je meurs ici, ça passe pas ». La peur de mourir en terre étrangère est ici nettement verbalisée. Les problèmes somatiques et psychiques associés à la crainte de se faire empoisonner par sa belle-fille sont autant d'éléments permettant d'alimenter cette angoisse de mort. Ce voyage, c'est aussi comme un pèlerinage afin de préparer son passage parmi les ancêtres. N'ayant pas pu rapatrier le corps de son mari, elle vient jusqu'en France pour se recueillir sur sa tombe une dernière fois. Ainsi madame Bel. se voit faire un voyage périlleux dans le sens où elle prend le risque de mourir éventuellement en France, afin d'accomplir ses dernières obligations de vie. Or dans la culture kabyle, le lieu de sépulture proche de ses ancêtres est d'une importance capitale. « La « bonne mort » serait donc le retour au pays de naissance (ou celui de ses parents) et ferait appel à la nécessité d'affiliation qui apaise l'angoisse de la mort. » (AGGOUN, 2006). D'autre part, il existe en France des carrés de tombes musulmanes, notamment à Paris, où il n'apparaît aucun signe religieux sur certaines d'entre elles. Ces tombes sont celles des immigrés *jayah*, qui correspondent à ceux qui ont rompu en grande partie avec leurs origines. (AGGOUN, 2006). Considéré comme marginal, déviant, l'immigré *jayah* et celui qui est égaré, perdu pour son propre groupe et pour lui-même parce qu'il a déserté sa communauté. Aux yeux des membres de celle-ci, on le classe comme un lâche, celui qui ne tient pas sa parole. C'est celui qui a changé de chemin, qui a trahi la communauté d'origine car il s'en est détourné. Enfin, il est un « mauvais immigré » et un « mauvais mort ». (SAYAD, Vieillir dans l'immigration, 1993). La connaissance de ces éléments illustre bien l'importance qui est donnée à la transmission des traditions et au respect des origines. Ceci permet de mieux comprendre le caractère impératif, pour madame Bel. de se faire inhumer parmi ses ancêtres.

Il est à noter d'autre part la désorientation spatiale qu'a présentée madame Bel. au cours de cet épisode. En effet, celle-ci se croyait à nouveau dans son pays, et avait des *fausses reconnaissances* parmi les infirmiers qu'elle prenait pour des gens du village. Sa présence en France est devenue comme inconcevable pour elle. L'angoisse de mort est alors palliée par une reconstruction imaginaire de son environnement, qu'elle établit dans le lieu rassurant de son village. Madame Bel. parlera d'ailleurs librement en kabyle dans le service avec les soignants sans tenir compte de la barrière de la langue, ce qui ne génèrera aucune angoisse de sa part.

Le respect de habitudes traditionnelles a eu un rôle capital dans la prise en charge de madame Bel. Cela a permis au fils d'investir pleinement sa place de fils, mais également d'établir un climat de confiance et de réassurance pour madame Bel. Les efforts d'adaptation établis pour accompagner la patiente tout au long de l'hospitalisation sont autant d'éléments nécessaires à une prise en charge réussie. Le premier passage dans le pavillon fermé d'adultes peut en témoigner. L'hospitalisation de madame Bel. s'est ainsi très agréablement passée et a permis une amélioration clinique assez rapide. Madame Bel. a pu ensuite regagner le domicile de son fils afin de continuer ses démarches.

#### **d. Monsieur Be.**

##### **La reconnaissance**

Le neveu de monsieur Be. insiste sur le vécu ingrat de son oncle. Il est évident ici que la terre d'appartenance de monsieur Be. se trouve au Maroc, sur ses terres berbères. Pourtant, son passé le rattache à la France. Il a donné des années de sa vie pour combattre aux côtés de la France. Et bien qu'il soit revenu au pays pour y construire sa vie, trouver un nouveau travail et fonder une famille, il décide à soixante-treize ans de revenir en France pour bénéficier de ses droits, enfin reconnus. Or cette décision n'est pas sans conséquence : n'ayant pas de famille directe à proximité, il se voit obligé de vivre en foyer et adopte un mode de vie de va-et vient au même titre que les travailleurs migrants ayant vieilli sur ce mode de vie. Quel enjeu se joue dans

ce changement tardif de mœurs ? La réponse du neveu en donne une idée, rappelant l'injustice qui s'est établie entre les soldats français et les soldats marocains. Ils sont nombreux à avoir fait cette même démarche en vue d'une reconnaissance et d'une légitimation de leur statut de soldat égal à un soldat français. On peut ici se permettre de citer le film de Rachid Bouchareb, *Indigènes*, sorti en 2006, qui illustre bien le vécu de ces hommes engagés pour la France. Pourtant monsieur Be. n'aura pas l'occasion de s'exprimer directement sur ce qui a motivé sa décision de migration. Certainement, ce témoignage aurait été riche et nous aurait aidée à comprendre l'anamnèse de la situation actuelle. Malheureusement, monsieur Be. ne parle que berbère et semble complètement désorienté. Le neveu dirigera d'ailleurs ses réponses de telle sorte à ce que cette désorientation ne se perçoive pas. Ainsi, bien que l'hôpital soit un lieu de soin, il existe un sentiment d'insécurité, comme si le combat pour cette reconnaissance n'était pas encore fini. Le neveu de monsieur Be. insiste d'ailleurs sur les difficultés d'intégration dans le pays et les efforts fournis pour y parvenir. Il fait remarquer également que l'exercice est plus difficile lorsqu'on est un migrant âgé. Il est en cela un bon témoin, car il souligne la précarité de la situation de son oncle. Il est fort probable que ce soit un facteur précipitant l'altération cognitive de ce dernier.

D'autre part, il existe une certaine similitude avec le cas de madame Bel. dans la mesure où monsieur Be. a entrepris ces migrations répétées entre les deux pays à un âge avancé, et dans la mesure où il est lui aussi issu d'une culture traditionnelle. Même s'il était entouré d'amis et de personnes ayant eu un vécu similaire au sien, monsieur Be. a dû affronter le choc des cultures, notamment en ce qui concerne le statut de la personne âgée.

### **La défiance**

On remarque dans le discours du neveu de monsieur Be. un besoin de légitimer chaque chose, chaque élément du vécu de son oncle, celui-ci mettant en avant le fait que son oncle est « dans son bon droit » ici en France. Vécu comme un pays d'opulence, la France est aussi un pays vécu comme négligeant envers certaines populations dont ferait parti monsieur Be. Il est d'ailleurs intéressant de voir la mobilisation familiale autour de la personne âgée malade. Le neveu de monsieur Be. a très peu de contact direct avec son oncle, pourtant il a agi dans l'urgence, dès qu'il a su que celui-ci était hospitalisé. Il n'y a pas eu de concertation avec les médecins du service, car la décision avait déjà été prise qu'il soit rapatrié dans son pays, parmi les siens. Tout s'est passé comme si la situation avait déjà été appréhendée. Bien que la France soit reconnue comme ayant

un excellent système de soin, la priorité est d'être parmi les siens et de retourner au pays. Monsieur Be. est d'ailleurs resté trois jours chez son neveu avant de repartir au Maroc. Le neveu n'a posé aucune question sur la prise en charge hospitalière et reste concis sur l'appréciation des soins. D'autre part, les informations fournies lors de l'entretien sont comme censurées. Le point de vue de la nièce, non présente ce jour-là, est éludé. Le discours du neveu sur le thème de la religion est défensif. Il finit d'ailleurs par changer de conversation. Au cours de l'entretien, le neveu et monsieur Be. lui-même demandent de nombreuses explications sur les tenants et les aboutissants de cet entretien. Au départ, le neveu ne voulait pas que l'entretien soit enregistré. Il a fallu prendre le temps d'expliquer le projet de travail avant de pouvoir commencer. L'entretien sera également écourté, ce qui laissera de nombreuses questions sans réponse.

### **La pudeur**

Au-delà de cette méfiance observée, n'oublions pas que les thèmes abordés lors de l'entretien touchent l'intimité du patient. Il paraît compréhensible que les réponses soient dépendantes du lien de confiance établi avec l'interviewer. Il ressort de cet entretien une certaine pudeur lorsqu'on aborde certains thèmes : celui de la prière, qui est en lien direct avec la toilette intime ; celui de la santé et du vieillissement ; celui de la mort, qui a provoqué l'interruption de l'entretien. Les difficultés à aborder tous ces thèmes peuvent être un frein à la prise en charge hospitalière, monsieur Be. ne s'exprimant pas par discrétion, l'équipe de soin peut avoir du mal à adapter la prise en charge à ses besoins spécifiques. Cette pudeur provoque également une plus grande difficulté à établir un lien de confiance et une communication de qualité. On remarque ainsi que les informations fournies dépendent directement du vécu du patient, de son contexte de vie, de ses habitudes culturelles, ce qui induit un investissement différent en fonction des personnes. Ici, le cas de monsieur Be. aurait certainement nécessité une série d'entretiens avant d'aborder les thèmes cibles. Cependant, le retour au pays parmi les siens semblait être une priorité indiscutable. On peut aussi émettre l'hypothèse que, comme pour madame Bel., il existait une angoisse de mort en pays étranger insupportable à envisager.

## **e. Monsieur et madame B.**

### **L'adaptation**

Il est intéressant d'étudier ce cas de migration au travers du couple, même si la personne symptomatique est monsieur B. Comme le dit bien leur fils, les allers-retours entre les deux pays semblent être un choix du couple, qui semble avoir géré le fonctionnement familial dans l'espace sans difficulté perceptible par les enfants. Pourtant, les débuts de monsieur B. en France semblent avoir été rudes, on retrouve un mode de vie similaire à celui de monsieur A. et monsieur Ben. à leurs débuts. Il semble y avoir eu une bonne intégration cependant, permettant à monsieur B. d'accueillir sa famille en France. On observe alors une véritable dynamique migratoire de toute la famille entre les deux pays qui vont être investis de part et d'autre. Cette dynamique se poursuivra même après la retraite, monsieur et madame B. réadaptant les objectifs de migration aux circonstances (lieu de vacances en France avant la retraite, lieu de vacances en Algérie après la retraite). Il résulte de ces mouvements répétés un véritable métissage de la culture familiale. En effet, les valeurs algériennes sont conservées, notamment concernant l'éducation des enfants et la religion. Cependant monsieur et madame B. ont choisi de vieillir en France ainsi que trois de leurs huit enfants. Certains décident même de se faire naturaliser Français, ce qui est bien accepté. La langue française est parfaitement assimilée par monsieur B. et les enfants, madame B., elle, restera unilingue, ce qui ne l'empêchera pas d'envisager sa vie en France. Il semblerait que cette famille ait su trouver un moyen d'adaptation aux différences de cultures et n'ait pas été autant touchée par le conflit France-Algérie. Dans ce tableau d'adaptation idéale, pourtant, survient la démence de monsieur B. Or selon Hans Selye, endocrinologue pionnier des études sur le stress, une des voies de la démence serait la faillite du syndrome général d'adaptation (SELYE, 1956). Rappelons que monsieur B. a longtemps vécu seul en France, travaillant pour subvenir aux besoins de sa famille. La retraite étant, monsieur B. n'a plus la même activité ni la même place familiale. Il vit maintenant en France avec son épouse et un de leurs fils. On peut aisément deviner que cette baisse d'activité, avec un antécédent de travail de maçonnerie éprouvant physiquement, induit une usure précoce de la vitalité de monsieur B. Il sera d'ailleurs très plaintif de douleurs dorsales au cours de son hospitalisation. Il est possible que cette diminution physique induise une image différente de monsieur B. au sein de sa famille, d'autant qu'un autre homme vit dans le foyer familial, son jeune fils, et le mettrait face à ce qu'il pourrait vivre comme une perte de virilité. De même, un élément important ne figure pas dans l'entretien : monsieur B. a présenté

au cours d'un récent bilan une hausse des PSA (Antigène Spécifique Prostatique) ayant pour indication une opération chirurgicale de la prostate, avec les conséquences que l'on connaît. La famille s'est strictement opposée à cette opération. Enfin, rappelons qu'en Afrique du nord, il est courant d'exprimer des troubles génitaux par des plaintes dorsales. Ainsi, un homme ayant des problèmes d'impuissance va dire « j'ai mal au dos ». A noter que lors de l'entretien, aucun élément somatique n'est abordé. On peut émettre l'hypothèse qu'il existe au sein de la famille B. la même pudeur sur l'intime que pour monsieur Be. Pourtant, cette remarque a son importance, car monsieur B. s'est montré violent envers son épouse qui s'occupe des soins de nursing de son mari. Au sein du service, monsieur B. se montrait agité et agressif particulièrement après les visites de sa famille. Ainsi, le trouble de l'adaptation ne serait pas ici d'ordre culturel, mais lié au vieillissement et de ses conséquences sur les liens psycho-sociaux établis avec son entourage. Ce qui est également intéressant de remarquer, c'est que monsieur B. ne s'exprime plus en français, il n'utilise plus que la langue arabe. Il présentera une désorientation spatiale, se croyant en Algérie, et finira par ne plus reconnaître ses proches. Ainsi, on se retrouve dans un cas de démence classique, avec des éléments de régression.

### **La cohésion familiale**

Dans cette famille, tout le monde fait corps autour de la personne malade. Contrairement au cas de madame Bel., il n'y a pas de conflit des générations. Les enfants ont du respect pour la génération de leurs parents et soutiennent leurs valeurs, quitte à ce que l'un d'entre eux doive consacrer sa vie pour le bien-être de ses parents. Les choix de monsieur et madame B. sont valorisés. Tout se passe comme si tout le monde était en phase et fonctionnait dans un même sens. Ainsi, tout le monde se mobilise autour de monsieur B. de telle sorte à ce qu'aucune aide extérieure ne soit nécessaire. Monsieur B. est maintenu à domicile quelles que soient les conséquences. Cette protection et l'adaptation de la famille aux circonstances afin de maintenir la place de monsieur B. dans le fonctionnement familial est un aspect caractéristique de la culture d'Afrique du nord. On remarque ici que le fonctionnement protecteur familial donnant une pleine place au sein de la famille de la personne âgée n'a pas été un facteur suffisant pour protéger de la démence. Mais rappelons aussi que monsieur B. est issu d'un milieu socio-intellectuel modeste et qu'il est illettré, facteur pouvant favoriser, comme nous l'avons vu précédemment, la survenue de démence. Le fonctionnement familial de monsieur B. est cependant intrigant, car nous sommes tentés de nous poser la question d'une évaluation pronostique : est-ce que le fait de vivre dans un

milieu avec un entourage affectif important et étayant est de meilleur pronostic en cas de démence que si ce milieu se faisait en institution, avec des soins systématiques et des personnes disponibles ? On serait tentés de répondre a priori qu'un entourage affectif riche induit un meilleur pronostic. Or, n'oublions pas les enjeux familiaux qui existent dans cette problématique : le rôle de monsieur B. est modifié, les rôles de madame B. et de leur fils sont modifiés. Les investissements sont importants. Il peut y avoir un épuisement collectif, pouvant avoir des conséquences sur la vie future des aidants. Une nouvelle décompensation de monsieur B. est toujours possible, d'autant qu'il est chaque jour rappelé à sa diminution physique et psychique face à sa famille. Pourtant, on peut aussi entendre qu'une mise en institution n'est pas concevable pour cette famille aux valeurs traditionnelles bien ancrées qui leur ont permis de rester soudés.

### **Le maintien des racines**

Ce sujet est très important lorsqu'on aborde le problème du devenir. Devenir pour monsieur B., mais aussi devenir pour madame B. En effet, n'oublions pas que madame B. est venue vivre en France avec son mari qui parle parfaitement français et s'est très bien intégré dans la société française, mais qu'elle ne parle pas français. De plus, elle est venue en France avec ses jeunes fils. Quel avenir envisage-t-elle pour elle si son mari venait à disparaître ? Le fils a déjà répondu partiellement à cette question, se montrant disponible pour chacun de ses deux parents avant sa propre vie. Il est intéressant de voir l'imprégnation religieuse chez cette famille. Un frère très pieux qui fait l'admiration de tous, une volonté de continuer la prière malgré la maladie, la religion perçue comme génératrice de vertu, le respect des aînés. On remarque d'ailleurs que lorsqu'on aborde le sujet de la vieillesse, c'est une question qui ne se pose pas dans les mêmes termes chez cette famille. Perçue comme une étape de la vie acceptée par tous, il ne s'y rattache pas de perception péjorative. Mais le fait d'aborder ce sujet peut induire une gêne dans la mesure où l'idée de la fin de vie et de la mort prochaine y est tout de même rattachée. Mourir en maison de retraite, c'est mourir parmi des étrangers, il s'y rattache un sentiment de fin de vie honteuse. Mourir entouré de sa famille, c'est une sorte de récompense pour les efforts fournis tout au long de sa vie. Ainsi, dans ce contexte, la terre où l'on meurt n'a plus d'importance, car l'entourage est là, la transmission culturelle peut-être maintenue dans ces conditions. Pourtant, le lieu d'inhumation a, lui, une importance capitale : la famille a pris une assurance afin de permettre un rapatriement des corps afin qu'ils soient inhumés dans la terre d'origine, parmi les ancêtres. Ainsi, cette famille qui a choisi de vivre par delà les frontières en toute liberté, a su maintenir ses racines



ancrées, et on ne retrouve pas de traumatisme dans la migration, du moins pas pour monsieur et madame B. pour qui la question du devenir semble clairement déterminée.

## **f. Les soignants**

### **Une prise en charge systémique**

De façon générale, la prise en charge des personnes âgées en hôpital ne se fait pas de façon individuelle. La famille est sollicitée de façon quasi systématique pour un échange d'informations optimal, permettant à la fois une meilleure approche diagnostique pour les médecins, mais aussi un meilleur étayage dans la prise en charge de la maladie pour la famille. La famille joue également un rôle non négligeable dans la décision du devenir. Comme le dit le docteur Eymar, la personne âgée devient dépendante avec l'âge et la famille fait souvent « partie intégrante du système de vie du patient ». Le docteur Chandon rappelle que les personnes âgées sont des « personnes vulnérables » qui vivent dans un ensemble. Le professeur Clément souligne le caractère indispensable d'impliquer la famille dans l'information de la maladie, des soins et de l'avenir avec pour objectif d'obtenir une meilleure réussite thérapeutique. Au niveau de l'hospitalisation, la famille fait lien entre l'équipe soignante et le patient, devenant un médiateur de qualité pour la compréhension des demandes du patient et pour l'explication du fonctionnement du service.

Cette caractéristique thérapeutique chez la personne âgée a son importance dans la mesure où, dans la population maghrébine, comme le remarque le docteur Chandon, les familles entourent beaucoup plus les plus vieux. Il parle d'une culture pluri-générationnelle, où chaque génération à sa place et ses devoirs envers l'autre, ce qui laisse percevoir un attachement familial particulier qui se démarque de la conception moderne de la famille dans notre société. L'importance de la famille se fait d'autant plus ressentir lorsqu'elle est absente, ce que fait remarquer le professeur Clément. Il est alors nécessaire de faire appel à d'autres moyens d'observations, qui peuvent modifier la prise en charge et restreindre les possibilités d'avenir. Un écueil peut également s'établir lorsqu'il existe des conflits familiaux, chose étant possible pour n'importe quelle famille,

mais pouvant être plus délicat à gérer quand il n'existe pas d'autre médiateur que la famille pour accompagner le migrant dans les soins, comme cela a été le cas pour un des patients du docteur Eymar. Lorsqu'elle est présente et unie, la famille est plus sollicitante, plus demandeuse d'informations. Elle est également plus vigilante sur les soins donnés au patient comme le fait remarquer l'équipe de Wertheimer. Elle peut alors être un allié de qualité, comme pour le cas de ce fils qui les a guidés par rapport aux habitudes de vie de sa mère, tout comme un frein, si le personnel n'avait pas pris le temps de s'expliquer longuement avec lui.

### **La disponibilité**

Concernant les familles maghrébines, le mot qui se retrouve dans tous les entretiens est celui de la disponibilité. Les familles sont perçues comme plus présentes, plus demandeuses. Pour le professeur Clément, des propositions décisionnelles pouvant se heurter aux conceptions culturelles de la famille nécessitent de plus nombreuses rencontres, des confrontations qu'il va comparer à « un conseil de famille ». Il semble y avoir tout un travail de reformulation nécessaire, qui implique un investissement en temps plus important. Il estimerait un investissement à 20% plus important que lors d'une prise en charge classique. Le docteur Eymar l'illustre par son dernier cas cité, où la famille ne pouvait plus faire autrement qu'envisager une institutionnalisation. Cette décision difficile a alors nécessité des réunions plus fréquentes pour une meilleure compréhension de la part des familles, mais aussi des soignants qui se heurtaient à l'agressivité excessive des membres de la famille. Ce qui rend cette disponibilité si incontournable auprès de tous les soignants interrogés, c'est la dimension affective qui semble exacerbée chez les familles maghrébines : « un attachement familial plus fort », « c'est les affects qui ressortent en premier ». A cela, s'ajoute la place de la personne âgée dans la culture maghrébine. Ce qui revient dans chaque entretien, est le fait que la personne âgée est prise en charge par la famille « jusqu'au bout ». Selon le docteur Chandon, « les populations maghrébines entourent beaucoup les plus vieux et essaient de se passer au maximum des réseaux de soin ». Il existe une dimension plus profonde encore au fait de devoir s'occuper des parents, celui de l'honneur : « c'est une insulte de dire qu'ils ne peuvent pas s'occuper des anciens ». Ainsi cet engagement culturel imposant à la famille une disponibilité optimale peut expliquer cette présence insistante et les demandes répétées. Ces sollicitations induisent une disponibilité nécessaire en retour, disponibilité en temps, mais également acceptation d'une certaine différence à laquelle il faut savoir s'adapter.

## **Le respect de la structure culturelle : connaissances et formation**

En psychiatrie plus que dans d'autres disciplines médicales, les équipes soignantes ont un rôle d'aide à la rééducation du quotidien des patients. Les services psychiatriques restructurent le rythme journalier des patients, insistant sur les règles d'hygiène de vie comme la toilette et les repas, et ce, particulièrement en gérontopsychiatrie. Cette restructuration standardisée du fait du milieu institutionnel de l'hôpital peut cependant bousculer les patients dans leurs habitudes de vie. Chez les personnes âgées notamment, les modifications de certains rituels peuvent déstabiliser. Il est alors indispensable pour les personnes soignantes de s'adapter aux us et coutumes de chacun afin d'éviter de trop grandes perturbations. Si cette réalité s'applique à une généralité sans distinction, on se rend compte qu'elle prend particulièrement sens auprès de populations issues d'une autre culture. Selon l'équipe de Wertheimer, s'adapter à une autre culture ne semble pas être un obstacle si important, étant formée à une certaine ouverture d'esprit : « il faut respecter un maximum son côté religieux, son côté nutrition, mais comme d'autres personnes ». Les difficultés sont généralement appréhendées, notamment pour le respect des rites et de la pudeur, surmontées grâce à l'appui de l'entourage et les différences sont acceptées. Mais pour pouvoir respecter ces différences, il faut déjà en avoir connaissance et savoir les distinguer d'un dysfonctionnement éventuel dans la relation sociale. Le docteur Eymar donne un exemple qui l'illustre bien, celui du cas de monsieur E. et sa sœur, pour qui certaines difficultés dans la prise en charge étaient liés à un problème de personnalités plus qu'à un problème de culture. Outre le problème de la langue, il paraît important de savoir distinguer les mœurs des personnes liées à la culture de celles liées à un manque d'adaptabilité. Cela implique une certaine connaissance de ces coutumes. L'équipe de Wertheimer a pu faire face à certaines ignorances grâce à l'intervention des membres de la famille, mais ce qui induit d'être « tributaires » d'eux. D'autre part, le travail permettant de distinguer les différences culturelles à respecter, impose de multiplier les entretiens avec l'entourage, d'autant plus lorsque la culture n'est pas connue, afin d'éviter l'établissement d'a priori ou de mauvaises compréhensions. Le professeur Clément souligne bien l'importance du savoir dans ce domaine : « quand on n'est pas informé de ces spécificités là, sûrement qu'il y a un retard au diagnostic ». Cette réalité semble également s'appliquer à l'équipe soignante, notamment parce qu'elle est en contact direct avec le patient. Le docteur Eymar pointe bien la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer des propos délirants à des propos faisant partie d'une réalité culturelle. Plus encore, elle précise qu'il faut savoir respecter les pensées qui peuvent faire sens à la personne afin d'éviter une recrudescence de l'anxiété. Or ce travail n'est pas sans

difficulté et nécessite une certaine connaissance des autres cultures. D'autre part, l'attitude du corps soignant, que ce soient les médecins ou l'équipe infirmière, se doit d'être homogène afin de faire sens pour le soigné et sa famille. Le respect de la culture induit donc plus de réunion de soignants afin d'établir un plan de soin cohérent et unanime. Une des infirmières de Wertheimer évoque ainsi les mesures prises lors de la survenue d'un décès chez un patient maghrébin. L'information a été optimisée auprès des soignants pour permettre un accompagnement adapté. Un autre exemple d'adaptation à la culture est celui du devenir du patient. Tous les soignants interrogés reconnaissent l'écueil culturel que serait une mise en institution de la personne âgée. Le docteur Chandon évoque une prise en charge adaptée à cette volonté familiale, permettant de respecter la culture tout en maintenant des soins et un suivi médical cohérents avec la pathologie du patient. Le respect de la différence passerait donc bien par la connaissance de celle-ci.

### **Le rapport au système de soin**

On retrouve à plusieurs reprises dans les témoignages une certaine difficulté dans la prise de contact des familles originaires du Maghreb avec le système institutionnel de l'hôpital. Le professeur Clément rapporte un nombre fréquent de refus de soins hospitaliers, les gens mettant en avant une crainte de ne pas y retrouver leurs habitudes. L'équipe de Wertheimer rapporte un début de contact difficile avec une famille, avec un risque de conflit. Le docteur Eymar mentionne une certaine particularité dans les demandes établies par les familles, les gens paraissant « plus revendicateurs ». Le point doit alors être fait avec l'équipe, car ces demandes peuvent être « vécues comme de l'hostilité ou une remise en cause du travail de l'équipe ».

Un aspect intéressant est également mis en avant par le docteur Eymar : le vécu de l'information par la famille maghrébine. Sans vouloir en faire une généralité, elle a pu remarquer à plusieurs reprises, un contact plus revendicatif et une tendance à vouloir faire valoir leurs droits, ce qui, pour des soignants, pourrait être perçu comme une forme d'agression, surtout avec l'évolution actuelle de notre politique de santé. Pourtant, elle attribue cette attitude à un fonctionnement défensif, une « susceptibilité » qui serait liée à l'appréhension d'être agressé ou rejeté. Il existe comme une demande pressante d'obtenir une réponse, quitte à forcer les limites établies par l'institution. Le docteur Eymar en donne l'exemple avec une famille, qui était dans la demande anarchique de parler au médecin, ce qui nécessitait de rétablir un cadre. L'équipe de

Wertheimer rapporte également le cas d'une famille où le cadre n'était pas respecté, mais ne l'attribuait pas à la culture en soit, mais plutôt à une manière d'utiliser le système.

Enfin, le docteur Eymar a remarqué un fait qui lui paraissait quasiment systématique, c'est la difficulté qu'avaient les familles à honorer les horaires des rendez-vous. Cette particularité semble contraster avec la demande permanente et la satisfaction qu'ont les patients et leur famille à avoir un suivi établi. Cette singularité pourrait provoquer des incompréhensions chez les personnes soignantes ayant une disponibilité limitée, pouvant le vivre comme une demande indirecte à ne plus établir de suivi, et chez les soignés, qui vivent alors un arrêt de suivi comme un rejet.

### **La communication**

Une autre des plus grandes difficultés retenues dans la prise en charge de personnes étrangères est la barrière de la langue quand elle existe. L'équipe de Wertheimer en fait l'écueil principal dans la prise en charge. Le travail en psychiatrie se faisant essentiellement par la communication verbale, les équipes de soins, qui sont directement au contact du patient, se sentent particulièrement démunis sans l'outil du langage parlé. L'évaluation des douleurs physiques et morales est compliquée. L'explication du fonctionnement institutionnel, de la prise en charge, des soins et des examens complémentaires fait défaut. Les demandes ne sont pas comprises, ce qui induit un sentiment d'impuissance de la part des soignants, mais aussi des patients. Un infirmier de Wertheimer le dit bien : « moi j'avais ressenti de l'impuissance chez monsieur B. quand il nous parlait et qu'on lui disait qu'on ne comprenait pas ». Le docteur Eymar évoque également un retentissement dans le comportement d'un patient qui a induit des difficultés dans le contact avec les soignants : « le fait d'être incompris déclenchait de l'agressivité et un repli. De la part des soignants, ça devenait difficile aussi, parce qu'on voyait qu'il avait des demandes mais le fait de ne pas pouvoir y répondre induisait un sentiment d'impuissance qui est assez mal vécu par les soignants. » La barrière de la langue est vécue comme un véritable handicap pour les soignants qui sont alors tributaires de la relation de confiance qui s'établit avec le patient, relation qui est déjà très difficile à mettre en place du fait de cette barrière de la langue.

Le problème de langage impose d'aborder le sujet de l'interprète. Faut-il un interprète ? Qui choisir ? A la première question, la réponse n'est pas si évidente. Selon le professeur Clément, l'interprète est à éviter tant que cela est possible, car la relation directe du médecin avec le patient et la famille est à prioriser. La présence intermédiaire d'un interprète peut effectivement « déposséder » le médecin de son rôle de soignant par le fait de son intervention propre, de la façon dont il investit l'entretien et choisit les traductions. Il peut alors se produire des échanges qui ne sont pas compris ni maîtrisés par le médecin, ce qui induit une incapacité de la part du médecin à se positionner dans la relation. L'utilisation d'un interprète est donc sujet à débat.

Mais la véritable question est peut-être de savoir qui choisir comme interprète. Le docteur Chandon évoque un cas où la présence d'un interprète n'avait pas été nécessaire, car il avait pu faire appel à la famille, qui était parfaitement bilingue. La barrière de la langue avait alors pu être surmontée et les soins ont pu être aménagés de façon adaptée. Dans ce cas, la famille était étayante. Or le docteur Eymar évoque l'aspect délicat de faire appel à la famille en tant qu'interprète. En effet, en cas de conflits familiaux, le fait de faire appel à la famille induit une « perte en terme d'alliance thérapeutique ». Il paraît alors important de faire appel à une personne neutre pour établir le travail d'interprétariat. De même, l'équipe de Wertheimer s'est sentie « tributaire » du fils d'une patiente, ce qui les mettait en difficulté dans la façon de se positionner face à la patiente. Le professeur Clément insiste sur le choix de l'interprète, qui doit avoir une fonction précise et bien limitée dans son usage, afin de permettre au médecin de maintenir sa position de soignant. Sa remarque impose d'aborder le sujet de la relation médecin/patient en termes d'échanges matériels et/ou symboliques réciproques. De nombreux chercheurs en ont fait leur objet d'étude et ont une vision commune d'une relation essentiellement verticale ou asymétrique, que ces chercheurs soient issus de l'anthropologie médicale (MASSE, 1995) (KLEINMAN, *New Oxford Textbook of Psychiatry*, 2003), de la sociologie (GOFFMAN, 1975), de la psychologie (HEATH, 1993) ou encore de la linguistique (GUMPERZ, 1989) (WEST C., 1991).

Une recherche conduite dans la fin des années 1990 par le Service de Psychiatrie de liaison du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (Suisse) auprès d'un large échantillon de médecins suisses, montre que la quasi-totalité d'entre eux sont d'accord avec l'idée qu'il est du devoir du médecin de pleinement informer son patient. Un autre étude effectuée sur les mêmes médecins a cherché à vérifier l'idée que ceux-ci seraient pleinement d'accord pour collaborer avec

un tiers au rôle de médiateur quand ils ont à s'occuper de patients migrants. Or les résultats de cette étude sont contrastés. Cela a permis de se rendre compte qu'il existe une nette différence entre la représentation idéale du médiateur culturel interprète (MCI\*) que se fait la population soignante et celle que se fait la population migrante. En effet, pour le soignant, l'interprète est perçu comme un « outil relationnel », un traducteur faisant correspondre terme à terme des langages différents mais devant se limiter à cette activité, sous peine de devenir lui-même un obstacle au bon déroulement de la rencontre entre patient et soignant. La distribution des rôles en serait alors changée et les hiérarchies bouleversées. Pour les migrants, en revanche, le médiateur culturel interprète est identifié comme un conseiller, un avocat, un informateur, au bénéfice d'une formation solide et faisant preuve du sens éthique et de l'attitude professionnelle nécessaires à l'exercice délicat de la médiation. (SINGY Pascal, 2002). Le docteur Eymar remarque au cours de l'entretien que le besoin d'utiliser un médiateur culturel interprète n'est pas forcément ressenti en toute spontanéité, peut-être justement parce que ce concept est un élément nouveau dans la façon de concevoir la relation de soin dans notre propre culture médicale.

Enfin, le problème de la langue remet en question le devenir. Une des infirmières de Wertheimer le dit bien : « c'aurait été des personnes qui se seraient retrouvées seules, ne parlant pas la langue, ça aurait été problématique. » Pour le docteur Eymar, la pratique de la langue est un « facteur d'avenir déterminant » : « le fait de ne pas pouvoir communiquer avec d'autres pensionnaires [en institution] est ce qui restreint les possibilités en France ». Selon le professeur Clément, « plus le patient va connaître la langue française, plus il va pouvoir s'intégrer dans un système de soin ». Ainsi, l'accès au soin tout comme le devenir du patient serait dépendant de son niveau de français, ou de celui de son entourage s'il est présent et étayant.

### **La clinique**

L'accent est mis à plusieurs reprises sur la clinique particulière retrouvée chez les migrants âgés. Bien que tous les médecins s'accordent à dire que les pathologies retrouvées sont identiques, les plus expérimentés rapportent une clinique spécifique. Le professeur Clément parle de « plaintes très marquées au niveau corporel. » Le docteur Eymar rapporte une clinique comportementale accentuée, pouvant être perçue dans la culture européenne comme une « théâtralisation », mais qui serait selon elle une façon différente de communiquer son mal.

D'autre part, la clinique de la dépression semble différer. Le professeur Clément distingue la clinique européenne typique caractérisée par la tristesse et le ralentissement psychomoteur, de la clinique d'Afrique du Nord qui va se caractériser par de l'agitation et de l'agressivité. La différence serait en fait dans l'interprétation qu'a le patient de son affection : l'européen la vit comme quelque chose d'interne mêlant la culpabilité à la dévalorisation de soi face à l'extérieur ; le maghrébin la vit comme un « phénomène venant de l'extérieur type mauvais sort par exemple ». En revanche, quelle que soit la clinique, le traitement médicamenteux reste le même : le traitement antidépresseur. La nuance médicamenteuse va s'établir lors de production délirante pouvant survenir au cours de la dépression. Le docteur Eymar insiste bien sur la définition du délire qui serait un échappement à la réalité culturelle (et non la réalité sociale ni individuelle). Le professeur Clément aura tendance à soigner toute dépression ayant une production délirante par une association antidépresseur et une dose filée d'antipsychotique afin d'agir sur l'hyperactivité dopaminergique responsable de l'aspect productif de la dépression.

Enfin, le sujet à plusieurs reprises abordé dans la problématique du migrant est le sujet du déracinement. C'est essentiellement le docteur Eymar qui l'aborde directement, évoquant le déracinement d'une patiente comme étant un facteur favorisant la désorientation temporo-spatiale. D'autre part, elle utilise le terme de « déracinement subit » comme étant un élément déclenchant la pathologie dépressive d'un patient. Le professeur Clément évoque la problématique du déracinement au travers du tradi-praticien : si celui-ci devait être amené à venir en France pour appliquer ses soins, il serait lui-même déraciné.

### **Le devenir**

Un des points importants qui est systématiquement abordé en gérontopsychiatrie et celui du devenir du patient. On a vu que la famille était systématiquement sollicitée dans ces circonstances. Dans le cas des personnes originaires du Maghreb, la famille a une importance particulière, et les cas de personnes migrantes isolées sont véritablement problématiques. D'autre part, on s'aperçoit que la possibilité d'une mise en institution est un écueil culturel. La place de la personne âgée au sein de la famille ne permet pas à cette dernière d'envisager une prise en charge autre que familiale. Le docteur Chandon donne l'exemple d'une famille qui a refusé, non seulement la mise en institution, mais également toutes les aides à domicile qui pouvaient leur être proposées. Il a même été envisagé un retour dans son pays d'origine. Un infirmier de Wertheimer,



le docteur Chandon et le professeur Clément insistent bien sur l'aspect « jusqu-au-boutiste » de l'esprit familial : tout doit être essayé avant d'avoir recours à l'institutionnalisation. Le docteur Chandon affirme même que le fait de pointer à une famille qu'elle ne peut pas s'occuper de son ancien est une véritable « insulte ». Le docteur Eymar rapporte le cas d'une patiente dont la mise en institution a été inévitable. Il a alors fallu mettre en place toute une organisation pour favoriser l'information et la communication avec la famille. Une infirmière qui avait travaillé auparavant en EHPAD a fait la remarquer qu'elle n'y avait pas rencontré de personne d'origine du Maghreb placée. Le placement en institution est donc problématique, et peut induire, lorsqu'il n'est pas contournable, de l'agressivité de la famille envers l'équipe soignante.

D'autre part, le docteur Eymar évoque le fait que d'être issu d'un pays étranger induit des perspectives différentes. D'une part, si la personne ne maîtrise pas la langue française, l'institutionnalisation en France peut s'avérer être fortement problématique, car elle serait placée dans un environnement où elle n'aurait pas de moyen de communication. D'autre part, si un lien a été maintenu avec son pays d'origine, il est possible d'envisager un retour dans son pays, où la famille pourrait s'avérer être un soutien naturel étayant. Mais comme le remarque le docteur Chandon, ceci implique d'avoir recours à d'autres schémas de prise en charge extérieure. Ainsi, le docteur Eymar explique que « les perspectives sont à la fois plus larges et plus étroites ». La question du statut social se pose également, car sans papier à jour, le patient ne peut prétendre aux mêmes perspectives d'avenir en France. Le professeur Clément pointe également la composante financière du devenir envisagé. Bien que cet aspect ne soit pas spécifique des personnes migrantes, il n'en est pas moins un facteur important de choix du devenir. Cependant, pour les familles originaires du Maghreb, « c'est les affects qui ressortent en premier ». Un autre élément déterminant est celui du lieu de l'établissement pour personnes âgées : « l'institutionnalisation, si elle se fait près de la famille, elle est beaucoup mieux acceptée que si malheureusement elle est à distance pour des raisons de place. »

### **Le non culturalisme\***

Pour finir, il est important de noter que chez tous les professionnels interrogés, on retrouve une certaine application à ne pas donner de conclusion trop hâtive sur les observations retenues. Les exemples sont maigres, la population étudiée est trop peu souvent rencontrée pour établir des généralités sur la culture des migrants étudiés. Le docteur Eymar le dit bien : « autant il faut tenir

compte de la culture, autant il ne faut pas tout rattacher à la culture. Sinon, ça risque d'être plus stigmatisant qu'autre chose dans certains cas. » Les particularités liées à la culture sont reconnues, mais pas associées à des éléments pathologiques ou à quelque chose de problématique.

*« Le migrant est toujours un acteur de son histoire et non une victime des migrations. »  
(Philippe Dewitte)*

La différence culturelle est un thème délicat à aborder, notamment dans le domaine médical. La réaction des soignants face aux questions qui s'intéressent précisément à cela montre qu'il faut être prudent dans les mots qu'on utilise et dans l'attitude à avoir face à la clinique présentée par les patients d'origine étrangère, qui peuvent avoir un code de communication différent, autant dans les idées exprimées que dans l'attitude corporelle. Comment la médecine doit-elle aborder cette différence ? Que ressort-il de l'analyse des témoins rencontrés et quel champ de recherche cela ouvre-t-il pour l'avenir ?

## **2. Discussion des analyses travaillées**

Les différentes analyses faites des témoignages rapportés permettent de faire ressortir des points fondamentaux dans la prise en charge psychiatrique des migrants âgés :

### **Intégration et adaptation**

Le niveau d'intégration de la personne migrante va présager de sa bonne adhésion aux soins. Le professeur Clément l'évoque par le biais de l'assimilation de la langue française, mais on se rend compte que la langue n'est pas le seul facteur mis en jeu dans ce domaine. La capacité d'adaptation est également prépondérante. Madame Bel. en est un bon exemple. Elle a pu bénéficier de l'aide non négligeable de son fils qui a joué le rôle de médiateur culturel, mais elle a su également s'adapter au sein du service en son absence et a même pu investir des activités thérapeutiques. En revanche, nous avons monsieur A., qui maîtrisait parfaitement la langue

française, mais qui n'a pas adhéré aux soins hospitaliers. Il est clair que de nombreux éléments entrent en jeu dans cette non adhésion, mais cela permet de se rendre compte que la notion d'assimilation du langage ne suffit pas toujours à estimer la possibilité d'adhésion aux soins. C'est pourquoi nous nous attacherons plus à la notion d'intégration, qui paraît alors plus appropriée et se vérifie avec les témoignages des patients. Il semblerait donc que le niveau d'intégration jouerait fortement sur l'adhésion aux soins. Cette observation, non encore vérifiée par des études statistiques, pourrait expliquer certaines difficultés à établir un lien de confiance avec le ou les soignants. N'oublions pas qu'une hospitalisation requiert en elle-même une certaine adaptation au système institutionnel de l'hôpital. Si les personnes ont un vécu d'échec dans l'adaptation, ils ne peuvent que appréhender cette nouvelle « mise à l'épreuve ». Ainsi, cette hypothèse pourrait permettre de comprendre les nombreux refus d'hospitalisation et le faible nombre de personnes hospitalisées. Il serait alors intéressant d'étudier le rapport qu'il peut y avoir entre le niveau d'intégration dans le pays et le niveau d'adhésion aux soins médicaux proposés dans ce pays.

Si l'assimilation de la langue n'est pas un facteur suffisant pour estimer la capacité d'adaptation d'un patient à un système de soin, elle reste un facteur influençant de façon non négligeable le rapport soignant-soigné. Aaron V. Cicourel, professeur de science cognitive, de pédiatrie et de sociologie à l'université de Californie à San Diego, a établi un véritable travail d'anthropologie et de linguistique au sein du milieu médical sur une période de vingt ans. Ses travaux se pencheront sur la difficulté de communication initiale qui existe entre médecins et patients, et vont permettre de reconstituer tout le raisonnement médical au travers de l'étude du langage (CICOUREL, 2002). Le langage est donc une base importante pour le raisonnement médical et donc pour le soin. D'autre part, l'assimilation de la langue est un moyen d'intégration incontestable pour les migrants. Comment adapter le raisonnement médical à une communication qui n'est plus duelle et où l'intervention d'un interprète s'avère indispensable ? Comment s'intégrer dans un système de soin bien codifié lorsqu'il n'est pas possible de se faire comprendre par les intervenants ? Ces obstacles sont autant de difficultés à établir un lien médical et un rapport de confiance. Une étude sur les migrants n'ayant pas acquis la langue française pourrait ainsi avoir son intérêt : quelle proportion a eu recours à une hospitalisation ? Quelle proportion a recours aux soins médicaux ?

Il est également intéressant d'avoir l'exemple d'un médiateur culturel qui a su permettre à l'équipe et à une patiente de s'accorder dans le soin. Il est alors intéressant de s'interroger sur

l'intérêt que pourrait avoir un médiateur culturel dans les cas difficiles où la prise en charge est limitée par une incompréhension entre le système de soin et le fonctionnement du patient. Certains médecins se sont confrontés à des cas d'impasses thérapeutiques qui sont liés à des difficultés à établir un diagnostic concret devant les plaintes répétées de patients, notamment de patients migrants. Pour ces situations, certains ont eu recours à des médiateurs culturels professionnels. On a vu que de tels médiateurs existaient et étaient formés à Lausanne. En France, la médiation culturelle existe également, notamment sur Paris. En effet, des dispositifs originaux de médiations transculturelles ont été expérimentés dans un hôpital parisien au sein d'un service de lutte contre la douleur et en Saine Saint Denis dans le domaine de la protection de l'enfance par deux médecins, Serge Bouznah et Catherine Lewertowski. Ce concept de médiation a permis de débloquer des situations difficiles où soignants et patients étaient en situation d'impasse thérapeutique. Ainsi, même si ces situations se retrouvent sur des cas isolés, le recours à la médiation transculturelle montre que la culture a une part non négligeable dans les soins médicaux. Il existe aussi des consultations transculturelles qui fonctionnent sur une autre mode que la médiation, et qui permettent d'inclure la composante culturelle dans le travail de soin. Ce moyen thérapeutique sera développé un peu plus loin dans la discussion. A partir de cette remarque sur la médiation, il pourrait être intéressant d'établir une étude évaluant le niveau de satisfaction des patients ayant eu recours à un médiateur culturel versus des patients étrangers n'y ayant pas eu recours. Cela pourrait permettre d'évaluer l'intérêt à développer le principe de médiation culturelle au sein des malades étrangers.

### **Abandon et rejet**

De la même façon que pour la notion d'intégration, la confrontation au milieu hospitalier peut raviver un vécu de rejet ou une crainte d'abandon. Le docteur Eymar le mentionne bien au cours de l'entretien. L'appréhension est généralement importante, ce qui peut induire des mauvaises compréhensions de la part des équipes soignantes, qui le vivent comme une remise en question de leurs capacités professionnelles. La crainte serait avant tout une crainte de non reconnaissance. La peur de ne pas être reconnu comme malade, ou de ne pas être compris dans sa différence. Ayant vécu la plupart du temps une incompréhension de la part de leur entourage, la crainte est de la vivre à nouveau dans le milieu hospitalier, ce qui signifierait qu'ils ne seraient pas soignables. La peur du rejet ultime est alors très présente et particulièrement caractéristique chez

les migrants, la vie étant leur seule base fixe. Il serait ici intéressant d'étudier le niveau de stress en milieu hospitalier d'une personne migrante comparée à une personne issue du pays.

Cette anxiété permanente, exprimée sur un mode persécutoire, induit souvent des mauvaises compréhensions entre le patient et l'équipe soignante hospitalière. Les soins se font dans un climat conflictuel, où les personnes soignantes appréhendent d'être critiquées dans leur approche de soin et où le patient est dans la crainte perpétuelle d'être incompris. Ce climat n'est souvent pas favorable à une thérapeutique adaptée et on se rend compte qu'il est nécessaire que les soignants aient une certaine connaissance et donc une formation adaptée pour ce type de réaction.

### **Expression clinique de la maladie**

Nous avons pu voir que les pathologies retrouvées restent les mêmes (dépression, démence, confusion) mais que la clinique peut différer et qu'il n'y aurait donc pas de pathologie spécifique aux ethnies. En revanche, on remarque que le déracinement, la migration, l'acculturation, sont autant d'éléments dans le vécu humain qui induisent des modifications dans son psychisme. Ces modifications, en fonction du degré d'adaptation, d'intégration et d'acceptation des deuils qu'ils induisent, peuvent aboutir à des troubles d'ordre dépressif, confus voire à des démences dont les expressions cliniques vont dépendre de la culture d'origine et des croyances du patient. De plus en plus d'études ont montré que l'impact culturel est à prendre en compte dans l'évaluation des pathologies psychiques et des syndromes spécifiques ont pu être décrits. Celles-ci ont permis d'annexer dans le DSM-IV un guide de formulation culturelle et un glossaire encore peu exhaustif des syndromes propres à une culture donnée (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). Selon Thierry Baubet, ce guide de formulation « permet, au-delà de la classification multiaxiale du DSM, de contextualiser les troubles décrits en tenant compte des aspects culturels et sociaux, dans une perspective éémique\*. » Afin de mieux saisir l'intérêt d'intégrer l'aspect culturel dans la recherche diagnostique des pathologies, il faut avoir en tête que le diagnostic psychiatrique, comme le dit Kleinman (KLEINMAN, *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*, 1988), n'est autre que « l'interprétation d'une interprétation ». De ce fait, il n'existe pas de variable mesurable naturelle qui soit actuellement connue dans le champ de la psychiatrie. Ce guide permet d'entrevoir l'ébauche d'une nouvelle perspective dans la procédure diagnostique, permettant de donner une place à la subjectivité du

patient et à celle du clinicien, à la narrativité, ainsi qu'au contexte. On se rend compte alors que cette nouvelle perspective ouvre le champ de la psychiatrie à des espaces de réflexion nouveaux et bien plus vastes.

On peut également remarquer le faible nombre de migrants maghrébins ayant recours à l'hospitalisation. Le docteur Chandon témoigne que ce n'est pas une population très représentée dans son service de psychogériatrie. Pourtant, les études épidémiologiques rapportées dans le limousin montrent que le nombre de migrants n'est pas négligeable, et croissant dans le temps. Le recours à la psychiatrie n'est peut-être pas une pratique naturelle dans la culture maghrébine. Le docteur Chandon parle d'une discipline plus « stigmatisée » dans d'autres cultures. Concernant la culture d'Afrique du Nord, on remarque que les manifestations cliniques vont se faire sur un mode plus corporel, avec des plaintes douloureuses diffuses ou une agitation psychomotrice. Cela nous renvoie alors au fait que la scission corps/esprit telle qu'elle est établie en médecine est la résultante d'un historique européen et qu'elle n'a pas une valeur absolue dans le monde. Ainsi, la discipline psychiatrique telle qu'elle est exercée de nos jours, bien qu'elle s'exporte de plus en plus dans les pays d'Afrique et d'Asie, n'est peut-être pas comprise et reconnue comme un moyen de soin face à des manifestations de mal être chez des personnes d'origine maghrébine. Peut-on se faire soigner par un médecin qui a une représentation du corps et de la pensée différente de la sienne ? D'autre part, on sait aussi que la dépression chez les personnes d'Afrique du Nord peut se manifester sur un mode persécutoire, ce qui les rend interprétatifs et méfiants. La question qui se pose ici indirectement est celle de l'alliance thérapeutique. Effectivement, il existe peu de demande, mais existe-t-il peu de besoin pour autant ? Comment avoir recours à ce lien, étape première d'une démarche de soin, lorsque la différence culturelle ne le favorise pas ? De plus, le retard à la prise en charge induit un retard au diagnostic, un retard dans les soins adaptés, et modifie la perspective d'avenir du patient. Il arrive également que le système de soin médical soit « mal » investi par les patients d'origine étrangère. Ainsi, les plaintes somatiques peuvent induire le patient étranger à consulter plusieurs spécialistes différents sans que la composante psychiatrique ne soit soupçonnée. Ainsi, le travail de médiation culturelle peut ici aussi avoir son intérêt.

## **La langue maternelle, la thérapie au travers du langage**

On ne peut faire abstraction de l'usage du langage dans le soin en psychiatrie. En premier lieu, il est intéressant de se tourner vers le lien qu'il semble exister entre la langue employée et la composante affective qui s'y rattache. Le docteur Chandon a fait la remarque qu'un patient atteint de démence revient souvent à sa langue maternelle. C'est ce qui est arrivé à monsieur B., qui avait recours à sa langue maternelle pour exprimer ses besoins et ses plaintes, alors qu'il connaissait parfaitement le français. L'équipe infirmière avait noté une certaine forme d'impuissance chez ce monsieur quand il parlait et qu'on ne le comprenait pas. L'expression de ses sentiments et de ses affects était comme devenue impossible dans une autre langue que sa langue maternelle.

Il est montré que le fonctionnement cognitif général est évalué comme plus élevé si la communication avec les personnes âgées présentant un vieillissement problématique est menée dans leur langue maternelle plutôt que dans leur langue seconde (ARDILA A., 2008). Ekman et al. (EKMAN S.L., 1993) (EKMAN, 1994) ont ainsi observé que des personnes « démentes » nées en Finlande, mais qui avaient émigré en Suède, avaient des difficultés de communication avec les soignants parlant suédois, mais pas quand elles communiquaient avec des soignants s'exprimant en finnois. De plus, les incompréhensions fréquentes consécutives à la communication en suédois conduisaient à une communication unidirectionnelle, dans laquelle les soignants commandaient et interrompaient la personne âgée. Globalement, les personnes âgées finlandaises fonctionnaient à un niveau de compétence qui semblait bien inférieur à leur niveau potentiel. Les auteurs concluent que la présence de soignants parlant le finnois permettrait d'augmenter l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées, mais aussi de réduire les coûts de soin. Une telle étude pourrait être reproduite en France avec des migrants maghrébins, afin d'évaluer si cette hypothèse se vérifierait également avec nos types de populations.

Le fait de pouvoir interagir dans leur langue maternelle, et pas uniquement dans la langue de leur pays d'adoption, permettrait ainsi aux personnes âgées présentant un vieillissement problématique d'exprimer un niveau plus élevé de compétence, de mieux préciser leur pensée, leurs difficultés et leurs souhaits et de ressentir ainsi un bien-être plus important. Cela leur permettrait aussi d'avoir un accès privilégié à leurs souvenirs passés et à leur culture, et à en parler, autant d'éléments qui contribuerait à renforcer leur identité et leur sentiment de continuité personnelle.

Un autre facteur bénéfique pour les personnes présentant un vieillissement problématique sur lequel nous reviendrons ultérieurement est de pouvoir interagir non seulement avec des soignants qui parlent leur langue, mais aussi qui connaissent, voire partagent leur culture (HEIKKILÄ, 2007)

### **Fin de vie et deuil**

Il est important de finir cette discussion sur le thème du devenir. Ce qui différencie une personne âgée française d'une personne âgée maghrébine, c'est la notion de terre d'appartenance. La personne âgée du Maghreb a, comme le dit le docteur Eymar, des perspectives plus larges dans le choix de son devenir par le fait qu'elle peut choisir de finir ses jours en France ou dans son pays d'origine. Les études épidémiologiques montrent d'ailleurs que les personnes originaires du Maghreb préfèrent majoritairement vivre leur retraite en France, tout en envisageant d'être enterrés sur leur terre de naissance. Cette perspective a sa logique, d'après ce qui a déjà été argumenté sur ce sujet. Cependant qu'en est-il de ceux dont le lien avec le pays d'origine a été rompu ? S'ils sont pleinement intégrés dans le pays d'accueil, la question ne se pose évidemment pas. Le cas de monsieur A. illustre bien cette situation. En effet, sa famille décimée en Algérie, il a projeté de reconstruire sa vie en France. Pourtant, marié à une française, il a gardé la nationalité algérienne, et une fois sa femme décédée, il n'a plus aucune perspective d'avenir. Bien sûr, il y a le contexte du deuil de sa femme, décédée il y a plus d'un an, mais on peut se poser la question de pourquoi ce deuil est-il si difficile à faire. On perçoit en fond une reviviscence de deuils anciens non faits, d'un passé algérien idéalisé. Peut-on ainsi avoir une réelle perspective d'avenir quand des deuils liés à la migration et à un vécu douloureux ne sont pas pleinement établis ? Pour monsieur Ben., le problème de l'avenir se pose également. Comment vivre sa vieillesse sur une terre qui ne nous reconnaît pas ? Là aussi, on retrouve un travail de deuil inachevé, comme s'il avait pris un aller simple pour la France sans retour possible. Cherchant à se faire adopter par son pays d'accueil, il garde pourtant une attache avec son pays d'origine, qui est d'ailleurs plus douloureuse que nostalgique. Ainsi on s'aperçoit que la question du devenir n'est pas problématique lorsqu'il y a une pleine intégration dans le pays d'accueil, mais aussi lorsque les deuils liés à la migration ont été assimilés. Elle devient problématique lorsque ces deuils, qui s'ajoutent au deuil inhérent au vieillissement, ressurgissent lors de la survenue de problèmes de



santé. N'oublions pas non plus qu'à « vieillissement » s'apparente la notion de « mort », car qu'est-ce que la vieillesse si ce n'est l'Age où l'on se prépare à la mort. Nous avons vu la forte part religieuse rattachée à la notion de mort. Celle-ci induit généralement une volonté de faire *un retour aux racines*. Or comment établir un tel retour lorsqu'on est déraciné ? Toute la question est là en ce qui concerne le migrant âgé.

### **3. Limites de la méthode de travail :**

#### **Le faible nombre de cas recensés**

Il a fallu cibler une catégorie précise de personnes, avec des caractéristiques communes afin de rendre cette étude de cas exploitable : on a pris tous migrants âgés ayant fait appel aux soins hospitaliers de psychiatrie de façon tardive, sans antécédent lourd psychiatrique, et dont la problématique pouvait être assimilée au processus de vieillissement. Malheureusement, nous nous sommes heurté à plusieurs obstacles : ce type de population est en très faible représentation sur l'hôpital psychiatrique Esquirol de Limoges (moins d'une vingtaine ont été recensées depuis l'ouverture du centre Jean-Marie Léger, unité d'hospitalisation spécialisée dans la gérontopsychiatrie, et une petite dizaine dans les autres services d'hospitalisation) et parmi le faible nombre de personnes rentrant dans les critères demandés, beaucoup avaient des coordonnées non valables, certaines étaient injoignables, d'autres ne parlant pas français ne comprenaient pas pourquoi elles étaient contactées, les explications étant impossibles. Plusieurs personnes ont également refusé de participer à l'étude : certaines directement, d'autres indirectement, acceptant une première fois puis ne donnant plus signe de vie. Le recensement n'a ainsi permis d'obtenir que cinq cas de patients ayant accepté de participer au travail. Devant l'échantillon restreint de personnes participant à l'étude, il semble difficile de tirer des conclusions générales voire d'extraire une méthodologie précise de prise en charge pour les personnes âgées d'origine étrangère. L'étude n'a pas cette prétention, même si la question principale de ce travail est celle des soins et du devenir de ce type précis de population.

### **Le choix des interlocuteurs**

Les personnes intervenantes sont variées et non comparables. Deux patients maîtrisaient la langue française et pouvaient donc répondre directement aux questions. Pour les autres patients, il a fallu avoir recours à un intermédiaire, qui était un membre de la famille. Un des patients, trop dément pour participer à l'entretien, n'était pas présent. Son épouse étant venue à sa place, l'objet d'étude s'est modifié et le travail s'est fait sur le couple. Le fait d'avoir affaire à un membre de la famille comme intermédiaire au lieu d'un interprète a plusieurs conséquences. D'une part des conséquences positives car cela permet de mettre le patient en confiance pour accepter de participer pleinement à l'entretien. Mais également des conséquences plus discutables car cela implique le système familial à la faveur de l'appréciation individuelle. De plus, certaines questions pouvant paraître comme « tabous » vont être filtrées par l'interlocuteur intermédiaire, qui va, soit répondre à la place de l'intéressé, soit contourner la question pour ne pas avoir à la poser à l'intéressé, soit refuser clairement de la poser. N'oublions pas, d'autre part, que, si l'on tient compte du système familial, de part certaines normes culturelles, il apparaît comme contre-nature que l'interlocuteur intermédiaire, ayant une place bien déterminée dans la hiérarchie familiale, puisse poser certaines questions considérées comme intimes à l'intéressé. Ainsi, demander à un fils de traduire à sa mère si elle a déjà réfléchi à l'endroit où elle souhaitait vivre ses derniers jours et à l'endroit où elle souhaitait mourir, peut paraître délicat voire déplacé.

### **L'absence d'interprète**

Outre les travers évoqués ci-dessus, l'absence d'interprète a d'autres implications. L'interrogateur, de par la précision de ses questions, peut paraître comme inquisiteur aux yeux de la personne interrogée. Surtout si la barrière de la langue empêche une explication claire et bienveillante des objectifs de l'entretien. Le rôle d'un interprète, neutre de toute défiance d'un possible jugement de valeur, pourra étayer l'entretien afin de le rendre plus constructif de par sa propre connaissance des codes de langage dans la culture de l'interrogé.

### **Le lieu de l'entretien**

Le choix du lieu est capital en entretien, surtout lorsque sont abordés des sujets intimes et profonds, touchant l'identité. Il aurait été important pour de tels entretiens, qu'ils se fassent en un lieu neutre et serein, qui soit le même pour chacun des patients interrogés. Or pour des raisons simplement techniques, cela n'a pas pu se faire. L'entretien de monsieur A. s'est fait à son domicile. L'entretien de monsieur Ben. s'est fait dans le bureau médical du service adulte où il était encore hospitalisé. L'entretien de monsieur et madame B. s'est fait dans un bureau de fortune, trouvé pour l'occasion. L'entretien de monsieur B. s'est fait dans le bureau médical de géro-psycho-geriatrie, juste avant son départ du service. L'entretien de madame Bel. s'est fait dans le bureau médical de géro-psycho-geriatrie pendant son hospitalisation. Ces situations hétérogènes sont autant de facteurs influençant l'ambiance de l'entretien, le lien de confiance entre les personnes présentes et la capacité à dévoiler son intimité en toute confidentialité.

### **La dualité**

A plusieurs reprises, l'entretien duel entre interrogateur et interlocuteur a induit une certaine inhomogénéité dans le dialogue. La subjectivité de l'interrogateur est effectivement fortement exposée à celle de l'interrogé, voire aux relations interpersonnelles entre interlocuteur intermédiaire et interrogé. L'énoncé de certains vécus, avec les émotions qu'il suscite, est alors perçu comme plus qu'un témoignage, presque comme une confidence. Un lien s'établit progressivement au cours de l'entretien entre interrogateur et interrogé, les langues se délient parfois ou au contraire se plongent dans le silence. L'interrogateur se trouve alors face à une ou des personnes en pleine reviviscence d'événements passés, lui-même touché par les affects mis à jours, ce qui peut provoquer une perte du fil directif de l'entretien. Perçu alors comme porteur d'une parole transmise, d'un récit de vie, son rôle dans l'entretien se voit modifié. Cette perturbation, essentiellement due à la relation duelle, pourrait être évitée si l'interrogateur, plutôt que d'être singulier, soit une pluralité de personnes. Ainsi, cela éviterait une exposition directe des interrogateurs au cours de l'entretien et une meilleure fluidité de la discussion, sans biais subjectif.

## L'analyste

Les entretiens et les analyses ont été faits par une seule et même personne, moi-même. N'ayant pas bénéficié de formation de sociologie ni de formation sur les méthodes d'analyse employées, la connaissance et la maîtrise de ces méthodes reste approximatives et les travaux d'interprétation peuvent être sujets à caution. N'oublions pas non plus la part de subjectivité existant indiscutablement en dépit de tout effort de travail méthodique, liée au fait d'avoir été en échange et contact direct avec les personnes. L'élaboration des tableaux d'analyse aurait-elle dû être confiée à une personne avisée maîtrisant l'utilisation de la méthode A.R.O. ? Cette éventualité aurait certainement permis de pallier au « biais d'expertise » ainsi qu'au « biais de subjectivité ». Cependant, les entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits. Les expressions de visage, mimiques, gestes associés aux mots n'ont pas pu être reportés sur le papier. Si l'analyste doit préférentiellement avoir une certaine expérience de la méthode employée, il semble indispensable qu'il soit également présent lors des entretiens pour relever ces composantes associées. Or les entretiens ont été très difficiles à obtenir, dans des créneaux horaires déterminés parfois dans l'urgence, d'autres fois en fonction de la faible disponibilité des interlocuteurs intermédiaires, et nécessitant une disponibilité en dehors de son temps de travail, voire une réorganisation au cours de son temps de travail. La présence d'un sociologue accompagnant était donc ici un idéal non réalisable techniquement.

## **4. Une approche complémentaire de plusieurs disciplines**

L'objectif de l'ensemble de ce travail est d'apporter des prémices de réponses au questionnement que l'on peut avoir sur la psychopathologie du migrant âgé. A la question : « existe-t-il des pathologies spécifiques ? » la réponse que l'on peut donner après toute cette analyse est non. En effet, parmi les cinq cas étudiés, on peut établir des diagnostics de pathologies communes à toutes ethnies : chez monsieur A., on retrouve une dépression réactionnelle au décès de son épouse avec un deuil pathologique. Chez monsieur Ben., on aurait plus affaire à une dépression endogène, avec une personnalité construite sur un mode sensitif. Chez madame Bel., on a une forme de dépression associée à une confusion iatrogène et non une mélancolie délirante

ni un délire tardif. On peut également parler de dépression masquée\* comme décrite par Hanck, Collomb et Boussat. Chez monsieur B. le diagnostic de démence a déjà été établi. Enfin concernant monsieur Be., l'idée d'une démence évolutive ne peut être émise qu'à l'état d'hypothèse, la prise en charge ayant été trop succincte pour établir un diagnostic précis.

En revanche, on se rend compte que la prise en charge ne peut être reproduite à l'identique de la prise en charge classique et bien codifiée du système de soin français. En effet, on ne peut envisager de soigner la pathologie exprimée par le migrant sans tenir compte de son histoire migratoire et des enjeux identitaires qui ont été remis en question dans son évolution de vie. Au-delà de l'identité individuelle, il y a également l'identité nationale et le besoin de se reconnaître au travers d'un groupe de personnes qui partagent les mêmes valeurs, les mêmes repères de vie. Or la migration induit des changements dans les valeurs adoptées, nécessite une certaine capacité d'adaptation, d'intégration qui se fait par le biais de l'acculturation\*. De même, l'intégration au sein d'un autre pays se fait par l'assentiment à modifier son statut social, le statut de migrant étant en soi un statut bien spécifique, notamment avec la politique actuelle dans notre pays. Pour tenir compte de tous ces éléments, on se rend compte qu'il est nécessaire d'avoir recours à des notions issues d'autres disciplines que celles uniquement de la psychiatrie. Ainsi, les connaissances historiques, politiques, sociales, anthropologiques et psychologiques se montrent complémentaires et permettent de comprendre clairement la complexité du sujet migrant et d'établir une histoire de la maladie qui n'est pas toujours évidente. Une telle démarche n'est pas habituelle et peut imposer au soignant d'adopter une attitude thérapeutique différente de ce dont il a l'habitude dans sa pratique. Il est effectivement peu aisé d'établir un lien thérapeutique avec un patient ayant des perceptions différentes de sa place en tant qu'individu dans la société et dont le vécu induit des codes de communication parfois différents pour exprimer son mal. La composante linguistique a ici également son importance. Les bouleversements qu'induit la présence d'un interprète dans le rapport soignant-soigné en est un bon exemple. Pour comprendre les complications de prise en charge que cela induit, il semble important d'avoir quelques notions d'anthropologie médicale (voir en annexe). La présence de l'interprète casse le lien duel qui s'établit entre le soignant et le soigné, et les rapports hiérarchiques dans le soin sont bouleversés. Le soignant n'a alors d'autre recours que de trouver une place de thérapeute efficace, mais où les liens établis avec le patient seraient différents.

Ainsi, s'intéresser à la prise en charge du migrant vieillissant impose de le voir dans sa globalité, selon un point de vue multi-disciplinaire. Il impose également au thérapeute de s'intéresser à sa propre place dans la relation de soin et induit, d'une certaine façon, un bouleversement dans la façon de penser le soin. De cette façon, il est possible de déterminer des thèmes de réflexion propres aux migrants âgés, permettant de mieux distinguer ce qui rend si particulière leur prise en charge sans tomber dans des considérations stigmatisantes d'un culturalisme discriminant.

## **Conclusion**

Faire une étude en psychiatrie transculturelle implique un investissement de recherche dans des domaines variés. Pour faire ce travail, il a fallu chercher des informations historiques, politiques, sociologiques, psychologiques, épidémiologiques, linguistiques et bien sûr psychiatriques. L'idée de complémentarité de toutes ces disciplines n'est pas facile à illustrer, car il faut savoir se familiariser à des points de vue différents d'un même objet d'étude : les migrants vieillissants. Le plus difficile dans ce travail a été de restituer le plus justement possible ces points de vue, tout en restant synthétique et axé sur la prise en charge et le devenir des migrants âgés originaires du Maghreb. Cette vision multifocale permet d'avoir une perception plus élargie du sujet de travail et nous permet aussi, en tant que soignant, d'avoir une perception différente de nos interactions avec le patient.

Les limites retrouvées dans ce travail sont perfectibles. Le travail de relevé des informations gagnerait à être établi par au moins deux personnes interrogeantes. Le travail d'analyse structurale serait certainement plus juste s'il était établi par un sociologue chevronné, ayant la maîtrise et l'expérience des méthodes employées. La présence d'un interprète, neutre vis à vis de la personne interrogée, permettrait une meilleure transparence dans les réponses fournies.

Ce travail a permis de pointer les difficultés qui se posent lors de la prise en charge des migrants âgés, souvent liées à leur histoire migratoire. Nous avons pu voir le rôle important que joue le degré d'intégration et la capacité d'adaptation dans l'alliance thérapeutique. Le sentiment de rejet et d'abandon peut également interférer dans la compréhension des soins ou dans la qualité de communication. Cette étude a également permis de clarifier le fait que la différence culturelle n'induit pas la survenue de pathologies spécifiques. En revanche, on retrouve souvent une clinique particulière, pouvant être propre à la culture. D'autre part, la migration en elle-même peut induire des troubles identitaires qui ne peuvent être négligés en psychiatrie et qui peuvent induire

une prise en charge spécifique. Ainsi, il existe sur Paris, Bordeaux et quelques autres grandes villes des consultations de psychiatrie transculturelle où les questionnements et conséquences liés au déracinement sont abordés sur un mode de consultation particulier. En effet, la consultation est constituée d'un groupe de personnes de disciplines variées. Le concept de complémentarité des différentes perceptions disciplinaires est alors pleinement exploité dans ce système. Le patient est considéré comme faisant partie intégrante du groupe, où il joue le rôle de témoins d'une situation qui lui paraît problématique et qu'il doit exposer. L'entretien se fait avec un interlocuteur privilégié qui est le thérapeute principal et qui dirigera l'ensemble de l'entretien. Les autres intervenants sont les co-thérapeutes. Ce système de consultation a pour objectif de travailler à partir de perceptions différentes sur les troubles inhérents à la migration ou au choc des cultures. Il permet de mieux comprendre et respecter le patient dans son contexte culturel, tout en apportant une vision différente de sa situation. Ce moyen de thérapie très spécifique peut permettre une certaine alternative de soin chez des patients ne trouvant pas de réponse satisfaisante auprès de leur thérapeute. Ce cas de figure peut se poser dans le cas du migrant âgé lorsqu'il existe par exemple des conflits avec la famille, que le patient ne maîtrise pas la langue française, a bénéficié d'une qualité d'intégration médiocre ou présente des difficultés à percevoir le caractère bienveillant des soins hospitaliers.

En revanche, on s'aperçoit que la prise en charge des migrants âgés, malgré certaines particularités, est tout à fait possible au sein de nos systèmes de soins, à condition d'avoir du personnel et des médecins formés et conscients de l'importance capitale de tenir compte de l'aspect culturel dans la prise en charge globale du patient, quel qu'il soit. On voit également que les difficultés liées à la barrière de la langue sont les premières mises en avant, et sont pourtant les premières à être surmontées malgré tout. La présence d'un interprète dans ce cas de figure reste donc discutable, et on a souvent recours à l'intervention familiale lorsqu'elle se montre étayante, approche plus rassurante et bien souvent nécessaire, permettant d'établir un rapport soignant/soigné efficace. Le concept de médiateur culturel peut être ici envisagé comme une solution intermédiaire intéressante, permettant une alliance thérapeutique nouvelle entre le médecin et le patient. Quelle que soit la méthode adoptée, il semble important de retenir que la part culturelle a une place essentielle dans la clinique et la prise en charge psychiatrique. Notamment, il semble important de tenir compte et de respecter certaines particularités culturelles pour avoir une meilleure alliance thérapeutique, or cela nécessite des connaissances et une formation adaptée.



Un élément qui peut poser problème dans ce qui a été exposé est la notion de disponibilité. En effet, on a pu voir que la population migrante vieillissante est amenée à croître, notamment chez les migrants originaires du Maghreb. Cette disponibilité est aisée à fournir tant que la population demandeuse est en faible représentation. Cependant qu'en est-il si cette population venait à ne plus être minoritaire ? Cela pourrait poser problème dans les logistiques de soin. Clermont-Ferrand a établi au sein du centre communal d'action social, un service spécialisé accueillant les personnes âgées issues de l'immigration. Cette structure offre des soins, un accès aux informations sur les droits sociaux, un accès au logement et même des animations permettant d'accompagner ces personnes vieillissantes vivant entre deux cultures. Le développement de ce genre de structure ambulatoire pourrait peut-être pallier à ce risque de manque de disponibilité à venir. Ainsi, bien que les différences culturelles ne soient pas un obstacle à une prise en charge hospitalière, on se rend compte que des prises en charges spécifiques peuvent améliorer la qualité de soin du migrant âgé.

La population de personnes âgées maghrébines représente une préoccupation socio-politique actuelle de plus en plus marquée, car elle se constitue de migrants censés venir en France de façon transitoire, mais leur retour au pays se montre bien souvent plus problématique que prévu et n'a pas lieu dans la plupart des cas. La question du devenir prend alors tout son sens, car on s'aperçoit qu'elle est complexe et dépend beaucoup du vécu migratoire du patient. Un retour tardif au pays d'origine peut être déstabilisant pour un migrant ayant vécu la majorité de son vivant en France, d'autant plus si ses enfants vivent eux-mêmes en France. Cependant, le fait d'être inhumé dans ses terres d'origine reste un impératif pour la plupart d'entre eux. Il faut donc retenir que le choix du patient va dépendre de l'identité qu'il s'est forgé dans son vécu migratoire, notamment par ses capacités d'adaptation et son niveau d'intégration dans le pays, et qu'il est à respecter avant tout, tant que cela est possible. La question du devenir se doit impérativement d'être abordée avec la famille pour avoir recours à la solution la plus adaptée au patient.

Enfin, le travail ici établi est un travail d'ordre qualitatif, ne permettant que de faire ressortir des remarques donnant lieu à des hypothèses qu'il faut vérifier. Les travaux de recherche épidémiologiques en psychiatrie transculturelle sont encore très restreints, malgré la multiplicité des écrits faits dans différents pays. Cela est certainement dû à la complexité du caractère transculturel induisant des méthodes de recherche spécifiques (BAUBET Thierry, 2009), mais aussi à la difficulté de recensement des populations migrantes dans des critères bien définis,

beaucoup échappant aux systèmes de soins classiques ou les investissant de façon trop ponctuelle. Pourtant, de tels travaux gagnent à être établis et apporteraient des éléments enrichissants dans le domaine de la santé.

# **ANNEXES**

## **ANNEXE 1**

### **GRILLE des entretiens semi-directifs de patients** **âgés maghrébins**

#### **Avant et pendant le projet migratoire**

1. Où êtes-vous né? (pays, région)
2. A quel âge êtes-vous arrivé en France?
3. Pour quelle(s) raison(s) êtes-vous venu en France?
4. Quel était votre travail?
5. Aviez-vous un membre de votre famille en France?
6. Qu'est-ce que signifiait pour vous de venir en France?
7. Quelle image vous faisiez-vous de la France?

#### **L'installation en France**

8. Avez-vous rencontré des difficultés à votre arrivée en France?
9. Y avait-il une différence entre la France telle que vous l'aviez imaginée et telle que vous l'avez trouvée?
10. Avez-vous été déçu à votre arrivée?
11. Avez-vous changé d'emploi, de profession depuis votre installation en France?

#### **L'intégration en France/ La conservation des valeurs traditionnelles**

12. Quelles langues parlez-vous?
13. Appartenez-vous à une association?
14. Pratiquez-vous une religion? Célébrez-vous les fêtes religieuses? Si oui, lesquelles?
15. Mangez-vous de la viande?

16. Faites-vous la prière?
17. Faites-vous le ramadan?
18. Quels sont les devoirs d'un musulman?
19. Dans votre famille, y-a-t-il des personnes malades?
20. Regardez-vous la télévision? Quels sont les programmes que vous regardez?
21. Etes-vous marié ou l'avez-vous été? Avez-vous des enfants?
22. Aviez-vous des relations dans votre milieu professionnel?
23. Vous est-il arrivé d'être invité dans une famille française?
24. Avez-vous des relations avec vos voisins?
25. Pensez-vous qu'il est facile d'avoir des relations avec les français?

## **Le retour possible ou impossible**

26. Etes-vous retourné dans votre pays depuis votre installation en France?
27. Avez-vous des membres de votre famille qui sont encore au pays?
28. Lors des retours quelque chose avait-il changé pour vous ou bien était-ce comme avant?
29. Vous habilliez-vous de façon différente lors de ces retours?
30. Avez-vous des relations avec des membres de votre famille restés au pays?
31. Les aidez-vous ou les aidez-vous encore?
32. Lisez-vous les journaux ou écoutez vous la radio en langue française ou dans votre langue maternelle?
33. Seriez-vous désireux de repartir dans votre pays définitivement?
34. Pensez-vous vous installer définitivement en France?

## **La vieillesse ici et là-bas**

35. Pour vous, qu'est-ce qu'être vieux?
36. Vaut-il mieux mourir ici ou au pays?
37. Avez-vous la même vision de la France et de votre pays d'origine qu'à votre arrivée?  
Qu'est-ce qui a changé?
38. Y-a-t-il des choses de votre vie que vous souhaiteriez changer si cela était possible? Si oui, lesquelles?
39. Comment la mort est-elle considérée dans votre pays? Y-a-t-il des rites ou convenances particulières?

# Grille d'analyse

L'analyse des entretiens se fait par opposition entre deux pôles d'une même question pour mieux appréhender les signifiants et signifiés

Les aspects qui traitent de l'ici et là-bas: Q° 1,2,3,4,6,7,8,26,27,28,30,33,34,36,37,39

L'intégration et la fidélité: Q° 14,15,16,17,18,20,22,23,24,25,,28,29,30,31,32,33,34

Le rêve et le réel: Q° 3,6,7,8,9,10,11,25,28,31,33,34,35,37,38

L'isolement et les relations: Q° 5,12,19,21,22,23,24,25,30

## METHODE D'ANALYSE PAR L'A.R.O

Le découpage des énoncés et la construction de la relation de signification: le signifié médiateur doit expliquer, justifier ou illustrer la relation signifiant/signifié (argument)

La réduction des énoncés est destinée à faciliter l'agrégation des données intra et inter-entretiens, une opération de sélection des mots clés

Le classement du discours signifiant en fonction des objectifs de la recherche

Le classement du discours signifié: définition des axes sémantiques du discours

L'interprétation: résultat produit par le classement du discours signifiant (lexique des données saisies à partir du thème de l'entretien) et signifié (axes du discours sémantique)

## ANNEXE 2

### 1. Entretien monsieur A.

- Où êtes vous né ?
- **A Tébessa, en Algérie.**
- Quel âge avez-vous aujourd'hui ?
- **Maintenant ? 83 ans.**
- Quand êtes vous arrivé en France ?
- **En 1952.**
- Pour quelle raison êtes vous venu en France ?
- **La raison ? Je venais avec trois cousins pour se promener. Alors on avait un cousin qui nous a trahi. C'est lui qui tenait le magot. En ce temps là , on avait fait un bon bout de chemin, on a visité le Mont Blanc, on a visité ceci.... Partout hein ! Alors en arrivant à Lyon, on avait plus de sous. Il nous a plaqué ! Il est reparti en Algérie avec l'argent, et nous on s'est trouvés sans rien du tout. On a été obligé de rester et travailler pour vivre.**
- Et qu'est-ce que vous avez fait comme travail alors ?
- **Ouf ! J'ai travaillé à la carrière, j'ai travaillé charbonnier, j'ai travaillé sur les voies d'abord, c'est le bagne, la galère ! J'ai travaillé chiffonnier, j'ai travaillé... pôoh, je peux pas vous dire...charbonnier,...que de la saloperie... et après dans le bâtiment.**
- Vous aviez quel âge à cette époque ?
- **J'avais 20 et quelques années.**
- Et qu'est-ce qu'en ont dit vos parents à cette époque ?
- **On leur avait pas dit qu'on venait. Parce qu'ils nous ont pas laissés venir, alors on leur avait rien dit. On est partis comme ça ! Après, quand on est arrivés ici, on les avait appelés comme quoi on est en France.**
- Mais vous aviez d'autres membres de la famille en France ?
- **Non, je n'ai plus personne.**
- Mais à l'époque ?
- **Ah ben oui, bien sûr !**
- Et vous logiez chez qui ?
- **Chez qui ? J'étais chez mes parents.**
- Mais vos parents étaient en Algérie non ?
- **Ben oui bien sûr!**

- Mais quand vous étiez en France ?
- **En France ? On était comme des chiens ! On travaillait sur les voies, et on couchait dans les wagons à bestiaux. On était cinq, six dans un wagon.**
- Et donc, vous étiez avec votre cousin à ce moment là !
- **Oui, mon cousin aussi il est décédé. Il est à Lyon lui.**
- Où avez-vous travaillé une fois en France ?
- **J'ai commencé à Lyon, après j'étais à Romand. A Romand, ils embauchaient sur les voies, moi jamais je connaissais ce travail là. C'était... c'était pas pénible, c'était le baigne ; même si vous aviez envie de faire, quand on enlève les rails, j'allais faire dans ma culotte hein ! Fallait pas bouger. Oui, et puis j'ai fait un petit bout de France : j'étais en Alsace, j'étais en Savoie, j'étais... j'étais un peu partout. J'étais à Brive, j'étais à Marmande, j'étais un peu partout quoi. J'étais à Aix-les-Bains, j'étais à...comment ça s'appelle déjà... j'étais un peu partout.**
- Ca avait été la première fois que vous veniez en France ?
- **Oui, la première fois.**
- Et à quoi vous vous attendiez en venant en France.
- **Je m'attendais à... je venais pour me promener, je voulais pas qu'ils me rapatrient comme une bête hein ? Alors j'ai commencé à travailler sérieusement, et après j'ai rencontré ma femme.**
- Vous l'auriez vécu comme honteux si on vous avait rapatrié dans votre pays ?
- **Ben bien sûr, bien sûr !**
- Et pourquoi ça ?
- **Parce que je suis venu pour me promener, je suis pas venu ici pour dire « rapatriez-moi ! »**
- Pour vous promener et peut-être aussi... pour trouver du travail ?
- **Non, je n'avais pas l'intention de rester. J'étais prêt à partir, j'ai connu ma femme et donc je suis resté là. Je suis resté et je me suis marié.**
- Et votre femme est algérienne aussi ?
- **Non, non. Française.**
- Et alors, qu'avez-vous retenu de la France de cette époque ?
- **Ce que j'en ai retenu ? Coucher dehors, traîner, courir, chercher du boulot partout où on passe.**
- Vous l'avez trouvée accueillante ?
- **Non, pas bien du tout à cette époque là.**
- Vous avez été déçu ?
- **Bien sûr, on a été pauvre surtout pour le travail ! Moi j'ai jamais travaillé dur comme ça en Algérie. Alors après on a été pour le moment dans un centre, ils nous ont hébergé quelque temps...**

*Interruption par un bruit de sonnette. C'est l'infirmier à domicile qui vient pour le contrôle de la glycémie. Il reste un peu discuter. Monsieur A. explique alors comment il a perdu sa nationalité française avec l'indépendance de l'Algérie en 1962:*

- **J'ai perdu ma nationalité. J'ai dit « s'ils me veulent pas, je garde ma nationalité ! »**
- Cette période a dû être très compliqué pour vous.

*Il acquiesce. L'infirmier intervient :*



- *Et puis les gens ici ne sont pas d'un naturel très tolérant. Dans la région, mais de Saint-Sulpice en particulier. Pour donner un exemple, si vous arrivez d'Ambazac, vous êtes ce qu'ils appellent un « rapporté ». Alors si vous venez d'Algérie... Et ce qui est à noter aussi, c'est le courage admirable qu'a dû avoir sa femme ! Parce qu'elle en a entendu hein, à l'époque.*
- Vous aviez quel âge quand vous avez connu votre femme ?
- **23 ou 24 ans !**

*L'infirmier quitte le domicile de monsieur A.*

- **Hé oui, maintenant, je suis immigré.**
- En fait, quand vous êtes arrivé en France, vous vous considérez comme français.
- **Ben oui ! Considérer... on était français ! Qu'on le veuille ou on le veuille pas, on était français par rapport à la guerre. L'Algérie était française !**
- Et donc vous ne vous considérez pas comme migrant ?
- **Migrant, je le suis devenu, mais avant j'étais français. Même... même par exemple trouver un patron c'est pareil tiens... quand il nous connaît. On va chercher du boulot.**
- Même quand vous étiez marié ?
- **Oui, mais il n'y a pas que moi. On faisait des kilomètres à pied, alors avant d'arriver, on avait les pieds comme ça. On faisait des kilomètres et des kilomètres.**
- Donc même avant l'indépendance, ça n'a pas été simple.
- **Non, ça n'a pas été simple.**
- Vous n'étiez pas reconnu.
- **Non, non.**
- Mai vous auriez pu repartir en Algérie plutôt que de vivre tout ça. Qu'est ce qui vous a fait dire qu'il fallait que vous restiez ?
- **C'est ma femme, quoi !**
- Et il y avait une différence entre la vie en France et le vie en Algérie ?
- **En Algérie j'étais Prince ! Oui, des sous, j'en manquais pas. Je me débrouille, je travaillais et je me débrouille. Là-bas, les sous, je les jette par la fenêtre. Jamais je travaillais hier, jamais je tenais une fourche, jamais ! Je connais pas les pommes de terre, je connais ni comment que ça pousse, j'y connais rien du tout !**
- Ils faisaient quoi vos parents ?
- **Mes parents ils étaient des commerçants.**
- Donc vous aviez la belle vie.
- **Oui, j'avais la belle vie.**
- Vous auriez pu retourner en Algérie avec votre épouse ?
- **Ah ben non !**
- Pourquoi ça ?
- **Ben parce qu'elle veut pas. Enfin, c'est pas qu'elle voulait pas, mais elle voulait pas quitter son pays natal. Parce qu'elle vivait à Saint-Sulpice, elle aime bien rester toujours à Saint-Sulpice ! Dans un trou pareil, elle est née ici ! Alors elle n'a jamais voulu quand j'étais à Lyon. J'ai été à Lyon pour travailler où travaillait mon cousin, à l'usine de textile. Je suis allé là-bas. Mon cousin a dit, reste, tu viens avec nous, tu laisses ce bâtiment tranquille, qu'est sous la neige,**

qu'est ceci cela. Hé ben, je suis allé travaillé à l'usine. C'était pareil, il faisait une chaleur là-dedans ! A part ça, il m'a dit qu'il nous donnait un logement, parce que l'usine ils ont des logements là-bas. Alors il me dit « il faut attendre un an ». Je vais pas rester moi un an là-bas et ma femme ici ! Et j'ai laissé tomber.

- Et vous il ne vous manquait pas votre pays natal ?
- **Mon pays c'est ici ! Natal, ça fait 60 ans, je n'ai pas vécu 60 ans dans le pays hein !**
- Mais à l'époque ! Vous auriez pu être vous aussi nostalgique de l'Algérie ?
- **Non. Qu'est ce que vous vouliez que j'aie faire là-bas, les parents ils sont partis, alors il reste plus que ma femme !**
- Vous n'avez pas des frères et sœurs ?
- **Non, ils sont tous morts.**

Et après quand on s'est marié... [grand blanc], j'avais mon beau-père qui m'avait dit... on s'est mariés en 55. Mon beau-père il m'avait dit : « c'est pas une vie de travailler , toi d'un côté, ta femme de l'autre côté, tu vas courir d'ici à Strasbourg, de Strasbourg à Belfort... », de Belfort on a été...euh... pfff, partout un peu partout. Alors il a dit de laisser tomber. En 56 [ j'ai appris un métier pour être plâtrier]

- En gros, votre jeunesse, ce n'est que du travail.
- **Oui, oui.**
- Et vous parlez plusieurs langues ou vous parlez que français ?
- **Que français.**
- Vous ne parlez pas arabe ?
- **Si ! Depuis le temps, j'ai perdu aussi...**
- Vous n'êtes pas du tout revenu en Algérie depuis ?
- **Si, j'ai été deux trois ou quatre fois.**
- Pour voir la famille ?
- **Tout le monde je voulais voir, je n'ai jamais revu... un... qui est décédé. Alors, j'avais mon frère... c'est pour ça que je vous ai dit qu'on était français , par exemple, hier... j'avais un frère plus grand, ils l'ont pris à l'armée française. Il est venu ici, ils l'ont envoyé là-bas à Vannes. Il est resté à Vannes, il lui restait un mois de la quille. Il l'ont mis en Algérie. Hé bien ils l'ont tué. Il est tombé dans une embuscade, et il a été tuer. Il était français.**
- Vous, vous n'avez pas fait l'armée ?
- **Non, moi je n'ai pas fait ma classe. Moi j'étais prêt à partir en Indochine ! la veille, on m'avait appelé pour partir en Indochine. Hé bien ma classe, j'ai été exempté, on a pas fait la mienne. La classe 26 elle l'a pas fait. Même en France ils l'ont pas fait.**
- Vous auriez pu vous engager dans l'armée ?
- **M'engager moi ? Pourquoi je m'engagerais moi. Je vends ma peau comme un chien moi ? M'engager ! Même engagé ils voudraient pas de moi.**
- Vous pratiquez une religion particulière ?
- **Non, j'ai pas de religion. Je crois en Dieu, c'est tout.**
- Vous regardez la télévision ?
- **Non, je regarde que... les jeux quoi. Les jeux comme les chiffres et les lettres, super champion. Après, je regarde les informations et je vais au lit.**
- Vous vous couchez tôt ?
- **Ben oui ! Qu'est-ce que vous voulez que je reste faire !**

- Et vous voyez du monde ici, ou vous êtes tout seul et vivez tout seul ?
- **J'ai cinq enfants. Il y en a un qui vient me voir. Mais les autres ils m'ont nié.**
- Pourquoi ?
- **Je n'en sais rien. Depuis que la mère est morte, je ne vois plus personne. J'en avais une, qui était pas mariée, célibataire, jusqu'à l'âge de 52 ans je l'ai gardée. Elle faisait rien du tout. C'est ma femme qui faisait à manger. Elle a commencé à travailler, j'ai dit « écoute, tu as 24 ans maintenant, tu sais par exemple il faut chercher à travailler ». Parce que c'est pas à 6 mois qu'elle a bougé hein, elle a travaillé à rien foutre. Et là qu'elle a travaillé, c'est pareil. Elle a travaillé, elle arrive du boulot, le dîner est fait, elle pose les pieds sous la table et elle casse la croûte. Elle s'avait pas faire un coup de balai, elle savait rien faire. La mère elle faisait tout, alors aussitôt que la mère est morte, j'en ai deux il sont à Saint-Sulpice là, et ils viennent pas me voir. Depuis que ma femme est morte, je ne les ai jamais revus.**
- Ils vous en veulent ?
- **Ils m'en veulent pour leur bien pour les instruire ? Pour leur donner une bonne situation ? Je ne leur ai pas fait de mal hein ? J'en ai trois à la SNCF et un qui est à la retraite. Il y en a une qui s'est retrouvée au chômage, elle a voulu faire de l'interim. Et c'est moi qui l'ai poussée, [je l'ai conseillée], et elle travaille à l'ASSEDIC. J'ai que celle là qui travaille à l'usine. Elle est tombée malade, elle a eu une leucémie, elle a pas pu apprendre à l'école. C'est celle qui est restée avec nous. Mai quand la mère est décédée, elle est partie. C'est la sœur qui lui a tourné à la tête. Ils ont monté le coup !**
- Même quand vous étiez à l'hôpital ?
- **Oui... C'est dur..**
- Vous auriez voulu changer quelque chose dans cette vie ?
- **Maintenant c'est trop tard ! Qu'est-ce que vous voulez changer. Y a rien à changer.**
- Comment vous comptez vivre les prochaines années ?
- **Ecoutez ! Ces dernières années, j'étais heureux. J'étais avec ma femme, j'étais heureux. Parce que j'étais... c'était la plus gentille, la plus aimable, la plus... c'était la perle. (il pleure) Alors elle est partie... ça va plus. Y a pas une femme comme elle hein !**

*L'entretien n'a pas pu être enregistré plus loin. Après avoir passé ce moment de vive émotion, on reparle de l'hospitalisation de monsieur A. Il l'a très mal vécue, trouve ne pas avoir bénéficié de l'écoute nécessaire et a été marqué par le pavillon fermé et les autres pathologies. Il pense se soigner à La Jonchère si son état devait s'empirer. Lorsqu'on aborde le sujet du devenir en cas de trop grande invalidité du fait qu'il vit seul, monsieur A. parle avec lassitude et indifférence d'une maison de retraite. Il semble prendre la vie avec fatalité et le sujet de la mort ne semble pas être un tabou lorsqu'il est abordé. En cas de décès, il souhaite être enterré aux côtés de son épouse.*

## **2. Entretien monsieur Ben.**

- Depuis combien de temps connaissez-vous l'hôpital et quel est votre histoire avec l'hôpital ?

- **Mon histoire avec l'hôpital, c'est le moral, c'est la déprime, c'est par rapport à ce qui m'est arrivé dans ma vie...**

- Quand est-ce que vous avez été hospitalisé pour la première fois ?

- **La première fois... c'était... il y a 4/5 ans ! C'est toujours à la suite de dépression, de harcèlement au travail et tout ça... la pression et puis bon... si vous voulez, je suis pas reconnu, si vous voulez, quoique je fasse, je suis pas reconnu. Les collègues ils veulent pas travailler avec moi. Le chef de service dit quand ils viennent menacer : « votre collègue il veut pas travailler avec toi, je suis obligé de t'envoyer ailleurs, de t'envoyer deux trois mois, si ça va pas, trois mois ailleurs, si ça va pas...voilà... si vous voulez, moi je ne le supportais pas... je ne supportais plus ces menaces...et tout ce qu'on peut dire quoi.**

- Ca , c'était lié à vos origines ? au fait que vous étiez maghrébin ?

- **Ben je m'en doute ! C'est quoi sinon... d'autres choses qu'ils ont dit devant moi...au travail ils ne me reprochent rien ! Y a bien quelque chose !**

- Donc la première fois que vous étiez venu à l'hôpital, c'était dans ce service ?

- **Oui, ici.**

- Vous êtes resté combien de temps ?

- **Je suis resté deux mois et demi facile !**

- Et quand vous êtes sorti, ça allait mieux ?

- **Oui, ça allait mieux, mais si vous voulez, chaque fois c'est pareil. Je peux plus supporter... je me retrouve dans la même situation, donc j'étais pratiquement... tous les ans, je viens faire un séjour ici de quelques mois à chaque fois. Et là c'est pareil, il s'est passé dernièrement carrément des propos raciaux, ils jettent une pelle, si vous voulez, ils m'ont balancé une pelle dans la figure, une pelle carrément...là c'était dans la figure. Si la pelle elle m'avait touché à un endroit**

**sensible ou quelque chose comme ça, je serais peut-être pas là aujourd'hui. Et là, il s'est décidé de me mettre en congés longue maladie, bon ben...**

- Depuis quand vous êtes en congés longue maladie ?

**- Depuis le 20 janvier 2010.**

- Où est-ce que vous êtes né ?

**- Je suis né en Algérie.**

- Dans quelle ville, quelle région ?

**- A Médiona. Département Rélizen**

- A quel âge êtes vous arrivé en France ?

**- La première fois je suis arrivé pour un cours séjour à 17 ans. Puis je suis revenu en 68.**

- Pourquoi êtes vous venu en France la toute première fois ?

**- Je suis venu en promenade, en touriste.**

- Vous êtes venu seul ?

**- Non, je suis venu chez quelqu'un.**

- C'était un membre de la famille ? un ami ?

**- Non, chez un ami, c'était...euh... bon c'est parti, cet ami il est plus là.**

- Il est décédé ?

**- Voilà.**

- De quoi est-il décédé ?

**- C'était une personne âgée.**

- La première fois, vous êtes venu avant ou après l'indépendance ?

**- C'était après l'indépendance.**

- Et en 68, vous êtes revenu pourquoi ?

**- Venir...pour... pour travailler, pour quitter un petit peu... bon, j'étais pas bien... chez moi.**

- Pourquoi n'étiez vous pas bien en Algérie ?

**- Si vous voulez, je suis venu là pour gagner ma vie, pour vivre autrement que je vis là-bas quoi.**

- Et qu'est-ce que vous avez fait comme travail ?

**- J'ai travaillé un petit peu dans l'agriculture, dans les mines de carrière, un petit peu dans la maçonnerie, j'ai fait plusieurs... j'ai touché à tout... j'ai pratiquement tout fait quoi !**

- Vous étiez très jeune, vous aviez 20 ans à cette époque ?

**- Euh... 19 ans, je suis rentré à 19 ans !**

**J'ai travaillé dans les carrières, dans les mines de carrière...**

- Et vous dormiez où ?

**- Ben je dormais... sur le chantier !**

- Vous vous débrouilliez quoi, vous dormiez à la belle étoile !

**- A la belle étoile, parfois... quand j'étais à Perpignan, on avait un local ancien garde, on dormait dedans.**

- Et vous aviez un membre de la famille en France à cette époque ?

**- Oui ! Enfin si vous voulez, c'est pas vraiment un membre de la famille, c'est un ami éloigné quoi, entre les gens qu'on connaissait, et voilà ! C'est des collègues de travail. Si je commence vraiment par le début, c'est... c'est...c'est la galère quoi ! Je suis venu avec deux cousins éloignés d'Algérie, on est arrivés à Marseille, on m'a abandonné à Marseille.**

- Les deux cousins sont partis ?

**- Voilà, ils m'ont abandonné à Marseille... C'est très long ; je vous dit franchement, c'est très long ! On m'a abandonné à Marseille, c'est là que je me suis débrouillé par les moyens que je pouvais pour venir à Perpignan quoi... je prends le train de Marseille pour arriver à Perpignan.**

- Est-ce que vous savez pourquoi ils vous ont abandonné ?

**- Ben je sais pas.**

- Vous ne les avez jamais revus ?

**- Si je les ai revus après. Je leur ai demandé. On m'a dit : « Non, non ! On t'a pas abandonné c'était parce que on croyait que tu montais dans le train, on t'a chargé et... » et bon ils ont trouvé un... un complot pour... pour se faire pardonner quoi ! Mais je sais pourquoi : on m'a abandonné parce qu'on a pas voulu de... on a pas voulu m'aider quoi, simplement !**

- Et eux, ils avaient votre âge ?

**- Ah non ! Ils étaient plus vieux ! Ils étaient ici, ils étaient déjà en France.**

- Votre famille était d'accord pour que vous veniez en France ?
- **Ma famille ? Bon mon père ..euh... il était d'accord. Mais mon père...mon vrai père...moi je l'ai pas connu, je vous dis il est mort j'avais sept ans, alors vous savez !**
- Il est mort à la guerre ?
- **Ouais. Il est mort à la guerre d'Algérie.**
- Il était harki ?
- **Oui** (presque inaudible). [grand silence]
- Et votre mère ?
- **Ma maman elle s'est remariée. Elle est restée en Algérie.**
- Elle n'a jamais quitté l'Algérie ?
- **Non.**
- Et c'est vous qui reveniez la voir de temps en temps ?
- **Oh j'y vais...pas beaucoup...**
- Pas beaucoup ? Vous n'aimez pas l'Algérie ?
- **Non.**
- Pourquoi ?
- **Je ne sais pas. Aimer, aimer pas... je sais pas aimer ... aimer pas... non je n'ai pas retourné... je suis arrivé ici pour travailler, donc j'étais occupé pour mon travail tout ça, donc j'ai pas eu le temps...non je sais pas pourquoi...j'ai pas été...**
- Ca voulait dire quoi pour vous venir en France ? Qu'est ce que vous vous imaginiez à l'époque ?
- **Venir en France pour gagner sa vie, pour travailler et vivre.**
- Quelle image aviez-vous de la France ?
- **Vous savez, quelle image avoir de la France... la France elle est très belle, très jolie.**
- L'Algérie aussi non ?
- **Oui je sais, mais bon...L'Algérie est un très beau pays, mais malheureusement... c'est le peuple ! C'est le peuple... si vous voulez... ils savent pas gérer le pays, ils savent pas... Si vous voulez, on a pris l'indépendance, et l'indépendance s'est mal prise si vous voulez. Les gens qui ont pris la tête du**

**gouvernement ils étaient formés à rien du tout quoi si vous voulez ! Et vous parlez de la France, parce que la France c'est très joli, elle est très belle... mais, si vous voulez, depuis qu'il y a trop de politique, il y a certains hommes politiques, ils ont fait beaucoup de mal, ils ont trahi le pays, ils ont... ils savent pas gérer...**

Vous parlez d'avant ou de maintenant ?

**- De maintenant !**

- Vous êtes un peu déçu donc ?

**- Ben si vous voulez... déçu... je peux rien faire ! Et puis bon, quand je vois les gens qui vont à l'hôpital, tous les gens qui ont perdu leurs parents, leur père, leurs parents de la guerre d'Algérie par la France, après on leur dit « dégagez chez vous, laissez la place aux français ». Ca aussi c'est pareil, c'est des choses entre autres quoi ! Maintenant des choses qu'il fallait pas attendre... des choses qu'on était concerné, on est concerné par la France, parce que la France, c'est notre deuxième pays, notre pays adoptif.**

- Vous avez quelle nationalité là ?

**- Française.**

- A l'indépendance, on vous a dit de choisir ?

**- Non, on m'a donné la carte algérienne, et quand je suis venu ici, je me suis fait naturaliser.**

- Qu'est-ce qu'en a pensé votre famille quand vous avez fait cette démarche ?

**- Ben ma famille, je vous dis... ma famille j'en ai pas, mes frères et tout ça... c'est mal pris quoi...**

- Vous avez beaucoup de frères et sœurs ?

**- J'ai une sœur de mère et père, et j'ai des demi-frères de mon père. Et puis bon... on est mal vu quoi ! Par la nationalité française quoi !**

- Quelle importance ça a pour vous d'être français ?

**- L'importance ? Intégrer au pays d'abord, respecter la loi du pays et être reconnu comme un français... ce qui n'est pas le cas... malheureusement. Mais ça, si vous voulez ça me dérange pas. Enfin, ça me dérange beaucoup, mais qu'est ce que vous voulez y faire ? Je vais pas dire, tiens parce que bon je prends ma nationalité parce que j'aime pas la France, parce qu'il y a des gens qui me traitent de ci de là ? J'espère qu'un jour il y aura une loi qui saura supprimer**



**tous ces usages, ces gens malhonnêtes qui disent les choses qu'il ne faut pas dire quoi !**

- Vous êtes vraiment entre deux : votre famille là-bas qui...quelque part...

- **Même en Algérie il n'y a pas de ... voilà. Si vous voulez, je ne suis accepté ni d'un côté ni de l'autre. Je suis comme un voilier sans commandant ! Il nage tout seul au milieu de la mer, sans personne...**

- Vous avez toujours vécu comme ça ?

- **Toujours.**

- Depuis 68 ou même avant ?

- **Même avant j'étais pas bien, j'étais pas bien vu, j'étais... euh... vous savez j'aime pas trop en parler, je vous en prie.**

- Et de votre papa, vous pourriez en parler ?

- **Mon papa il était engagé de suite en 54, il est mort il a été tué 2 ans après.**

- Il a été engagé pour la France ?

- **Oui.**

- Est-ce que quelque part, vous pensez qu'il y a un lien entre votre attachement pour la France et la vie de votre papa ?

- **Je pense.[silence]**

- Bon, je suis le questionnaire... Avez-vous rencontré des difficultés à votre arrivée en France ?

- **Des difficultés... bon la recherche de travail tout ça..ça oui, mais...**

- Sans plus, vous avez quand même réussi à trouver ?

- **Oui.**

- Est-ce qu'il y avait une différence entre la France telle que vous l'aviez imaginée avant de venir et telle que vous l'avez trouvée ?

- **Non.**

- Et-ce que vous avez été déçu à votre arrivée en France ?

- **Non.**

- Est-ce que vous aviez changé d'emploi en arrivant en France ?

- **Oui. En France, j'ai travaillé dans les carrières, dans la maçonnerie... en Algérie, je travaillais un petit peu chez les colons. On travaillait pour 5 sous.**

- Vous êtes le seul de la famille à avoir travaillé chez les colons ?

- **Oui.**

- Donc dans la famille vous n'aviez pas une place reconnue si je comprends bien. J'ai l'impression, quand vous vous positionnez dans la famille, que vous êtes le mouton noir ?

- **Je suis pas... la famille... j'avais pas... j'avais vécu mes frères ils étaient tout jeunes, c'est vrai j'étais un petit peu... voilà, j'étais un petit peu comme vous dites.**

- Vous êtes l'aîné de la famille ?

- **Oui.**

- Votre mère, votre beau-père, vous n'aviez pas de relation avec eux ?

- **J'avais des relations, mais mal. Enfin ma mère oui, mais mon beau-père non.**

- Vous ne l'avez pas accepté ?

- **Non, c'est pas accepté, c'est surtout lui qui a fait trop de mal.**

- Dans l'enfance ?

- **Oui.**

- Il a été méchant ?

- **Tout à fait.**

- Et c'est de ça dont vous ne voulez pas parler ?

- **Non. Franchement non.**

- Quelles sont les langues que vous parlez ?

- **Je parle arabe, français.**

- Avez-vous appartenu à une association ?

- **Non.**

- Est-ce que vous pratiquez une religion ?

- **Non, j'ai pas de religion.**

- Vous n'avez pas pratiqué ?

- **Non.**

- Dans votre famille ils sont pratiquants ?

- **Dans ma famille...je n'ai personne ici, je ne sais pas qu'est-ce qu'ils font.**

- Est-ce que votre mère était pratiquante ?

- **Je ne me souviens pas.**

- Dans votre famille, y-a-t'il des personnes malades ?

- **Non.**

- Actuellement, en Algérie, il reste vos demi-frères et votre sœur ?

- **Voilà.**

- Avec qui vous n'avez plus de contact ?

- **Contact... c'est rare si vous voulez ! Un coup de fil ou quelque chose, sans plus.**

- Votre mère et votre beau-père sont décédés ?

- **Oui.**

- Votre mère est décédée quand ?

- **Octobre dernier.**

- Comment l'avez-vous vécu ?

- **Ben je l'ai vécu mal mais bon. C'était ma mère !**

- Est-ce que ça a modifié votre vie ici ?

- **Ben vous savez, ça me fait mal, c'est ma mère ! J'ai regretté que j'étais pas à côté.**

- Vous pensez que c'est aussi à cause de ça que vous êtes triste ? déprimé ?

- **Ca c'est une partie mais pas tout à fait. Parce que c'est pas ma mère qui a dit à la personne « allez me jeter un coup de pelle, balancez mon coup de pelle sur la figure! »**

**Et puis bon regardez, si tout le monde on s'y met parce qu'un tiers il s'en va...Moi ma mère, elle est morte et enterrée. Il y a personne qui m'a appelé, malgré que j'ai un syndicat, il y a personne qui m'appelle, qui me donne des nouvelles, si vous voulez, ou est-ce qu'il y a des nouvelles ou où est-ce qu'ils sont, ça aussi c'est pareil, ça y fait beaucoup ! Mais c'est pas question de ça, si vous voulez, je parle beaucoup de travail quoi ! C'est ça surtout ! Ma mère, ça me fait du mal parce que c'est ma mère quoi. Mais bon, c'était le destin ! Elle était âgée, elle a passé son temps. Elle avait 89 ans.**

**Moi, le pourquoi, c'est parce que je suis traité, à l'époque où on vit. C'est ça qui justement m'arrache le cœur, qui... qu'il m'enlève la dépression, que je suis plus dans ma tête. C'est pas question de... quand vous allez à votre travail et que vous êtes menacé tous les 4 matins... Si vous voulez...j'étais dans... le doute... heu...enfin j'étais la cible des menaces quoi ! On charriait contre moi... pourtant**

**comme je vous dis, on me l'a dit, on m'a répété, c'est-à-dire au travail, ils me reprochent rien du tout ! Alors c'est ça que j'arrive pas à comprendre !**

- Donc c'est plus votre quotidien et votre travail qui vous rend malade. Le décès de votre maman, ça reste dans le cours naturel des choses. C'est comme ça !

**- Ben oui ! Enfin, c'est comme ça, c'est ma mère hein ? mais ma mère, qu'est-ce que vous voulez que je fasse...**

- Vous ne pouvez rien faire !

**- Malheureusement non.**

- Alors que pour le travail... peut-être que vous pouvez faire quelque chose.

**- Ben j'attends ! Je suis en procès, j'espère que ça va arriver quoi !**

- Est-ce que vous regardez la télé ?

**- Oui.**

- Quels sont les programmes que vous regardez ?

**- Les infos, les policiers...**

- Vous regardez que les chaînes françaises ou ça vous arrive de regarder d'autres chaînes étrangères ?

**- Américaines ?**

- Ah, je pensais plus à des chaînes en arabe...

**- Non, je n'en ai pas. Je préfère rester simple. Il faut pas trop chercher... il y a déjà assez de mal comme ça. Il y a des gens ils cherchent partout qu'est-ce qu'il y a sur internet, qu'est-ce qu'il y a sur le téléviseur, qu'est-ce qu'il y a comme programme. Tout ça c'est intéressant, mais moi ça m'intéresse pas, je suis tout seul, je reste simple.**

- Vous êtes seul, mais vous avez été marié n'est-ce pas ?

**- Oui.**

- Et vous avez eu un enfant.

*(il acquiesce de la tête)*

- Vous les avez eu en France ?

**- Oui.**

- Votre compagne était française ?
- **Oui, la première était française, la deuxième aussi.**
- Donc votre première femme, vous l'avez perdue dans un accident tragique avec votre enfant.
- **Tout à fait.**
- C'était en quelle année ?
- **En 77.**
- Et votre deuxième épouse ?
- **Je l'ai connue à Limoges. Je me suis remarié en 82. Et on s'est séparés en 95 et en 2000 divorce.**
- Et vous n'avez pas eu d'enfant ?
- **Non.**
- C'était un choix ?
- **Oui.**
- C'est vous qui ne vouliez pas ?
- **Oui. Ben, si vous voulez, c'est moi que je veux pas, et ça va pas bien avec mon ex et les beaux-parents.**
- Vos beaux-parents ? Ils ne vous aiment pas ?
- **Voilà ! Histoire de... religion... comme on dit. C'est pour ça que je n'aime pas la religion.**
- Ils étaient de quelle religion ?
- **Catholiques.**
- Mais vous n'étiez pas musulmans pourtant ?
- **Ben je sais mais...**
- Ils voulaient que vous soyez catholique ?
- **Non, c'est pas la question !**
- Ah, c'est peut-être plutôt une question de couleur de peau ?
- **Voilà !**
- Et vous vous êtes remarié après ?
- **Oui, en 2003 et divorcé 2005.**
- Et là vous étiez marié à une algérienne ?
- **C'est ça.**

- Que vous avez connu en Algérie ou en France ?
- **Ici en France.**
- Et donc vous n'avez pas eu d'enfant non plus ?
- **Non. Vu le sens où ça s'était passé, c'était pas vraiment la solution quoi ! C'est-à-dire que cette personne a fait comme ça, comme beaucoup d'autres, le mariage pour avoir les papiers sans plus.**
- Vous saviez qu'elle voulait faire ça ?
- **Non.**
- Pour vous, c'était un mariage d'amour ?
- **Tout à fait.**
- Donc vous avez été trompé !
- **Oui !**
- Donc, si on fait un récapitulatif, vous avez une première femme qui a disparu tragiquement , une deuxième qui a choisi sa famille, et une troisième...
- **...qui a choisi les papiers !**
- Vous avez une vie...
- **Oui ! Rigoureuse !**
- Et dans le travail ? Avez-vous déjà eu de bonnes relations avec des collègues ?
- **Oui, mais les personnes avec qui j'avais des bonnes relations où on discute, où on était bien, ils se sont suicidés ! Ils ont subi le même sort que je vais subir maintenant.**
- Ils étaient algériens d'origine ?
- **Non, français !**
- Donc ce n'est pas une question de couleur de peau ?
- **Ben j'en sais rien ! On m'a précisé moi si vous voulez !**
- Vous en avez eu beaucoup des collègues comme ça ?
- **Il y a eu six suicides entre 90 et 2005.**
- Et des amis, en avez-vous ?
- **Des vrais vrais amis, j'en ai pas. J'avais il y a quelques années des amis, mais par intérêt !**
- Par intérêt pour Vous ?

- **Par intérêt pour eux surtout ! C'est-à-dire que quand ils avaient besoin de quelque chose j'étais toujours là. Mais le jour que j'avais besoin, j'ai trouvé personne. Que ce soit dans le milieu du travail comme ailleurs.[...] Par exemple un jour j'étais malade, j'avais eu un accident. Personne il est venu me voir, personne ne me passe de coup de fil pour demander des nouvelles et ainsi de suite quoi ! Et dernièrement, à ce fameux mariage avec l'algérienne, j'ai trouvé personne avec qui je peux parler.**

- C'est elle qui est partie ?

- **Oui. Je suis parti travailler, quand je suis revenu, j'ai retrouvé l'appartement vide. Même la justice elle a pas réparé comme il faut !**

- Et avec le voisinage, comment ça se passe ?

- **Les voisins ça va. Bonjour, bonsoir ! Les voisins je ne les vois pas tellement.**

- Est-ce que vous pensez que ça a été facile d'avoir des relations avec les français ?

- **A une certaine époque oui.[...] A une certaine époque passée...je me rappelle pas exactement mais,... il y a vingt trente ans... il y a même une dizaine d'années, c'était pas pareil !**

- Depuis que vous êtes en France, vous êtes retourné au pays combien de fois ?

- **Oh, ça se compte sur les doigts d'une main !**

- Pourquoi vous rentriez ?

- **Ben je sais pas... je voulais voir... j'étais pt'ête... j'essayais d'aller voir mon pays... voir ma famille si elle veut un petit peu m'accepter, mais enfin bon...**

- Est-ce que lorsque vous retourniez dans ce pays, vous aviez trouvé votre pays changé ?

- **Oui. Les gens ils se sont réveillés. C'est plus comme il y a quelques années, il y avait rien du tout, il y avait pas d'étudiant, il y avait pas d'étude, il y avait rien du tout ! Maintenant les gens ils peuvent être étudiants, il y a beaucoup d'autres choses qui ont changé. Si vous voulez je peux pas vous donner de détail comme ça, mais il y avait pas mal de changement.**

- Avez-vous aidé des membres de la famille ? par exemple financièrement ?

- **Ben oui, j'ai aidé un petit peu...**

- Malgré tout ?

- **Oui, sans plus. Un petit peu.**

- Ils vous ont été reconnaissants ?
- **Je ne sais pas.**
- Est-ce que vous lisez les journaux ou écoutez la radio ?
- **Oui.**
- Vous avez fait des études en Algérie ?
- **Non, rien du tout.**
- Mais vous savez lire ?
- **J'ai appris aux cours du soir, en France, après le travail.**
- Est-ce que vous pensez retourner un jour en Algérie ?
- **Un jour peut-être.**
- Est-ce que vous pensez vous installer définitivement en France ?
- **Je suis déjà installé en France !**
- Vous auriez peut-être pu envisager un retour là-bas ?
- **Je ne sais pas.**
- Vous ne savez pas, donc ce n'est pas un non ?
- **Ni oui ni non si vous voulez !**
- C'est une question ouverte ?
- **Voilà !**
- Qu'est ce que ça représente pour vous être vieux ?
- **Vous savez, la vieillesse 'faut que ça arrive un jour ! Mais, c'est vrai que ça me fait bizarre quoi !**
- Ca vous fait peur ?
- **Non ! Vous savez, il faut pas avoir peur ! Il faut avoir peur de rien, parce que la seule personne, le Bon Dieu ! Mais attention, le Bon Dieu mais le vrai hein ? je précise ! Parce qu'il y en a qui jouent sur les mots, mais moi je précise, c'est le vrai hein ? Je suis pas Al-Qaïda, je suis pas islamique ! J'en ai entendu parler quand j'étais enfant, et l'enfant il se dit que ça existe un Dieu et je crois comme tout le monde. Et ça s'arrête là ! Mais je crois qu'il y a quelque chose et c'est tout ! Et pour le reste, il faut pas avoir peur.**
- Donc vous avez confiance au Bon Dieu ?
- **Tout à fait !**
- Vous préféreriez mourir en France ou en Algérie ?



- **Vous savez la mort, quand ça vient, ça demande pas ! Elle n'a pas de passeport, elle n'a pas de carte d'identité, il n'y a pas de carte de séjour ! On est tous sur une Terre. Toutes les terres du monde entier est la Terre de Dieu. Il y a pas ici la terre des français, la terre des musulmans, la terre des catholiques, il y en a pas ça ! Ca c'est charabia pour moi !**

- Mais peut-être avez-vous une préférence ?

- **Non.**

- Après tout ça, avez-vous la même vision de la France et de l'Algérie qu'en 68 ?

- **Je pense ! Je pense aussi que ça va venir !**

- Qu'est-ce qui va venir ?

- **Ben que l'Algérie soit recolonisée par un pays européen !**

- Donc que l'Algérie soit reconnue française ?

- **Je pense. Je n'en suis pas sûre mais...**

- Est-ce qu'il y a des choses que vous auriez aimé changé de votre vie ?

Oh oui, beaucoup de choses ! Déjà, changer le monde ! changer les peuples ! Changer ces hommes et ces femmes qui sont avec la haine dans leur cœur, qui vivent avec la misère de leur propre vie dans leur cœur et dans leur tête. Changer et que le monde il soit égalité, fraternité liberté. Et que les jeunes ils se respectent envers eux-mêmes, que ce soit hommes femmes, jeunes vieux, enfants. Pas parce que c'est un sale gamin, je l'écrase, lui c'est un vieux, je l'écrase, il faut se respecter ! Et la vie, c'est le respect. Si on sait respecter, vous savez, tout marche sur des roulettes ! Je vous le promets.

Vous avez connu des gens qui vous ont respecté ?

- **Oui.**

- Actuellement ?

- **Oui ! Ici par exemple, on me respecte.**

- Vous trouvez que vous êtes bien soigné ?

- **Oui.**

- Est-ce que vous pensez qu'il y a des choses qui peuvent vous aider encore plus ?

- **Ca va.**

- Vous êtes satisfait de la façon dont on vous soigne ?

- **Voilà ! On me respecte. Avec respect et gentillesse.**

- Et dans votre quotidien, vous vous êtes senti respecté ?

**- Parfois il y en a. Pas beaucoup, pas des masses, mais il y en a.**

- Et vous savez pourquoi il y a si peu de monde ?

**- Je ne sais pas. Parce qu'on est dans une époque hypocrite. Les trois quarts des gens ont des problèmes d'hypocrisie**

**Moi je crois que c'est nous qui sommes compliqués. Nous les humains on s'est compliqué la vie. On cherche à la compliquer par nous même.**

- Pourtant votre vie, quand vous la racontez, elle n'est pas simple !

**- Elle n'est pas simple, mais je sais la simplifier.**

- On vous sent à la fois solide d'avoir traversé tout ça et perdu !

**- Plutôt perdu ! Si vous voulez, le côté solide, c'est vrai qu'il faut bien être solide !**

**Et en même temps... je suis perdu aussi ! C'est vrai, c'est vrai !**

- Est-ce que vous pensez que vous trouverez votre chemin ?

**- Dieu seul le sait !**

*Monsieur Ben. ne reprendra pas son travail. Le médecin du travail n'a pu proposer qu'un travail de balayeur avec des horaires difficiles. Il reste cependant déterminé à poursuivre son procès afin d'obtenir justice. Pour sa retraite, il projette de partir au Maroc, nouveau pays à découvrir. A la recherche d'une reconnaissance perpétuelle, il rêve de pouvoir écrire le récit de sa vie en français.*

### **3. Entretien madame Bel.**

**- Elle était en Algérie, dans ses montagnes de Kabylie, et puis moi je suis là depuis quelques temps.**

**En fait moi je venais faire des stages à la FAC de sciences. J'ai fait des maths. J'ai fréquenté la FAC de sciences depuis 1984. J'ai enseigné, mais là je n'ai pas de poste, donc je fais des vacations quand on m'appelle ou quand il y a quelqu'un qui est malade. J'ai la nationalité française depuis 2004, et je vis à Limoges depuis 2000 de façon régulière. J'ai été à la FAC de sciences depuis 1984, puis je suis revenu en Algérie, j'ai enseigné à Alger les mathématiques. Puis dans les années 90, il y a eu la guerre civile, islamiste. Et puis à un moment donné, je me suis dit je vais rentrer en France. L'ambiance en Algérie était difficile. Plus tard, j'ai eu la nationalité française parce que je l'ai demandée.**

**- Pourquoi avoir fait cette demande ?**

**- Je me suis dit, autant avoir la nationalité française.**

**- C'est une démarche qui a été facile ?**

**- Non, ça n'a pas été facile. Quand on n'a pas un boulot stable c'est difficile. J'ai été aidé par la FAC. Je faisais aussi un peu de recherche dans une équipe, donc voilà, c'est tout ça qui m'a aidé.**

**- Qu'est-ce qu'elle en a pensé votre maman que vous changiez de nationalité ? Elle l'a su ?**

**- Oui, au contraire ! Ca lui a plu que je parte ! Parce que avec la guerre civile, avec les bombes qui éclatent, elle avait peur pour ses enfants. Que je sois là, c'est bien ! Elle vivait pas seule quand même dans le village, parce qu'elle a deux filles qui ne vivaient pas loin de chez elle.**

**- Combien d'enfants a-t-elle ?**

**- Quatre garçons et quatre filles. L'une d'elle est décédée en 2008 d'un mélanome.**

**- Votre mère était en Algérie.**

- **Oui, elle est venue à Paris chez son autre fils deux fois je crois, en 90 et en...** *(la mère intervient en kabyle. Son fils m'explique qu'elle fait des remarques sur ma tenue et qu'elle apprécie l'équipe médicale)*

- **Donc elle... elle a toujours été douillette. En fait elle est bien, physiquement, elle bouge, je l'ai jamais vue assise, toujours debout ! Sauf que, pour elle, quand elle à mal à la tête c'est pas ça. Elle est malade. Elle se plaint tout le temps qu'elle a mal, le moindre petit machin que tout le monde...voilà, elle se plaint tout le temps. Mais elle est solide ! Quand je la vois faire son nettoyage à la maison...Mais de 2000 à 2008 je ne l'ai pas vue.**

- Donc depuis que vous êtes revenu en France en 2000, vous ne l'avez pas vu. Vous n'êtes donc pas retourné en Algérie ?

- **Oui. J'étais là... c'était la galère... les papiers, le boulot, tout ça donc je ne l'ai pas revue. Quand je l'ai revue, je l'ai revue au décès de ma sœur.**

- Vous ne donniez pas de nouvelles ?

- **Si des nouvelles de temps en temps au téléphone, sans plus.**

- Parce que ça n'allait pas trop bien ?

- **Ca n'allait pas trop bien...oui...non... c'est plus... ça venait de moi...Les années 2000 les choses ont commencé à se calmer. C'est surtout les années 90 où c'était chaud. Après les années 2000 ça s'est calmé, donc les gens pouvaient faire des va-et-vient, après je pouvais faire des va-et-vient, c'est pas loin, mais...je voyais pas...on voyait pas le bout du tunnel en Algérie. En Algérie, c'étaient surtout les islamistes ; parce qu'il avaient pris le pouvoir, il y avait des bombes partout, ils égorgeaient des gens, des razzias dans les villages... Moi j'habitais à Alger centre et c'était bien sécurisé, là on n'égorge pas les gens, mais il y a eu des bombes.**

- Et votre maman dans tout ça ?

- **Elle était dans les montagnes de Kabylie, ça n'a pas été touché. C'est leur fief alors ils n'avaient pas intérêt à ce qu'ils en fassent des ennemis. Donc ils ne les attaquaient pas. On ne les voyait pas, ils sont dans les montagnes, ils sont tranquilles. La Kabylie n'est pas très musulmane, les kabyles sont moins... si il y a des extrémistes aussi dans les familles kabyles, mais ils sont moins islamisés.**

- Ce ne sont pas les mêmes traditions ?

- Oui... ce n'est pas la même chose... comme dans tous les pays quand on va d'une région à une autre. Mais la langue n'est pas du tout la même. Elle, elle ne parle pas un mot d'arabe. Donc la Kabylie c'est toujours en Algérie bien sûr, mais... même les autres ils se disent des arabes, mais en fait c'est des arabophones... moi-même j'ai appris un peu à Alger quand j'avais 20 ans quand je suis venu à Alger. Mais même entre copain quand on est adultes, quand on est à Alger, on est entre copains kabyles, on parle plus kabyle et français que l'arabe.

- Parmi tous les enfants de madame Beld., vous êtes le seul qui êtes en France ?

- Il y en avait un autre, mais il est à la retraite maintenant. Il y a des petits enfants, il y en a quatre.

- Mais votre maman avait déjà voyagé avant ?

- Elle est déjà venue deux fois à Paris chez son fils.

- Chez vous ?

- Non, c'est ... mon demi-frère, qui a le même nom que moi en fait. Quand elle a perdu son premier mari pendant la deuxième guerre mondiale, elle avait eu un garçon et une fille avec lui. Et c'est après, c'est mon père qui s'est remarié avec elle et... c'est un Bel. Si vous voulez, c'était comme ça chez nous, c'est des coutumes. Si vous voulez protéger ses terres, il vaut mieux épouser quelqu'un de la famille. Elle a perdu donc son mari, elle a eu deux petits avec des terres, donc autant épouser un autre Bel., de la même famille, pour protéger ses enfants et tout. Son mari était un cousin à mon père.

- Donc elle est venue chez votre demi-frère à Paris ?

- Oui, mais pour elle venir en France, comme il y a une forte communauté kabyle à Paris, -quand elle venait à Paris, il y a toujours des gens du village, des vieilles du village, donc elle était quand même un peu au village avec le confort...

Mais quand elle est venue chez moi, moi j'ai épousé une fille qui ne parle pas kabyle. On n'a pas d'enfant. Et quand elle est venue, elle est venue avec un visa d'un mois, c'était pour changer d'air. Parce que depuis la mort de ma sœur, elle commençait à se sentir coupable...

- Exactement, elle est arrivée quand en France votre maman ?

- Le 2 novembre 2009.

- Elle est venue pour vous rendre visite ?

- Non, enfin oui, pour changer d'air. Donc on a pris un visa d'un mois, quand le visa finit, elle s'en va. Quand elle arrive ici, elle me dit : « je veux me faire soigner ». Parce qu'elle a une pension parce que mon père il a travaillé ici, il a fait la guerre du côté français donc elle a une pension. Mon père il a fait les 2 guerres : la guerre d'Algérie du côté français et la deuxième guerre mondiale. Mais il est décédé en octobre 1986 d'une embolie pulmonaire.

Donc quand elle est venue, depuis la mort de sa fille, ça a été dur, elle se culpabilisait, et puis dans la famille, on a les vertiges: la maladie de Ménières. Et ma mère porte un appareil [auditif] mais il n'est pas très efficace. Donc elle sent des bourdonnements, et ces bourdonnements, elle les transforme en chants funèbres dans sa tête... « j'entends des voix, j'entends des... » ajouté à ça l'hypertension depuis quelques mois, après 2008. Donc elle se plaignait de ça.

- C'est pour ça qu'elle voulait se faire soigner ?

- Voilà. C'est sa tête, elle me dit « il y a quelque chose de pourri dans ma tête, il faut qu'on le voit, qu'on regarde ma tête ».

- Donc, dès ce moment là, où est-elle allée se faire soigner ?

- Donc elle arrive ici à Limoges sans sécurité sociale. Donc on a payé nous-même : elle voulait faire baisser la tension, donc je suis allé chercher un tensiomètre, je lui prenais la tension. Et j'allais au secours populaire, on lui donnait les médicaments parce qu'il y a un médecin au secours populaire. Et puis il y a les médecins tout autour comme notre médecin traitant, enfin il nous aide un peu, il nous donne les médicaments, il nous conseille.

- De quelle origine est votre médecin traitant ?

- Mon médecin traitant ...c'est un africain...ou il vient des îles... il est noir de peau. La médecin des secours populaires c'est une française blanche.

- Et qu'est-ce qui a amené votre mère à l'hôpital ?

- A l'hôpital ? Je vais vous expliquer ce qui s'est passé. Cette année il a fait froid en novembre. Il faisait froid, donc pratiquement, elle ne sortait pas parce qu'elle ne supportait pas le froid. Donc elle était à la maison, personne parlait kabyle à part moi, quand je sors c'est pas ça, on a même branché l'internet pour avoir des chaînes maghrébines, même si c'est pas du kabyle, c'est un peu la culture, donc

**elle fait que ça : regarder la télé. Même manger c'est compliqué parce qu'elle est musulmane, donc il faut lui acheter la viande pas n'importe où.**

- Elle est musulmane mais pas vous ?

- **Non, je ne suis pas croyant. Je crois en Dieu mais pas...**

- Elle ne vous a pas enseigné la religion ?

- **Non, elle n'a pas fait d'études. On a toujours des... le conflit des générations est très important chez nous parce que juste après la guerre... les gens qui étaient avant la guerre ils n'ont pas fait d'études, et à l'indépendance, on a accédé aux études, donc on a fait des études supérieures, on a pu avancer et cætera , on était même un peu méprisants vis-à-vis de leurs croyances, de leurs comportements... Moi plus maintenant, parce que personne ne détient la vérité, je sais pas si c'est moi, si c'est elle... donc elle pouvait pas m'apprendre ! Moi tout ce que j'ai appris, je l'ai appris en lisant Emile Zola, dans les bouquins, en écoutant la radio... Donc les discussions avec elle, même avec mon père, il y a peu de contact. C'est pas les mêmes préoccupations, les mêmes attachements... C'est pour ça que ça a donné ce qui a suivi après. Donc quand elle est venue, on a tout fait. Même ma femme, on a tout fait pour lui rendre la vie agréable. Et puis un jour, comme on n'a pas d'enfant, on a fait tous les soins, tous les tests, il y avait rien, mais on n'arrive pas à avoir d'enfants. Ma femme, c'est vrai qu'elle est malade, elle a souvent des migraines, et le mal de dos. Et puis la déprime, ce qui fait qu'elle ne veut pas aller voir les médecins, elle prend les rendez-vous, elle n'y va pas, elle a la flemme. Après, ça m'a contaminé... Donc ma mère... d'une, [ma femme]c'est une arabe, ça ne lui plaît pas, parce que si c'était une kabyle, elle aurait discuté avec elle ; elle n'a pas d'enfant, alors c'est de sa faute, ce n'est pas de ma faute. C'est comme ça, c'est dans sa culture. On va pas changer sa tête à 86 ans ! Et en plus elle est malade ! Donc au départ c'était bien, et puis petit à petit ça a dégénéré, mais il y a pas eu de dispute. Après elle lui disait : « non, chez nous, quand une femme n'arrive pas à avoir d'enfant, elle s'en va. Sinon, c'est elle qui va chercher une autre femme à son mari. » La polygamie est permise en Algérie. Donc elle lui reprochait de ne pas avoir d'enfant, et elle me disait, va changer, va te remarier. Et en plus, c'était pas ça qu'elles ne s'entendent pas , c'est pas grave ! Mais, sachant que... dans sa tête, dans la tête de ma mère, elle pense que**

maintenant qu'elle[ma femme] a peur que je parte, que je la laisse, cette femme va tout faire pour me retenir. Elle va utiliser des moyens de sorcellerie. Elle avait peur de ça. Et comme il y avait internet, ma femme discutait souvent avec ça, elle discutait souvent avec sa mère, elle prenait note et tout ça parce que sa mère parlait français. Par internet on peut parler, par skype et tout ça, c'est gratuit, donc elle prend tout son temps, elle prend des notes machin... donc pour elle[ma mère] s'était de la sorcellerie. Elle était convaincue qu'elle était en train de faire des potions magiques. Donc il y a des trucs dans l'eau, des trucs dans tout ce qu'on mangeait, il faut faire attention, c'est devenu intenable ! Un jour ma femme, elle téléphone à l'assistante sociale, elle dit : c'est pas possible ! Moi non plus, je dis « qu'est-ce que je vais faire maintenant ?! » En plus, elle ne pouvait pas repartir en Algérie parce qu'on avait engagé des procédures. Parce qu'elle a dépassé le mois, à la préfecture on a demandé un titre de séjour parce qu'elle voulait voir la tombe de son mari qui est mort, parce qu'il est enterré en France. On a demandé en plus une pension, en plus de celle de mon père, celle de ce mari qui est mort, elle la touchait pas, donc on a fait les demandes et on attendait une réponse. En plus il faisait froid, même dans les montagnes il fait froid, là où elle est, donc elle s'est dit « je préfère rester ici au chaud que d'aller dans les montagnes de Kabylie. Donc pour elle les papiers elle s'en fiche, elle peut pas partir, elle est malade, avec l'hypertension parce qu'on arrivait pas, avec ce qu'on faisait, à lui faire baisser la tension, il y a quelques médecins qui sont venus à la maison de temps en temps quand elle exagère, elle se plaint du mal de tête, des frissons, des machins, donc on appelle SOS médecin, donc il demande notre carte vitale, et c'est moi ou ma femme qui donne sa carte vitale pour ne pas payer la consultation, car on a pas les moyens...on triche un peu...c'est humain...on triche un peu avec la CPAM. Et puis ma femme, à un moment donné, je ne pouvais pas partir avec elle. J'ai une nièce à Nancy. Mais c'est loin Nancy. Et elle était faible vers la fin, elle mangeait peu, je ne pouvais pas la mettre dans le train pour la mettre à Nancy. Chez ma nièce, en plus, je connais pas les conditions de vie de ma nièce. Est-ce qu'elle a une chambre en plus ?

- Et votre frère de Paris ?



- Non, il est reparti au Bled ! Il est à la retraite. Donc la solution, je ne vois pas. Ma femme, elle n'a pas où aller non plus avec son dos, ses migraines, le moindre petit machin... Elle appelle l'assistante sociale, il y a une infirmière et l'assistante sociale ils sont venues, et ils l'ont hospitalisée, ma femme. Ma mère, elle, est restée à la maison.

Mais ils m'ont posé des questions que j'ai pas aimées. J'ai pas aimées que... à 86 ans, c'est comme ça, c'est sa culture. L'assistante sociale qui me disait « mais vous savez que cet appartement il est à vous deux ? », à ma femme et à moi... maintenant, la solution c'est, ou c'est elle qui part quelque part, en attendant, ou c'est moi ou je prends ma mère, je l'emmène chez ma nièce et puis... moi je suis prêt à partir, demain, si vous voulez, demain je la prends. Parce que c'est pas possible que ma mère et ma femme cohabitent. C'était pas possible. Elle en est devenue malade, à 86 ans, et j'ai peur qu'elle décède et qu'il lui arrive quelque chose. A ma femme aussi... Mais elle (en désignant sa mère) elle boit de l'eau et elle dit après « ça me fait mal au ventre, parce qu'il y a quelque chose », des trucs comme ça ! Donc elle commençait à divaguer. Elle commençait même à... perdre la tête hein ! Parce qu'elle me disait : « tu as volé une cafetière » des trucs comme ça. Parce que je lui achète des choses, je lui ai acheté deux cafetières, des cafetières italiennes, une petite et une un peu plus grande pour les prendre en Algérie. Elle me dit, il y a une troisième. Qui c'est qui lui a acheté ? Elle me dit que c'est un neveu qui vit au Bled, qui n'a jamais mis les pieds en France. Donc elle a commencé et je me suis dit, ça y est elle est... ça va pas la tête. Elle faisait des choses qui faisaient croire que ça ne tournait pas très rond dans sa tête. Elle commençait à dire des choses, elle ne sait pas où elle est, elle oublie qu'elle est en France. Et puis un jour, le 21 mars, on l'a amenée aux urgences, ma femme était déjà à l'hôpital. Donc le 21 mars, un dimanche, je me réveille le matin, elle prend son café, je lui donnais des fortifiants, comme des yaourts comme ça qu'on achète à la pharmacie... des compléments alimentaires... je lui ai donné ça parce qu'elle ne voulait pas manger, et je lui ai donné un comprimé d'atarax, je me suis dit, elle va se calmer. L'atarax, on me l'a donné au secours populaire. Le comprimé d'atarax à une dose minimum, c'est ce qu'elle m'a dit. Elle me dit « je vais me reposer un peu », donc elle s'allonge sur le canapé, je me suis dit moi aussi. On

s'est réveillé, on a discuté normalement, bien, de choses et d'autres. Je l'emmène toujours dans l'ancienne époque, elle aime bien parler du bon vieux temps. Et donc samedi soir on s'est couché tard, on était que deux. Et puis moi je me suis couché dans la chambre, et j'ai entendu après, j'ai entendu du bruit, et donc elle divaguait, elle savait pas où elle était, elle jetait des choses par terre, le clavier d'ordinateur, la souris, ses vêtements, donc je me suis levé, je la tenais, je n'arrivais pas à la tenir. Elle me disait « emmène moi chez mon autre fille au village » Elle disait qu'on était au village, il faut que je l'emmène chez sa fille. Donc j'ai appelé un copain, pour qu'on puisse la tenir tous les deux, pour qu'on puisse téléphoner. On a appelé un médecin. Elle m'a même pas laissé appeler un médecin avec elle. Il y a un médecin qui est venu, elle l'a pas laissé discuter. D'habitude, elle aime bien les médecins. Elle adore quand il y a un médecin qui vient la voir. Donc voilà, le médecin est venu. Elle ne l'a pas laissé ni prendre la tension, ni la température. Et puis donc il fait son rapport, il téléphone à une ambulance, et l'ambulance la ramène aux urgences. Il a fallu qu'on l'attache pendant la soirée. J'étais restée avec elle jusqu'à onze heures du soir aux urgences. On l'a attachée parce que elle gueulait, elle faisait des choses. Donc on l'a hospitalisée à Esquirol, mais à l'unité Delay (unité fermée de psychiatrie adulte). Et à l'unité Delay, elle a continué à être violente, donc ils l'ont mise en chambre d'isolement. Ils m'ont pas laissée la voir. Donc du dimanche 21 mars jusqu'à vendredi elle était à Delay, je ne l'ai pas vue, j'ai téléphoné mais... je leur ai dit « écoutez, je peux venir pour aider les psychiatres ». Donc ils m'ont laissé venir le vendredi, et puis je l'ai trouvée, elle n'avait pas son foulard dans ses cheveux, comme une... comme quelqu'un de fou quoi. Donc j'ai pleuré à chaudes larmes. Elle avait faim, elle avait soif, parce qu'elle ne se faisait pas comprendre. Elle faisait même pas les gestes, même quand elle est arrivé ici elle fait les gestes, c'est pas difficile de dire à boire, si elle fait ce geste là, je pense qu'on comprend ! Elle avait soif, elle avait faim. Il y a une dame qui est venue, qui travaille là-bas, une infirmière, donc elle m'a donné une banane, je l'ai aidée à la manger, elle l'a avalée comme quelqu'un qui a pas mangé depuis 6 mois. Elle a mangé la banane, elle a bu. Il y a une ambulance qui est venue et qui l'a ramenée ici (*Unité de psycho gériatrie Wertheimer*)

- Et là, vous étiez avec elle ?

- **Oui, avec elle. Et là elle est arrivée ici, elle était toute contente. J'étais avec elle... mais ici non plus, elle savait pas où elle était. Mais elle était comme... aux anges ! Il y a du monde, je viens avec elle... Et depuis, petit à petit ça allait mieux.**

- Ca s'est apaisé en combien de temps ?

- **Dès qu'elle ... Son problème, c'était la nourriture. Donc je me suis expliqué ici avec tout le monde. Parce qu'elle est musulmane, elle mange pas de porc... elle est spéciale en plus. Même à la maison : dans un hypermarché, il y a que trois ou quatre choses qu'elle peut manger, pas de produit laitier, pas de lait, pas de fromage, pas de beurre, pas d'huile autre que l'huile d'olive, pas de gâteau parce qu'il y a toujours de la matière grasse dans les gâteaux dans les biscuits, dans les gaufrettes, dans les... la viande parce qu'elle n'est pas halal. Donc j'ai expliqué, j'ai ramené un peu d'huile d'olive, parce qu'ils n'en ont pas ici, j'ai ramené de l'huile d'olive du Bled, parce que l'huile d'olive d'ici n'est pas bien, elle n'est pas bonne ! Je leur ai expliqué : des patates à la vapeur et puis rajouter un peu d'huile d'olive, des œufs, du poulet... normalement elle ne mange pas, en temps normal, elle ne mangerais pas du poulet parce qu'il n'est pas égorgé. Il faut que ce soit du poulet qu'on achète chez le... voilà. La viande, il faut que ce soit de la viande halal, égorgée pas abattue d'une autre façon, selon les rites musulmans.**

- Où est née votre maman ?

- **Elle est née en Algérie, en Kabylie.**

- Elle est arrivée en France à quel âge ?

- **La première fois qu'elle est venue en France c'était en 89, elle a passé... non elle est venue dans les années 80, elle a passé une fois un mois, une fois 5 ou 6 mois, pas plus, chez son fils. Des petits séjours.**

- Et là, c'était sensé être un petit séjour aussi ?
- **Aussi. Et elle s'est lancée donc dans... (la mère intervient en kabyle.) Elle s'inquiète de sa chambre si elle est fermée. Oui donc c'est des petits séjours, c'était prévu qu'elle vienne, là aussi c'était prévu... même une fois elle me dit qu'est-ce qu'elle va faire en France ! Elle est vieille, elle reste chez elle !**
- Elle est seule chez elle ?
- **Non, il y a toujours du monde. Sinon, elle va chez ses filles qui sont à 50 mètres de chez elle. Il y a les neveux, les nièces...**
- Pour quelle raison est-elle venue en France ?
- **Pour changer d' air, pour des vacances. C'est ce qu'elle m'avait dit !**
- C'est elle qui a décidé de venir ?
- **Oui, elle a insisté.**
- Ce n'est pas vous qui lui aviez proposé ?
- **Non, c'est elle qui voulait**
- Est-ce qu'elle a travaillé quand elle était plus jeune ?
- **Oui, elle a toujours travaillé dans les champs, dans les métiers à tisser ; il faisait beaucoup froid dans les montagnes, donc la laine, des métiers à tisser pour faire des vêtements, et dans les champs essentiellement.**
- Et quand est-ce qu'elle a arrêté cette activité ?
- *(Il demande à sa mère)* **Il y a 4 ou 5 ans (elle intervient de nouveau) aah ! elle dit peut être 10 ans. Non mais... elle ne sait plus... elle a cueilli des olives. C'était ça essentiellement son travail : les olives, le bois... donc ça fait 10 ans à peu près**
- Qu'est-ce que ça signifiait pour elle de venir en France ?
- **La France, ça était tout le temps, pour les algériens du moins, surtout les kabyles : c'est les montagnes, il y a pas beaucoup de boulot, il y a pas d'épicerie, il y a rien, il y a que le travail des champs, ça suffisait pas donc ils venaient travailler en France depuis longtemps ! Depuis les années 30 ou les années 40 ils venaient travailler en France. Et puis quand ils revenaient en costume... voilà ! La France, c'est le pays où c'est riche.**
- Donc finalement, c'est des vacances de luxe pour elle ?
- **Oui, de luxe et de ... oui, elle va manger... quoique maintenant l'Algérie il ya beaucoup de choses, il ya à manger, mais ça reste quand même dans la tête..même**

les vêtements ! Il y a des jeans en Algérie, même en partant, elle va remplir ses valises ! Alors que de l'autre côté on lui dit c'est pas la peine, il y en a maintenant. Elle va acheter des choses, manger des choses, manger des pommes. Moi j'ai vu il y a des pommes, il y a des bananes, parce qu'elle aime beaucoup manger des fruits... et au contraire, moi j'étais inquiet de ce qu'elle va manger ! Et la viande...comment... finalement on a trouvé quelqu'un, c'est quelqu'un, c'est l'imam de la mosquée, donc on a acheté la viande chez lui et elle l'a mangé. Même les couscous roulé, parce qu'on mange beaucoup de couscous nous les kabyles, même les couscous roulés avec les machines, elle ne le mange pas. Il faut que ce soit le couscous... donc la France c'est riche. Elle va acheter des robes. Même les robes kabyles elle les achète ici ! Le tissu, elle l'achète à Paris à Barbès. Il y en a en Algérie, mais il n'est pas de bonne qualité. Elle n'arrête pas de me dire : comment on va faire pour aller à Barbès acheter du tissu...

- Vous êtes allé à Paris depuis son arrivée ?

- **Non, je ne la trouvais pas assez forte pour se déplacer jusqu'à Paris.**

- Votre maman a-t-elle rencontré des difficultés à son arrivée en France ?

- **Vis-à-vis des autorités ?...non. Après, sortir, elle ne voulait pas sortir. Parce qu'il a neigé pendant un temps donc elle ne voulait pas. Il faisait trop froid**

- Est-ce qu'il y avait une différence entre la France telle qu'elle se l'imaginait, et la France telle qu'elle l'a trouvée en arrivant ?

- **Je crois. Parce que un jour, je l'ai entendue dire à mes sœurs, finalement, je ne pourrai pas vivre ici. (il demande à sa mère). C'est pas très clair... (il continue à discuter avec elle) Donc voilà, ici c'est riche. Alger, quand elle parle d'Alger, elle me dit « non Alger il y a trop de monde, c'est pas intéressant ». Mais le Bled oui, parce qu'elle bouge, elle va voire les voisins, les voisines, la vie du village. La seule différence ici, elle ne pourrait pas vivre longtemps ici. Mais c'est riche, elle aimerait bien revenir de temps en temps.**

- D'accord, elle garde donc cette image de richesse ?

- **Oui cette image de richesse.**

- Est-ce qu'elle a éprouvé une déception à son arrivée en France ?

- Parfois elle est contente, parfois elle est déçue. Quand le médecin lui donne des médicaments qui ne l'ont pas calmée, les médecins ils disent qu'il n'y a pas mieux...ils savent ce qu'ils font.

- Est-ce que votre maman pratique la religion ?

- Oui. Mais depuis qu'elle est malade, depuis le 21, même ici, elle ne pratique plus. Parce qu'il y a 5 prières par jour. Avant qu'elle tombe malade comme ça, elle regarde la télé algérienne spécialement pour la prière, ils passent la prière, même si ce n'est pas les mêmes horaires, elle est vieille donc on s'en fout. Parce qu'il faut respecter le moment, chez elle, dans son village, il y a un haut-parleur, comme ici les cloches, donc ici c'est la télé, même si c'est un peu décalé, ce n'est pas grave.

- Mais ici elle ne pratique pas ?

- Je vais lui poser la question (il lui demande) Elle n'a pas oublié, elle y pense de temps en temps (la mère intervient à nouveau). Elle va rattraper ça, elle va faire ses comptes et elle va rattraper ça.. Elle y pense, mais c'est compliqué parce qu'elle ne peut pas faire ses ablutions. Parce qu'il faut se laver, il faut se laver les pieds sans savon, sans rien du tout. Donc le lavabo il est un peu haut pour ses pieds...

- Et la douche ?

- Il y a la douche mais elle n'y est pas... s'il y avait un banc peut-être, comme elle n'a rien dit moi je me dis elle est malade, je ne vais pas lui compliquer la vie. Là elle se repose un petit peu. Elle va faire double jusqu'à ce qu'elle rattrape.

- Elle célèbre les fêtes religieuses aussi ?

- Oui. Même celles qui ne sont pas religieuses.

- Elle fait le ramadan ?

- Oui, même à cet âge là. Même quand elle est malade. Par exemple un mal de tête, on lui donne un comprimé de doliprane, elle ne le prendra pas. Elle le prendra le soir. Même si les médecins qui sont musulmans ils disent « non, vous êtes malade, il faut prendre les médicaments, etc... ». Elles prennent pas, la plupart. C'est surtout les femmes, les vieilles, les hommes c'est... parce qu'il ya beaucoup de bière, beaucoup de vin en Kabylie. Les femmes sont plus pieuses en

**Kabylie. La plupart elles font la prière. Avant c'était à un certain âge. Maintenant, elles sont de plus en plus jeune à faire la prière.**

- Donc le ramadan c'est un problème pour ce soigner ?

- **Oui, par si exemple...une femme musulmane...ma mère, si c'était le ramadan, elle n'aurait pas pris de médicament. Sauf si... maintenant qu'elle ne sait pas où elle est machin, elle aurait pris peut-être, parce que là elle mange la viande... Mais si elle avait hospitalisé par exemple pour une gastro et tout ça et qu'elle avait toute sa tête, par exemple, elle n'aurait pas mangé de viande**

**Et puis moi je lui dis, c'est un médicament, il faut le manger. Ca aide un peu**

- Donc elle mange d'habitude halal, mais là elle mange de tout.

- **Je ne sais pas si je ne l'ai pas influencé un petit peu en lui disant que c'est des médicaments, il faut le manger comme des médicaments parce que il y a des médicaments dans la nourriture qu'on lui donne. Et puis, elle ne sait pas où elle est.**

**De temps en temps, elle me dit, « ramène-moi un peu de foie quand tu viens », je vais acheter du foie de veau chez carrefour et je lui amène.**

- Ils acceptent que vous ameniez de la nourriture dans le service ?

- **Euh.. Peut-être exceptionnellement. J'en ai parlé au médecin, donc exceptionnellement, sachant que je ne lui amène pas du couscous ! Un peu de foie elle me demande, je lui découpe grillé avec de l'huile d'olive, je lui découpe en petits dés et je lui ramène, elle mange rapidement. Aussi je lui ramène des fraises avec un peu de sucre, et des oranges coupées dans une boîte avec du sucre. Pas du jus parce que pour elle, il n'est pas assez sucré. Parce qu'on aime plus le sucre en Algérie qu'ici. Donc je lui ramène un peu de sirop assez sucré, du sirop d'orange. Les gens ils savent... et ils l'acceptent. Mais c'est un peu exceptionnel quoi.**

- Dans la famille, y a-t-il des personnes malades actuellement ?

- **J'ai ma sœur, elle a un problème, comment ça s'appelle, col de l'utérus, il y a un virus, un microbe qu'il faut surveiller, qui risque de provoquer le cancer. Elle est prise en charge, elle voit son gynécologue pas loin du village. Son mari s'en occupe. Mais [ma mère] s'inquiète. Parce qu'il y a déjà une fille qui est partie pour un cancer de la peau, un mélanome, et maintenant elle s'inquiète pour l'autre. Elle demande pourquoi elle ne vient pas se faire soigner ici ?**

- Parce que ici c'est mieux ?

- **Ah ben oui bien sûr ! C'est pour ça elle est venue ici pour prendre de l'air, et quand elle est arrivée ici elle prend les soins ! Elle avait un peu d'argent de côté aussi avec la pension. Je lui ai dit « tu veux te faire soigner, allons y ! » donc elle a payé le scanner, elle a payé une consultation chez un ORL. Ses médicaments je lui ramenaient du secours populaire c'est bon.**

- Donc elle venait en France aussi pour la santé?

- **Dans sa tête c'était aussi pour voir si elle peut se faire soigner.**

- Depuis que vous êtes arrivé, vous est-il arrivé d'avoir été invité dans une famille française ?

- **Euh...non. Il y a une française qui est venue, c'est une infirmière d'ailleurs, c'est une des services sociaux qu'on connaît. Elle venait de temps en temps pour ma femme, depuis elle la connaît, elle venait de temps en temps. Mais elle, elle est venue une ou deux fois, la première fois c'était pour lui faire le vaccin anti-grippal, et après, je crois qu'elle est venue voir ma femme. Mais sinon, moi-même, ma femme étant malade... donc on ne fait pas de bouffe, on n'invite pas les gens. Je connais un peu les collègues de la FAC, moi j'y vais de temps en temps. Ma femme elle a souvent le mal de tête.**

- Et avec le voisinage, avez-vous des relations ?

- **Dans les tours HLM...peu.**

- Est-ce que vous pensez que c'est facile d'avoir des relations avec les français ?

- **Oui pour ce qui me concerne. Pour ma mère non, elle ne parle pas français. Mais elle ne dit pas de mal des français, malgré toutes les souffrances qu'elle a endurées à cause de la France. Elle a perdu son petit mari qu'elle a chéri, jusqu'à maintenant elle en pleure...le deuxième il a fait quatre années et demi pendant la deuxième guerre mondiale, elle l'a pas vu... non, elle n'était pas encore mariée avec lui... mais il a fait la guerre d'Algérie du côté français, donc elle a bataillé pour la France, même si elle était à la maison. Parce qu'on considère qu'un soldat qui est sous le feu de l'ennemi, c'est la femme qui souffre plus parce que est-ce qu'ils vont revenir... elle souffre plus de l'attente. Donc elle a souffert beaucoup pour la France mais elle ne considère pas les français comme des ennemis. Ils ont des bons médecins, ils font de belles choses. On a eu une fuite de robinet à la**



**maison, vite fait il est venu la changer. Donc elle les trouve comme plus intelligents. Elle les évoque comme des êtres supérieurs à nous. Parce qu'on a été colonisé pendant 132 ans. Supérieurs du point de vue, ils savent faire des études, ils savent faire des choses... des belles voitures... nous on sait pas ! Elle c'est aller cueillir des olives, c'est tout ce qu'on sait faire. Même les ponts pour traverser les rivières, c'étaient les français, c'étaient les soldats, parce qu'il y avait eu la guerre. C'est vrai, ils nous ont colonisés, mais ils ont apporté des choses bien ! Bon, il y a des hauts et des bas bien sûr. Mais par exemple, ils nous auraient pas laissés aller à l'école.**

- Là ça vous concerne plus, quoique elle aussi quand elle est partie 6 mois... Est-ce qu'à son retour de France dans son pays, elle a retrouvé le pays changé ?

- **Non. Au contraire, quand on vient ici, on a un certain confort qu'il n'y a pas là-bas. Il n'y a pas toujours de l'eau au robinet... même dans les villes... je ne parle pas que de la campagne. On sent que c'est pauvre, les villes sont sales... quand on reste un mois, tout de suite on nous met là bas, c'est ce que je ressens, sûrement, c'est ce qu'elle ressent elle aussi quand elle... Elle est pressée de partir de l'hôpital pour deux raisons. Je crois qu'elle revient un peu... elle sait maintenant à peu près où elle est, et puis il y a des hommes qu'elle trouve plutôt collants... Mais au Bled non ! Parce qu'elle a des choses encore à faire. Elle va avoir sa carte de séjour, elle a eu le récépissé donc elle est prête à attendre ! Moi ça m'inquiète parce que ce serait bien qu'elle parte pour retrouver ses repères...**

- Votre maman s'habille-t-elle différemment quand elle est chez elle que quand elle est en France ?

- **Ses vêtements français, elle les porte sous la robe kabyle. Même quand elle sort elle porte la robe kabyle. C'est exceptionnel [qu'elle ne la porte pas] parce qu'elle est à l'hôpital... le gilet, c'est tout...**

- Les jeans elle porte ?

- **Ah non ! C'est pour les neveux, les nièces.**

- Il y a beaucoup de personnes de sa génération qui s'habillent à l'européenne ?

- **Non. La plupart ils s'habillent de façon traditionnelle.**

- Votre maman ne sait pas lire ?

- **Non.**

- Ca lui arrive d'écouter la radio ?

- **Oui, la radio kabyle.**

- Les questions qui suivent concernent plus comment vieillir et comment gérer la fin de vie.

- **Oui, je peux vous en parler, chez nous, déjà, culturellement, les vieux, c'est les enfants qui les portent. Il n'y a pas de maison de vie, c'est les enfants qui s'en occupent. C'est sacré ça. On ne peut pas..Normalement, c'est aux hommes, les filles non. C'est le garçon qui doit s'occuper des parents.**

- Votre maman, elle se voit vieillir plutôt en France ou là-bas ?

- **Non, là-bas. Elle me disait « si je meurs ici ça passe pas ».**

- Elle est venue en France pour se soigner pourtant ?

- **Oui mais mourir pour elle, c'est retrouver... elle va retrouver son père... il y a la religion qui rentre en jeu. Elle va retrouver ceux qui sont morts, ses parents, ses amours, ses enfants qui sont morts...**

- Mais ses maris sont enterrés en France ?

- **Non non. Ca n'a rien à voir. C'est le premier qui est enterré en France, parce que personne n'a fait de démarche pour le rapatrier. Elle elle aurait aimé mais ça coûte cher. Sauf si elle demande à l'Etat. Aussi elle avait soulevé cette question.**  
*(la mère intervient. Elle se croit dans son village)*

- Par rapport à cela, j'ai une question : est-ce que vous l'avez retrouvée en Algérie après le décès de votre sœur, était elle désorientée comme ça ?

- **Non. Pas du tout. C'est depuis le dimanche 21 mars 2010. A son arrivée en France, elle était normale. On avait pris l'avion, le train... c'est le fait d'être dans une... elle n'a pas mis le pied dehors... de la maison à l'hôpital... à rajouter l'hostilité à la maison, à cause de la sorcellerie qu'elle s'imaginait... Donc c'était hostile, et elle s'ennuyait un peu, la maladie, les lettres qu'on écrivait pour ses démarches ne revenaient pas... tout ça a fait que c'était vraiment hostile, et ça a déclenché le... Et puis elle arrive ici...j'ai oublié un épisode, les quelques temps qu'elle a passé à Delay, elle.. elle accepte qu'on se dise peut-être que c'était un rêve. Parce que elle avait soif, elle se souvient qu'elle avait soif, et elle avait faim, et il y avait ma sœur, mes nièces, un tas de monde qui passait devant et la regardaient. Elle leur demandait de lui donner à boire et personne... elle leur en**

**veut jusqu'à maintenant. Je lui ai dit non c'est un rêve, maintenant elle commence à dire « peut-être ». Elle s'imaginait dans le village. Dans le personnel ici, beaucoup sont la fille de tel ou le fils de tel hein ?**

- Vous pensez que le fait de rentrer chez elle ça va rétablir ça ?

- **Heu... ben je l'espère.**

- Comment la mort est-elle considérée dans votre pays ? Est-ce qu'il y a des rites et des convenances particulières ?

- **Il n'y a pas d'incinération, donc on les enterre. Après c'est des religieux. Ils pensent que s'ils ont fait du bien, ils vont aller au paradis, si ils ont fait du mal, ils vont aller en enfer. Moi ce que je pense moi, je ne sais pas.**

- Et si elle était amenée à mourir en France, qu'est-ce qu'elle dirait de cette éventualité ?

- **Déjà, elle choisit l'endroit de son enterrement : pas loin de telle personne, pas loin de telle ou telle personne dans le cimetière du village... donc être enterrée loin de son village... ça lui fait peur d'être enterrée loin des siens. Quoique, je ne lui ai pas posé la question, peut-être que si on l'enterre à côté de son mari ici, est-ce que... je sais pas, je ne lui ai pas posé la question. Mais je n'ai pas envie de lui poser.**

- Comment a-t-elle vécue son hospitalisation ?

- **Très bien. A Delay, c'était un cauchemar.**

- Que pensez-vous de cette prise en charge à Delay ?

- **On me l'a dit, on m'a dit que ça paraît barbare mais c'est comme ça, je leur fait confiance. Je leur dis, oui effectivement, c'est difficile pour moi, c'est ma mère, on l'enferme dans une chambre, c'est difficile de l'accepter, je ne peux pas la voir, de ne pas savoir comment elle va. C'est difficile pour elle, j'arrêtais pas de dire, elle communique pas donc vous la laissez dans une chambre, si elle a envie de quelque chose... C'est angoissant. Quand je l'ai vue, j'avais raison parce qu'elle a fondu, elle avait fondu. Même les médicaments, on m'a dit, on pouvait pas lui donner beaucoup de médicaments... elle a commencé à la maison à perdre du poids, donc quand je l'ai vu, elle avait perdu**

- Et les médicaments ?

**- Les médicaments ils pouvaient pas lui donner, c'est ce qu'il m'expliquait, par rapport à son poids, ça lui donnait une complication en plus.**

- Et les médicaments qui étaient prescrits, elle les prenait ?

**- Oui, elle les prenait. Ici, elle se plaint, des fois on lui donne pas assez. Les gens à côté, c'est des blancs, c'est pas forcément des français, elle sait pas exactement qu'est ce que c'est, c'est des blancs, il y a ceux à qui on donne plus de médicaments que d'autres. Pour elle, si on a donné à son voisin de table ces comprimés, pour elle pourquoi on lui donne à elle aussi ces comprimés ?**

- Et les soins à la personne ?

**- Elle est contente. Tout à l'heure en sortant elle m'a dit de les remercier.**

- Ce sont des femmes qui ont fait sa toilette ou même les hommes ?

**- Non, elle est pudique. Même des fois, sa douche...il faut la surveiller, mais il faut pas rentrer dans la douche. Elle prend sa douche à sa manière.**

## 4. Entretien monsieur Be.

- Où est né votre oncle?
- **Il est né au Maroc, c'est marqué sur... au Maroc ça s'appelle « D.. ». C'est marqué là-dedans non?**
- A quel âge est-il arrivé en France?
- **En France? Je sais pas... ça doit être marqué sur sa carte de séjour, parce que lui il a été avec l'armée français, pendant la guerre entre l'Allemagne et la France. Et une fois qu'il a reparti, avec ce qu'il a donné la France à l'époque, il est revenu pour réclamer pour ses droits. Et la solidarité de Bordeaux il l'a pris en charge, et ses droits avec une source de... je sais pas combien parce que moi j'habite pas ici... il est rentré le... euh...**
- ...parce que j'ai vu son frère hier, et...
- **non, il n'a pas de frère ici!**
- Il m'a dit qu'il était son frère.
- **Non c'est pas son frère.**
- C'est un ami alors?
- **Je sais pas, moi je connais ses frères, je connais toute la famille... il est rentré le 29/10/99 avec ses droits de carte de séjour en France.**
- Moi j'aimerais savoir pourquoi il n'est venu que en 99? Avant il n'avait pas besoin de venir en France?
- **C'est pas la question! Parce que la France il a ouvert les droits pour les gens qui a passé la guerre, mon père il a fait pareil. Il est là mon père, il est avec moi. Il a fait pareil, et tous les gens qui sont fait la guerre qui se battu avec la France à l'époque, sont venus pour avoir leurs droits. Parce que un monsieur par exemple qui l'a passé 7 ans ou 10 ans à l'armée français et après une fois qu'il est en France il a 100F par trimestre, ça c'est atroce, c'est idiot, c'est pas un salaire, en français, c'est pas une retraite. Il sont venu ici, la France il va prendre, il l'a accepté... déjà, y a pas que lui, y en a beaucoup! Beaucoup, beaucoup, beaucoup! Qui sont venus comme ça, parce que y en a qui z'ont de la chance, ils ont avoir leur droit au Maroc, ils sont pas déplacé ici, mais y en a qui sont déplacé qui sont venu défendre leur droit. Parce que à l'époque y a pas de sang! Y a pas les droits, ils sont pas les droits entre le Maroc et la France!**
- Mais cela fait longtemps qu'il a arrêté de travailler pour l'armée française?
- **Cela fait longtemps oui! Il a une retraite, je sais pas s'il la touche ici ou s'il touche au Maroc (il demande à son oncle) . Au départ il touche rien. (monsieur B. parle) Il a travaillé 6 ans avec la France, il a rien... il avait rien du tout! Il avait que les papiers comme quoi c'est connu qu'il était à l'armée française, avec une carte de combattant qu'il a battu avec la France à l'époque. Y a que la mutuelle, il avait la mutuelle. C'est à dire s'il est malade il soigne avec la mutuelle. Mais les sources, y avait rien.**
- Donc il est reparti au Maroc pour retourner travailler en fait?!
- **Non mais il est parti parce qu'il a la famille là-bas. Comment il a travaillé, je sais pas, j'étais encore petit à l'époque, je sais pas comment il a gagné sa vie... Mais une fois**

**qu'il a voulu déjà, qu'ils sont venus en France, ils sont venus pour défendre leur droit, ils viennent à Bordeaux et Bordeaux il a accepté son dossier...**

– Et ça seulement à partir de 99?

– **Oui c'est ça! Il est marqué sur la carte la date de rentrée.**

– Donc c'est tout récent le fait qu'il ait pu avoir des droits? Sinon il a rien eu.

– **Oui c'est ça, il a rien eu.**

(monsieur B. se met à parler. Son neveu lui répond puis explique)

– **Bon vas-y! Non, il demande pourquoi vous faites de telles questions.**

– C'est fait pour mieux comprendre exactement quelle est votre vie, pour comprendre quels ont été les problèmes. C'est quand même un problème de n'avoir rien eu pendant des années, et de se retrouver à 73 ans en France loin de sa famille!

– **Oui, mais mon père a 99 ans maintenant, madame. 99 ans! Mais qu'est-ce qu'il a? Il a pas grand chose! Ce qu'il y a c'est la France, elle a fait une mauvaise démarche avec les gens-là, normalement, elle doit donner une somme, il va retourner dans son pays, il touche là-bas. Par exemple, au lieu de donner 600 euros, s'il a donné 300 euros, au Maroc il va rester là-bas avec 300 euros il peut gagner sa vie! Sarkozy il veut le faire, je sais pas ce qui l'a empêché de ne pas faire, mais il a parlé de ça déjà. Parce qu'il voit les difficultés déjà qui sont à Bordeaux, qui sont partout. Plusieurs ils sont à Bordeaux. Beaucoup de gens ils sont à Bordeaux. Mais c'est pas une vie comme ça, si vous voulez. C'est pas une vie! Parce que moi, j'habite pas à côté.**

– Ben oui c'est compliqué! Parce que du coup il est obligé de rester au foyer pendant 6 mois pour pouvoir bénéficier de ses droits.

– **Oui, c'est compliqué!**

– Et il a toute sa famille au Maroc. Ses femmes et ses enfants!

– **Oui!**

– Et votre père a la même histoire?

– **Oui, il a fait la même chose! Mais il a de la chance parce que je suis là!**

– Et vous, donc, vous êtes en France pour d'autres raisons?!

– **Ben nous sommes venus avec les droits qu'il y a entre la France et le Maroc. A l'époque, y a du travail en France, c'est pas comme maintenant! Ils ont demandé des migrations du Maroc pour envoyer les immigrés pour travailler en France! Nous sommes venus avec les droits, avec le contrat, avec les choses, et une fois on a travaillé, ben on a cotisé et on s'est installé ici.**

– Il y a beaucoup de membres de la famille en France à part vous?

– **Ben oui, y en a beaucoup! Y a des marocains, y a des algériens, y a des tunisiens, y a du sénégal. La France elle a ramassé tout ça! Y a même des japonais, y a des cambodgiens, y a des chinois.**

– Mais de votre famille? Est-ce que votre oncle a eu un entourage ici? Votre épouse par exemple m'a dit au téléphone...

– **Oui mais mon épouse si tu lui dis quelque chose, elle comprend rien! Y a des choses qu'elle comprend pas. Même moi, au niveau de... c'est pas pareil qu'un monsieur qui a passé à l'école, il connaît le français par coeur, il a appris à l'école. Nous on a appris avec les jeunes au café, le travail, c'est tout, on n'a pas appris à l'école. Ça fait 35 ans 36 ans que je suis en France, c'est pour ça qu'on a avoir démerdé pour avoir parlé un propre français, c'est pas tout à fait, mais quand même on débrouille quoi!**

– Bien même!

– **Oui!**

- Et comment votre oncle perçoit la France après tout ça?
- **Je comprends pas?**
- Qu'est-ce que représente la France pour lui?
- (il demande à son oncle)**Il a dit, la France elle est bien, tout! Pour vivre, pour les droits, pour les médicaments, pour la santé et pour tout il dit bien. Y a rien qui manque en France.**
- Et est-ce que son arrivée en France a été difficile? Parce que ça a dû être compliqué l'installation en France, il avait 73 ans?
- **A mon avis à l'époque il était encore un petit peu jeune par rapport à maintenant, parce que ça fait 10 ans. C'est un ancien combattant, c'est un soldat qui a la misère au départ, il est venu ici, il a des copains qui l'a aidé qui savaient, pour faire les courses, pour les papiers, pour traduire. Parce que nous entre les copains on rend le service! Même les français! Mais celui qui s'est bien démerdé il a pas besoin des français. Mais comme lui il est vieux, il y a des gens qui par rapport à lui, qui aidaient pour avoir les aides.**
- Des jeunes marocains? Des associations?
- **Des associations, mais surtout des marocains qui parlent arabe, parce que déjà lui il parle pas beaucoup français. A mon avis il sait pas parce que j'ai pas parlé avec lui.**
- (intervention du cousin présent: y a la France elle a fait rentrer les anciens combattants, pour les mettre à Bordeaux dans un foyer. Elle a mis sous leurs disponibilités, tout ce qu'il faut. Donc l'entrée en France, c'était facile pour eux. C'est le consulat de France de là-bas qui s'occupent de tout, du visa.)
- **Oui, ils ont une priorité hein! Moi mon père quand il a rentré, j'ai présenté au service combattant. Le service combattant il a dit « qu'est-ce qu'il y a? Il faut appeler une assistante sociale qui c'est qui fait les grilles et vous montrez les papiers comme quoi il a été à l'armée. » Moi j'ai pris rendez-vous avec l'assistante sociale de l'immigration. Qu'est ce qu'elle m'a demandé au départ, y a une chose, elle m'a convoqué avec mon père dans son bureau, elle me demande sa carte combattant. Si il a la carte combattant. J'ai dit oui, j'ai sorti la carte combattant avec sa photo et tout ça. Et elle m'a dit, ton père il a les droits meilleurs que moi et toi. Et ça c'est dit comme ça! Parce que elle m'a dit ton père il a battu pour le drapeau français, maintenant il a les droits de tout. Pour la santé, mon père il a 100%, comme mon oncle, a mon avis, il a 100%. Moi pour mon père, je paye pas le médecin, je donne juste la carte vitale, c'est payé par l'armée!**
- Monsieur B. parle-t-il d'autres langues que l'arabe?
- **Non, il parle arabe c'est tout. Il parle berbère, parce que nous on habite au moyen atlas au Maroc, c'est des berbères. Mais ça, maintenant ça se modernise et ils parlent que l'arabe comme tous les arabes quoi.**
- Il est musulman?
- **Oui. Il pratique tout ça, il pratique.**
- Le ramadan?
- **Oui, il fait mais maintenant je sais pas. Mais il est pratiquant oui.**
- Et à la période du ramadan il retourne au Maroc?
- **Non, je sais pas...**
- Vous ne voulez pas lui demander?
- (il lui demande) **Ca dépend, y a des moments ici, y a des moments au Maroc**
- Depuis qu'il est en France, il continue à faire ses prières comme avant? Pratique-t-il la religion de la même façon?

- **Normalement oui!** (il lui demande. Monsieur B. rit et répond.) **Oui, il continue à faire la prière.**
- Est-ce difficile de maintenir la pratique en France, loin de sa famille?
- **Moi je vais répondre à sa place, parce qu'il y a pas d'empêchement en France, au Maroc, au Japon. Notre religion, si vous voulez, y en a beaucoup qui disent « c'est difficile », mais c'est le contraire! Chez les chrétiens, ...quand vous voulez aller à la messe allez à l'église directement, nous on a la mosquée, mais si on a pas le temps de prier à la mosquée on prie à l'endroit où on est; par exemple au foyer ou sur la route, c'est facile à faire, à pratiquer. On fait à la maison, puis si on a le temps, on fait à la mosquée avec le groupe, comme ça c'est ce qui est demandé par le Bon Dieu, mais si on travaille ou on est malade, on le fait sur place à la maison. C'est pas compliqué. On a 5 min pour prier.**
- C'est quand même pas tout à fait pareil, par exemple au pays à la période du ramadan, tout est aménagé pour que vous puissiez faire le ramadan. En France, rien n'est mis en place pour ça!
- **Oui, c'est un petit peu gênant quand on voit les gens qui mangent et les gens qui fait le ramadan. Mais moi personnellement ça ne me gêne pas, et ni lui! Parce que c'est quoi ramadan, c'est d'arrêter de manger du soleil au coucher du soleil, c'est pas quelque chose qui est interdit pour travailler ni pour pratiquer, voyager. Mais le Bon Dieu il a fait une excuse si on voyage par exemple au Maroc on peut manger jusqu'à ce qu'on récupère le jour quand on est à domicile, chez soi.**
- Donc ce n'est pas un problème!
- **Non, c'est pas un problème, sauf s'il est malade.**
- Donc s'il est ici hospitalisé par exemple, il fait pas?
- **Non, normalement il faut pas le faire.**
- Et même pour la prière?
- **Ah si on est malade...on...on... on fait pas mais normalement on peut le faire si on connaît! Sauf s'il perd connaissance.**
- Pouvez-vous lui demander s'il a pu faire la prière dans le service?
- **Moi je trouve qu'il me dit non. Il peut pas le faire parce que déjà, il serait propre...**
- Il faut avoir les vêtements propres?
- **Ben oui, obligé! Parce que s'il y a le sale qu'est sur les vêtements quand il est allé aux toilettes, qu'il s'essuie pas bien ou qu'il lave pas bien, ça c'est peut rien s'accepte par rapport au Bon Dieu. On peut rien faire! On fait quand on est propre.**
- Est-ce que ça lui a manqué?
- **Oui, il m'en a parlé tout à l'heure, oui.**  
(il change la conversation, en cherchant un verre de lunette)
- Regarde-t'il la télévision chez lui?
- (il demande) **non.**
- Lui est-il déjà arrivé d'être invité dans une famille française depuis qu'il est là?
- (il demande) **non. (...) Mais il ne parle pas français. Y en a qui aiment bien parler, mais c'est dommage parce qu'il parle pas français.**
- Comment monsieur B. perçoit le fait de vieillir? A son âge, il est amené à parfois vivre en France, et vu qu'il a des problèmes de santé, préfère-t-il être soigné en France ou au Maroc?



- (Il lui demande) **c'est pareil.**
  - Par contre au Maroc, il a sa famille!
  - **Ben oui, le principal c'est ça hein! Quand il est là bas, il peut pas faire les courses, il peut pas faire la cuisine, il peut pas faire ça, il peut pas faire ça, il est tranquille quoi!**
  - Comment vous le trouvez là?
  - **C'est bon, il est calme, il est bien! Mais j'sais pas la nuit, parce que si la nuit il bouge. J'sais pas parce que votre confrère tout à l'heure il m'a dit il bouge un peu la nuit. S'il est comme ça, il me connaît il est bien là. Il est un petit peu heureux par rapport à mon arrivée!**
  - Le retour au Maroc parmi les siens doit lui faire plaisir!
  - **Voilà!**
  - Il est venu ici parce qu'il était un peu confus, mais là il a su bien répondre à vos questions je trouve!
  - **Oui! Il m'a parlé tout ça, l'autre fois il m'a reconnu; ça y est, il est un petit peu heureux, comme quelqu'un qui a été fermé et après il est sorti dans la lumière, c'est pareil. Parce qu'à mon avis, il va s'arranger ça à mon avis!**
  - Comment a-t-il vécu l'hospitalisation?
  - (il lui demande) **C'est bien, il dit c'est bien, ça se passe bien, y a rien qui manque!**
  - Enfin, j'aimerais aborder un sujet moins drôle, celui de la mort. Y a-t-il déjà pensé?
  - **Ah moi j'y pense tous les jours madame! Nous les musulmans, il faut se rappeler de la mort trois fois par jour! Parce que un jour on va mourir et on oublie pas la mort. La mort c'est obligé! C'est quelque chose qui... qui une fois qu'on est né, on va mourir! On passe 70 ans, ou 100 ans, ça dépend chacun son âge que le Bon Dieu il l'a accordé, mais quand même un jour on va retourner à la terre!**
- Monsieur B. montre un signe de fatigue, l'entretien est interrompu là!

## 5. Entretien monsieur B. et madame B.

(présence du fils de monsieur B. et de son épouse)

- Où monsieur B. est-il né?
- **En Algérie.** (Il demande à sa mère)  **dans la commune de Nekmahia. A l'époque, c'était pas encore Nekmahia, il est né pendant la période française, pendant la colonisation. C'était un peu chaud de faire des différences entre deux communes.**
- Il était donc français à ce moment-là?
- **Ouais, enfin... il était français... avec ses papiers je sais pas s'il est encore français normalement, tu vois?**
- Est-ce qu'il a gardé la nationalité française après l'indépendance?
- **Non, je pense pas! Parce que après ils sont passés derrière, tous les papiers ils sont effacés. Dès que la France elle est sortie, ils ont effacé tous les documents, ils ont recommencé de tout! Tout a été rectifié.** (la mère intervient en arabe). **Oui, il est né à Nekmahia, mais pour l'enregistrement, il l'enregistre dans la commune de Kadras,**
- Quel âge avait-il quand il est arrivé en France?
- **Je pense qu'il avait... il est né en 33 je pense... il est arrivé à 27 ans je pense, il est arrivé en 1960!**
- D'accord, donc juste avant l'indépendance?
- **Non, c'était bien avant l'indépendance! C'était 2 ans après, l'indépendance!**
- Il est donc arrivé français, et ça s'est modifié à l'indépendance?
- **Oui, c'est ça.**
- Ca a dû être compliqué non?
- **Ah ben oui! A ce moment, à leur période ouais! Pour tout le monde hein! Pour lui, et c'était valable pour tout le monde hein!**
- Il ne connaissait pas encore votre maman à cette époque?
- **Si! Ils se sont mariés en 1960... euh... 59/60.**
- Donc avant de venir en France?
- **Ouais, ils ont eu deux enfants pendant la période française, et les deux enfants, ils sont morts pendant la période.**
- Il y a combien d'enfants dans la fratrie?
- **Avec les enfants qui sont morts on était dix, et là on est huit. On est sept plus ma soeur la huitième.**
- Sept garçons?
- **Oui**
- Et une fille?
- **Oui** (il rit) (la mère demande des explications et parle en arabe) **En plus, c'est vrai que l'acte de mariage il est français, il est resté français. Il y en a deux en fait, y en a un il**

**est français et un il est algérien.** (la mère continue à parler en arabe). **Non il est mort...il est mort à peu près... il est mort à peu près à quoi... il avait même pas un an! Et y en a un il est mort à huit ans.**

– Et ça à cause de la guerre?

– **Non, je sais pas exactement, ça personne ne sait! Ils en parlent pas, ils ont jamais parlé.**

– Est-ce que vous savez pourquoi ils sont venus en France?

– **Mon père il est venu en 1960, ça, je sais pas.**

– Il est venu tout seul d'abord?

– **Il est venu tout seul! Il est pas venu avec ma mère. Jusqu'en mille neuf cent quatre vingt... quatre vingt... Quatre vingt... quatre j'pense ou quatre vingt cinq, on est arrivés moi et ma mère je pense et mon petit frère et ma petite sœur.**

– Donc vous, vous êtes né là-bas et vous avez vécu là bas en fait?

– **Ouais! Et après on est venu... et après on est redescendu en Algérie (rires), toute la famille: moi, ma mère, ma sœur... et mon petit frère.. Et après il nous a ramenés en 1996. Non, il a ramené mon frère, mon dernier frère, le plus jeune. Il l'a ramené en 1992 j'pense, 1992/91. Et après moi et ma mère il nous a ramenés en 1996, 96 ou 97. Ma sœur elle est restée en Algérie, avec mes frères.**

– Ils ont quel âge ces frères?

– **Oh ça dépend! Ce sont des militaires en plus.**(la mère intervient en arabe) **Elle a dit cinq en Algérie et trois ici en France! Et aussi il y en a un il est venu tout seul! Il a fini son armée et tout, il en a eu marre, il est venu ici en France.**

– Et la sœur est aussi dans l'armée?

– **Non, elle non.**

– Et votre père est venu en France pour trouver du travail?

– **Non, je pense pas. Non, c'est que... en fait il y avait des relations avec l'Algérie, même s'il y avait la guerre et tout, la guerre était terminée, y avait des relations, ils ont signé des pactes et tout, et mon père quand il est venu il avait pas encore les papiers en 1960 je pense et... enfin, il avait les papiers, et il pouvait aller sortir comme il veut entre l'Algérie et la France. Et après jusqu'en 1965 et tout après, il y a eu des relations et... si on le laisse travailler ici, il est resté.**

– Il a fait quoi comme travail?

– **En maçonnerie!**

– Et en Algérie il travaillait aussi dans la maçonnerie?

– **Oh en Algérie il a commencé tôt le travail, il a commencé à travailler à huit ans chez les colons, et après il a recommencé après à travailler dans le bâtiment à l'âge de 13 ans**

– Avait-il un membre de la famille en France quand il est venu?

– (il demande à sa mère) **Oui, il y a mon oncle qui est venu avant lui. Il était engagé par contre lui. Lui il a été engagé avec la France. Il était dans l'armée française.**

– Mais pas votre père?

– **Jamais!** (la mère parle derrière). **Mais il (mon oncle) était pas combattant! Il travaillait dans le génie militaire. Il était commandant, c'était une grosse tête dans le génie militaire. Après il est venu en France, il a quitté l'armée là-bas, et il est venu ici en France avec mon père, mais mon père il est civil!**

– Pouvez-vous demander à votre mère comment ils percevaient la France à cette époque,

et comment ils ont vécu cette séparation géographique?

– **Non, non!** (la mère demande de traduire, il explique rapidement en arabe) **Non, c'était pas ça!** (la mère rit derrière) **Ouais c'est vrai que elle, elle vient ici en vacances...**

– Mais ils n'étaient pas tout le temps ensemble?

– **Pas tout le temps, mais parce que mon père aussi il restait ici en France, il restait pas beaucoup: il restait 4 mois, 5 mois, 6 mois et il partait. Il faut dire un mois, deux mois et il repart et après il revient ici, 2 mois, 3 mois de travail et après il repart là-bas, c'était comme ça!**

– Et à ce moment-là il habitait chez votre oncle? Dans un foyer?

– **Un foyer je pense. Il s'appelle Sonacotra.**

– Comment ils ont vécu cette vie? C'était un choix?

– **Oui, je suis d'accord. Moi je pense. Ben ils étaient d'accord de toute façon. Ils m'ont raconté: pour ça ils se mettent d'accord à l'avance, avant nous. C'est comme ça chez nous en Algérie. Une fois qu'on se met d'accord à l'avance, c'est si nous on veut travailler à l'étranger, il faut se mettre d'accord. Après si la femme elle est pas d'accord, ben on en choisit une autre.**

– Et votre père a plusieurs femmes?

– **Non, une seule.**

– Et ça représente quoi la France? Qu'est-ce que ça représentait à cette époque, et qu'est-ce que ça représente maintenant?

– (il demande à sa mère) **C'est comme avant, la même chose** (mère: « kif-kif »)

– Et c'est quoi cette image de la France?

– (la mère parle derrière) **Franchement, chez nous, franchement, la vérité, c'est la vérité bien sûr la France c'est un pays qui est... c'est un des meilleurs pays au monde hein! Même si il y a eu la guerre, ça c'est politiquement, moi je m'en fous c'est pas mon problème. Y a eu des conflits et tout en Algérie, je sais pas, mais après moi je... la France...**

– Mais la vie n'est quand même pas la même en France et en Algérie?

– **C'est pas la même non. Déjà à la base on a deux religions. Deux religions déjà c'est pas la même, c'est... déjà à partir de ça, disons que, c'est pas la même. C'est pas la même chose.** (la mère intervient). **Elle a dit que, au début, mon père il est venu ici en France, elle elle a resté là-bas pour éduquer les enfants et... elle elle a jamais été à l'école!**

– Votre père lui a été à l'école?

– **Oui... Non mon père il a jamais été non plus.**

– Et par contre, vous, tous les enfants, vous avez été à l'école?

– **Tous! Sauf un seul, non deux... non, un seul parce que y en a un il arrêta pas de sécher les cours. Mais y en a un qui pas, maintenant, il est bien placé en Algérie, il est policier, et il a jamais été à l'école (rire) Et c'est lui qui a réussi, entre nous tous, c'est celui qui a réussi!**

– Parce que les autres de la fratrie n'ont pas réussi?

– **Non, c'est le mieux! C'est lui qui a réussi le mieux! Y en a un qui a étudié dans l'école coranique, lui c'est un crack! Dans sa tête il connaît des tas de livres par cœur! Tout le monde vient le voir chez lui là-bas, des fois quand il vient chez nous, tout le monde vient le voir pour demander des explications, même des savants viennent le voir! Il a commencé à étudier à l'âge de sept ans hein! Là l'école coranique, et après il a commencé à voyager, il est parti au Maroc, en Tunisie, il est parti un peu dans la Syrie... Il est parti un peu voyager, il commençait à prendre un maximum c't'espace. Il est fort**

**en tout, sur la langue arabe..dans tout! Comment dire... c'est pas comme les philosophes, un truc comme ça, mais non, ça ça n'a rien à voir ça... C'est...comment dire... il est fort sur beaucoup de choses, il est fort sur l'héritage, il parle de beaucoup de choses. Mais il ne veut pas travailler par contre. Même tout le monde il lui demande de travailler pour l'argent, il a refusé de travailler pour l'argent. Il fait que juste ça comme ça.**

– Un passionné quoi!

– **Voilà, c'est ça!** (rire)

– Bon, on va reprendre le fil de notre discussion... Et-ce que l'arrivée en France a été difficile?

– **Non, pour nous non!**

– Pour vous et votre maman, ça n'a pas été difficile?

– **Non, c'est mon père il a fait des demandes et après... (il demande à sa mère) Elle a dit que en fait c'était pas difficile. Quand on voulait venir le voir ici en France c'était pas difficile.**

– Et quand vous êtes venus en France, vous l'avez vue telle que vous l'imaginiez?

– **Ben, c'est un pays, de toute façon, c'est un pays développé quoi, par rapport aux pays d'Afrique. Ouais, ouais! Au niveau de TOUT, c'est un pays développé.** (la mère intervient) **C'est vrai qu'elle a dit nous on connaît pas, c'est mon père il nous a ramené... tu vois, mon père il nous a ramené pour nous montrer...après nous on partait en vacances!**

– C'est le pays des vacances

– **Le pays des vacances voilà! On vient en vacances et après on repart à l'Algérie**

– Vous aviez quel âge quand vous êtes arrivé?

– **La première fois je pense que j'avais trois ans, et après on est reparti, on est reparti aussitôt, moi je suis parti pour les vacances après je suis plus revenu, après y avait que ma sœur et mon frère qui venaient, parce que moi j'avais l'école et je pouvais pas venir.**

– Et vous savez pourquoi ça c'est passé comme ça, avec tous ces aller-retour?

– **Non! Parce que quand on décidait on venait, quand on avait envie de venir, on vient. Enfin c'est lui qui décidait de toute façon, c'est mon père!**

– Et la décision définitive de s'installer en France, comment c'est elle faite?

– **Oui, ça c'était à la retraite, il était presque à la retraite, c'était en 1997, il était presque à la retraite. Il pouvait s'occuper de nous et tout.**

**Oui parce que... c'est vrai que... ça c'est... il a raison, parce que moi je...vraiment, moi je le comprends! Il a peur qu'on vient ici et qu'on...qu'on devient... vous voyez (sourire complice)ce que je veux dire, qu'on devienne des... des délinquants, des trucs comme ça. Il avait peur de ça...**

– ...que vous veniez vivre en cité et que vous tourniez mal?

– **Voilà!**

– Il a préféré que vous soyez instruit en Algérie?

– **Voilà!**

– Et vous trouvez qu'il avait raison?

– **Moi je trouve qu'il avait raison, oui. Vraiment ce que je vois maintenant, par rapport à ce que je vois maintenant, c'est vrai.**

– Vous avez côtoyé des algériens ici en France?

– **Ouais, la preuve j'ai beaucoup de famille qui vivent ici en France. J'ai même... un**

petit peu.. j'les connais pas, la vérité... C'est la famille B. et tout, c'est les gens ils ont le nom B. comme nous et tout, mais c'est pas de... moi je les ai jamais connus... mais là c'est des... comment on dit...(petit rire) c'est des français, comment ont dit... des... c'est... Pascal, Bernard et tout tu vois? Y en a plein... y en a en pagaille..mais moi je les connais pas! Après j'ai de la famille qui sont à Lyon, qui sont à Marseille, qui sont à Toulouse, partout, ici à Limoges...

– Et vous, vous avez la nationalité algérienne?

– **Algérienne oui. J'ai pas encore fait la demande, j'ai mon frère qui a fait la demande mais pas... la nationalité française, mais pas encore moi... je vais attendre après... j'allais la faire, j'allais faire la demande mais après, comme on est déjà,... mais après, je suis tombé malade, pendant un an et demi, parce qu'y avait des trucs, j'avais mal un peu au crâne, j'avais un accident de voiture quand je sortais du travail et...après je suis tombé malade pendant un an et demi et...après j'ai pas pu rien faire, et maintenant... pour plus de facilité 'faut mieux chercher un contrat de travail et après là c'est plus de facilité pour moi, pour avoir la nationalité française.**

– D'accord! Et ce sont vos deux parents qui ont choisi de venir vivre en France?

– **Oui** (il demande à sa mère) (il se tourne vers moi et il rit) **C'est le contraire!**

– Elle a dit le contraire?

– **Non en fait non, c'est... par rapport à avant, c'est nous qui venaient faire les vacances ici, maintenant c'est nous qu'on fait les vacances en Algérie! C'est le contraire!**

– Ah d'accord! Mais pourtant votre maman ne parle pas français, ça doit être compliqué pour elle de vivre en France, pour la vie de tous les jours?

– **Non...On est toujours avec elle.**

– Vous êtes toujours en famille?

– **Toujours! Elle a des amies aussi, elle va chez beaucoup d'amies.**

– Et votre papa, lui, il parle français?

– **Oui, mon père il parlait très très bien français. C'est que maintenant... avec la maladie... il se rend pas compte qu'il parle en arabe, mais il parle très très bien français!**

– Il a participé à des associations? Parce qu'il a su bien se débrouiller pour vous faire venir...

– **Oui, il avait des connaissances, mais s'il a fait parti d'association, ça, je sais pas.**

– Et vous êtes tous musulmans dans la famille?

– **Ouais, tous!**

– Tous pratiquants?

– **Tous musulmans, tous pratiquants!**

– Et vous continuez à faire les fêtes religieuses?

– **Oui**

– Lesquelles?

– **Franchement, moi je fais que des fêtes religieuses, pas plus. Je fais l'Aïd-el-kebir, je fais la fête du mouton, et après la fête du ramadan, c'est tout! Pas le reste.**

– Et vos parents?

– **Je compte pas m...compliquer le temps parce que après si c'est une complication, après il faut...pas faire n'importe quoi! Deux fêtes, c'est bon! Tu peux faire deux fêtes! C'est simple et c'est bon!**

– Vos parents c'est pareil?

– **Ouais, c'est pareil. Dans toute la famille je pense que... Après ma mère, elle fait des fêtes de femmes, c'est autre chose hein!** (la mère demande la traduction) **Ouais, c'est entre elles, moi je connais pas tout ça. Pour la naissance des enfants... Les femmes c'est... elles sont plus soudées entre elles que les hommes. Enfin je parle des femmes qui ont vécu avant, parce que maintenant, les filles elles s'en foutent maintenant. La génération de ma mère et tout, c'est comme ça! Ils ont une culture oui.** (la mère intervient) **Non on parle pas de ça... elle a cru que vous vouliez voir l'acte de mariage!**

– Vous mangez de la viande?

– **Ouais, on mange de la viande...mais , franchement...pas trop de viande. Même certains frères, ils mangent pas de viande, pas du tout !** (désigne sa mère) **Même du poulet, ou que ce soit du veau... qu'il soit égorgé... ils mangent pas. Par contre on mange du poisson. Les trucs de la mer on mange**

[...]

**... avant je faisais pas ! Avant je connaissais même pas ce que c'était la prière ! J'entendais juste comme ça parler les gens et tout. Même mes frères en Algérie, ils étaient grand, et ils connaissaient pas trop...C'est pendant qu'il contait la vie à la France, il y avait pas de point pour ça, c'était impossible ! La génération qu'a suivi, c'était aussi pareil ! Et les gens... nous on faisait des conneries, on volait... surtout en Algérie c'était...c'est vrai que moi j'étais un peu... euh.. héhé... speed un peu...**

– Vous étiez mauvais garçon ?

– **Non... C'était pas... Ca n'a rien à voir avec ici ! Par exemple... même si on va voler un truc... on va pas... c'est pas pour faire plaisir ! C'est pas pour agresser ou comma ça, non, ça n'a rien à voir ! Si vous voulez, ça va être des trucs de pêche, tu vois, c'est pas pour le plaisir, des fois on les mange ! Après quand on a commencé à parler et tout, quand on a commencé à apprendre la religion, vraiment on s'est rendu compte que...**

– A quel âge vous avez commencé à apprendre ?

– **A l'âge de 15 ans, 16 ans... c'est trop tard par rapport à moi...**

– Et votre père, avec la maladie, est-ce qu'il arrive à continuer...

– **A faire la prière ? Normalement, quand quelqu'un il est comme la maladie d'Alzheimer et tout, ils sont pas obligés de faire la prière.** (il demande à sa mère)

– (sa mère intervient) **Des fois, il prend le tapis pour faire la prière, et il va la faire ;on va pas lui dire non. Il faut pas qu'on lui dise non parce que c'est... on le laisse...on le laisse faire** (la mère intervient) **Oui ...elle dit que... c'est vrai... elle dit qu'il a vécu un mois et quarante ans ici, euh... presque cinquante, et il a jamais fait une bêtise dans sa vie, jamais ! Il a jamais fait de conneries, comme des vols, des trucs... ...même des fois des policiers, ils venaient le voir et ils disaient : « est-ce que tu peux... » oui comme... c'était quand mon petit frère était ici en France, ils venaient frapper chez lui pour lui dire s'il pouvait dire aux autres gens, aux autres parents de leur dire que ils éduquent bien leurs enfants et tout !**

– D'accord, ça c'était dans les années 80 ?

– **Non, c'était dans les années 97...non enfin 93/94**

– Avant que vous vous soyiez là quoi ?

– **Oui, avant qu'on soit là.**

– Donc une partie des enfants était en France et une partie en Algérie ?

– **Le plus petit seulement. Parce que le plus petit est venu ici en France parce qu'il**

avait une maladie. C'est pour ça [mon père] l'a ramené avec lui. Il avait une maladie du... il mangeait que du sans sel. Je sais pas comment elle s'appelle cette maladie. Ca il l'a attrapé depuis l'âge de 4 ans cette maladie.

– Est-ce que vous regardez la télévision ici ?

– **Oui !**

– Vous regardez quoi comme chaîne ?

– **Ben on regarde l'Algérie déjà. Et puis on regarde les informations sur TF1... et toutes les chaînes françaises...**

– Donc les chaînes françaises et les chaînes algériennes. Il y en a plusieurs des chaînes algériennes ?

– **2**

– Il y a d'autres chaînes où ils parlent arabe ?

– **Il y a d'autres chaînes, mais on les regarde pas**

– Ensuite... donc vous m'avez dit que quand il est arrivé il était au foyer...

– **Enfin... Il était pas tout de suite au foyer hein ? Avant, il dormait dehors ...dans un... c'était à Sainte Claire, c'était dans les environs, y avait un bâtiment qu'était en ruine, et il dormait dedans. C'était en ruine et ils étaient... je sais pas combien... ils étaient 6 gars dedans ! Et après seulement quand ils ont eu les accords avec l'Algérie et tout, ils ont commencé à avoir les foyers et tout !**

– Vos parents ont-ils déjà été invités dans des familles françaises ?

– **Je sais que mon père il avait beaucoup des amis français . Même y en a une qu'est morte, c'était notre voisine, elle nous invitait, même ma mère et tout... et elle est morte.**

– Elle parlait arabe ?

– **Franchement, je sais pas si elle parlait arabe. Je sais qu'elle aimait très très bien notre famille... et après... je sais que mon père il avait beaucoup d'amis français. Y avait même un médecin qu'était son grand ami ! Il est parti maintenant soigner les enfants en Afrique avec la Croix Rouge un truc comme ça. Tous ses amis enfin ou presque, ils se sont connus ici en France. Après depuis son époque, et notre époque, ça a changé, beaucoup changé. Surtout dans une cité, comme ça... Avant il y avait plus de respect, maintenant il n'y a plus de respect.**

– Parce que maintenant vous vivez dans une cité ?

– **Oui**

– Et le respect... ça vient de quoi ?

– **Le respect ça vient de tout le monde hein ? Je sais pas, je pense que ma génération, c'est pas comme la génération d'avant de mon père et son époque. Surtout entre les vieux, y avait plus de respect. Même jusqu'à maintenant, y a encore du respect entre eux. C'est les jeunes qui suivent pas.**

– Alors...vous revenez régulièrement en Algérie pour les vacances vous avez dit...

– **Ouais pour les vacances mais pas tout le temps, pas tous les ans.**

– Pour des raisons financières ?

– **Non...même pas ! C'est comme ça, pas tous les ans.**

– Et lorsque vous rentrez chez vous, est-ce que vous avez l'impression que le pays a



changé ?

- **Ben c' est vrai que je suis resté 2 ans en France, et pour moi, ça n'a pas changé.**
- Et pour vos parents ?
- (il demande à sa mère) **C'est vrai qu'elle veut rester ici et je la comprends. Elle elle veut rester ici parce que c'est pour soigner mon père**
- Oui, pour les problème de santé
- **Oui certainement**
- Sinon elle serait allée retrouver la famille au pays ?
- **Non je pense pas. Après... vous savez... Mais maintenant il [le pays] commence à se développer hein ? Maintenant c'est développé maintenant. Avec tous les trucs qu'il y a maintenant. Il y a beaucoup de chinois en Algérie il y a beaucoup d'italiens, il y a beaucoup de portugais, il y a beaucoup des espagnols**
- Ah ? je savais pas qu'il y avait autant de chinois ?
- **Des chinois il y en a au moins 200 000 ! Après les chinois, c'est les français. Il y a des médecins y a tout. Y avait même... mon frère il est tombé malade une fois, et c'est un médecin français qui l'a soigné. Et ils sont 47 000 à peu près les français. C'est des quartiers spéciaux pour eux. C'est pas comme, euh... y en a qui z'habitent dans des quartiers bourgeois, y en a qui z'habitent comme chez nous.[...]**
  
- Vous habillez-vous différemment quand vous allez en Algérie ?
- **Non, pour moi c'est pareil, où je vais c'est pareil.**
- Pour vos parents aussi ?
- **Je sais pas, c'est des êtres humains. Ici c'est des êtres humains, là-bas c'est des êtres humains.**
- Bien sûr, mais les habits peuvent être différents ! Par exemple, vous disiez que les générations ont changé, celle de vos parents portait peut-être plus de vêtements traditionnels par exemple ?
- **Ah oui, c'est vrai que maintenant en Algérie, il y a plus de filles qui portent pas de voile par rapport à vous ! Ca je sais pas, ça ça vous regarde, mais c'est pas de problème hein ? Ca change ! C'est un pays qui commence à se développer.**
- Et vos parents ne savent pas lire ni écrire ?
- **Non.**
  
- Les prochaines questions concernent précisément vos parents, car concerne le fait de vieillir. Qu'est-ce qu'être vieux pour votre papa ou votre maman ? Qu'est-ce que ça signifie ?
- **Je ne comprends pas votre question...**
- Qu'est-ce que ça représente pour eux de vieillir ?
- **Ah, ils en parlent pas. Nous non plus on pose pas parce que...** (il demande à sa mère. Elle répond sobrement) **C'est normal, chez nous, c'est...c'est...**
- ...ça fait partie de la vie ?
- **Ça fait partie de la vie, c'est normal. Ma tante elle a vécu jusqu'à... Non, ma grand-mère, j'ai dit ma tante... ma grand-mère elle est arrivée jusqu'à... 105 ans, 106 ans ! Elle est morte en 92/93.**
- Elle est morte en Algérie ou en France ?
- **En Algérie !**
- Et vos parents préféreraient mourir en Algérie ou en France ?

- (Il demande à sa mère) **De toute façon la mort, c'est l'endroit qui choisit. La mort elle vient soit ici, soit là-bas. Je sais même pas comment elle va mourir déjà...**
- Et pour les cérémonies ? Ils y ont déjà pensé ? en France ou en Algérie ?
- **Franchement, nous on a pas de « cérémonie » comme on dit, qui sont faits à l'avance ou un truc comme ça. On a des cérémonies depuis la naissance ... en fait comme le prophète nous a appris [...] C'est vrai qu'on a une assurance pour au cas où si on meurt ici en France un truc comme ça et pour nous enterrer en Algérie, on a une assurance pour ça. Ca, il y a que ça qui est prévu à l'avance. Ca c'est obligatoire. Y a que ça qui est obligatoire. Après.... C'est impossible, si quelqu'un il meurt ici et qu'il a pas l'assurance... le fric qu'il y a dessus ! Rien que le cercueil il coûte 3 000 euros. Vous imaginez le reste ? L'avion...**
- Comment avez-vous trouvé la prise en charge pour votre papa à l'hôpital ?
- (il demande à sa mère) **C'est bien. ..oui, c'est bien. Je l'ai dit depuis le début. Non, mais c'est que... la vérité, c'est que la maladie d'Alzheimer, on sait pas, ça fait pas longtemps qu'elle existe. Et c'est que, ici en France, par rapport en Algérie et tout, ils sont en avance par rapport à ça. Ils ont des spécialistes, ils ont tout ce qu'il faut pour ça.**
- Mais c'est une maladie évolutive, et pour la prise en charge, ça peut devenir compliqué. Là, votre papa, vous arrivez à gérer, il y a beaucoup de monde autour de lui ? votre maman n'est pas toute seule ?
- **Moi je suis avec, c'est bon ! C'est moi qui s'occupe d'elle.**
- C'est vous qui vous occupez d'eux ?
- **Ouais !**
- Et si vous voulez faire votre vie ? Avoir une femme, des enfants ? Vous resteriez au domicile des parents ?
- **Ouais je resterai avec ma mère, avec mes parents ! Nous on choisit à l'avance ! Sauf le mariage et tout, c'est vu avec la femme, ...[le reste]c'est tout fait à l'avance !**
- Et si elle est pas d'accord, vous en choisissez une autre !
- **Voilà ! Si il y en a pas, y en a pas. Ca c'est pas un problème. Je peux me marier à 40 ans, 60 ans. C'est vrai que moi, mes parents, c'est très important. C'est eux qui passent en premier. A mon avis, c'est eux qui passent en premier.**
- C'est vrai aussi que des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer se retrouvent en maison de retraite. Est-ce que vous l'avez déjà envisagé pour votre père ?
- **Ca... on sait pas... ça non...je pense pas... (il demande à sa mère). C'est vrai que la maladie maintenant, si elle commence à évoluer et elle commence à grimper des échelons, on verra ce qu'on peut faire, mais la maison de retraite, non.**
- Même si plus tard, c'est difficile, ce n'est pas envisageable.
- **Non.**
- C'est quelque chose qui n'existe pas trop en Algérie ?
- **Si, il y en a. Il y en a beaucoup. Ils en profitent même. La plupart c'est des voleurs.**

## **ANNEXE 3**

### **Questionnaire pour le personnel soignant**

**Profession :**

**Service :**

**Années d'expérience professionnelle :**

**Prise en charge du patient au sein de l'équipe hospitalière :**

1. Comment se passe la prise en charge classique d'une personne arrivant dans le service ?

2. Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge d'une personne originaire du Maghreb ?

Si oui, ces difficultés ont-elles pu être surmontées au cours de l'hospitalisation ?

3. Pensez-vous que ces difficultés sont liées à une barrière de la langue ? à une différence culturelle ?

4. Pensez-vous que la présence d'un interprète aurait pu améliorer la prise en charge ?

5. Pensez-vous que cette prise en charge a été satisfaisante pour le patient ?
  
6. Avez-vous perçu des différences dans les manifestations cliniques de la maladie chez un patient originaire du Maghreb par rapport à un patient français ? Pour les médecins : y-a-t-il eu des difficultés à établir un diagnostic de pathologie chez un patient originaire du Maghreb ?
  
7. Pensez-vous qu'un patient originaire du Maghreb nécessiterait un traitement et des soins particuliers ?
  
8. Avez-vous rencontré des difficultés d'adhésion aux soins prescrits par le médecin ? Avez-vous rencontré une mauvaise observance du traitement?

**Prise en charge de la famille du patient :**

9. Quel rôle représente la famille lors de la prise en charge d'un patient en général ? Pour les médecins, est-elle un support pour l'établissement d'un diagnostic ?
  
10. Avez-vous rencontré des difficultés concernant la famille d'une personne originaire du Maghreb ?
  
11. Ces difficultés ont-elles été responsables d'une modification dans la prise en charge du patient ?
  
12. Pensez-vous que ces difficultés sont liées à une barrière de la langue ? A une différence culturelle ?
  
13. Pensez-vous que la présence d'un interprète aurait pu améliorer la prise en charge ?

14. Pensez-vous que cette prise en charge a été satisfaisante pour la famille ?

15. Pensez-vous que la différence culturelle puisse être un obstacle à la compréhension des soins par la famille ?

16. Pensez-vous que la famille joue un rôle important dans l'adhésion aux soins du patient maghrébin ?

### **Quel devenir pour le patient maghrébin?**

17. Quelles sont les possibilités de devenir pour les patients en général ?

La famille joue-t-elle un rôle important dans cette décision ?

18. Un patient maghrébin a-t-il les mêmes perspectives d'avenir qu'un patient français ? Peut-il prétendre aux mêmes droits ?

19. Avez-vous rencontré des difficultés dans la décision du devenir chez un patient maghrébin ?

20. Pensez-vous que ces difficultés sont liées à une différence culturelle ? à des difficultés socio-économiques ?

21. Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors de l'annonce et de la gestion d'une fin de vie chez un patient maghrébin ?

22. Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors du décès d'un patient maghrébin ?

## **ANNEXE 4**

### **1. Entretien équipe de Wertheimer**

**Service :** Pavillon Wertheimer (pôle de psychogériatrie)

**Profession et années d'expérience professionnelle :**

- Jackie, infirmier depuis janvier 2009 en gériopsychiatrie. « J'étais agriculteur avant. »
- Rémi, 39 ans infirmier depuis décembre 2008 en gériopsychiatrie
- Gilberte, infirmière diplômée d'Etat. « Je précise parce qu'il y avait les 2 diplômes à l'époque. Depuis janvier 1979, à Esquirol depuis août 2007 au pôle Jean-Marie Léger, avant je travaillais en médecine sur l'hôpital d'Ussel en Corrèze, et j'ai travaillé 5 ans en EHPAD en Creuse ».

## Prise en charge du patient au sein de l'équipe hospitalière :

### **1. Comment se passe la prise en charge classique d'une personne arrivant dans le service ?**

- G : elle est accueillie, on l'accompagne dans sa chambre, on lui attribue un numéro de chambre, on se présente à elle, on lui fait découvrir les locaux, après on fait son inventaire. Après on lui explique un peu comment ça se déroule, le médecin qu'elle va voir.

### **- Les personnes arrivent seules dans le pavillon ?**

- G : Ca dépend. Il y a des personnes qui viennent seules, c'est les ambulanciers qui les amènent : ils sont transférés du CHU. Et il y a d'autres fois où ils viennent accompagnés de la famille.

### **- Ca change quelque chose ?**

- G : Pour l'accueil ? Non, non.

- R : Plus d'informations.

- G : C'est-à-dire que des fois oui, l'information n'est pas tout à fait la même, parce que si c'est quelqu'un qui est arrivé du CHU bien fatigué, c'est vrai qu'on ne va pas lui poser de questions. On va lui dire un peu ce qu'il en est, comment son séjour va se dérouler, ce qu'il peut demander, comment ça fonctionne et tout. Quand il y a la famille, c'est vrai ils veulent savoir les heures de visite, s'ils peuvent avoir la télé, le téléphone, tout ça.

- R : Sur les HDT aussi ça...

- J : La prise en charge est différente suivant la personne dans quel état elle arrive aussi.

- G : Et puis il y a des familles qui sont très effacées. En temps normal..., quand ils amènent... vue la population, ils ne posent pas trop de questions le premier jour, hein...

**- Et donc ces informations, vous les donnez quelle que soit la pathologie, même s'il s'agit de personne démentes ?**

- G : Oh oui, oui !

**2. Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge d'une personne originaire du Maghreb ?**

**Si oui, ces difficultés ont-elles pu être surmontées au courant de l'hospitalisation ?**

- R : Oui, la barrière de la langue !

- G : La barrière de la langue !

- J : Avec madame Bel., bon elle avait son fils qui venait régulièrement. Même son fils avait des fois des difficultés à la comprendre, il ne comprenait pas tout ce que sa mère lui disait... Bon, lié certainement à sa pathologie aussi... du coup, pour nous c'était quand même assez difficile de savoir ce qu'elle ressentait, et ce qu'elle avait aussi physiquement. Des fois elle se plaignait de douleurs, on n'arrivait pas à localiser, on ne sait pas trop exactement l'intensité de la douleur...

- G : Même le fils au début, il était mal avec ça, parce qu'on ne comprenait pas sa mère. Quand il venait, je pense que sa mère devait lui dire des choses, mais nous on ne savait pas ce qu'elle nous disait, et c'est vrai qu'à un moment, il voulait même signer une lettre pour la sortir, hein ! Et un après-midi, il était pas bien, moi je m'en rappelle, j'étais là, il m'a dit : « Je veux voir le docteur, parce que je vais la sortir, c'est pas la peine qu'elle reste là. » Alors j'ai essayé de demander ce qu'il y avait, de quoi elle se plaignait... « Mais elle peut pas rester ici... », il était quand même... pas bien... enfin on sentait quand même qu'il était mal. Alors je lui ai dit : « Ecoutez, il faut encore attendre quelques temps, qu'elle s'habitue à nos visages, à notre façon de faire et tout, attendez un petit peu avant de prendre cette décision, et vous allez voir. » Et c'est vrai qu'après même quand il est parti, il nous a remercié.

- J : Le souci qu'il y a eu, c'est qu'au départ, on a essayé de trouver un traducteur, mais l'infirmier d'origine algérienne qui est venu, ne parlait pas du tout le kabyle.



Donc ça a été difficile pour nous. Et même son fils avait des difficultés à comprendre. Ce n'était pas simple.

Tiens, pareil, il avait apporté une petite bouteille d'huile d'olives parce que sa maman aime ça, donc elle avait sa petite huile d'olives qu'on lui donnait à chaque repas. Et elle se servait comme elle voulait !

- G : On avait ciblé un petit peu avec son fils ce qu'elle aimait et ce qu'elle n'aimait pas, mais c'est vrai qu'il y a des fois quand elle voyait des mets préparés, ce n'était pas de la façon dont elle les mangeait...

- J : Elle ne connaissait pas forcément...

- G : Oui, elle ne connaissait pas...

- J : Ce n'est pas simple !

- G : Alors après, c'est vrai qu'elle a pris du poids et tout, cette femme hein ! Mais ça a été dur !

- J : Par exemple, elle avait peur la nuit des autres patients, donc souvent elle demandait à ce qu'on ferme la porte pour qu'elle soit rassurée ! On l'a deviné, parce qu'au début, elle prenait une ficelle, elle l'avait accrochée à la poignée de la porte pour pas qu'on ouvre.

- R : Et le fauteuil aussi derrière la porte...

- J : Oui, elle a mis le fauteuil et tout ça, mais on a appris comme ça ! C'est là qu'on a senti qu'elle avait envie d'être seule et qu'on ne l'embête pas pour la nuit ! C'est vrai que ce n'est pas simple quand il n'y a pas du tout de dialogue, on ne se comprend pas !

#### **4. Pensez-vous que la présence d'un interprète aurait pu améliorer la prise en charge ?**

- J : Oui, un minimum !

**- Ca aurait vraiment facilité ? Parce qu'a priori vous avez surmonté le problème non ?**

- G : Oui on a surmonté le problème, mais c'est vrai que... bon, ça s'est bien passé...le fils a été rassuré aussi après... mais on n'aurait pas pu rassurer le fils et donc après la maman, on serait peut être rentré dans quelque chose de conflictuel.

- R : Et on a eu de la chance aussi qu'il était présent quasiment tous les jours !

- G : Et on pouvait lui téléphoner, il pouvait venir, c'était quelqu'un de disponible !

- R : Ce qui n'était pas le cas pour monsieur B. !

- J : Oui, et elle n'était pas exigeante, madame Bel.

- G : C'est vrai que c'était quelqu'un de facile à vivre. Même elle continuait à parler son dialecte dans la salle avec les autres !

- J : On la promenait, elle discutait comme si pour elle, les autres la comprenaient.

- G : C'est vrai que les soirs, on l'accompagnait en chambre. Elle discutait dans son dialecte. Alors on lui disait, on ne comprend pas, mais comme elle nous voyait parler, elle continuait.

- J : Mais ce que je pense aussi, par rapport à son fils, je ne sais pas si son fils comprenait la langue ou pas, ou si c'est elle à cause de la pathologie, il ne la comprenait pas. Alors est-ce que c'est la langue, ou est-ce que c'est parce qu'elle parlait d'autre chose... elle n'était pas forcément dans la réponse que son fils attendait, peut-être qu'elle délirait, parlait d'autre chose, on ne sait pas quoi ! On est en difficulté, des fois il avait vraiment du mal à traduire et il ne disait rien.

- R : On était vraiment tributaires du fils.

**- Donc si le fils avait été déficitaire ou malade lui-même, ça aurait été difficile.**

- J : Ah oui, complètement !

- R : Et pour monsieur B., on avait de la chance, des enfants qui étaient très, très présents !

**- Il y avait quand même une disponibilité.**

- R : Oui. Mais c'était difficile pour eux de voir leur père en contention, MIT (Mise en Isolement Thérapeutique)

- G : Oui, c'est vrai qu'on sentait...

- R : Et au niveau de l'hygiène et de la toilette aussi.
- J : Oui, au niveau de l'hygiène, il faisait pipi partout.
- R : Et c'était difficile pour lui que les femmes...
- J : La pudeur !
- R : Ce n'était pas facile. Et pour madame Bel., c'était difficile qu'un homme fasse la toilette.
- J : Dès le départ, on s'est dit qu'il faut que ça soit une femme. Et il n'y a pas eu de soucis de ce côté-là.
- G : Euh... il fallait quand même faire attention, parce qu'elle faisait sa toilette un petit peu... après, le soir ou quand il n'y avait plus personne dans la chambre. C'était son petit rituel. Bon on savait, on l'avait vue faire, bon la toilette était faite, c'était le principal. Comme elle s'organisait, alors bon, il y avait beaucoup de pudeur ou quelque chose comme ça mais bon, quand on sait...

**- Quelle a été votre plus grosse difficulté parmi tout ce que vous avez énoncé pour la prise en charge d'une personne maghrébine ?**

- G : C'est-à-dire que si c'est une personne maghrébine qui, même si elle est démente, parle quand même la langue, je ne pense pas que ça pose plus de problème que ça !
- J : Le problème, c'est la langue. Il n'y a pas forcément que la langue, par exemple une personne française qui est démente et qu'on n'arrive pas à comprendre, il faut aussi qu'on devine ses désirs et ça revient au même !
- R : En psychiatrie par contre, ça pose problème si la personne nous raconte un délire ou...
- G : Parfaitement, parce que même si, nous quand ils sont déments, ils nous disent qu'ils ont pris la voiture ce matin, on verra bien que ce n'est pas vrai, mais si c'est une personne maghrébine ou autre qui parle dans sa langue, on ne sait pas ce qu'elle nous dit, c'est tout.

**- Pourtant, il y a quand même pu y avoir échanges humains malgré la langue. Vous estimez quand même cette difficulté comme handicapante dans les soins ?**

- J : Ca dépend à quel stade, ça dépend...

- G : Oui, avec le toucher, avec plein de choses, on peut avoir autre chose que le dialogue, mais quand même ça gêne. Même chez une personne démente. On ne peut pas savoir où cette personne en est dans son délire ou dans sa confusion... sa souffrance ...on ne sait pas du tout... moi personnellement, ça me gêne.

**- Pensez-vous que les patients perçoivent cette gêne ?**

- R : Moi, j'avais ressenti de l'impuissance chez monsieur B. quand il nous parlait et qu'on lui disait qu'on ne comprenait pas. Il y avait cette impuissance.

- G : Ca l'agaçait au bout d'un moment. Il montait assez vite après.

- J : Madame Bel. aussi, des fois, elle voyait bien, elle faisait comme ça...

- G : Oui mais elle riait, et puis elle faisait l'air de dire que ce n'est pas grave.

- J : Oui, elle faisait savoir d'une meilleure façon.

- G : C'est vrai que nous, dans un pays étranger, si on n'arrive pas à s'exprimer et qu'on a besoin de quelque chose, peut-être qu'on serait pareil hein !

- R : Même au niveau activités...

- J : Oui, ils sont exclus des activités ! Pas exclus vraiment mais...

- G : Pas tous, parce que par exemple si tu fais de la peinture ou des choses comme ça...

- J : Mais la lecture...

- G : Oui, mais bon. Peinture, tricot, travail manuel, ça c'est moins gênant, on arrive à faire quelque chose. Madame Bel., qui ne comprenait pas notre langue, quand il y avait chant, elle adorait venir. Donc elle venait à l'activité chants.

**- Parfois, la barrière de la langue empêchait-elle d'évaluer l'évolution de l'état de santé du patient ?**

- G : Ben c'est difficile de déterminer ce qui est pathologique de ce qui est barrière de la langue.

- J : On aurait un interprète régulièrement qui parle arabe, il n'y a pas de soucis. Mais il faudrait qu'il soit présent en permanence. Là, c'est problématique.

**- Et par le langage non verbal ?**

- J : Pour ce genre de personnes... euh... On l'a fait, du non verbal : s'il veut aller dormir (fait le geste), aller manger (fait le geste)... Mais c'est quand même... limité !

- G : La prise en charge a été totalement différente entre monsieur B. et madame Bel. Elle me prenait pour quelqu'un du bled, alors elle me parlait, elle me parlait. Ca faisait rire son fils.

**5. Pensez-vous que cette prise en charge a été satisfaisante pour le patient ?**

- J : Elle n'est jamais satisfaisante.

**- Vous parlez pour la prise en charge de l'ensemble des patients ?**

- G : On ne va peut-être pas aller jusque là. On peut toujours s'améliorer. Moi je trouve que, pour des gens qui sont étrangers, s'il y avait un minimum de mots ou quelque chose comme ça... pour moi, c'est important.

Ne serait-ce que quand elle avait mal, elle signalait bien qu'elle avait mal, mais ce n'était jamais au même endroit... Suivant les équipes, ce n'était pas les mêmes transmissions. C'est vrai que la pauvre, elle est restée longtemps... traitée, mais ça ne la calmait pas pour autant.

Pareil, quand il y avait des examens un petit peu... comment lui expliquer ?! C'est vrai que c'était compliqué.

- J : Quant elle partait en examen, c'était la surprise quoi !

- G : Et puis on l'emmène, on vient la chercher, elle sort du service, nous, alors elle s'était habituée un peu à nous. Alors après c'est une autre équipe qui va la prendre en charge, c'est vrai que ça ne doit pas être simple. C'est vrai qu'elle était de bonne humeur et qu'elle le prenait bien, mais il y avait de quoi la stresser un max !

- J : Elle nous faisait confiance. Heureusement d'ailleurs, parce que...

**- Du coup il y a une appréhension vis-à-vis des personnes qui arrivent et ne parlent pas la langue ?**

- R : Ce n'est pas spécifique des personnes qui viennent du Maghreb.

**- Donc la barrière, c'est plus la langue que les différences culturelles.**

- G : Ah oui, la langue c'est ... la culture, après, on s'adapte !

**- Et le patient a su s'adapter aussi ?**

- R : Il faut qu'il s'adapte à la nourriture, il faut qu'il s'adapte aussi au rythme de l'institution, même au point de vue hygiène et tout ça, c'est...

- J : C'est sur la toilette, je trouve que c'est un peu plus marqué, la prise en charge.

- G : On fait peut-être plus attention justement.

- J : Voilà, j'ai remarqué ça aussi.

**- Ca demande plus de disponibilité ?**

- J : Pas forcément.

**6. Avez-vous perçu des différences dans les manifestations cliniques de la maladie chez un patient originaire du Maghreb par rapport à un patient français ? Pour les médecins : y-a-t-il eu des difficultés à établir un diagnostic de pathologie chez un patient originaire du Maghreb ?**

- J : Moi, je ne peux pas dire... pas assez d'expérience.

- G : Pour les cas présents... non. Et puis il y a tout ce que l'on entend dire à côté. On dit que les gens du sud, on s'exprime beaucoup plus, et quand ils ont mal, ils s'expriment forcément. C'est vrai que cette dame avait des douleurs un peu partout, mais ça ne se marquait pas plus sur son visage que sur un autre. C'est peut être aussi une question de tempérament, de caractère !

**7. Pensez-vous qu'un patient originaire du Maghreb nécessiterait un traitement et des soins particuliers ?**

- J : Non. Il faut respecter un maximum son côté religieux, son côté nutrition, mais comme d'autres personnes qu'on a !

**8. Avez-vous rencontré des difficultés d'adhésion aux soins prescrits par le médecin ? Avez-vous rencontré une mauvaise observance du traitement?**

- J : Madame Bel. un petit peu au début. Elle ne savait pas trop ce qu'on lui donnait... mais comme d'autres, hein !

**Prise en charge de la famille du patient :**

**9. Quel rôle représente la famille lors de la prise en charge d'un patient en général ? Pour les médecins, est-elle un support pour l'établissement d'un diagnostic ?**

- G : La famille, c'est important. Parce qu'ils apportent d'abord plein d'information, parce que le patient quand il est dément, on ne sait rien de lui...

- R : Ca peut être un handicap la famille pour la prise en charge.

- G : Oui, ça peut-être un handicap, mais au départ ils nous apportent plein d'infos. Après ça dépend comment ils vivent l'hospitalisation. Il y en a pour qui ce n'est pas facile de voir un parent devenir dément, et là, ils deviennent un peu difficiles à gérer.

**- Il n'y a pas que le patient à gérer, il y a la famille aussi ?**

- G : Ah oui, il y a la famille à gérer. Et puis chez nous souvent, c'est des placements, c'est des gens qui ne peuvent pas revenir à la maison, donc la famille, quand on leur annonce ça, c'est pas facile non plus.

- J : Ou alors le contraire : les familles qui veulent absolument se débarrasser de leur parent et qui ne sont pas bien aussi parce que...

- R : Et parfois certaines familles sont plus dures à gérer que certains patients.

- G : Et il y a parfois des familles qui sont très demandeuses, très autoritaires. Qui ne comprennent pas l'organisation du service et qui ne veulent pas comprendre. Ils pensent qu'ils sont seuls et uniques au monde. Il faut un médecin en permanence, une infirmière...

- J : Un hôtel cinq étoiles...

- G : C'est vrai qu'il y a des demandes un petit peu...

**- Vous avez rencontré ce genre de difficultés avec des personnes du Maghreb ?**

- R : Non.

- G : Quoiqu'il y ait une famille, la mère et la sœur ne comprennent que ce qu'elles veulent ! Mais je ne pense pas qu'elles jouent sur leur différence culturelle. Elles rentrent dans le système, on va dire.

- J : Moi, je trouve que les familles maghrébines sont plus présentes quand même. En tout cas elles sont là.

- G : Et par contre moi, j'ai travaillé en EHPAD comme on disait, et on n'en voit pas, des gens qui sont placés en maison de retraite.

- R : Les enfants de monsieur B. étaient là au maximum. Ils géraient ça, la prise en charge, jusqu'au bout.

- J : Ou retourner au bled, Madame Bel.

- G : Eh bien, le fils il hésitait. Là-bas avec ses sœurs et tout.

- R : Et pour monsieur B., ils étaient très reconnaissants, ça leur a permis de souffler un peu et de repartir sur une autre période.

- G : C'est vrai qu'ils n'étaient pas dérangeants dans le service.

- J : Discrets...



**10. Avez-vous rencontré des difficultés concernant la famille d'une personne originaire du Maghreb ?**

- G : Oui, pour madame Bel., le fils était mal, parce qu'elle venait d'un autre service et qu'elle avait beaucoup maigri apparemment. Et lui, il m'avait transmis qu'il avait l'impression qu'on ne s'occupait pas de sa mère, il était un petit peu en souffrance là-dessus, et quand elle est arrivée ici, je pense qu'il aurait voulu que les choses aillent assez vite, qu'elle soit mieux et tout ça. Et elle était très plaintive quand elle est arrivée. Elle était... bon il y avait ce problème alimentaire, elle ne mangeait presque rien...

**- Le fils a mis en avant l'aspect culturel par rapport à ces difficultés ?**

- G : Non.

- J : Non !

- G : Il ne nous a pas dit par exemple « C'est parce que vous ne la comprenez pas » ou quoi que ce soit ! Justement, il disait... il se sentait un peu fautif. Il a bien discuté l'autre jour où il était mal. Il m'a dit : « Je l'ai amenée là, je pensais un peu la garder chez moi, et puis comme elle vieillissait, qu'elle soit un petit peu mieux, parce que d'emblée il n'y avait rien apparemment, et je ne sais pas si j'ai bien fait ». Il n'était pas bien ! Il se sentait un peu coupable, presque, de l'avoir enlevée de son milieu. Alors il m'a dit qu'il était prêt à la sortir pour la ramener, pour prendre l'avion. Il avait déjà préparé son départ ! Alors je lui ai dit « Attendez qu'elle soit un petit peu mieux, requinquée, elle ne peut pas sortir comme ça, elle est fatiguée ». Et après, il m'a remerciée de l'avoir fait patienter et tout ça. Quelques temps après, elle avait repris l'alimentation, elle était mieux.

- J : Elle s'est très bien adaptée !

- G : Il me semble, hein ! Parce que comme on ne comprenait pas... Elle avait pris ses petites habitudes. Elle s'était bien adaptée malgré la barrière de la langue. Mais c'est vrai qu'on n'a pas ce truc de communiquer, de parler...

- J : Il y a un manque.

**- Heureusement qu'elle avait une bonne capacité d'adaptation finalement ?**

- G : Ah ben oui, parce que ce n'est pas facile. Déjà avec l'âge ce n'est pas facile. Quand on est âgé et qu'on rentre dans un milieu inconnu...

- J : Ca c'est aussi une question de génération : là, c'est une génération où on écoute le docteur, on écoute ce qu'il dit. Mais les nouvelles générations, ce sera peut-être plus difficile sur le plan médical...

**14. Pensez-vous que cette prise en charge a été satisfaisante pour la famille ?**

- G : Je pense parce qu'on a eu des bons retours.

- J : Oui, on a eu des bons retours.

- G : Oui, ils ont remercié le service... Enfin ils avaient l'air content, maintenant...

- J : Il y a eu... il ne faut pas le cacher, des propos racistes de la part de patients.

- G : Oui, les patients entre eux ! Il y en a un particulièrement, on a été obligé de le recadrer, mais on ne les mettait pas en face.

**- Donc il y a nécessité de s'adapter au niveau de la structure.**

- G : C'est-à-dire que la journée, ils sont tous ensemble. Ils mangent ensemble et tout. Monsieur B. ça se voyait moins, mais c'est vrai que madame Bel., elle mettait son foulard, sa petite ceinture typique... Donc de suite... Et en plus elle ne parlait que dans cette langue... En plus elle parlait sans arrêt dans son dialecte, et c'est vrai que les gens n'appréciaient pas. Surtout des hommes !

- J : Oui, surtout des hommes. Bah, la guerre d'Algérie, tout ça, ça a marqué !

**15. Pensez-vous que la différence culturelle puisse être un obstacle à la compréhension des soins par la famille ?**

- G : C'est-à-dire que la famille... elle parle la même langue !

- J : Il y a toujours un interlocuteur privilégié dans une famille.

- G : Après, la famille... des différences culturelles... on en a tous, hein ?

## **Quel devenir pour le patient maghrébin?**

### **17. Quelles sont les possibilités de devenir pour les patients en général ?**

#### **La famille joue-t-elle un rôle important dans cette décision ?**

- G : Ah oui ! Chez nous oui !

- J : C'est en collaboration avec eux, avec le patient, suivant ce qu'il désire, ce que l'autre peut proposer, et on essaie de trouver la meilleure solution.

- G : Parce qu'en partant de chez nous, si tout va bien, c'est le domicile, avec des aides ou s'ils sont simplement bien, ils rentrent chez eux avec leur conjoint ou leur famille. Après c'est maison de retraite. Là, on est à un carrefour très difficile, parce qu'en général, c'est là où les vies s'orientent ! Quand on annonce à quelqu'un qui vient du domicile qu'il ne pourra plus y rentrer, et qu'il va aller en long séjour ou en EHPAD ou en maison de retraite. Là, il y a des personnes, elles ne veulent pas, ou elles ne veulent pas d'aide ménagère !

- J : C'est vrai qu'en général, quand on parle vraiment des cas des familles maghrébines, il n'y a pas trop de placement en général! Ils s'occupent de leurs anciens jusqu'au bout.

### **18. Un patient maghrébin a-t-il les mêmes perspectives d'avenir qu'un patient français ? Peut-il prétendre aux mêmes droits ?**

- J : Ah ben oui, bien sûr ! Si il y avait eu besoin d'une maison de retraite, on aurait fait les mêmes démarches, il n'y a pas de soucis !

**19. Avez-vous rencontré des difficultés dans la décision du devenir chez un patient maghrébin ?**

- J : Non !

- G : Non, parce que les quelques cas qu'on a eu, étant donné qu'il y avait la famille... C'aurait été des personnes qui se seraient retrouvées vraiment seules, ne parlant pas la langue, ça aurait été problématique. Parce que pour le choix de vie et tout ça ! Qu'est-ce qu'il désire et tout, si on n'a pas de retour... Pour monsieur B., on a fait des permissions pour qu'il rentre à la maison, on a prolongé l'hospitalisation, on a pris le temps pour voir comment ça se passe.

**22. Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors du décès d'un patient maghrébin ?**

- G : Moi, j'ai eu un cas de décès maghrébin. C'est vrai qu'on était préparés. La famille nous a dit comment on devait organiser ça, et c'est vrai qu'on les a laissés faire. C'était un décès attendu en fait. Au départ, ils voulaient le rentrer à la maison, mais bon, ce n'était pas possible à gérer à la maison, donc c'est quelqu'un qui est décédé dans le service mais pour qui le médecin en avait parlé avec l'équipe, qu'il fallait laisser gérer la famille.

On avait un petit fascicule qu'on nous avait donné, où il y avait toutes les démarches qui se faisaient dans cette religion là. Donc on savait, et on les a laissés pour les prières,... même les habits, parce qu'au départ, on s'est dit on va faire la toilette comme on fait là, mais on leur a laissé la toilette. Dès l'instant où le décès a été constaté, on n'a touché à rien.

- J : Moi je sors d'école depuis peu, et on nous l'apprend, ça. C'est important. Tous les infirmiers maintenant savent, pas forcément la procédure, mais qu'il faut faire attention, qu'il faut se renseigner...

## **2. Entretien docteur Chandon**

**Profession :** Chef de clinique

**Service :** Wertheimer (psychogériatrie)

**Années d'expérience professionnelle :** un an et demi en tant que chef de clinique

### **Prise en charge du patient au sein de l'équipe hospitalière :**

#### **1. Comment se passe la prise en charge classique d'une personne arrivant dans le service ?**

- Ca commence par une phase d'observation de plusieurs jours par l'équipe soignante. Après, nous on travaille avec les réseaux sociaux et avec les familles, donc on essaie de faire le point avec la famille et avec les différents intervenants qu'il y a autour, y compris le médecin traitant pour voir ce qu'il en dit. Ensuite, au bout d'une dizaine de jours, en tenant compte de ces deux éléments, avec cette observation et les éléments venant de l'extérieur, on se fait une petite idée de la dynamique psychique responsable de la pathologie et on met en place les soins adaptés avec un traitement de fond, ce qui permet d'envisager une suite logique à l'hospitalisation.

**2. Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge d'une personne originaire du Maghreb ?**

**Si oui, ces difficultés ont-elles pu être surmontées au courant de l'hospitalisation ?**

- Les difficultés, c'est en premier lieu des difficultés d'observation, c'est déjà arrivé. Surtout concernant les pathologies démentielles où les personnes reviennent à leur langue maternelle, il va alors y avoir les difficultés liées à l'échange verbal avec le patient.

**- C'est quelque chose de systématique, le fait que les patients reviennent à leur langue maternelle ?**

- Non, ce n'est pas systématique. Mais il faut quand même préciser que c'est une population qu'on ne retrouve pas très fréquemment. Des migrants les plus fréquents en France, les populations maghrébines entourent beaucoup les plus vieux et essaient de se passer au maximum des réseaux de soin. Donc ce n'est pas une population qui est très représentée dans notre service. Maintenant ça arrive et c'est connu que ce retour à la langue maternelle dans le cadre d'une démence évoluée se produise. Moi de mon expérience, j'en ai connu un ou deux qui ont présenté ce phénomène. Alors c'est sûre que pour communiquer avec eux, c'était un peu compliqué. Heureusement, toute l'observation ne s'arrête pas qu'à l'échange que tu peux avoir avec le patient. Il y a aussi le relais par la famille qui permet de rendre compte, surtout pour les pathologies démentielles, que le discours n'était pas très informatif et donc franchement pas très intéressant.

Ensuite passées ces difficultés-là, il y a la question de l'après-hospitalisation. La question du devenir va dépendre de la place qu'ont les anciens dans certaines ethnies. Notamment quand on pense à la population maghrébine, ce sont des gens qui en général n'envisagent pas que leur proche puisse aller dans une maison de retraite et c'est contraire à leur principe. Donc là, ça nous oblige de s'adapter à un certain nombre de mesures qui pour eux ne sont pas

applicables. Pour eux, les mesures classiques de prise en charge post-hospitalières ne sont pas les mêmes.

Sinon, au courant de l'hospitalisation, je ne pense pas qu'il y ait de soucis particuliers.

Moi j'ai un exemple en tête, monsieur B., pour qui il était clair vu son niveau de démence qu'il soit orienté vers une structure fermée spécialisée. Cette idée était impossible à envisager pour la famille, du coup la famille a su faire bloc autour du patient, et créer quelque part humainement la structure sécurisée, et ça se passe étonnement bien pour ce patient ! Comme ça, du fait de cette place des personnes âgées, ces gens sont capables de mettre en œuvre un certain nombre de choses, qui seraient clairement impossible à envisager chez nous.

**- Est-ce que du coup vous adaptez la prise en charge en ciblant plus un soutien de la famille, par exemple par des aides à domicile ?**

- Dans ce cas précis non, parce que ces gens ne veulent pas d'aide. Je ne l'ai pas précisé, mais ces personnes souhaitent que ce soit la famille qui prenne tout en charge. Donc il y a eu un refus de tout. Ils préfèrent d'abord voir, et puis si ça ne va pas, demander après. C'est vrai que là ça s'est fait, mais au prix d'un fils, qui se sacrifie quasiment pour le père. Mais c'est vrai que ce n'est pas évident, surtout pour eux.

**- Est-ce que vous avez rencontré des réticences face à la thérapeutique proposée, notamment quand il s'agit de prendre des traitements ?**

- Moi dans mon expérience, qui reste encore modeste, je n'ai jamais rencontré de problème à ce niveau là.

**4. Pensez-vous que la présence d'un interprète aurait pu améliorer la prise en charge ?**

- Dans le cas que j'ai évoqué, je ne suis pas certain, car la famille était tout à fait bilingue et elle nous rapportait régulièrement ce que pouvait dire monsieur B. Là où par contre éventuellement ça aurait pu peut-être aider, c'est dans des moments où il ne comprenait pas vraiment ce qu'on lui voulait ou ce qu'il se passait, et donc on n'avait pas la capacité de communiquer avec lui pour le rassurer. Mais là c'est très compliqué parce que c'est arrivé sur des épisodes lambda qui peuvent arriver à n'importe quel moment. Mais là l'interprète, il ne va pas être là ! Il n'est là que si on prend rendez-vous, mais il ne va pas être là dès qu'on en a besoin. Donc dans ce cas précis, je ne pense pas que ça aurait eu un grand intérêt.

**5. Pensez-vous que cette prise en charge a été satisfaisante pour le patient ?**

- Oui. A partir du moment où il est chez lui et que ça se passe bien, c'est qu'on n'a pas fait du si mauvais travail ! Ca a plutôt bien fonctionné ! Après, c'est possible que ça n'a pas été très confortable pour lui.

**6. Avez-vous perçu des différences dans les manifestations cliniques de la maladie chez un patient originaire du Maghreb par rapport à un patient français ?**

- Non. A part le fait qu'il soit plus gêné que ce soient des femmes qui s'occupent de lui dans les aides à la personne, mais bon ça a été compréhensible et ça n'a pas posé plus de problème que ça.

**Pour les médecins : y-a-t-il eu des difficultés à établir un diagnostic de pathologie chez un patient originaire du Maghreb ?**



Pour ce cas-là non. Le diagnostic de démence était assez évident.

**7. Pensez-vous qu'un patient originaire du Maghreb nécessiterait un traitement et des soins particuliers ?**

- Non, les pathologies sont toutes les mêmes !

**8. Avez-vous rencontré des difficultés d'adhésion aux soins prescrits par le médecin ? Avez-vous rencontré une mauvaise observance du traitement?**

- Non.

**Prise en charge de la famille du patient :**

**9. Quel rôle représente la famille lors de la prise en charge d'un patient en général ?**

- En psychogériatrie, le rôle de la famille est toujours essentiel. La pathologie psychiatrique du sujet âgé se fait dans un ensemble de choses. Il y a une dynamique psychique qui est beaucoup plus globale que chez l'adulte. On ne peut pas se passer de la famille pour avoir un avis, ou rien que pour avoir un regard extérieur sur le sujet âgé : il n'a pas de vie professionnelle, la vie affective date depuis longtemps... Le regard que porte la famille sur la

personne reste le meilleur regard extérieur qu'on puisse avoir, ne serait ce que pour avoir une idée de sa vie intime et de son fonctionnement. Ca reste donc fondamental pour nous. Et puis il ne faut pas oublier que les personnes âgées sont des personnes vulnérables qui vivent dans un ensemble, donc même pour la poursuite de la prise en charge post-hospitalière, pour l'amélioration des conditions, on n'est obligé de suivre avec les familles régulièrement !

**- Pour les médecins, est-elle un support pour l'établissement d'un diagnostic ?**

- Oui, complètement !

**- La famille serait donc à la fois un support pour le médecin, et un soutien pour le sujet ?**

- Les deux oui, parce que la personne âgée seule ne va pas forcément adhérer à tout, et puis de toute façon en fonction des pathologies, surtout les pathologies démentielles, on n'a pas le choix. Dans ce cas, si on n'a pas la famille qui prend conscience et qui est volontaire pour nous aider à mettre en place les choses, ça risque d'être compliqué.

**10. Avez-vous rencontré des difficultés concernant la famille d'une personne originaire du Maghreb ?**

- Des difficultés non, après ce sont des familles qui sont dans la moyenne des gens plus sollicitants. Mais ça c'est un corollaire du fait de la place que prend la personne âgée dans leur culture, avec un attachement familial plus fort, plus soudé que ce qu'on peut avoir dans nos sociétés actuelles. Après, il n'y a pas eu vraiment de soucis. Par contre c'est vrai que ce sont des gens qu'il faut voir souvent, qu'il faut informer au fur et à mesure, et donc pour qui il faut se rendre un peu plus disponible.

**14. Pensez-vous que cette prise en charge a été satisfaisante pour la famille ?**

- Oh oui, je pense.

**15. Pensez-vous que la différence culturelle puisse être un obstacle à la compréhension des soins par la famille ?**

- Dans le cas précis, ça ne l'a pas été. Après effectivement, c'est peut-être des cultures qui ne voient pas d'un bon œil tout ce qui est psychiatrique. Ça peut-être stigmatisant pour eux... Pour nous, il y a une longue histoire de la psychiatrie qui fait que c'est plus accepté bien que... Mais dans ces cultures-là, c'est peut-être plus stigmatisé que dans les nôtres. Donc sur ce point, ça pourrait l'être dans certains cas.

**16. Pensez-vous que la famille joue un rôle important dans l'adhésion aux soins du patient maghrébin ?**

- Oui très certainement, mais bon dans le cas d'un patient extrêmement dément, l'adhésion aux soins, ça reste très limité. Mais la présence de la famille reste un plus c'est évident.

## **Quel devenir pour le patient maghrébin?**

### **17. Quelles sont les possibilités de devenir pour les patients en général ?**

#### **La famille joue-t-elle un rôle important dans cette décision ?**

- Au mieux, ils retournent ad integrum et ils retrouvent leur situation d'avant. Après le compromis chez nous, c'est le maintien à domicile ou institutionnalisation. On essaie au maximum que ce soit le maintien à domicile avec plus ou moins d'aide, enfin réfléchir aux réseaux à mettre en place pour les maintenir à domicile. Et sinon, c'est institution de tous types : EHPAD, EHPAD sécurisée. Et la famille joue un rôle décisionnel important : c'est la famille qui paye le placement en EHPAD, ou si c'est un retour à domicile, c'est la famille qui « subit » le patient toute la journée. Donc il faut un compromis qui n'est pas toujours facile, entre des préoccupations de qualité de vie, des préoccupations financières, et ça que ce soit pour le patient ou pour la famille autour. Ce n'est pas forcément évident, surtout d'avoir l'adhésion de tout le monde. Donc on travaille souvent dans le compromis.

#### **- Et avec votre expérience, pourrait-on se risquer à dire qu'une famille française choisirait plus facilement la solution de l'EHPAD que la famille maghrébine ?**

- Ca oui, je pense effectivement que c'est dans la culture. Les maghrébins ont encore cette culture pluri-générationnelle où on prend soin des aînés, où c'est un devoir de s'occuper des anciens. C'est vrai que nous on est sorti un petit peu de ça. Ca existait encore en France il y a quelques décennies. Bon, ça existe encore un peu, mais c'est vrai qu'on voit un peu de tout. Il y en a qui sont prêts à supporter des situations jusqu'au bout complètement ingérables, et il y en a d'autres qui ne supportent rien et qui ont tendance à vouloir expédier le patient. On peut dire que c'est la société qui est de plus en plus individualiste, mais ce n'est pas que ça : ça dépend aussi des pathologies, de l'histoire qu'ont les gens avec leur parent âgé, c'est un tout. C'est une dynamique globale, et après c'est vraiment du cas par cas.

Par contre, c'est clair que pour les familles maghrébines, du moins celles que j'ai côtoyées, l'EHPAD c'est inenvisageable. C'est une insulte de dire qu'ils ne peuvent pas s'occuper des

anciens et donc qu'ils doivent faire appel à une institution. Nous, Français, il n'y a pas cette dimension qu'il y a l'air d'y avoir

**- Donc si vous avez besoin d'évoquer la possibilité d'une EHPAD pour une famille du Maghreb, vous auriez plus d'appréhension que pour une famille française ?**

- Ah oui, il y a des chances qu'ils refusent ! Bon, cette appréhension, on l'a aussi avec une famille française, mais ce n'est pas pareil. C'est vrai qu'avec les maghrébins, ça va être a priori un refus. On part à mon avis avec cette idée-là, c'est évident. Avec des gens européens, il n'y aura pas forcément cet a priori, mais bon.... C'est au cas par cas. Après ils ont d'autres systèmes aussi, parce qu'effectivement, ils sont capables de mettre en jeu la famille, que ce soit d'ailleurs en France ou au pays ! Ce qui se passe très souvent quand ça se passe mal en France et que ce n'est pas gérable par le groupe en France, ça passe par un retour au pays, où la famille est beaucoup plus organisée, où il n'y a pas la même structure d'aide et compagnie. Et là en général, ils sont bien plus étayés et ils sont d'autant plus contents. Ils ont d'autres solutions, ce n'est pas un problème en soi, mais ça oblige à d'autres schémas.

**22. Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors de l'annonce et de la gestion d'une fin de vie chez un patient maghrébin ?**

- Non.

### **3. Entretien docteur Eymar**

**Profession** : FF-PH (faisant fonction de praticien hospitalier)

**Service** : pavillon Wertheimer (gérontopsychiatrie)

**Années d'expérience professionnelle :**

4 ans. 2 ans de clinicat et 2 ans de FF-PH

Thèse sur la thérapie familiale systémique

**Prise en charge du patient au sein de l'équipe hospitalière :**

**1. Comment se passe la prise en charge classique d'une personne arrivant dans le service ?**

- Le patient arrive, est amené dans sa chambre. Il y a le recueil des données infirmières, il y a un recueil plus spécifique avec le poids, la taille, le risque de chute, l'IMC. Ça, se sont les aides soignants et les infirmiers qui s'en occupent. Ensuite, classiquement, il est vu par

l'interne. Souvent, les personnes âgées sont accompagnées par leur famille quand ils arrivent, c'est quand même plus fréquent que dans les pavillons d'adultes plus jeunes, et il y a recueil de données aussi auprès de la famille initialement. Observation psychiatrique et somatique par l'interne. C'est souvent intriqué chez les personnes âgées, donc c'est obligatoire.

Après, on explique au patient et à la famille le fonctionnement du service, parce que les chambres sont fermées dans la journée, les siestes sont sur prescription médicale, donc tout ça c'est expliqué au départ, et ce, quelle que soit la pathologie.

## **2. Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge d'une personne originaire du Maghreb ?**

- Pas spécifiquement par rapport à leur origine, par contre comme c'est un pavillon sécurisé qui a une salle commune où on a accès direct en arrivant, ça peut être difficile pour les familles. Après, concernant les personnes du Maghreb, il y a peut-être plus de questions par rapport à la prise en charge, notamment concernant le régime alimentaire par exemple ; les rituels par rapport au lavage... Je pense notamment à madame Bel., par rapport à sa toilette, elle avait des rituels particuliers. Donc ça avait été mis en question, mais ça a été vu avec le fils au départ.

En bref, pas de problème, mais plus de questions peut-être concernant les actes de la vie quotidienne.

## **3. Y a-t-il eu des difficultés liées à la barrière de la langue ou à une différence culturelle ?**

- Oui, la barrière de la langue, notamment avec cette dame-là qui ne parlait pas un mot de français. Ça a quand même été difficile, même si ça ne se résume pas à la communication qu'on a pu avoir avec elle, pour apprécier les idées délirantes, l'orientation, et les autres fonctionnements cognitifs. Bon, on a trouvé d'autres moyens de faire pour apprécier tout ça,

mais c'est quand même une difficulté. Et puis il y a le sentiment de ne pas forcément comprendre ses besoins par l'équipe.

**4. Pensez-vous que la présence d'un interprète aurait pu améliorer la prise en charge ?**

- Pour cette personne, un interprète a été demandé dès le départ, mais le problème, c'est qu'elle est Kabyle, et il n'y avait pas sur le CHU ni sur l'hôpital psychiatrique d'interprète qui parlait le kabyle, donc du coup on n'a pas pu y avoir accès. Mais ça aurait pu aider. Pour ce cas, on a pu faire appel au fils, mais quand il y a des problèmes relationnels entre les enfants et la personne, ça peut poser d'autres soucis. Donc oui, c'est important qu'il y ait un interprète.

On a déjà eu un cas où on a fait appel à un interprète. Le patient était Portugais par contre. Il ne parlait pas un mot de français et l'interprète à qui on a fait appel était l'élève infirmière qui était portugaise et ça a été très important et vraiment capital : il y avait des gros conflits familiaux, et on aurait perdu en terme d'alliance si on avait été obligé de se référer à chaque fois à ses enfants.

**6. Avez-vous perçu des différences dans les manifestations cliniques de la maladie chez un patient originaire du Maghreb par rapport à un patient français ? Pour les médecins : y-a-t-il eu des difficultés à établir un diagnostic de pathologie chez un patient originaire du Maghreb ?**

- Le problème, c'est qu'en psychogériatrie, ça se limite à quelques cas, alors c'est difficile d'en faire une généralité. Des difficultés diagnostiques, je dirais non pas spécialement. Par contre, les manifestations particulières, si je considère les deux derniers cas, il y avait à chaque fois des manifestations délirantes qui tenaient compte de leur culture. Il y avait des liens avec le milieu culturel qui était un peu différent du nôtre, donc il fallait en tenir compte. On était obligé de demander à la famille qu'est-ce qui était culturel et qu'est-ce qui ne l'était pas parce qu'il y avait des thématiques d'envoûtement. On ne savait pas si ça faisait parti de



leur culture, parce que du coup, la limite entre le délire et leur réalité était difficile à déterminer. Il fallait en tenir compte.

**- Madame Bel. a été hospitalisée dans un premier temps dans un autre pavillon où elle avait été traitée comme une patiente délirante décompensée avec des délires à thème mystique. Vous l'avez recueillie ensuite, vous n'avez pas fait le même diagnostic ?**

- Non. Chez nous, cette dame est arrivée dans un état confusionnel surtout, et avait eu un problème de iatrogénie au départ. Donc l'agitation et les idées qu'elle pouvait exprimer peuvent aussi rentrer dans ce cadre confusionnel. Après, quand on reprend l'histoire, il y a eu des éléments de l'ordre du conflit familial avec sa belle-fille, de l'ordre du déracinement, et elle pensait, comme elle n'appréciait pas sa belle-fille, que la seule raison qu'elle reste avec son fils, c'est parce qu'elle l'envoûtait. Et ça, c'est quelque chose qui fait partie de la culture locale. Il y avait aussi des troubles cognitifs peu marqués, mais présents. Du coup, le fait d'avoir été déracinée a majoré la désorientation, et elle essayait aussi de reprendre un peu de sens à tout ce qui se passait. Elle s'est plus facilement réfugié dans ce qui avait du sens pour elle. Les éléments culturels, ça en fait partie.

**- Avez-vous eu d'autres cas de personnes ayant eu des manifestations cliniques en rapport avec un déracinement ?**

- Oui. J'ai un autre patient qui est un peu entre deux systèmes de cultures. Il est originaire du Maroc, et il y retournait très fréquemment. Il était venu travailler ici en France, il y a pas mal de personnes de sa famille ici en France. Mais il retournait régulièrement dans son pays d'origine où il jouissait en fait d'une certaine liberté. Et quand il a eu son accident vasculaire cérébral, il n'a plus pu aller librement au Maroc. Donc il y a eu un déracinement subit, avec une certaine passivité, parce qu'il ne pouvait pas faire autrement. Et du coup, ça a été extrêmement dur pour lui, car ça l'a renvoyé à des éléments d'impuissance, d'une part parce qu'il avait plusieurs femmes et avait un rôle assez patriarcal, car à chaque fois qu'il retournait au Maroc, il faisait un enfant à sa femme qui était restée là-bas, d'autre part parce qu'il

jouissait d'une certaine liberté entre les deux pays. Ça a entraîné en grande partie une thématique dépressive avec des idées « délirantes » comme quoi il était envoûté puisqu'il était impuissant, donc que quelqu'un lui voulait du mal.

**- Ces idées d'allure délirante ou interprétative sont-elles traitées comme des délires ?**

- Ca dépend. Pour ce monsieur, les idées délirantes s'intégraient dans quelque chose de dépressif donc le traitement de base a été celui de la dépression, mais par contre, comme le vécu était très, très angoissant pour lui, il y a eu aussi un traitement anti-productif. Par contre, pour madame Bel., ça n'a pas été nécessaire, on n'a pas été axés là-dessus. Dès le moment où elle s'est sentie en sécurité et où on avait enlevé tout ce qui pouvait être confusiogène, c'est assez rapidement rentré dans l'ordre. Monsieur E., c'était plus compliqué puisqu'au niveau environnemental, le problème restait le même, les divers intervenants familiaux n'étaient pas tous d'accords et du coup il restait une problématique contextuelle. Donc le traitement n'a pas pu être entièrement efficace, il y a des choses qui restaient, mais ça a apaisé.

**7. Pensez-vous qu'un patient originaire du Maghreb nécessiterait un traitement et des soins particuliers ?**

- Au niveau comportemental, chez les Africains du Nord, il y a souvent une exacerbation de certains éléments. Je n'aime pas trop le terme de théâtralisation, mais c'est celui-là qui me vient, ils sont peut-être plus dans le comportement ; c'est peut-être d'ailleurs lié à une barrière de la langue. Ce n'est pas forcément vrai dans les deux exemples que j'ai cités, mais je l'ai retrouvé dans plusieurs cas antérieurs.

Après, pour les soins particuliers, je dirais juste qu'il faut tenir compte de l'aspect culturel, on ne peut pas faire sans. Sinon, on passe à côté de pas mal de choses. Par exemple, quand on a des idées délirantes, il ne faut pas se focaliser dessus et l'intégrer dans le fonctionnement global, respecter ce qui fait sens à la personne pour ne pas augmenter l'anxiété. Je pense à madame B. qui avait plusieurs couches d'habits, et pour la toilette, elle gardait une chemise de

nuit, et ces habitudes, c'était très important de les respecter pour qu'elle se sente en sécurité. Il y avait d'autres rituels qui étaient à respecter pour elle, et je pense que c'était important pour qu'elle aille mieux rapidement.

**8. Avez-vous rencontré des difficultés d'adhésion aux soins prescrits par le médecin ? Avez-vous rencontré une mauvaise observance du traitement?**

- Non.

Pour madame Bel., le fils nous a aidés, elle lui demandait des explications, mais il n'y a pas eu d'opposition aux soins.

**Prise en charge de la famille du patient :**

**9. Quel rôle représente la famille lors de la prise en charge d'un patient en général ? Pour les médecins, est-elle un support pour l'établissement d'un diagnostic ?**

- Oui, c'est un support capital. Surtout quand il y a des troubles cognitifs, l'apport de l'entourage est vraiment très important. Après, on peut s'en rendre compte lors de l'évaluation, mais on perd en temps... Donc l'intervention de la famille est indispensable au niveau du recueil des données, parce qu'elle fait partie intégrante du système de vie du patient, et donc c'est difficile de faire sans, d'autant plus qu'à un certain âge, il y a une certaine dépendance qui s'installe et la famille prend une place encore plus importante. Il y a des relations qui peuvent même s'inverser, donc on est obligés de travailler avec la famille. Donc ensuite, il y a un travail pour l'accompagnement, pour l'adhésion aux soins et pour la prise en charge ultérieure.

**10. Avez-vous rencontré des difficultés concernant la famille d'une personne originaire du Maghreb ?**

- Oui, mais ce n'est peut-être pas à rattacher à ses origines du Maghreb, mais plutôt à une personnalité particulière. Après, en ce qui concerne les autres membres de cette famille, je n'ai pas eu de problème particulier et en ce qui concerne la famille de madame Bel., le fils était très présent. Je dirais par contre que les demandes sont peut-être plus répétées, ces gens demandent du coup une disponibilité importante. Et si on devait avoir une vision d'ensemble, ils sont peut-être un peu plus revendicateurs par rapport au personnel soignant. Le fait de poser la question me fait repenser que j'avais plus de retour de l'équipe. Ça a été vrai avec d'autres familles non maghrébines bien sûr, mais c'est vrai qu'il y a une certaine particularité ici.

**- Ça modifie la prise en charge ?**

- Ça demande peut-être qu'on en parle davantage pour éviter qu'il y ait des réactions un peu sèches, parce qu'ils demandent énormément... d'écoute peut-être, ou plutôt de disponibilité, je dirais. Ils ont des revendications plus importantes. Du coup, on est obligés d'en parler plus en équipe parce que ça peut être vécu comme de l'hostilité ou une remise en cause du travail de l'équipe, et ça peut-être un peu mal vécu. Dans les deux familles, il y avait ce problème.

**- Il peut y avoir un ressenti agressif ?**

- Oui.

**- C'est arrivé que ça se passe mal ?**

- Oui. Pour monsieur E., sa sœur ne tenait pas compte du cadre. Alors c'est vrai que c'est quelque chose qu'on retrouve plus fréquemment.

**- Il y a une plus grande difficulté pour la famille à s'adapter au cadre et aux règles du service ?**

- Oui. En fait, ils s'adaptent, mais il faut vraiment expliquer longtemps. Sinon, il y a une certaine susceptibilité, et ils se sentent vite agressés ou rejetés. C'est en en parlant que je me remémore tout cela, et c'est vrai qu'à chaque fois c'est ce qu'il s'est produit. Là j'ai encore quelqu'un d'hospitalisé, et la famille demande à parler au médecin à n'importe quel moment alors qu'ils savent que c'est sur rendez-vous. A chaque fois, le cadre a besoin d'être reposé, et si on dit non, c'est vécu de façon assez rejetante. Avec le fils de madame Bel. ça a été pareil, mais comme on l'a vu assez régulièrement, ça a permis de désamorcer tout ça. Mais il y a eu des soucis avec l'équipe à un moment donné. Avec la famille de monsieur E., ça a été un peu le cas aussi, mais peut-être pas avec tous les membres. En tout cas c'est quelque chose qui se retrouve un peu plus régulièrement.

**12. Pensez-vous que ces difficultés sont liées à une barrière de la langue ? A une différence culturelle ?**

- La barrière de la langue, je n'en suis pas sûre. Par contre, leur vécu de l'intégration peut être en jeu. Si dans leur vécu, ils ont eu des difficultés, ça peut être réactivé quand on repose un cadre dans le service. J'attribuerais plus ces difficultés à ça plutôt qu'à une difficulté d'ordre purement culturel.

**- Ce serait l'institution hospitalière qui réactiverait ça ?**

- Par forcément l'aspect institutionnel, mais par contre les frustrations inhérentes à un cadre hospitalier réactivent peut-être les difficultés personnelles. Par exemple, les personnes qui avaient vécu plus longtemps en France avaient moins ce vécu-là un peu persécuté, c'était plus facile d'accepter un cadre. Il y a peut-être cette dimension-là qui est présente.

Ce qui revient aussi souvent... enfin... c'est quand même difficile de généraliser parce que je n'ai qu'un petit nombre de cas. Et puis ce sont des choses qui se voient aussi dans des familles originaires d'ici...mais... ils reviennent souvent aux droits qu'ils ont.

**- Comme s'ils avaient besoin de se défendre ? Ce seraient des gens qui sont plus sur la défensive ?**

- Oui, c'est ça.

**13. Pensez-vous que la présence d'un interprète aurait pu améliorer la prise en charge ?**

- Avec les familles, étant donné que pour moi il n'y avait pas de problème de communication au niveau du langage brut, je ne suis pas sûre. Après, à chaque fois, les situations ont été désamorçées en les revoyant très souvent et en expliquant vraiment les choses au fur et à mesure.

**- Pour préciser ma question, la présence d'un interprète culturel aurait-elle son utilité ?**

- Peut-être que ça ferait un lien. Ce n'est pas un besoin que j'ai ressenti dans ces cas-là. C'est vrai que j'ai eu le cas d'un monsieur portugais avec toute sa famille, et là ça aurait pu être un médiateur intéressant. Donc je n'en ai pas ressenti le besoin, mais maintenant que j'y réfléchis, c'est vrai que ça pourrait être un lien intéressant.

Après... autant il faut tenir compte de la culture, autant il ne faut pas tout rattacher à la culture. Sinon, ça risque d'être plus stigmatisant qu'autre chose dans certains cas.

#### **14. Pensez-vous que cette prise en charge a été satisfaisante pour la famille ?**

- Pour la famille Bel., oui. Globalement, tout c'est bien passé. Pour la famille E., il y a eu des choses qui se sont bien passées avec une des deux sœurs, mais une avec qui il y a eu des problèmes. Du coup, la prise en charge s'est terminée sur quelque chose d'assez brutal : une sortie sans avis médical, car elle l'a pris en permission sur une permission qui n'avait pas été accordée, et il est resté à domicile dans ce contexte là. Ça a été une rupture, mais on a essayé de rester dans la continuité ne serait-ce que dans la prise en charge sociale. La prise en charge s'est donc continuée, mais de façon très moyennement satisfaisante. Sur le plan médical, la continuité est très relative, on s'est mis en contact avec le médecin traitant pour le tenir au courant de la situation et on restait à disposition en cas de nécessité.

**- Cette rupture était-elle vraiment liée à quelque chose de culturel ?**

- Non. Je pense que c'était là plus lié à un problème de personnalité.

**- Le patient, lui, a-t-il tendance à mettre en avant sa culture par rapport aux désaccords qu'il pouvait y avoir dans la prise en charge ?**

- Lui, il n'était pas en désaccord. Il voulait repartir au Maroc et c'est tout. Rien n'était satisfaisant en dehors de ça, mais il n'était pas en désaccord non plus avec ce qui se passait ici. C'est sa sœur qui ne voulait pas qu'il y retourne étant donné qu'il avait des problèmes rénaux- il est en insuffisance rénale gravissime - ça demande une surveillance constante. Le problème, c'est que ça aurait pu être fait, mais il y a eu un barrage de la sœur et nous, là, on ne pouvait pas aller au-delà. Et la sœur voulait qu'on lui fasse comprendre qu'il ne pouvait pas retourner au Maroc. Nous, on ne pouvait pas rentrer dans ce fonctionnement-là, ce n'était pas notre rôle.

## **16. Pensez-vous que la famille joue un rôle important dans l'adhésion aux soins du patient maghrébin ?**

- Bien sûr. Quand il y a un lien qui existe encore avec le pays d'origine, quand il y a l'âge et qu'une dépendance s'installe, quelle que soit la pathologie aigue, la famille devient indispensable pour que ce lien continue, c'est-à-dire qu'il ait des retours, même ponctuels, dans le pays d'origine.

Après en ce qui concerne la langue, je reprends l'exemple du monsieur portugais, la question d'une institutionnalisation s'est posée parce qu'il posait pas mal de problème au domicile de ses enfants. Il avait fait une tentative de suicide à domicile, il y avait des menaces et une certaine agressivité, donc ça posait quand même problème. Au domicile, c'était devenu difficile pour tout le monde, donc il y avait une vraie crise familiale. Et la famille était quand même le seul lien par rapport à la langue. Si on l'avait mis en institution, il y a quand même très peu de gens qui parlent portugais. Là il y aurait eu un véritable problème de communication qui aurait pu entraîner une certaine agressivité parce qu'il n'était pas compris. Donc avec lui, on n'en a pas parlé tout à l'heure, mais le fait d'être incompris déclenchait de l'agressivité et un repli. De la part des soignants, ça devenait difficile aussi, parce que du coup, on voyait bien qu'il avait des demandes mais le fait de ne pas pouvoir y répondre induisait un sentiment d'impuissance qui est assez mal vécu par les soignants.

**- C'est très vite attribué au problème de la langue ? C'est très vite compris, ce problème de communication ?**

- Oui. En tout cas, dans ce cas, oui. C'est pour ça que l'intervention de l'élève infirmière comme interprète a été capitale. Par contre, elle était vraiment le support, et ça a été quelque chose de difficile pour elle, c'était pesant. Par contre après, il a fait des efforts, il voyait que nous, on essayait de dire quelques mots en portugais et il a fait des efforts lui aussi, donc il y avait un réel effort de communication et après on arrivait à se comprendre sur des choses assez simples, mais on arrivait à se comprendre.



## **Quel devenir pour le patient maghrébin?**

### **17. Quelles sont les possibilités de devenir pour les patients en général ? La famille joue-t-elle un rôle important dans cette décision ?**

- Oui. Elle joue un rôle important, parce que, comme je l'ai déjà dit, quand s'installe une certaine dépendance, l'étayage familial est une donnée capitale pour la suite. Après, les différentes possibilités, c'est soit un retour à domicile avec éventuellement une majoration des aides, soit une institution, de la plus souple à la plus sécurisée : foyer logement, maison de retraite, maison de retraite sécurisée. Donc la famille est tout le temps impliquée dans la prise en charge ultérieure. Moi, je reçois toutes les familles. Après, on ne tient pas compte uniquement de l'avis de la famille : ce n'est pas eux qui prennent la décision, mais on les reçoit au moins pour avoir leur position et savoir si on pourra travailler avec ou sans eux. C'est capital, et ce à cause de la dépendance importante liée à l'âge.

### **18. Un patient maghrébin a-t-il les mêmes perspectives d'avenir qu'un patient français ? Peut-il prétendre aux mêmes droits ?**

- C'est compliqué de répondre, parce que ça dépend de son statut social aussi. Madame Bel. n'avait pas de papiers en France, donc elle ne pouvait théoriquement pas prétendre aux mêmes droits. Sauf qu'entre temps, le fils a pu faire des papiers avec l'assistante sociale et elle a pu avoir accès à des droits sociaux.

**- Et dans les cas où il n'y a pas de problème de papiers, les perspectives d'avenir sont-elles les mêmes ?**

- Oui et non. Les perspectives sont à la fois plus larges et plus étroites. Plus larges parce qu'il y a aussi cette possibilité du retour au pays d'origine, ce qui a été le cas pour elle et ce qui aurait pu être une solution aussi pour monsieur E. ; pour le patient portugais, on s'était renseigné sur les possibilités de structure en EHPAD au Portugal, parce qu'ici, le risque était vraiment celui d'un repli total. Par contre le fait de ne pas pouvoir communiquer avec d'autres pensionnaires en France est ce qui restreint les possibilités en France. Le fait qu'il parle couramment la langue ou pas est un facteur d'avenir déterminant.

**19. Avez-vous rencontré des difficultés dans la décision du devenir chez un patient maghrébin ?**

- Oui. On en a parlé tout à l'heure pour le cas d'un patient. Non pour les autres cas. Par contre en prévoyant quand même des consultations de suivi pour voir comment se passait le retour.

**- Ces suivis, ça a été difficile de les mettre en place ?**

- Non. Au contraire, les gens étaient plutôt demandeurs et contents de pouvoir avoir accès à ça. Par contre, il y avait souvent des problèmes d'horaires. Ça par contre, c'est quasi systématique !

**21. Avez-vous eu à faire l'annonce d'une maladie évolutive ou une maladie dont le pronostic vital était réservé ?**

- L'annonce non. Avec le fils de madame Bel., on a parlé des troubles cognitifs pouvant être dus à un processus dégénératif, donc démence type Alzheimer. Et pour monsieur E., il y avait ce problème d'insuffisance rénale préterminale, qui avait déjà été annoncée par les

néphrologues, mais comme il y a eu une aggravation, on en a un peu reparlé. Mais ça n'a pas posé de difficulté spécifique.

## **22. Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors du décès d'un patient maghrébin ?**

- Non, je n'ai pas eu de cas de décès.

Je reviens sur le problème de l'institutionnalisation, il y a quand même un vécu familial de devoir s'occuper des parents peut-être plus fort. L'idée même de placer quelqu'un en maison de retraite est beaucoup plus mal vécu, peut-être par rapport à des problèmes de loyauté individuelle mais majorés par la culture.

Ça me rappelle un cas que j'ai eu il y a très longtemps, une dame qui avait une démence fronto-temporale, et la famille a essayé de tenir jusqu'à ce qu'il y ait de l'agressivité au domicile et une mise en danger des petits-enfants. Sinon, il y avait vraiment un refus par rapport à l'institution, et avec un rapport entre la famille et l'équipe toujours un peu difficile. Et cette dame a dû être institutionnalisée au final. Donc ça a nécessité des réunions familiales plus nombreuses et avec tout le monde. Ça demandait une organisation assez difficile à mettre en place. Par contre, c'était vraiment nécessaire pour comprendre ce qu'il se passe et pouvoir travailler sur certaines choses. Et comme ils ne supportaient pas d'avoir dû placer leur mère, ils projetaient leur agressivité sur l'équipe, et ça a créé des problèmes.

## **4. Entretien professeur Clément**

**Profession :** Professeur en gérontopsychiatrie

**Service :** Pôle Jean-Marie Léger, ouvert en 2004, spécialisé dans les troubles gérontopsychiatriques

**Années d'expérience professionnelle :** spécialisé depuis 1982 dans le domaine de la gérontopsychiatrie

**Prise en charge du patient au sein de l'équipe hospitalière :**

**1. Comment se passe la prise en charge classique d'une personne arrivant dans le service ?**

- En secteur d'hospitalisation, il est accueilli, on fait un bilan, on essaie de comprendre le déroulement de la symptomatologie qui a nécessité cette hospitalisation. On essaie d'avoir le plus d'information possible de l'environnement. Les informants sont la famille ou les

soignants s'ils viennent d'une institution, et après on essaie de mettre en place un traitement en fonction des résultats du bilan qu'on a fait. Tout est intriqué : il peut y avoir à la fois des troubles psychiques, mais en relation aussi avec des troubles somatiques. Notamment dans cette période estivale où, du fait de la canicule, on peut avoir beaucoup de déshydratation, de troubles métaboliques, qui participent à la décompensation de troubles psychiques latents.

## **2. Avez-vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge d'une personne originaire du Maghreb ?**

- Je ne sais pas si il faut appeler ça « difficultés » mais on peut souligner le fait que la personne âgée, donc en difficulté, est souvent très entourée par la famille qui est très présente, très participative à la résolution des problèmes. Ou alors, c'est l'inverse : c'est-à-dire qu'on est face à quelqu'un qui est très seul, ou complètement délaissé par la famille. On a les deux extrêmes. Dans la première version, le problème qui peut se poser, c'est que l'ensemble de la famille, qui sont surtout des enfants, ne sont pas d'accord sur les décisions à prendre. En particulier quand il y a nécessité de revoir le problème du lieu de vie, qu'on évoque l'institutionnalisation, il y a des fois des désaccords forts, profonds, qu'il faut savoir mettre à plat, avec des rencontres, des confrontations, un peu comme un conseil de famille, qui est nécessaire à aboutir à un consensus. Pour les personnes seules, la difficulté est différente, parce que là, ça veut dire qu'on a peu voire pas du tout d'informations rapporté par un tiers pour mieux connaître le patient ou la patiente âgée, et qu'on s'appuie sur son propre discours et que ce discours est difficile à appréhender dans sa globalité car, comme on sait, les plaintes, premièrement d'une personne âgée, deuxièmement d'une personne âgée provenant du Maghreb, sont très marquées au niveau corporel. Ce sont des plaintes corporelles qui sont mises en avant alors qu'on sent bien que derrière, il y a une problématique dépressive forte. Si en plus se rajoute dans ce contexte une problématique démentielle ou cognitive, cela devient très compliqué si on n'a pas d'informant.

### **- La barrière de la langue est donc un obstacle ?**

Si je réponds dans un sens général, bien sûr. Dans un sens plus particulier par rapport aux expériences que j'ai vécues, c'étaient toujours des personnes du Maghreb qui connaissaient le français, donc pas de barrière de la langue.

**3. Les difficultés de prise en charge étaient-elles directement liées à un aspect culturel selon vous ?**

- Moi, je pense que ce qu'il faut souligner, c'est l'idée que dans la culture maghrébine et du fait de leur organisation sociale, mettre quelqu'un dans une institution comme une EHPAD, c'est un écueil culturel parce que ce n'est pas dans la culture. Donc je réponds oui. C'est quelque chose à faire admettre. Ils sont plus dans l'esprit de dire « on ira jusqu'au bout de la garder au domicile de l'un d'entre nous. »

**- Et au niveau de l'institution de l'hospitalisation même ?**

- A mon sens non. Je pense que les institutions hospitalières en général et psychiatriques en particulier n'ont pas d'écueil, n'ont pas de difficulté à accueillir des gens d'autres cultures, d'autres horizons, et ce d'autant plus que c'est de plus en plus fréquent. Et pas spécifiquement en psychiatrie de l'âge, ça peut être aussi en psychiatrie de l'adulte

**5. Pensez-vous que cette prise en charge a été satisfaisante pour le patient ?**

- J'espère que oui. Je pense que oui.

**4. Pensez-vous que la présence d'un interprète aurait pu améliorer la prise en charge ?**

- Alors s'ils maîtrisent la langue, absolument pas. Il vaut mieux que ça soit que tout vienne d'elle, de la personne malade, que par un intermédiaire où il y a toujours les écueils de faux sens possible, de prise en main par l'interprète de l'interrogatoire. Moi je l'ai beaucoup vécu

au Bénin, un an de pratique en psychiatrie avec des Béninois qui sont majoritairement de langue française, mais certains venant de villages éloignés ne possédaient pas la langue française, et on utilisait donc un interprète. Et l'interprète avait tendance à prendre notre question, la formuler au patient, entendre la réponse et lui reposer une question que nous-mêmes nous ne comprenions pas, autrement dit on était dépossédés de l'entretien. C'est très difficile à contrôler ça. Il faut vraiment avoir un interprète compliant qui reste à sa place dans sa fonction de traducteur sans qu'il s'implique dans le questionnement, sinon on est tout de suite, nous, spectateurs, on n'est plus soignants ! Donc c'est un problème, l'interprète, en fait.

**6. Avez-vous perçu des différences dans les manifestations cliniques de la maladie chez un patient originaire du Maghreb par rapport à un patient français ? Pour les médecins : y-a-t-il eu des difficultés à établir un diagnostic de pathologie chez un patient originaire du Maghreb ?**

- Des troubles psychiques en général ? Parce que le plus prévalent est la dépression... Bien sûr qu'il y a des différences. Mais ce n'est pas nous qui les avons inventées, c'est une observation qui a même été faite remarquablement bien par des psychiatres maghrébins, qui ont décrit des patients dépressifs qui se présentaient sous une allure délirante, plutôt de thème persécutoire, et qui pouvaient être très sthéniques. C'est-à-dire qu'on a nous l'image européenne d'un dépressif triste et ralenti, alors qu'il arrive souvent que le dépressif maghrébin soit plutôt sur le mode agité voire agressif avec une interprétation de son affection comme étant non pas liée à sa propre valeur/ dévalorisation voire culpabilité par rapport à des faits, mais plutôt vécus comme étant un phénomène venant de l'extérieur type mauvais sort par exemple. J'en ai vu d'une part au Maroc, où j'ai fait deux ou trois séjours pour parler de psychiatrie, voir les psychiatres qui travaillent à Rabat, et beaucoup, là on est plus bas qu'au Maghreb, au Bénin, j'en ai vu énormément.

**- En avez-vous vu aussi en France ?**

- Tout à fait car à Lafarge (pavillon ouvert d'adultes), nous avons eu un patient qui était sur le mode persécutoire sensitif mais qui au fond de lui-même était dépressif. On l'a traité comme

tel et il allait beaucoup mieux ! Donc on en voit aussi en France. Alors peut-être que dans les immigrés du Maghreb qui sont en Europe, en France, on a peut être moins cette présentation sthénique, mais la note persécutoire reste facilement prévalente, et avec une forme qui est souvent somatisée : des plaintes douloureuses type algique, lombalgie, dorsalgie, céphalalgie, plaintes digestives.

**- Le diagnostic est-il posé plus tardivement du coup chez une personne maghrébine ?**

- Quand on n'est pas informé de ces spécificités là, sûrement qu'il y a un retard au diagnostic. Lorsqu'on est informé de ces spécificités, comme nous le sommes, il me semble dans ce service, on n'a pas de difficulté à proprement parlé, mais peut être qu'on peut considérer qu'en amont, il y a eu un retard au diagnostic. Ces patients là ont pu nous être adressés avec une suspicion de délire, et après nous, nous redressons la barre.

**7. Pensez-vous qu'un patient originaire du Maghreb nécessiterait un traitement et des soins particuliers ?**

- Non sur le fond, c'est-à-dire que tout dépressif se traite de la même façon, sachant qu'il faut bien faire la part des choses entre ce qui est, pour l'approche psychothérapique de soutien, du registre d'une dépression de perte et une dépression liée à une contrainte forte sur l'individu comme par exemple un harcèlement professionnel (ce qui est le cas d'un de nos patients), mais par contre sur le plan thérapeutique, on reste sur le cœur du traitement qu'est l'antidépresseur, mais c'est vrai que si on a un raisonnement purement psychopharmacologique associé à ça, et les études l'ont prouvé, s'il y a une production délirante, on a une hyperactivité dopaminergique qui est sous-jacente. Ca ne veut pas dire qu'ils sont psychotiques pour autant, je le répète, ça veut dire qu'il y a cette hyperactivité qu'il faut quand même savoir un petit peu atténuer, et le traitement idéal, il est particulier. Mais c'est la même chose chez un sujet âgé qui présente une dépression délirante tardive. On est dans le modèle de l'antidépresseur plus une dose filée d'antipsychotique.



**- Dans le cas où par exemple une personne dépressive parle de sorcellerie, ça peut nous paraître délirant, mais dans sa culture, c'est tout à fait concevable, on va lui mettre un antipsychotique ?**

- Étonnamment, on sait que dans notre région, il y a beaucoup de gens qui croient à la sorcellerie, pour parler des autochtones, et très peu arrivent en tout cas en nos mains de psychiatres hospitaliers avec un discours qui explique leur souffrance par un envoûtement, un maraboutage ou quelque chose relatif à la sorcellerie, étonnamment. Ça veut dire que si ces gens existent et ont une souffrance psychique, je ne sais pas si c'est vers les psychiatres qu'ils se rapprochent. On peut hypothétiser qu'ils vont voir des guérisseurs ou des personnes de cette classe là. Concernant les personnes d'autres ethnies, je reviens à mon exemple de l'Afrique, donc le Bénin, j'ai vu bon nombre de patients qui, avant de venir voir la médecine moderne, étaient allés voir la médecine traditionnelle, c'est-à-dire avec l'idée qu'ils étaient possédés, maraboutés et tout ce qu'on veut, et pour qui, surtout pour les troubles psychiques sérieux, cette médecine traditionnelle était en échec.

**- Y aurait-il un intérêt à introduire la possibilité d'une médecine traditionnelle en parallèle à la médecine moderne dans la prise en charge par exemple?**

- Ici en France, je ne sais pas. Je ne sais pas si ça se fait, mais là-bas, ça se faisait systématiquement. C'est-à-dire que dans l'équipe de psychiatrie au sein de laquelle je jouais le rôle du psychiatre européen, puisque le reste de l'équipe, c'étaient des Béninois, des Africains qui s'étaient formés à la psychiatrie - alors selon diverses écoles, parce qu'il y en a qui étaient formés à la psychiatrie à la française et surtout à la sénégalaise par l'école de Dakar, Henri Colon et Co., et il y avait ceux qui étaient formés à l'école russe, à savoir que le Bénin avait une forte liaison avec l'URSS de l'époque et beaucoup de Béninois, toutes spécialités confondues, allaient se former en URSS - et dans cette équipe, il était connu depuis très longtemps que dans l'hôpital où étaient accueillis des patients aux pathologies sévères (on parle de psychose schizophrénique paranoïde etc....), le tradipraticien avait sa place pour voir si, par ses méthodes à lui, il pouvait apporter des soulagements, qui parfois étaient salutaires, parce qu'il faut bien savoir qu'aussi on était dans un contexte où on n'avait pas toujours les

médicaments à disposition pour les aider. Si on revient maintenant dans le contexte ici européen, France, est-ce qu'un tradipraticien dans un service pourrait apporter quelque chose ? Je pense qu'il serait lui-même déraciné et que ça ne serait pas quelque chose qu'il aimerait faire.

**8. Avez-vous rencontré des difficultés d'adhésion aux soins prescrits par le médecin ? Avez-vous rencontré une mauvaise observance du traitement?**

- Bien sûr qu'on en a rencontré, mais pas plus en population maghrébine. Bien sûr, il y a la méfiance qui remonte facilement dans une pathologie dépressive, mais c'est surmontable dans la mesure où la personne a des informations sur le traitement et qu'elle peut être compliant. Donc il faut savoir prendre du temps pour informer.

**Prise en charge de la famille du patient :**

**9. Quel rôle représente la famille lors de la prise en charge d'un patient en général ? Pour les médecins, est-elle un support pour l'établissement d'un diagnostic ?**

- J'ai en partie répondu. La famille nous apporte des informations que parfois la personne âgée ne peut pas nous apporter, donc ça nous permet de reconstruire l'anamnèse et même pour la suite, de faire en sorte que, pour avoir les résultats, il faut que tout le monde soit compliant et c'est pareil. On parlait de l'information au patient, il faut que l'entourage, la famille soit aussi bien informée sur quoi on se dirige. Personne ne peut prétendre dire que les familles connaissant parfaitement bien l'idée que l'antidépresseur, ça ne se donne pas quinze jours, ça se donne plusieurs mois. Alors il y a besoin de l'expliquer ça.

**- Est-ce que la notion de secret médical peut poser problème dans ces cas-là ?**

- Le secret médical sous-entend qu'on a diagnostiqué par exemple une dépression chez le patient âgé et qu'il ne faudrait pas en parler à la famille. Mais si la famille ne sait pas de quoi il s'agit, rien que de dire qu'une dépression n'est pas une maladie honteuse, une dépression ça se soigne, une dépression, c'est quelque chose à prendre au sérieux parce que ça peut facilement rechuter si on ne traite pas longtemps. Ce n'est pas dévoiler un secret médical, c'est informer pour, à mon avis, avoir une meilleure réussite thérapeutique.

Mais le même raisonnement peut se faire pour un patient diagnostiqué schizophrène. Je crois que si son entourage n'a pas cette information pour l'aider, pour savoir comment on peut être garant d'un pronostic de la qualité la meilleure possible à condition que le traitement, la prise en charge, les aménagements sociaux professionnels soient bons, ça passe, tout passe par de l'information, voire de la formation. C'est la même chose pour les équipes soignantes.

**- Cette information est-elle facile à donner à une famille maghrébine ?**

- Elle n'est pas aussi facile, je pense, mais elle est indispensable, elle demandera plus de temps, plus de mise en mots la plus claire possible, les mots les plus efficaces, quitte à reformuler ce qui a été dit ; elle est plus difficile, mais on peut arriver au même résultat.

**- Avez-vous rencontré des familles originaires du Maghreb insatisfaites de la prise en charge?**

- Personnellement, je dirais non, mais j'ai su que dans notre service au centre Jean-Marie Léger, il y avait des familles pas satisfaites, mais ce n'est pas de la prise en charge dont elles n'étaient pas satisfaites, c'étaient des propositions pour l'avenir, pour le devenir, où comme je l'avais déjà dit précédemment, tout le monde n'était pas d'accord. Je répète, c'est surtout le grand problème de la nécessité qu'à un moment, on décide que l'institutionnalisation paraît

indispensable. Et tout le monde n'est pas prêt. Il y en a qui estiment que tant pis, on le gardera à domicile malgré toutes les difficultés matériels, comportementales que ça posera, d'autres sont prêts. Mais il y a aussi une variable importante dans toute cette histoire, mais elle n'est pas spécifique à la population maghrébine, c'est la variable financement. L'institutionnalisation, ça coûte beaucoup d'argent et ça fait reculer beaucoup de familles quant à la nécessité de se partager les frais inhérents.

**- Ce n'est pas ce qui ressort en premier lieu chez ce type de population ?**

- Non, ce n'est pas ça. On va dire noblement, c'est les affects qui ressortent en premier. A mon avis, ils ne sont pas du tout homogènes parmi les protagonistes. Il y a des personnes dans la famille qui seront plus dans l'affectif et d'autres qui seront plus dans la matérialisation, ça c'est clair. Mais ce n'est pas spécifique aux gens du Maghreb, ça c'est clair. On a les mêmes éventuelles difficultés avec des Français.

**- Mais si les famille maghrébines préfèrent et ont recours à une réorganisation au domicile plutôt qu'à l'institutionnalisation, celle-ci est-elle vraiment si nécessaire ?**

- Bien sûr que ça se discute. Par rapport au modèle actuel, on sait que le risque qu'on a à ne pas la faire quand elle est nécessaire, c'est qu'on va épuiser les aidants et que c'est eux qui vont décompenser. Donc c'est aussi faire la part des choses entre la problématique propre au patient qu'on a à prendre en charge en terme de devenir, et aussi ceux qui l'entourent en terme de force, c'est à dire de capacité à assumer. C'est à apprécier de façon soigneuse. Si on se retrouve par exemple avec une personne démente, son conjoint semble très vulnérable et qu'on lui propose plutôt un retour à domicile avec des aides, mais qu'ils n'assumeront jamais tout parce que tout ça, ça a un coût, même s'il y a l'APA et compagnie, on met l'aidant dans une situation à risque d'une décompensation dépressive en particulier. Mais tout ça dépend aussi du profil symptomatologique de la personne. Quand on a un patient dément agressif, très

désinhibé, impulsif, c'est pas du tout la même chose que quand on a un patient dément qui est plutôt docile, passif, relativement coopérant. C'est quand même au cas par cas que tout ça se discute. Il n'y a pas une règle spécifique à la population maghrébine.

Pour donner un autre exemple de l'institutionnalisation, si elle se fait près de la famille, elle est beaucoup mieux acceptée que si malheureusement elle est à distance pour des raisons de place. C'est une autre variable à prendre en compte.

**- C'est déjà arrivé qu'une famille maghrébine, de part sa situation sociale, n'ait pas vraiment les mêmes possibilités d'avenir pour leur proche ?**

- Mais bien sûr que c'est arrivé, mais ce n'est pas propre à la population maghrébine là encore. Il y a des Français qui ont un statut socio-financier précaire, et donc qui ne peuvent pas se permettre de faire des projets d'encadrement, même dans un maintien à domicile ou dans le contexte du choix d'une institution qui coûtera relativement chère, même avec des aides comme l'APA.

### **Quel devenir pour le patient maghrébin?**

**21. Avez-vous rencontré des difficultés particulières lors de l'annonce et de la gestion d'une pathologie évolutive chez un patient maghrébin ?**

Si on entend par pathologie évolutive une maladie démentielle, cela ne paraît pas plus compliqué, sauf si on prend la variable temps nécessaire. Parce que je pense et je répète qu'il faut beaucoup plus expliquer qu'est-ce qu'il se passe, et le mettre en mots compréhensibles. Par exemple, ça n'a aucun intérêt d'aller mettre trop facilement une étiquette de maladie d'Alzheimer. Il paraît à mon avis plus raisonnable, plus sage, de parler de troubles du

fonctionnement du cerveau qui fait que la mémoire flanche, les autres fonctions de reconnaître les objets, de reconnaître les choses, de savoir faire les choses, de savoir s'exprimer, s'altèrent aussi avec le temps et que la personne a des difficultés à percevoir ce qu'il se passe autour d'elle, d'avoir un jugement correct, d'avoir des bonnes initiatives... Enfin voilà, donner un descriptif plus sur qu'est-ce que c'est qu'une... à quoi il faut s'attendre en terme de signes et symptômes de sémiologie, que de mettre une étiquette qui est parfois très dévalorisante en plus.

## **22. Avez-vous déjà eu le cas d'un décès ?**

Non, je n'ai pas eu cette expérience.

### **Quels soins au final ?**

**- Pour résumer, finalement, la prise en charge globale d'une personne maghrébine ne diffère pas spécifiquement d'une prise en charge classique, si ce n'est dans la formulation des choses qui doit être réadaptée ?**

- Oui, je crois que c'est important ça.

**- La différence est donc plus dans le travail de communication ?**

- Oui, dans le travail de communication, dans le respect des habitudes aussi. Je pense par exemple à l'aspect vestimentaire dans l'institution, il faut respecter ça aussi.

**- Le problème, c'est que l'institution hospitalière peut aussi devenir problématique par rapport au fonctionnement de la personne (alimentation, rites...) ?**

- En pathologie du sujet âgé, je n'ai jamais été confronté à l'exemple du ramadan par exemple, mais ça se respecte totalement. S'il le demande bien sûr.

**- La prise en charge d'un patient du Maghreb demande quand même plus d'investissement de la part des soignants ?**

- Oui. On va dire sur une échelle de 100%, on va dire que c'est 20% en plus, mais ce n'est pas insurmontable. C'est plus difficile de prendre en charge un patient polypathologique ayant des problèmes somatiques lourds. Ce n'est pas la dimension ethnique ou culturelle qui est la plus insurmontable. Il ne faut pas la stigmatiser, je ne crois pas.

**- Vous voulez dire qu'il vaut mieux envisager une prise en charge au cas par cas, plutôt que d'envisager un lieu spécifique avec une prise en charge adaptée à des personnes originaires d'ailleurs et leurs différences ?**

- C'est vrai que ça a beaucoup évolué ces dernières décennies en disant qu'il fallait créer des unités fonctionnelles spécifiques soit par pathologies, soit par techniques thérapeutiques. Il y a eu des expériences intéressantes ; je propose un exemple, une unité mère-bébé pour des problèmes spécifiques du post-partum ou plus tardifs d'ailleurs, quant à faire des unités fonctionnelles par culture, ça n'a pas été, à ma connaissance, envisagé. Peut-être aussi parce qu'il n'y a pas suffisamment de demande.

**- Est-ce que ça vous paraîtrait pertinent ?**

- S'il y avait beaucoup de demandes ? Peut-être oui. A ce moment là, on pourrait réfléchir à des plans de soins qui ne soient pas tout à fait les mêmes dans le sens justement où les

informants, les aidants, l'entourage, la famille verraient qu'il y a des personnes qui sont dans la même souffrance. C'est comme quand on essaie de faire une unité pour des addictions de type alcool et qu'on implique l'entourage pour dire qu'il y a le problème du proche, le problème des autres et qu'il faut réfléchir sur ce qu'on peut faire tous ensemble. C'est le principe des groupes de parole.

**- Mais alors vous reconnaissez une certaine spécificité des pathologies chez les maghrébins alors ?**

- Ce n'est pas une histoire de spécificité, c'est une histoire de bien être pour l'accueil. Pour l'instant, dans notre système de soin, ces personnes là sont minoritaires. Si on fait le tour du service Jean-Marie Léger, il y a soixante-dix lits, combien on va en trouver aujourd'hui ? La réponse va être peut-être un ou zéro. Et ce « un », s'il y en avait un, se retrouve peut-être lui dans une gêne qui est liée aussi à la culture. Et peut-être qu'une unité spécifique, si la demande était plus forte, enlèverait cette gêne supplémentaire, cette souffrance liée à un certain type d'isolement.

**- Vous qui faites des consultations ambulatoires, avez-vous déjà rencontré des patients maghrébins qui, au moment où on propose l'hospitalisation, refusent ?**

- Oui, ça m'est arrivé bien sûr. Ca m'est arrivé souvent, pour ces raisons là justement. Les gens disent : « Je ne suis pas sûre de pouvoir retrouver à l'hôpital les habitudes que j'ai chez moi, donc j'accepte le traitement ambulatoire mais je ne veut pas être à l'hôpital. »

**- C'est peut-être là qu'est la différence ?**

- Oui, si on veut. Si on cherche des différences, on en trouve.

**- Mais dans le fond, y-a-t'il une si bonne adhésion au système de soin occidental de la part des gens de culture maghrébine ?**



- Moi, je pense que ça dépend vraiment de son niveau de français : plus il va connaître la langue française, plus il va pouvoir s'intégrer dans un système de soin du fait de la possibilité aisée d'avoir un échange avec les différentes strates de soignants, voire les autres patients.

**- Donc ça dépendrait de sa capacité d'intégration dans le pays en fait ?**

- Oui, et puis depuis combien de temps il est là. Bon, pour exemple, là on parle des patients du Maghreb, mais il nous est arrivé d'avoir des patients d'origine russe, ne parlant pas un mot de français. J'ai eu le sentiment qu'on était, nous, dans une grande impuissance, parce qu'on arrivait qu'à avoir des bribes de ce qui se passait, il y avait une espèce de censure à la fois du patient, à la fois du traducteur, et donc on était très mal à l'aise pour dire qu'on allait trouver des solutions de bonne qualité. Par exemple il s'agissait d'un russe alcoolique, mal intégré dans la communauté parce que peut-être, il n'avait pas encore eu suffisamment de temps, et qui était devenu violent avec son entourage. Et pour résoudre ça sans passer par la communication, la verbalisation, le pourquoi il est venu là, qu'est-ce qui s'était passé avant, c'était un réfugié politique.

**- Donc vous avez eu recours à un interprète ?**

- Eh bien là, il était indispensable, l'interprète, on ne pouvait rien faire sans lui. Mais comme je disais au départ, il faut vraiment un interprète qui sache bien rester à sa place. Un interprète rigoureux, dans un sens comme dans l'autre, sans interférer sur la relation d'aide.

## **ANNEXE 5**

### **Anthropologie médicale**

Devant le thème du travail abordé, il semble nécessaire d'avoir accès à des notions d'anthropologie médicale. L'anthropologie médicale propose des descriptions des systèmes médicaux dans les sociétés lointaines, mais pas seulement. Elle s'intéresse aussi aux liens qui existent entre un système médical et son contexte culturel. Un système culturel est toujours complexe et multiforme, toujours changeant en fonction des apports extérieurs, mais aussi des mouvements intérieurs. (TAÏEB Olivier, 2009)

L'anthropologie médicale est « une anthropologie tournée vers la façon dont les sociétés perçoivent, définissent et expliquent ces agressions que sont la maladie et la mort, et les moyens qu'elles emploient pour prendre en charge les demandes de ceux qui les subissent. Par-delà l'immédiateté du mal et de la mort, ce sont des cadres de réponses aux énigmes que sont le corps et la vie qui en dégagent alors » (BENOIST, 2002)

Elle s'intéresse à une question qui est le fondement même de la médecine : la question du normal et de l'anormal, du sain et du pathologique. Sa particularité est de donner de l'importance à la position de celui qui décrit la maladie. En effet, le point de vue du chercheur et ses références, qu'elles soient médicales ou pas, peuvent être diamétralement opposés aux références locales. Elle implique donc un premier travail de remise en question de ses propres références et d'acceptation de difficultés apparaissant lors de la rencontre avec d'autres réalités. Ainsi Georges Devereux soutient que l'analyse par le chercheur de ses propres résistances et de son contre-transfert par rapport à son objet peut donner beaucoup d'informations sur son sujet de recherche.

Il semble important de rappeler une évolution dans l'histoire de cette discipline. Née de l'occident dans un contexte de colonisation et de l'expansion des sciences expérimentales, la démarche d'étude a énormément progressé au fil du temps.

Rappelons que la médecine occidentale a toujours cherché à se rapprocher des sciences fondamentales cherchant à raisonner dans une démarche scientifique, partant de postulats, évoluant sur des schémas connus et bien définis.

Good a ainsi distingué quatre approches de l'anthropologie médicale dans son livre *Medicine, rationality and experience* (1998) (GOOD, 1998) :

L'approche empiriste : l'idéal est une représentation de la maladie exempte de culture. La maladie est considérée comme une réalité objective, les biosciences fournissent des représentations neutres et réalistes. La culture populaire, alors comprise comme un mode d'adaptation, est interprétée comme un ensemble de métaphores dangereuses et fondamentalement fausses. Le projet serait de procéder à l'éducation du patient afin de modifier ses comportements irrationnels. L'individu est ici considéré comme apte à évaluer ses propres symptômes et à établir un choix délibéré dans les solutions qui lui sont proposées. C'est le modèle du malade rationnel, autonome, qui va optimiser ses chances. Si ce modèle semble avoir son intérêt en santé publique, Good estime que « pour l'anthropologue, remplacer la culture populaire erronée par l'information libre *a priori* de la science paraît un objectif profondément inadéquat. »

L'approche cognitiviste : elle se désintéresse du statut épistémologique de la maladie et s'intéresse plus directement à la culture et la diversité. A l'opposé de l'approche empiriste, elle se fonde sur des concepts flous et mal définis, en utilisant des acquis philosophiques, linguistiques, informatiques et anthropologiques avec pour objectif de comprendre la genèse du fonctionnement du cerveau.

L'approche interprétative : le système médical est un système culturel en soi, et donc bien distinct du domaine anthropologique. La maladie appartiendrait à la culture spécialisée de la

médecine et ses représentations appartiendrait à des réalités culturellement constituées. Ainsi, la culture ne serait pas seulement un moyen de se représenter la maladie, mais serait essentielle à sa propre constitution en tant que réalité humaine. La maladie n'est alors plus définie comme phénomène naturel, indépendante de toute culture, mais se constituerait à partir de phénomènes intersubjectifs définis par des interprétations symboliques issues de la culture qui feraient lien avec le corps humain. L'idée est que la maladie est constituée par l'acte interprétatif et ne peut être saisie que pas lui.

Ce courant analyse comment les interprétations de la maladie agissent parallèlement aux processus sociaux, psychologiques et physiologiques pour produire des formes et des trajectoires distinctes de la maladie. Plusieurs travaux ont été établis dans ce sens, dans l'analyse des structures et des processus symboliques associés à la maladie dans différentes traditions thérapeutiques. Par exemple, l'étude des réseaux sémantiques permet d'enregistrer systématiquement les domaines de sens associés aux symboles clés et aux symptômes dans un lexique médical. Ces domaines reflètent et provoquent les modes de vécu et les rapports sociaux, ce qui induit que cette étude fait de la maladie un « syndrome de signification et d'expérience ».

L'approche critique : elle s'est développée dans les années quatre-vingt comme une sorte de complément à l'approche interprétative. Inspirée des travaux de Foucault (1973, 1978) sur le pouvoir et la biopolitique, cette approche ne définit pas les représentations de la maladie uniquement par des réseaux de signification, mais aussi comme un moyen de camoufler les représentations sociales et les rapports de pouvoir par une certaine mystification. Cette perception permet par conséquent de prendre conscience du pouvoir médical, et de sa capacité potentielle à assujettir les patients. En regard de cela, la maladie peut également être comprise comme un acte de résistance à un pouvoir. Les travaux s'inspirant de ce courant s'intéressent à la souffrance sociale, qui ne peut être réduite à la maladie (KLEINMAN A., 1997) (DAS V., 2001)

Ce qu'il ressort de l'énoncé de ces approches, c'est qu'il existe trois écueils à éviter : le tout universel, le tout culturel ou encore le relativisme présenté de façon abstraite, c'est-à-dire sans

fournir de deuxième terme à l'expression « relatif ». Selon la métaphore de Torga reprise par Douville (SABATIER Colette, 2002), « l'universel, c'est le local moins les murs », autrement dit ce que nous prenons pour universel est de fait extrêmement local. Ainsi, quels que soient les groupes, les individus ont tendance à penser d'une part que leurs références sont les meilleures et d'autre part qu'elles sont universelles. Quant à la tentation **culturaliste\***, voire exotique, elle vient globalement de la colonisation dont la psychiatrie coloniale porte trace et est désireuse de contempler des unités culturelles qui sont en réalité factices.

L'évocation de l'histoire de l'anthropologie médicale n'est pas dénuée d'intérêt dès le moment où on est amené à travailler sur des personnes dont le vécu transculturel est l'objet de notre attention. L'explication des différentes théories permet aux initiés de comprendre la difficulté qu'implique le soin, notamment psychiatrique, aux personnes ayant un schéma de pensée différent en ce qui concerne le soin. Notre propre système de soin est régi par une histoire et des notions propres à notre culture : de la médecine organique à la médecine génétique, de la psychiatrie organiciste puis psychanalytique à la psychiatrie symptomatique. Ces considérations permettent de penser les systèmes de soins au-delà des structures catégorielles qui les régissent habituellement et permet d'étendre la dynamique de soin à des notions plus vastes, mais aussi plus complexes, de ce que pourrait être la thérapeutique.

## ANNEXE 6

### Index

- **Acculturation:** C'est l'adoption progressive de comportements et de normes empruntés à la culture du pays d'accueil, pertes et emprunts étant bien évidemment liés.  
L'acculturation se fait progressivement, en plusieurs générations, en commençant par les pratiques sociales et publiques et en poursuivant par les comportements familiaux et privés.
- **Approche spécifique :** La notion d'« approche spécifique » des questions de santé des migrants crée parfois débat lorsqu'elle s'apparente à une forme de « discrimination positive ». En effet, le traitement différentiel relatif aux discriminations est généralement perçu comme illégitime puisqu'il s'oppose au principe d'égalité de traitement de tous les citoyens, garanti par la Constitution et hérité d'une longue tradition républicaine. Cependant, le principe d'égalité peut faire l'objet d'exceptions dès lors que les différences de traitement trouvent leur justification au travers d'une différence de situation ou de l'intérêt général : c'est le principe de la discrimination positive. En l'espèce, la vulnérabilité des migrants et l'intérêt de la santé publique peuvent justifier la mise en place de mesures préférentielles- comme une politique de vaccination ou une campagne de prévention ciblées- à condition toutefois que l'impact de la mesure ne soit pas disproportionné par rapport au but visé et que les retombées négatives potentielles, notamment le fichage ou la stigmatisation, demeurent maîtrisées.  
Cependant, des réticences à cette approche spécifique persistent et ces avancées en matière de prévention restent fragiles, s'appuyant tantôt sur le manque de travaux épidémiologiques représentatifs, tantôt sur la « nécessité » de dissoudre la question des migrations dans celle de la précarité sociale, ignorant ainsi les particularités épidémiologiques, linguistiques ou juridiques des migrants. Faisant écho au débat sur l'immigration, la peur du communautarisme et l'argument de l'intégration républicaine entretiennent parfois l'illusion d'une égalité de fait que l'égalité de droit, bien que nécessaire, n'est pas suffisante à garantir.
- **Assimilation:** Historiquement, du moins en France, c'est le mot assimilation qui s'est d'abord imposé. Etymologiquement, le terme assimilation désigne à la fois l'action de rendre égal et l'acte de l'esprit qui considère comme semblable ce qui est différent. (Jacqueline Costa Lascoux, Immigration et intégrations, Pouvoirs locaux, 1997).

L'assimilation tendrait donc à désigner les processus de perte des caractères culturels distinctifs d'une population immigrée, ou bien soumise à une invasion, à une colonisation; ou à une influence culturelle. Moralement, vouloir assimiler, c'est tenter de faire disparaître la culture de l'autre afin d'imposer ses propres traditions, normes et valeurs. L'assimilation renvoie donc à la perte des traits culturels d'origine, à ce que des sociologues nomment l'acculturation.

- **Conflit de loyauté :**

Parmi les différentes formes de loyauté, on définit :

- la loyauté verticale (parents-enfants par exemple), asymétrique, irrésistible

- la loyauté horizontale (entre amis par exemple, ou au sein d'une société culturelle), égalitaire, choisie

- les loyautés clivées (un enfant parentifié par exemple)

Le conflit de loyauté se définit lorsqu'une loyauté verticale s'oppose à une loyauté horizontale. Un choix s'impose alors, mobilisateur d'affects et d'énergie. Lorsque ce choix est inconscient il s'effectue sous forme de passage à l'acte.

- **Culturalisme :** Le culturalisme est un courant de l'anthropologie né aux États-Unis sous l'impulsion principale de Ruth Benedict et de Ralph Linton, le culturalisme tente une description de la société sous les points de vue conjugués de l'anthropologie et de la psychanalyse. Le culturalisme constitue un des courants qui a dominé la sociologie américaine des années 1930 jusqu'aux années 1950. En empruntant la notion de culture aux anthropologues, il cherche à rendre compte de l'intégration sociale.

S'appuyant sur l'observation des sociétés archaïques, les culturalistes mettent en évidence l'influence prépondérante de la culture sur la personnalité des individus.

- **Culture:** Culture pour l'anthropologie désigne l'ensemble des modes de vie d'un peuple, l'héritage social que l'individu acquiert de son groupe. En d'autres termes, la culture est cette partie que l'homme a créée lui-même. L'anthropologie permet de reconnaître l'humain dans toutes ses manières d'être. Elle conduit à penser que tout le mode de vie en commun est une forme de civilisation, que chaque culture est une manière unique et irremplaçable de l'héritage. La culture, c'est l'ensemble du mode de vie qui imprègne l'enfant, même dans les formes les plus mineures, les plus modestes.

- **Demandeur d'asile** : Personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951
- **Dépressions masquées** : Selon Pichot et Hassan, cinq arguments permettent de rattacher des tableaux cliniques atypiques à la dépression dont ils réalisent des équivalents :
  - Mise en évidence de symptômes proprement dépressifs
  - Un terrain et une personnalité sous-jacente particulière
  - Des particularités évolutives
  - Des antécédents familiaux et des facteurs héréditaires
  - La réaction au traitement antidépresseur

Selon Hanck, Collomb et Boussat, les manifestations classées initialement comme « psychoses délirantes aiguës » ou « chroniques » qui se sont avérées très sensibles au traitement antidépresseur presque exclusif, sont intégrées dans le cadre des dépressions masquées.

- **El ghorba** : Terme kabyle signifiant l'*exil*. Tout le discours de l'émigré s'organise autour de la triple vérité de *elghorba*. Dans la logique traditionnelle, *elghorba* est associé au « couchant », à l'« obscurité », à l'éloignement et à l'isolement (parmi les étrangers, donc à leur hostilité et à leur mépris), à l'exil, à la frayeur (celle que suscite la nuit et le fait de se perdre dans une forêt ou une nature hostile), à l'égarment (par perte du sens de l'orientation), au malheur, etc. Dans la vision idéalisée de l'émigration, source de recherche et acte décisif d'émancipation, *elghorba*, intentionnellement et violemment nié dans sa signification traditionnelle, tend (sans toutefois y parvenir pleinement) à porter une autre vérité qui l'identifierait plutôt à bonheur, lumière, joie, assurance, etc... L'expérience de la réalité de l'émigration vient démentir l'illusion et rétablir *elghorba* dans sa vérité originelle. C'est toute l'expérience de l'émigré qui oscille sans cesse entre ces deux images contradictoires de *elghorba*. Faute de pouvoir résoudre la contradiction dans laquelle il est ainsi enfermé car il lui faudrait renoncer à émigrer, il ne peut que se le masquer.
- **Etranger** : Personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Enquête PRI** : Passage à la **R**etraite des **I**mmigrés, a été menée entre nov. 2002 et fév.2003 sur une population de 45 à 70 ans, résidant en France, définie par le lieu de naissance hors de France et la nationalité de naissance non française, ce qui n'exclut pas les Français par acquisition de la nationalité mais exclut les Français nés à l'étranger. Cette enquête des Mines, initiée par la Cnav et réalisée en collaboration avec l'Insee, sous la direction de C. Attias-Donfut, avec R. Gallou et A. Rozenkier, a reçu le soutien du Fasild, de l'Arrco-Agirc, de la MSA et de la Caisse.
- **Ethnicité** : C'est un concept complexe et imprécis, par nature fluide et mouvant. Il ne s'agit pas de la « race » (renvoyant à une conception pseudo-biologique erronée), ni du statut de migrant, ni de la nationalité. Il faut se garder de toute réification de la notion d'ethnicité, de sa transformation en une catégorie figée et naturelle qui réduirait



la complexité des appartenances multiples des sujets à une seule dimension (STURM, 2001)

- **Exil :** Sur le plan étymologique, ce mot est constitué du préfixe *ex* le dehors, et du suffixe *il* la notion de lieu dans la langue française. Fethi Benslama remarquera qu'il s'agit là du seul mot dans la langue désignant spécifiquement un déplacement humain à la différence du mot « migration » par exemple qui concerne l'ensemble du règne animal. On découvre alors que depuis la nuit des temps, la question de l'*illité*, c'est-à-dire la question du lieu est la question même de l'homme dans sa recherche incessante de fonder ce qui lui donne abris contre l'errance et l'oubli, ce qui lui permet de transmettre sa trace par-delà sa mort (djardem, 1997)
- **Exilé :** Personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologique des migrations forcées.
- **Identification:** C'est dans cette partie que joue la composante personnelle, sauf à penser que l'individu est entièrement déterminé par ses appartenances. Parsons, psychologue social américain, élabore avec d'autres le concept d'intégration comme recouvrant les phénomènes d'accommodation et d'ajustement qui amènent un individu à une conscience d'identification à un leader, une personnalité charismatique ou une figure emblématique.
- **Identité :**

#### **L'identité en psychologie :**

Erik Erikson, professeur américain dans le domaine de la construction identitaire, conçoit l'identité comme une sorte de sentiment d'harmonie : l'identité de l'individu est le « sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle » (1972). Dans la tradition freudienne, l'identité est une construction caractérisée par des discontinuités et des conflits entre différentes instances (le *Moi*, le *Ça*, le *Surmoi*, etc). Ces deux conceptions parlent de l'identité comme d'une construction diachronique.

Jean Piaget insiste sur la notion de socialisation de l'individu à travers une intériorisation des représentations sociales, principalement par le langage.

Par exemple, la notion de construction d'identité sexuée fait référence à la manière dont l'enfant prend conscience qu'il est un garçon ou une fille, et se construit une représentation de son rôle sexué. Cette construction dépend du sexe biologique mais aussi de la culture dans laquelle naît l'enfant.

#### **L'identité en sociologie :**

La notion d'identité en sociologie renferme toute la problématique du rapport entre le collectif et l'individuel, le déterminisme social et la singularité individuelle. Il n'est pas possible, à ce jour, de parler de cette notion sans évoquer les grands courants de la sociologie qui ont des approches différentes.

Outre des définitions de « l'identité subjective » (identité pour soi, ou personnelle) se rapprochant plus ou moins de celles présentées en psychologie, la sociologie propose également des définitions de l'« identité sociale » : identité pour autrui à travers des classifications, des statuts sociaux ou professionnels, une identité dite « objective ».

L'identité subjective :

« Subjective », « elle englobe des notions comme la conscience de soi et la représentation de soi. » Codol (CODOL, 2008) estime qu'il ne s'agit en fait que d'une « appréhension cognitive de soi ». Elle englobe trois caractères qui vont ensemble : « constance, unité, reconnaissance du même. » Il ne s'agit cependant pas d'une constance mécanique et d'une analogie réifiée, ni de l'adhésion stricte à un contenu invariant et figé mais d'une « constance dialectique<sup>4</sup> » et dynamique impliquant le changement dans la continuité, dans une dynamique d'aménagement permanent des divergences et des oppositions.

L'identité sociale :

Plus « objective », elle englobe tout ce qui permet d'identifier le sujet de l'extérieur et qui se réfère aux statuts que le sujet partage avec les autres membres de ses différents groupes d'appartenance (sexe, âge, métier, ...). L'identité sociale comprend les attributs catégoriels et statutaires qui se réfèrent à des catégories sociales où se rangent les individus (groupes, sous-groupes : « jeune », « étudiant », « femme », « cadre », « père »...). C'est souvent une identité « prescrite » ou assignée, dans la mesure où l'individu n'en fixe pas, ou pas totalement, les caractéristiques. Cette identité sociale situe l'individu à l'articulation entre le sociologique et le psychologique. Elle envisage, comme le souligne Tajfel (TAJFEL H, 1999), le rôle joué par la catégorisation sociale qui selon lui « comprend les processus psychologiques qui tendent à ordonner l'environnement en termes de catégories : Groupes de personnes, d'objets, d'événements [...] en tant qu'ils sont équivalents les uns aux autres pour l'action, les intentions ou les attitudes d'un individu.»

- **Immigré :** Personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés pour le recensement démographique (Insee) Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française
- **Intégration :**  
Le mot intégration est de nos jours couramment utilisé sans complément d'objet dans la presse, à la radio, dans le langage courant. Souvent le terme « intégration » est directement associé à la population immigrée. Pourtant il ne l'a pas toujours été. Le mot intégration, dont l'usage se développe à partir du début des années 1980, a d'autres connotations. *Integrare* en latin, c'est à la fois renouveler et rendre entier, faire entrer une partie dans un tout.

L'intégration, c'est aussi une série de processus. « Qu'on le veuille ou non, qu'on le désire ou qu'on le craigne, l'intégration se fait. Trop vite ou trop lentement, c'est selon les opinions. »

Comme l'écrit le sociologue Abdelmalek Sayad: « L'intégration est un processus lent, douloureux, conflictuel, qui se joue au niveau de chaque individu ».

En sciences sociales, le terme renvoie tant à la cohésion d'un groupe ou d'un système social qu'au rapport qu'entretiennent les individus. Pour un sociologue comme Emile Durkheim, un groupe est intégré « dans la mesure où ses membres possèdent une conscience commune, partagent les mêmes croyances et pratiques, sont en interaction les uns avec les autres et se sentent voués à des buts communs ». A l'inverse du terme assimilation qui implique un rapport d'inégalité entre l'objet et l'ensemble, celui d'intégration introduit l'idée de réflexivité, d'interaction dans l'accueil: l'individu intégré n'est certes plus le même, mais le groupe intégrateur lui aussi a changé. Chacun est donc concerné par ce qui fait vivre ensemble. C'est sans doute aussi ce que l'on veut signifier avec le terme métissage. L'intégration possède aussi une composante subjective: un sentiment d'appartenance, un désir ou une volonté de partager les normes et les valeurs d'un groupe. En fait, l'intégration contient deux dimensions: la première est faite de l'appartenance des individus à des institutions, des structures et des cadres conditionnants; la seconde, plus subjective est la conscience de l'existence de normes et de valeurs partagées, le sentiment d'une appartenance à un même ensemble social ou politique.

Pour le cas de la France, serait intégré un individu qui, d'une part, serait français, bénéficiant de tous les droits et accomplissant l'ensemble des obligations liées à la citoyenneté, et d'autre part, se sentirait pleinement et se revendiquerait français. On peut avoir gardé certaines coutumes d'une culture d'origine (notamment pratiquer une religion) et se sentir totalement français. On peut aussi, bien entendu, être parfaitement inséré socialement. Il n'empêche que le fait d'avoir un travail, et des pratiques culturelles acceptées par son voisinage, considérées comme normales (au sens de conforme aux normes sociales), joue forcément un rôle dans le sentiment d'être français.

- **Kulchite** : « Le mal partout ». C'est un bricolage à trois composantes : le préfixe « **Kul** » (« tout » en arabe) , l'infixe « **Chi** » (« chose ») et le suffixe « **ite** » qui définit « l'infection, l'inflammation » (I. Idris)
- **MCI** : Médiateur Culturel Interprète. Il existe à Lausanne une association (Appartenance) qui assure une formation de médiateurs culturels interprètes (dorénavant MCI), association dont les responsables sont des ethno thérapeutes conscients qu'un interprète non formé n'a ni la position ni l'expérience lui permettant d'aborder adéquatement les enjeux thérapeutiques et éthiques qu'impliquent une consultation médicale à trois partenaires. Cette formation de MCI repose sur une conception de l'interprétariat très éloignée de la fidèle traduction au mot à mot, sans attention pour les différences de représentations et de valeurs culturelles ou pour les différences liées aux contextes sociaux des acteurs impliqués dans une consultation.
- **Méthode comparative** : Méthode utilisée dans les premiers travaux de recherche épidémiologiques dans le domaine transculturel. Il s'agit de vérifier l'existence de syndromes définis dans les pays occidentaux au sein de différentes cultures. Ceci

présuppose l'existence d'invariants universels dans les catégories diagnostiques et les manifestations symptomatiques.

- **Méthode émique** : Des travaux ont tenté de combiner la perspective émique\* et la méthode épidémiologique.
- **Migrant** : Personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique
- **Migration**: Peut être définie comme l'action et l'effet du passage d'un pays à l'autre pour s'y établir. Selon Marie-Rose MORO, il s'agit d'un « évènement sociologique qui s'inscrit dans un contexte historique et politique »
- **Perspective émique/étique** : Headland et coll. (1990) a proposé de faire une distinction entre émique et étique pour la première fois dans les années cinquante. Il s'inspire des termes de linguistique « phonémique » et « phonétique », qu'il étend au domaine de l'analyse sociale. Le terme étique désigne la perspective professionnelle, extérieure au contexte considéré, le terme émique rend compte des catégories localement signifiantes.

<u>Linguistique</u>	<u>Analyse sociale</u>	<u>Exemple d'application</u>
<b>Phonémique</b> Concerne les unités de sens dans un langage particulier	<b>Perspective émique</b> Basée sur les représentations locales	Etudes basées sur des <b>catégories localement signifiantes</b> (ex : possession par un djinn en Kabylie)
<b>Phonétique</b> Concerne la formulation professionnelle des unités de son, symbolisables et indépendantes du langage particulier	<b>Perspective étique</b> Basée sur les représentations professionnelles, externes au groupe étudié	Etudes basées sur des <b>catégories « professionnelles » externes au contexte considéré</b> (ex : dépression, toxicomanie, malnutrition protido-calorique...)

- **Réfugié** : Personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la Commission des recours des réfugiés.
- **Signifiant** : Le signifiant désigne l'image acoustique d'un mot. Ce qui importe dans un mot, ce n'est pas sa sonorité en elle-même, mais les différences phoniques qui le distinguent des autres. Sa valeur découle de ces différenciations. Chaque langue construit son lexique à partir d'un nombre limité de phonèmes, caractérisés comme les signifiés, non par leur qualité propre et positive, mais par ce qui les oppose: rouler un "r" en français est sans conséquence pour la compréhension; ne pas le faire en arabe conduit à des confusions, puisque cette langue comporte à la fois une apicale vibrante [r] ("r" roulé) et une fricative vélaire sonore [ḡ] (proche du "r grasseyé français). Les mots *rasīl* (messager) et *ḡasīl* (lessive) ne se distinguent que par l'opposition r/ḡ.

- **Signifié** : Le signifié désigne le concept, c'est-à-dire la représentation mentale d'une chose. Contrairement à une idée répandue, la langue n'est pas un répertoire de mots qui refléteraient les choses ou des concepts préexistants en y apposant des étiquettes. Si c'était le cas, les mots d'une langue, mais aussi ses catégories grammaticales auraient toujours leur correspondant exact dans une autre. Cette observation conduit Saussure à distinguer **signification** et **valeur** : « mouton » et "sheep" ont le même sens, mais non la même valeur, puisque l'anglais pour sa part distingue *sheep*, l'animal de sa viande *mutton*; il en est aussi ainsi de l'opposition passé défini (simple)/passé indéfini (composé) qui expriment une opposition d'aspect en anglais ou en castillan, une valeur d'usage (écrit/oral) en français contemporain. Ainsi le contenu (le signifié) est un concept défini négativement du fait de l'existence ou de l'absence dans une langue d'autres concepts qui lui sont opposables.
- **Sublimation** : Mécanisme concernant des activités intellectuelles, artistiques ou religieuses. La sublimation porte sur les pulsions partielles libidinales qui ne parviennent pas à s'intégrer dans la forme définitive de la génitalité. Il n'y a pas de refoulement (ce n'est donc pas à proprement parler un mécanisme de défense) mais une conversion de ces pulsions dans un but non sexuel qui revalorise le sujet. La sublimation ne se fait pas sous la pression du Surmoi mais est de l'ordre de l'idéal du Moi. Il n'y a pas de culpabilité mais plutôt du narcissisme. Trois caractéristiques: déplacement d'Objet, changement de nature de la pulsion, l'Objet visé est socialement valorisé. La sublimation dévie les pulsions sexuelles vers un Objet socialement valorisé.
- **Syndrome d'Ulysse** : Joseba Achotegui, un psychiatre et professeur à l'Université de Barcelone en Espagne a fait sa présentation sur le « syndrome d'Ulysse. » D'après M. Achotegui, une compréhension du syndrome d'Ulysse facilite la compréhension des difficiles voyages migratoires et des expériences des migrants quand ils arrivent dans le pays d'accueil. Il a expliqué que les sans papiers sont largement marginalisés dans les analyses psychologiques. Le syndrome d'Ulysse se réfère à une combinaison de facteurs stressants et de symptômes que les sans papiers manifestent en réponse à leurs conditions de travail et de vie et à leurs expériences traumatiques. Parmi ces facteurs stressants, on peut citer:

La solitude et la séparation d'avec ceux qu'ils aiment : certains émigrent seuls laissant derrière eux leur famille et leurs amis

Ils luttent pour survivre : difficultés d'accès aux soins médicaux et difficultés à trouver le logement et la nourriture

Peur et terreur : peur de la déportation et de la détention.

La plupart des professionnels de la santé ne comprennent pas ces facteurs stressants et, dans la plupart des cas, passent à côté. Les sans papiers sont traités comme des patients déprimés ou psychotiques quand ils viennent solliciter un traitement médical. M. Achotegui a ajouté que l'une des principales raisons de ces diagnostics erronés réside dans le racisme et la discrimination. « Les difficiles voyages migratoires auxquels ils se soumettent constituent l'une des raisons principales justifiant l'utilisation du terme ' syndrome d'Ulysse '. Le voyage d'un immigrant du Cameroun est parfaitement comparable, ce n'est pas une exagération si l'on parle d'odyssée.

Mais aujourd'hui, ce n'est pas seulement un homme comme Ulysse mais des centaines et des milliers d'hommes et de femmes qui finissent par échouer sur les mêmes rivages de la Méditerranée où Ulysse a abouti. » Ceux qui survivent à ce voyage de migration montrent des signes associés aux facteurs stressants du syndrome d'Ulysse. M. Achotegui a établi une distinction claire entre les symptômes du syndrome d'Ulysse tels la solitude et la peur, et ceux de la dépression ou d'autres désordres mentaux. Il a fait remarquer que ceux qui souffrent de dépression ont des pensées suicidaires, les migrants du syndrome d'Ulysse ont la capacité d'effectuer leurs routines quotidiennes.

## ANNEXE 7

### Les mécanismes de défense chez la personne âgée

- **Le refoulement :** Mécanisme de défense qui consiste à chasser de la conscience, du moi-conscient les représentations insupportables ; on dit qu'elles sont refoulées dans l'inconscient pour marquer qu'elles ne sont ni effacées ni détruites. Le moi vieillissant use spontanément du refoulement pour écarter le rappel de déclin et de la mort qui n'aurait pas été assez élaboré pour être supportable. Avec le temps, la pression refoulante du Moi s'affaiblit et ce mécanisme de défense perd de son efficacité. Ex : chez les vieilles dames dont l'abaissement des censures libère tout à coup le langage. Des formules crues, des expressions osées peuvent jaillir indépendamment de tout état de détérioration en créant un réel effet de surprise, voire de situation comique.
- **La déniation :** Mécanisme de défense qui consiste à faire comme si une pensée n'existait pas en nous, alors même qu'elle est présente ou qu'elle a été présente dans notre esprit. Quand elle émerge, elle n'est même pas reconnue comme nôtre. On croit n'y avoir pas pensé. En fait, cette conviction n'est souvent que le signal du moment où une idée inconsciente commence à émerger. La plupart des sujets très âgés disent qu'ils ne pensent pas à la mort, qu'ils ne se projettent plus dans l'avenir. Certains n'envisagent même plus la moindre modification à leur situation présente. Il s'agit moins d'une amputation de l'imagination que d'une occultation d'une partie entière de la pensée. C'est une façon de placer la tête sous l'oreiller pour ne pas voir de quoi les fantasmes sont faits, car il s'agit bien d'une difficulté à supporter les fantasmes. Ex : remettre à plus tard la nécessaire organisation des biens, ne pas accepter de préparer son admission en maison de retraite, comme un recours utile et comme une issue à la fois imaginaire et réelle, alors même qu'on vit seul, à la merci d'un accident ou d'une maladie.
- **La projection :** La projection est un mécanisme de défense qui correspond à la réactualisation du premier stade du stade anal décrit par Abraham. A l'époque anale, l'enfant tente de se défaire de la mauvaise partie de lui-même en l'expulsant, en se comportant comme si cette mauvaise partie pouvait être déposée chez quelqu'un d'autre. Le second temps du stade anal atténue la projection parce que la psyché s'organise autour du plaisir à contenir tant les bons aspects de l'objet que les moins bons. Au cours du vieillissement, la capacité contenante de ce second temps de l'analité peut se désorganiser transitoirement ou durablement, ouvrant alors la porte à une reprise de la projection. La projection peut être un moyen de lutte contre la perte en cas de deuil impossible, ou de deuil mal fait, donc finalement un moyen de lutte contre la dépression. Mais il bloque la sublimation\*. Pour que la sublimation soit

débloquée, il faut que le travail de deuil soit relancé, au besoin, par une psychothérapie.

- **La pulsion d'emprise :** Elle est aussi contemporaine du stade anal. Elle s'exprime mentalement par une farouche résistance au changement ainsi que par le désir de s'approprier l'objet comme si le fait de 'y aggriper était censé apaiser les angoisses d'abandon.
- **Les mouvements régressifs :** Ces mouvements visent à retrouver momentanément ou durablement un plaisir à fonctionner par la relance d'une fixation. Une fixation réussie – orale, anale, narcissique – offre à une économie individuelle en souffrance une bae de réorganisation que le thérapeute a intérêt à reconnaître et à protéger. Le sujet malade recherche un plaisir qui compte pour lui afin de contrebalancer la frustration infligée par une difficulté sérieuse.
- **Les défenses narcissiques :** Au cours de la seconde moitié de la vie les pathologies du narcissisme ne sont pas seulement le fait des structures narcissiques bien que celles-ci soient le premières menacées. Elles sont aussi la conséquence de mouvements qui induisent le sujet vieillissant vers un repli narcissique obligé. Parce que sa potentialité relationnelle fléchit, le sujet vieillissant n'a pas d'autre choix que d'opérer un repli sur soi. Ce mouvement de repli vise à lutter contre la crainte d'une dépendance croissante à l'égard des autres, qui, au fur et à mesure de son apparition, est mal vécue car menaçant l'autonomie du sujet. Les réactions d'exaspération et de dépression sont souvent déclenchées par des causes minimes. En raison d'une vulnérabilité croissante, il se montre susceptible, colérique, exigeant. Parce qu'il doute de lui-même, il recherche l'approbation des autres tout en la minimisant. Le noyau de caractère refait surface pour tyranniser l'entourage. Ces défenses narcissiques peuvent se faire sous forme d'idéalisation ou de dévaluation.
- **Le déni :** Il s'agit d'un mécanisme de défense contre la réalité extérieure : c'est le refus de reconnaître une perception. Ainsi, Freud considère le déni comme psychotique dans son essence. Cependant il ne signe pas obligatoirement l'existence d'une personnalité psychotique. Au cours du vieillissement, c'est au sujet du corps que le déni fonctionne le plus souvent. Pour l'appareil psychique, le corps est de l'ordre de l'extérieur, aussi le déni porte-t-il souvent sur le déclin des fonctions ou des aptitudes. On fait comme si on n'était pas sourd pour continuer à conduire sa voiture, malgré les risques auxquels on s'expose. On ignore la circulation automobile pour traverser la rue sans attendre. On se barricade contre les voleurs, mais on laisse une fenêtre ouverte pour le chat. Le clivage entre le bon et le mauvais se rigidifie et le cloisonnement mental se renforce. Ce qui est perçu est aussitôt rejeté. L'amputation de la réalité n'éloigne pas seulement la réalité, elle conduit à l'ignorance de toute une partie de soi.
- **La régression :** Lorsque la défense contre la réalité psychique (dénégation) et la défense contre la réalité extérieure (déni) sont débordées par les forces supérieures, le sujet en difficulté peut chercher une position de repli dans la régression. Les niveaux d'organisation de la régression vont être prédéterminés par la qualité antérieure des fixations. Le sujet âgé montre plus que l'adulte une capacité à régresser très vite et très loin. Ex : A la suite d'un accident vasculaire cérébral, même limité, il y a arrêt de la



mentalisation Le malade cherche souvent des qualités premières comme la chaleur d'un lit, le silence, la pénombre où il renoue avec une jouissance primitive : celle de la tranquillité à fonctionner à l'abri du monde.

## **Bibliographie**

AGGOUN, A. (2006). *Les musulmans face à la mort en France*. Espace Ethique Vuibert, pp. 60-98

AÏNA STANOJEVITCH Elodie, V. A. (2007, novembre-décembre). Repères sur la Santé des migrants. *La santé de l'homme* (392), pp. 21-24.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders Fourth Edition- DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Press

ARDILA A., R. E. (2008). Normal and abnormal aging in bilinguals. *Dementia and neuropsychologia* (2), pp. 242-247.

ASAMLA (Association Santé Migrants de Loire Atlantique), DRASS. (2005). *Prise en compte des immigrés vieillissants*. Enquête auprès des migrants vieillissants de l'agglomération nantaise, Nantes.

ATTIAS-DONFUT, C. (2006). *L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*. Armand colin, pp. 33-221

ATTIAS-DONFUT, C. (2005). Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société* (46), pp. 86-129.

BENOIST, J. (2002). *Petite bibliothèque d'anthropologie médicale. Une anthologie*. Paris: Khartala.

BERR Claudine, A. T. (2007). L'épidémiologie des démences. *La presse médicale* , 36 (10).

BIZNAR, k. (1988). ruptures familiales et névroses traumatiques. Dans k. biznar, *le temps interrompu, pathologies du deuil et de l'exil* (pp. 43-51). la pensée sauvage.

BLANCHET Alain, G. A. (1992). L'enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Nathan.

BLANCHET, A. (1986). *L'entretien dans les sciences sociales*. Dunod.

BOKUETENGE F., V. P.-B. (2007). Si loin, si proche: réflexions cliniques et sociales à propos d'un cas de psychose chez un sujet migrant. *Annales médico-psychologiques* (165), pp. 407-411.

CHAÏB, Y. (2000). *L'émigré et la mort* (éd. mémoire et culture). CIDIM/Collection.

CICOUREL, A. (2002). *Le raisonnement médical, une approche socio-cognitive*. Seuil, pp. 165-176

COMEDE, C. M. (2006). La santé des exilés. *Rapport d'activité et d'observation 2005*, (p. 48). Le Kremlin-Bicêtre.

COUDERC, P. (2006, juin). Accueil et soins psychiatriques des étrangers demandeurs d'asile. *une volonté en santé mentale* (23).

DAS V., K. A. (2001). *Remaking a world. Violence, social suffering and recovery*. Berkeley: University of California Press.

DESRUMEAUX, G. (hiver 2000-2001). Des foyers de travailleurs migrants aux résidences sociales: Quelles mutations? *Ecartés d'identité* (94).

EKMAN S.L., W. T. (1993). Relation ship between bilingual demented immigrants and bilingual/monolingual caregivers. *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 37-54. (37), pp. 37-54.

EKMAN, S. W. (1994). Preconditions for communication in the care of bilingual demented persons. *International Psychogeriatrics* (6), pp. 105-120.

FERREY Gilbert, L. G. (2000). *Psychopathologie du sujet âgé*. PARIS: Masson, pp.1-15

FERREY Gilbert, L. G. (2000). *Psychopathologie du sujet âgé*. PARIS: Masson, pp.23-129

FLAHERTY JA, G. M. (1988). Develloping instruments for cross-cultural psychiatric research. *Journal of Nervous and Mental Disease* , 5 (176), 257-263.

Fondation Nationale de Gérontologie. (1985). Démences du sujet âgé et environnement. *Acte du 2e colloque*. paris.

GOFFMAN, E. (1975). *Les rites d'interaction*. Paris: Edition de Minuit.

GOOD, B. (1998). *Comment faire de l'anthropologie médicale? Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson: Les empêcheurs de tourner en rond.

GUMPERZ, J. (1989). *Engager la conversation*. Paris: Editions de Minuit.

HADJIAT Linda, F. A. (2008, avril). Une approche gérontologique des immigrants vieillissants en foyers. *La revue de gériatrie* , 33 (4).

HEADLAND TN, P. K. (1990). Emics and etics: the insider/outsider debate.

HEATH, C. (1993). Diagnostic et consultation médicale: la préservation de l'asymétrie dans la relation entre médecin et patient. Dans G. M. COSNIER J., *Soins et communication. Approche interactionniste des relations de soins*. Lyon: Presses Universitaires de Lyon.

HEIKKILÄ, K. S.-L. (2007). Culturally congruent care for older people: Finnish care in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (21), pp. 354-361.

INSEE. (version du 29 juillet 2009). *Recensement de la populations. Nationalités-Immigration*.

Journées de gérontologie. (28-29 octobre 1997). Travailler avec et pour les personnes âgées, pour quelle qualité de vie?

KAPOUNE Karfo, T. M. (2007). Aspects psychopathologiques de la dépression du sujet âgé en milieu africain au Burkina Faso. *Perspectives psy*, 16 (2), pp. 159-164.

KIRMAYER LJ, M. H. (2000). The future of transcultural psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry* (45), 438-446.

KLEINMAN A., D. V. (1997). *Social suffering*. Berkeley: University of California Press.

KLEINMAN, A. (2003). *New Oxford Textbook of Psychiatry*.

KLEINMAN, A. (1988). *The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.

LA NOË, Q. (. (2009). Vieillir en exil. Dans M. M.-R. BAUBET Thierry, *Psychopathologie transculturelle* (pp. 256-262). MASSON.

LEVI-STRAUSS, C. (1962). *Le totémisme aujourd'hui*. PUF.

MAILLE D, T. A. (2005). L'aide médicale d'Etat: comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel. *Revue de droit sanitaire et social* (4), pp. 543-554.

MAILLE D, V. A. (2001). Accès au système de santé pour les étrangers: le droit progresse, l'exclusion persiste. *ECOREV* (6).

MANSON SM, S. J. (1985). The depressive experience in american indian communities: a challenge for psychiatric theory and diagnosis. Dans G. B. KLEINMAN A, *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder* (pp. 299-324). Berkeley: University of California Press.

MASSE, R. (1995). *Culture et santé publique: les conditions de l'anthropologie médicale*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

MESSU, M. (1992, avril). Analyse des Relations par Opposition. (CREDOC, Éd.) *Cahier de Recherche* (31).

MOHAND AMEZIANE, A. (2001). Les rides du temps. *Le journal des psychologues* (190).

MURPHY HBM, W. E. (1964). Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression. *Transcultural Psychiatric Resident Review* , 1, pp. 5-21.

NATHAN, T. (1987). La fonction psychique du trauma. *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie* (7), pp. 7-10.

NUBUKPO, P. (1996-1997). *La culture peut-elle protéger de la démence?* Limoges: Mémoire pour le D.U. de psychogériatrie.

O.R.S. (Observatoire Régional du Limousin). (2009, janvier). Conditions de vie, état de santé et difficultés d'accès aux soins des immigrés vieillissants en Limousin. (28).

OMS. (1983). Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels. Genève.

OMS. (1979). Schizophrenia: an international follow-up study. Chichester: Wiley.

OMS. (1973). The international pilot study of schizophrenia. Genève.

SABATIER Colette, D. O. (2002). *Cultures, insertions et santé*. L'Harmattan, pp.7-29.

SAMAOLI Omar, L. P. (2000). *Vieillesse, démence et immigration*. L'Harmattan.

SAMAOLI, O. (1986). La vieillesse des étrangers en France. *Actes de colloque*. Grenoble.

SAMAOLI, O. (1991). Vivre vieux et vivre immigré en France. *Migration Société*, 3 (16-17), 38.

SAMUEL, R. (2008, avril). A la rencontre de l'autre: interculturalité, ethnopsychanalyse, psychiatrie transculturelle. *Psychologues et psychologies* (199).

SARTORIUS N, J. A. (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (31), 55-69.

SAUSSURE, F. (1972). *Cours de linguistique générale* (éd. édition critique préparée par Tullio De Mauro). Paris: Payot.

SAYAD, A. (1999). *la double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Seuil, pp. 53-172.

SAYAD, A. (1993). Vieillir dans l'immigration. Dans A. Sayad, *Vieillir et mourir en exil*. Ouvrage collectif PUL.

SELYE, H. (1956). *The stress of life*.

SINGY Pascal, L. H. (2002). Les médiateurs culturels interprètes dans le système de soins. Dans D. O. SABATIER Colette, *Culture, insertions et santé*,(pp. 165-176) L'Harmattan.

TAÏEB Olivier, H. F. (2009). Eléments d'anthropologie médicale. Dans M. M.-R. BAUBET Thierry, *Psychopathologie transculturelle, de l'enfance à l'âge adulte* (pp. 5-22). masson.

TARAZI SAHAB, L. (1997). La nostalgie du retour. *Métiss, lettre de l'Association Internationale d'EthnoPsychanalyse* , 1 (1), pp. 6-7.

THOMAS, L.-V. (2003). *Anthropologie de la mort*. Bibliothèque scientifique Payot, pp. 16-35.

VEÏSSE, A. (2009). Etat actuel de l'accueil et des soins aux étrangers malades en France. *L'autre* , 10 (2).

WEISS, M. (2001). Cultural epidemiology: an introduction and overview. *Anthropology and Medecine* , 1 (8), pp. 5-29.

WEISS, M. (1997). Explanatory model interview catalogue (EMIC): framework for comparative study of illness. *Transcultural Psychiatry* , 2 (34), pp. 235-263.



WEST C., F. R. (1991). Miscommunication in medicine. Dans G. H. COUPLAND N., *Miscommunication and Problematic Talk*. Newbury Park: CA: Sage.

WILLIAMS B, H. D. (2001). Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: "explanatory model" or "exploratory map"? *Society Scientific of Medecine* , 4 (53), pp. 61-72.

## Table des matières

Introduction .....	14
La personne âgée maghrébine comme sujet d'étude.....	16
1. Petit rappel historique.....	16
a. La politique de vieillesse en France et ses mutations .....	16
b. Histoire politique des migrations .....	18
c. Histoire du Maghreb .....	23
2. La condition des maghrébins en France .....	27
a. Les anciens combattants du Maghreb.....	27
b. Les foyers de travailleurs migrants .....	28
3. Notions d'épidémiologie .....	32
a. Représentation globale et répartition des immigrés.....	32
b. Le cas des immigrés vieillissants .....	33
4. Psychopathologie du migrant âgé .....	55
a. Le vieillissement normal .....	55
b. Psychopathologie de la personne âgée.....	57

c. Le vieillissement chez le migrant .....	68
Travail de recherche .....	71
1. Objectifs .....	71
2. Population.....	71
3. Techniques et outils .....	72
4. Méthode d'analyse .....	73
a. Les entretiens des patients seront analysés selon la méthode A.R.O.....	74
b. Les entretiens des médecins seront analysés sur le mode thématique .....	76
5. Présentation des résultats d'analyse .....	77
a. Monsieur A. ....	77
b. Monsieur Ben.....	80
c. Madame Bel.....	85
d. Monsieur Be.....	91
e. Monsieur et madame B.....	95
f. Entretiens des soignants.....	101
Discussion .....	107
1. Discussion des résultats.....	107
a. Monsieur A. ....	107

b. Monsieur Ben.....	109
c. Madame Bel.....	111
d. Monsieur Be.....	115
e. Monsieur et madame B.....	118
f. Les soignants .....	121
2. Discussion des analyses travaillées .....	130
3. Limites de la méthode de travail : .....	137
4. Une approche complémentaire de plusieurs disciplines.....	140
Conclusion.....	143
ANNEXES .....	147
ANNEXE 1 .....	148
GRILLE des entretiens semi-directifs de patients âgés maghrébins .....	148
ANNEXE 2 .....	151
1. Entretien monsieur A.....	151
2. Entretien monsieur Ben.....	156
3. Entretien madame Bel. ....	171
4. Entretien monsieur Be.....	189
5. Entretien monsieur B. et madame B.....	194

ANNEXE 3 .....	203
Questionnaire pour le personnel soignant .....	203
ANNEXE 4 .....	206
1. Entretien équipe de Wertheimer .....	206
2. Entretien docteur Chandon.....	221
3. Entretien docteur Eymar.....	230
4. Entretien professeur Clément .....	244
ANNEXE 5 .....	258
Anthropologie médicale .....	258
ANNEXE 6 .....	262
Index.....	262
ANNEXE 7 .....	271
Les mécanismes de défense chez la personne âgée.....	271
Bibliographie.....	274

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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 mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.