

UNIVERSITE PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE
PURPAN ET RANGUEIL
TOULOUSE



DE L'INTEGRATION PAR L'ALCOOL A LA MARGINALISATION PAR L'IVRESSE



MEMOIRE POUR L'OBTENTION
DU
DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
DE SPECIALITE DE PSYCHIATRIE
Soutenu le 29 Octobre 92
Par DR Nasser MENIAI

- | | |
|------------------------|---|
| - Professeur BOURGEOIS | Coordinateur Interegionnal |
| - Professeur GAROUX | Coordinateur Regional |
| - Professeur MORON | Coordinateur Regional |
| - Professeur TIGNOL | Coordinateur Regional |
| - Dr CARIOU | Directeur de Memoire, Medecin Chef
C.H THUIR |



S O M M A I R E

	<i>Pages</i>
<i>REMERCIEMENTS.....</i>	<i>1</i>
<i>INTRODUCTION.....</i>	<i>15</i>
<i>Chapitre I - HISTOIRE DE L'ALGERIE.....</i>	<i>20</i>
1. <i>Ancêtres des Berbères.....</i>	<i>20</i>
2. <i>L'antiquité.....</i>	<i>21</i>
. <i>L'empire des phéniciens.....</i>	<i>21</i>
. <i>Les Lybiens et Imazighen.....</i>	<i>21</i>
. <i>"Echelle" et comptoirs puniques.....</i>	<i>22</i>
. <i>Les royaumes Numides.....</i>	<i>22</i>
. <i>L'occupation romaine.....</i>	<i>23</i>
. <i>Résistances, révoltes, guerre</i> <i>d'indépendance.....</i>	<i>24</i>
. <i>Romanisation et urbanisation.....</i>	<i>24</i>
. <i>L'Algérie Chrétienne.....</i>	<i>24</i>
. <i>Le Schiisme donatiste.....</i>	<i>25</i>
. <i>Les Vandales.....</i>	<i>25</i>
. <i>Le retour des Byzantins.....</i>	<i>26</i>
3. <i>De la conquête arabe aux contre-offensives de</i> <i>la chrétienté.....</i>	<i>26</i>
. <i>La révolte des Kharejites.....</i>	<i>27</i>
. <i>Arabisation et indépendance politique....</i>	<i>28</i>
. <i>Pouvoir tribal, religieux et dynastique..</i>	<i>29</i>

	<i>Pages</i>
. <i>Crise de l'Etat et pénétration européenne.....</i>	30
4. <i>Dans l'empire Ottoman.....</i>	30
. <i>A la veille de la conquête française.....</i>	32
5. <i>La conquête coloniale et la résistance.....</i>	33
. <i>De la résistance à la conquête et l'occupation française.....</i>	35
6. <i>Le mouvement national.....</i>	37
<i>Chapitre II - RAPATRIEMENT ET DIFFICULTE D'INSTALLATION</i>	
<i>EN FRANCE.....</i>	40
A. <i>Rapatriment.....</i>	40
B. <i>Difficultés de rapatriement des familles.....</i>	42
C. <i>L'accueil et le reclassement.....</i>	42
1) <i>Les camps de transits.....</i>	42
2) <i>Le reclassement.....</i>	43
3) <i>Les cités d'accueil.....</i>	44
D. <i>La naturalisation et ses conséquences.....</i>	45
<i>Chapitre III - CAS CLINIQUES.....</i>	47
. <i>Observation n° 1.....</i>	48
. <i>Observation n° 2.....</i>	53
. <i>Observation n° 3.....</i>	59
. <i>Observation n° 4.....</i>	62
. <i>Observation n° 5.....</i>	71
. <i>Observation n° 6.....</i>	75
. <i>Observation n° 7.....</i>	80

	<i>Pages</i>
. Observation n° 8.....	83
. Observation n° 9.....	86
. Observation n° 10.....	90
. Observation n° 11.....	94
. Observation n° 12.....	97
. Observation n° 14.....	104
. Observation n° 15.....	107
. Observation n° 16.....	109
. Observation n° 17.....	112
. Observation n° 18.....	115
<i>Chapitre IV – MOTIFS ET CONDITIONS D’HOSPITALISATION.....</i>	<i>119</i>
1. <i>Les ivresses pathologiques.....</i>	<i>119</i>
2. <i>Lors d’un syndrome confuso-onirique.....</i>	<i>120</i>
3. <i>Lors d’une nouvelle rechute délirante.....</i>	<i>120</i>
4. <i>Après une tentative de suicide.....</i>	<i>120</i>
5. <i>Après des malaises sur la voie publique.....</i>	<i>120</i>
6. <i>La symptomatologie dépressive.....</i>	<i>121</i>
A. <i>Le ralentissement organique.....</i>	<i>121</i>
a) <i>Les troubles du sommeil.....</i>	<i>121</i>
b) <i>La perturbation de l’appétit.....</i>	<i>122</i>
c) <i>Les troubles sexuels.....</i>	<i>122</i>
d) <i>L’asthénie physique.....</i>	<i>122</i>
e) <i>Les manifestations somatiques.....</i>	<i>122</i>
B. <i>L’anxiété.....</i>	<i>123</i>
C. <i>L’agressivité.....</i>	<i>123</i>

	<i>Pages</i>
D. Le noyau et l'humeur dépressive.....	123
E. Le désir de mourir.....	125
7. Décompensation dépressive délirante.....	125
8. Les traumatismes en causes.....	126
Chapitre V - FOND COMMUN DEPRESSIF.....	130
I - Symptomatologie clinique.....	130
II - Rappels théoriques.....	131
A. Définition du deuil.....	131
B. Aspects psychodynamiques de la dépression...	132
1) Deuil et perte d'objet.....	132
a) La phase de protestation et de déni.....	132
b) La phase dépressive.....	133
c) La fin du deuil.....	134
2) Dépression et perte d'objet.....	135
. Les travaux de FREUD.....	136
. Les travaux d'ABRAHAM.....	136
. Les travaux de M. KLEIN.....	137
III - Pourquoi un deuil impossible de "là-bas".....	139
A. Difficulté liée à l'ambivalence.....	139
B. Difficulté liée à la non concordance de l'objet interne - objet externe.....	141
C. Difficulté liée à l'intériorisation.....	141
D. Difficulté de désinvestir le "là-bas" afin de réinvestir "l'ici".....	142

	<i>Pages</i>
E. L'accumulation de deuils.....	144
F. Défaut de prise en charge communautaire de l'endeuillé.....	145
 Chapitre VI - ALCOOLISME : Approche socio-culturelle de l'alcoolisme.....	148
1. Caractéristiques de ces migrants.....	148
2. Alcool et culture arabo-musulmane.....	149
3. Alcool et culture chrétienne.....	151
4. Choix de la boisson.....	152
5. Le sens du symptôme alcool.....	153
a) Côté anti-dépresseur.....	153
b) Côté intégrateur.....	154
c) Côté marginalisant.....	155
. Alcool et trouble du comportement.....	155
1. Actes médico-légaux.....	155
2. Troubles du comportement classique avec hétéro et auto-agressivité.....	150
 Chapitre VII - LA NEVROSE POST-TRAUMATIQUE.....	159
 CONCLUSION.....	163
 BIBLIOGRAPHIE.....	169

Pour conclure ce travail, il nous semble important de faire appel à la notion d'acculturation. Ce terme d'acculturation est source d'ambiguïté car il regroupe deux sens distincts :

. Le premier sens, a son origine dans la psychologie sociale française et désigne le processus d'apprentissage et de "socialisation".

. Le deuxième sens doit son origine à l'anthropologie américaine et concerne l'étude des processus qui se produisent lorsque deux cultures se trouvent en contact, agissent et réagissent l'une dans l'autre. Le professeur BENSMAIL parle de "télescopage" entre deux cultures.

Y. PELICIER (55) distingue :

- L'acculturation primaire qui est l'accession d'un être à la culture de son groupe par le biais d'institutions familiales, éducatives et sociales ;

- L'acculturation secondaire qui serait l'ensemble des processus par lesquels l'individu adopte plus ou moins complètement la culture d'un groupe d'accueil : cette acculturation implique un deuil plus ou moins partiel des valeurs culturelles antérieurement acquises en même temps qu'un effort d'adaptation aux valeurs nouvelles. Dans la situation

de migration, l'acculturation peut être à l'origine de difficultés d'expression psychiatrique (démission, agressivité etc.). C'est ce second sens qui nous intéresse et que nous retiendrons pour notre réflexion.

En effet, l'analyse des dix-huit patients observés nous amène à déduire que l'alcoolisation est un signe pathognomonique du processus d'acculturation et représente l'aspect le plus négatif de celui-ci. Comme nous l'avons déjà signalé, boire de l'alcool est un trait culturel remarquable dans la société occidentale. Il a une valeur de convivialité, d'appartenance au groupe et même sacré dans l'Eucharistie. La tentation de consommer de l'alcool est permanente et toutes les occasions sont bonnes pour se retrouver un verre à la main. On est dans un monde dans lequel les débits de boissons inondent les marchés, où la publicité pour les spiritueux s'étale sur les murs, diffusée sur les ondes et dans la presse, même si, en ce moment, celle-ci est en voie de réglementation et objet de nombreux débats animés.

Dans la culture d'origine musulmane, boire de l'alcool est un signe de marginalisation. Il est interdit et celui qui transgresse ce commandement sera rejeté de la "Omma" (communauté musulmane) et perdra ses droits civiques. On peut donc dire que l'alcoolisation est vécue par nos patients comme un geste d'intégration à la communauté française et en même temps, une coupure avec la communauté d'origine. Du fait de l'acculturation, l'excès devient alors pathologique, marginalisant avec rejet des deux communautés.

Boire du vin, c'est aussi une façon de vivre la douleur du deuil de tout ce qu'ils ont laissé de "l'autre côté". Le deuil de leur origine, de leur univers socio-culturel, de leur terre natale, qui sont aussi, en

quelque sorte, des objets de jouissance si l'éventuel retour pouvait un jour se produire. Cependant, "l'exil est un voyage qui ne sait pas trouver son retour", (60).

C'est le deuil qui fait le lit de leur dépression que le corps prend souvent en charge dans les passages à l'acte, dans les conduites d'évasion et de repli et parfois, dans la projection délirante avec alcoolisation, leur évitant de tomber dans la plus grave des dépressions mélancoliques.

Par les troubles du comportement avec agressivité ou somatisation, ils demandent à faire reconnaître leur souffrance que seul leur corps endure et authentifie, n'ayant trouvé personne pour le faire.

Si nous revenons à nos patients, nous isolerons deux autres éléments pathogènes : la dévalorisation et l'isolement qui peuvent jouer un rôle déterminant dans toutes les rechutes dépressives.

1 - La dévalorisation : si la famille existe, elle est avant tout liée à celle-ci. Deux situations sont à l'origine des conflits familiaux : la dévalorisation, celle due à la femme et celle due aux enfants. En effet, comme nous le savons tous, la femme du migrant évolue souvent plus vite. Elle est en contact quotidien avec les enfants scolarisés, va au marché, rencontre d'autres femmes et donc, a davantage d'ouvertures que son mari cantonné durant la journée à des travaux manuels, souvent durs et généralement en compagnie d'autres étrangers ou d'hommes de son origine.

Pour les enfants, il se passe la même chose : ils vont à l'école, côtoient leurs professeurs et leurs éducateurs. Lors de rencontres sportives, de séjours en colonie de vacances, ils rencontrent d'autres enfants. Ces activités les conduisent à une intégration plus rapide dans

la société française. Ils sont plus instruits que leur père souvent illétré, de qui, ils n'admettent plus, ni conseils, ni diktats de patriarche. Ils ont d'autant plus honte de la conduite de leur père, que certains leur reprochent de les avoir mis en conflit avec leur communauté d'origine. Cette évolution aboutit à un mouvement de bascule dans les rapports conjugaux. Ces hommes, d'habitudes machistes -trait culturel normalisant en Algérie- perdent leur pouvoir de mari patriarche au profit de leur femme. Ce renversement de statut dans ce pays pour lequel ils ont combattu et qui donne beaucoup de droits aux femmes notamment le droit de divorce (L'Islam ne prévoit la répudiation que par l'homme), est vécu avec la plus grande déception et la pire dévalorisation (patients n° 1 et 7). Un de nos patients nous dit que c'est "un pays de femmes", voulant dire, pays pour les femmes. Cette déchéance du rôle du mari et du père, si importante dans l'identité personnelle et collective arabo-berbère, est source de dévalorisation, d'angoisse et souvent d'une exacerbation des conduites éthyliques.

L'observation du patient n° 17, illustre clairement cette situation. Le père qui s'affirme athée, ne pratique pas la religion musulmane "boit du vin, mange du porc, fait comme les français" dit-il. Sa femme lui reproche son alcoolisme, certains de ses enfants lui reprochent sa trahison envers la religion musulmane. Monsieur G. reproche à sa femme de prendre le devant, nous dit : "avant, elle était comme un mouton, maintenant, c'est un taureau". Elle prend l'initiative de faire tout sans lui demander le moindre avis, elle prend la défense de "ses enfants quand ils déconnent", dit-il. C'est lors d'une grossesse illégitime de l'une de ses filles qu'il se met en colère, gifle sa fille, bouscule sa femme. Les gendarmes avertis, arrivent et il se retrouve à l'hôpital psychiatrique. Il est calme, dit ne pas être

"malade", accepte de rester pour "détendre" le climat familial. Nous voyons bien ici comment le service social intervient dans l'intimité de ces personnes -immixtion dont ils n'ont pas l'habitude- et désigne le père, véritable garant de la loi, comme "déviant" lors de cette querelle familiale des plus ordinaires. Son rôle lui est ainsi confisqué par la société à laquelle il s'est toujours efforcé de s'intégrer.

Il est certain qu'aucun de nos patients n'a la force ou le souhait d'envisager son avenir en France. Cette dévalorisation se situe aussi au niveau du statut social qui leur a été confié dès leur arrivée, souvent celui de manoeuvre, assimilés aux immigrés économiques ou à des collaborateurs, situation très mal vécue, alors qu'en Algérie ils bénéficiaient d'un statut plus valorisant.

2- L'isolement est aussi affectif et social : malgré la nationalité française, il leur est difficile de trouver du travail dans un pays ébranlé par la crise économique, la présence d'une main d'oeuvre abondante et plus jeune.

L'isolement est enfin culturel : ainsi, nos patients sont restés bloqués en suspens. Ils sont constamment écartelés entre la nécessité de changer de pratiques culturelles et celle de rester fidèles à leur culture d'origine -base de leur narcissisme originel-. S'ils tentent de se rapprocher de leur culture, elle les repousse ; par contre, s'ils tentent de s'en éloigner de trop, elle crie et les appelle au traître. S'ils s'identifient à la culture européenne, ils ne peuvent y accéder que rarement et difficilement.

Il est à remarquer que l'investissement dans le travail semble compenser le manque affectif et aboutit à une certaine reconnaissance

sociale et surtout familiale. Les décompensations dépressives et alcooliques ont souvent lieu lors des arrêts de travail, au moment où ils se sentent à nouveau isolés.

Pour certains patients tels les n° 4, 9, 13, c'est le bénéfice du statut social de malade ou d'invalidé reconnu qui constitue la base d'une accalmie de l'éthylisme et de la dépression.

Pour clore ce travail, nous rappellerons brièvement que la population Harkis, restée en Algérie après le départ des français d'origine européenne, n'ont pas été l'objet d'exécutions sommaires, de la part d'Algériens contrairement à ce que beaucoup de personnes pensent. Ceux qui, par leur initiative, ont exécuté certains harkis, pour régler des comptes personnels, ont été jugés par l'Etat. A ma connaissance, le gouvernement du F.L.N. n'a pas donné de directive à l'égard des harkis. Leurs enfants ont été scolarisés et ont eu les mêmes droits et devoirs que les autres enfants du peuple algérien. Actuellement on en parle plus. Il n'existe pas de problématique harkis. Ces derniers restent très discrets et ne se présentent jamais comme tels.

Pouvons-nous alors nous demander si cette lutte dans la souffrance dépressive et pour l'adaptation, n'est pas une manière de payer la dette de leur origine ?