

Année 2019/2020

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Marion RADI

Née le 25 Mai 1990, à Ploemeur (56)

La construction des parcours professionnels des médecins psychiatres algériens venus exercer en France. Histoire politique, dynamiques institutionnelles et culturelles

Présentée et soutenue publiquement le **15 Septembre 2020** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Frédérique BONNET-BRILHAUT, Physiologie, Faculté de médecine – Tours

Professeur Guillaume BRONSARD, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Faculté de médecine – Brest

Docteur Fayçal GOUMEIDANE, Psychiatrie d'adultes – Orléans

Directrice de thèse :

Docteur Claire MESTRE, Psychiatrie ; Anthropologie, PH, CHU– Bordeaux

Co-directrice de thèse :

Madame Isabelle GOBATTO, Anthropologie, MC, Faculté d'anthropologie - Bordeaux

*« Chaque fois qu'un homme a fait
trionpher la dignité de l'esprit, chaque
fois qu'un homme a dit non à une
tentative d'asservissement de son
semblable, je me suis senti solidaire
de son acte. »*

Frantz Fanon,

« Peau noire, masques blancs » , 1971.

RÉSUMÉ

Introduction : Un grand nombre de médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'union européenne exercent en France. Les Algériens sont les plus nombreux d'entre eux. Ils représentent quarante pourcent des psychiatres étrangers en France. **Objectif** : Rendre compte des trajectoires individuelles et professionnelles de ces psychiatres algériens, dans leurs formes et dans leurs mises en significations. Les dynamiques politiques, ayant marqué les relations franco-algériennes, et institutionnelles liées à l'exercice de la médecine en France, sont examinées. Les référents culturels intervenant dans la construction des identités professionnelles et les relations de soin sont étudiés. **Méthode** : Méthode qualitative. Quinze entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des psychiatres algériens exerçant en France. Les contenus des entretiens ont permis de réaliser une grille thématique servant à leur analyse. Ils sont interprétés avec la méthode complémentariste. **Résultats** : Ces psychiatres construisent leur parcours entre imaginaire, projets de vie et contraintes structurelles. Leur trajectoire professionnelle est liée à la non-reconnaissance de leur diplôme par l'institution hospitalière française. Leur pratique est empreinte de ces parcours, leur identité culturelle y apparaît d'une manière très cadrée, qu'ils veulent adaptée au contexte français : ils utilisent rarement leur langue maternelle avec les patients maghrébins. **Conclusion** : Les motivations au départ varient. Les plus anciens ont été contraints de quitter une Algérie nouvellement indépendante. Les plus jeunes ont choisi de quitter un pays par manque de perspectives. L'exercice de la médecine apparaît comme un levier à la migration mais pas comme une fin en soi. Leur parcours intègre et révèle l'histoire de la colonisation et de la décolonisation de l'Algérie dont les institutions françaises gardent la trace. Cela s'exprime dans le sentiment d'infériorité et de mise en doute de ces psychiatres.

Mots-clés : psychiatres algériens – PADHUE – médecins étrangers – histoire franco-algérienne – grounded theory – Algérie – migration professionnelle

ABSTRACT

Introduction: A large number of doctors who obtained their diploma outside the European Union practice in France. Algerians are the most numerous among them. They represent forty percent of the foreign psychiatrists in France. **Objective:** To give an account of the individual and professional trajectories of these Algerian psychiatrists, in their forms and meanings. The political dynamics, which have marked Franco-Algerian relations, and the institutional dynamics linked to the practice of medicine in France are examined. The cultural referents involved in the construction of professional identities and care relationships are studied. **Method:** Qualitative method. Fifteen semi-directed interviews were conducted with Algerian psychiatrists practising in France. The contents of the interviews made it possible to draw up a thematic grid for their analysis. They are interpreted using the complementarist method. **Results:** These psychiatrists construct their path between imagination, life projects and structural constraints. Their professional trajectory is linked to the non-recognition of their diploma by the French hospital institution. Their practice is marked by these paths, their cultural identity appears in a very framed way, which they want to adapt to the French context: they rarely use their mother tongue with North African patients. **Conclusion:** Motivations at the beginning vary. The oldest patients were forced to leave a newly independent Algeria. The younger ones chose to leave a country for lack of prospects. The practice of medicine appears as a lever for migration but not as an end in itself. Their path integrates and reveals the history of the colonisation and decolonisation of Algeria, which French institutions keep track of. This is expressed in the feeling of inferiority and doubt of these psychiatrists.

Key-words : algerian psychiatrists – PADHUE – foreign doctors – french-algerian history-grounded theory – Algeria – professional migration

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénérologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLOIN Antoine.....	Réanimation
GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BOREL Stéphanie.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier
---------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Vincent CAMUS

Professeur des universités de Psychiatrie d'adultes

CHRU de Tours

Je vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Je vous remercie également d'avoir soutenu mes projets de stage à La Réunion et Lorient.

Veillez accepter ma profonde reconnaissance et ma gratitude.

À notre Juge,

Madame le Professeur BONNET-BRILHAULT

Professeur des universités de Physiologie

CHRU de Tours

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Je vous remercie pour la formation reçue lors de mon stage au CRA.

Je garde en mémoire votre plaisir à transmettre votre savoir, et la considération que vous apportez à tous les étudiants en médecine.

À notre Juge,

Monsieur le Professeur Guillaume Bronsard

Professeur des universités de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

CHRU de Brest

Je vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail.

Veillez accepter mes sentiments respectueux et mes sincères remerciements.

A notre juge.

Monsieur le Docteur Fayçal Goumeidane

Psychiatre - Orléans

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Cela a beaucoup de sens pour moi que tu sois présent pour l'achèvement de mes études médicales.

Ton exigence bienveillante m'a poussée à voler de mes propres ailes et à m'améliorer.

Merci de la confiance que tu m'as accordée et du savoir que tu m'as transmis.

Cela m'accompagne toujours aujourd'hui.

A notre directrice de thèse,

Madame le Docteur Claire Mestre

Psychiatre – Praticien Hospitalier

CHU de Bordeaux

Je vous remercie de m'avoir fait connaître l'ethnopsychiatrie dès mon externat et de m'avoir montrée comment lier l'anthropologie à la psychiatrie.

Vous êtes la première psychiatre que j'ai rencontrée et cela a beaucoup influencé mes choix professionnels.

Vous m'avez redonné l'envie de poursuivre mon parcours médical en psychiatrie à un moment où je doutais de son sens.

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de votre soutien tout au long de sa rédaction.

A notre co-directrice de thèse,

Madame Isabelle Gobatto

Anthropologue – Maître de Conférence

Université de Bordeaux – Faculté d'Anthropologie sociale-ethnologie

Je vous remercie de m'avoir fait connaître l'anthropologie.

Vos encouragements et votre bienveillance m'ont permis de poursuivre un parcours en anthropologie en parallèle de mon internat de médecine.

Cela fait douze ans maintenant que votre enseignement a rythmé et encouragé mon parcours universitaire.

Merci de m'avoir appris à aiguiser mon esprit critique en questionnant les évidences.

Je vous remercie enfin de votre soutien et de votre disponibilité au cours de cette thèse.

- À ma famille,

votre parcours reste le plus inspirant et suscite toujours chez moi la plus grande admiration. Cette thèse, dans son ensemble, n'aurait pas vu le jour sans vous.

- À mes amis,

de Bordeaux, Orléans, Lorient et d'ailleurs, vous m'avez aidée à aller jusqu'au bout de ce long parcours, chacun à votre façon.

- Aux patients,

qui m'ont tant appris, mon engagement ira toujours vers vous

- À tous mes maîtres de stage,

je porte un peu de chacun de vous dans ma pratique.

- Aux équipes des services où je suis passée pendant mon internat,

votre accueil et vos conseils m'ont beaucoup apporté.

- Aux psychiatres qui ont accepté de me confier un peu de leur histoire.

Vos témoignages m'ont souvent émue. Vous m'avez beaucoup appris sur le fonctionnement de nos institutions J'espère par ce travail avoir réussi à parler au mieux de vos courageux parcours.

-A Hugues.

Pour ta patience infinie. « Le chemin se fait en marchant ». Le tracer ensemble illumine cette vie.

Table des matières

INTRODUCTION.....	21
RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	24
I. Les médecins étrangers en France.....	24
1. Généralités.....	24
2. La situation médicale en France.....	25
a. Législations.....	25
b. Les médecins étrangers en France.....	25
c. Les médecins diplômés dans un pays de l'UE.....	27
d. Les PADHUE (Praticiens A Diplôme Hors Union Européenne).....	27
e. Des chiffres officiels peu représentatifs.....	29
3. Des statuts remis en cause.....	29
a. Une lente évolution.....	29
b. Statuts d'exercice à l'hôpital des médecins à diplôme étranger en France.....	30
3.b.1. Stagiaire associé.....	30
3.b.2. Faisant Fonction d'Interne (FFI).....	30
3.b.3. Assistants associés.....	30
3.b.4. Praticien attaché associé.....	30
c. Un choix moindre de spécialités.....	31
d. Les Algériens en particulier.....	31
3.d.1. Majorité des PADHUE.....	31
3.d.2. Majorité des psychiatres.....	32
e. Lois et procédures ayant régi l'exercice des médecins à diplôme hors UE en France.....	32
3.e.1. Quelques chiffres.....	32
3.e.2. Le PAC.....	33
3.e.3. La PAE.....	34
f. Un sentiment d'inégalité.....	35
II. La migration des médecins étrangers.....	36
1. Les raisons.....	36
a. Raisons structurelles.....	36
b. Raisons économiques.....	36

c. Raisons professionnelles.....	37
2. Une migration historique.....	37
3. Une migration qui a mauvaise presse.....	38
4. Une migration favorisée par les pays du Nord.....	39
5. La France en particulier.....	39
III. L'Algérie.....	40
1. Situation.....	40
2. Quelques éléments clés de l'Histoire contemporaine de l'Algérie.....	40
3. Immigration algérienne.....	42
a. Une immigration ancienne.....	42
b. La migration des personnes qualifiées.....	42
c. L'exil lié à la guerre civile.....	43
d. La déqualification.....	44
e. Un destin qui leur échappe.....	44
4. Exilés ou immigrés ?.....	45
5. Quelques données médicales et psychiatriques sur l'Algérie en particulier.....	46
IV. Une culture professionnelle médicale.....	47
1. Une profession.....	47
a. L'autonomie.....	47
b. La médecine, modèle de socialisation professionnelle.....	48
2. La communauté médicale.....	49
a. Une identité professionnelle.....	49
b. L'université, lieu d'apprentissage des normes communes de la profession.....	49
c. Une place pour l'individu.....	50
3. L'institution hospitalière en France.....	51
a. L'hôpital, gardien des normes de la profession.....	51
b. Un système technique.....	53
METHODOLOGIE.....	54
I. Problématique, objectifs, hypothèses.....	54
II. Matériaux de terrain - Echantillon.....	56
III. Méthode de recherche et d'analyse.....	58
1. Une démarche anthropologique.....	58
2. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales.....	59
3. La théorie ancrée.....	61

IV. Méthode complémentariste.....	62
1. Une double perspective.....	62
2. Le contre-transfert culturel.....	62
3. Contre-transfert culturel du chercheur.....	64
RÉSULTATS.....	67
I. Interaction entre trajectoire migratoire personnelle et parcours professionnel.....	67
1. Les justifications du départ.....	67
a. L'influence de la génération.....	67
1.a.1. Les plus de cinquante-neuf ans : la fuite.....	67
1.a.2. Les quarante – cinquante-neuf ans.....	68
<i>La perte d'espoir</i>	68
<i>La migration comme une évidence</i>	68
b. Partir avant tout.....	69
1.b.1. Une migration en plusieurs étapes.....	69
1.b.2. Fuir le service militaire.....	70
1.b.3. Eviter le service civil.....	71
1.b.4. L'abandon de la médecine.....	72
c. Le choix de la France.....	72
1.c.1. Un non-choix pour les plus anciens : l'impossibilité du retour.....	73
1.c.2. L'eldorado pour les plus jeunes.....	74
1.c.3. De la critique du système algérien à une France rêvée.....	76
1.c.4. De meilleures chances pour les enfants.....	77
2. Errances professionnelles	79
a. Le choix des études de médecine.....	79
b. La précarité, vécu commun.....	81
2.b.1. L'arrêt de la médecine dans un premier temps.....	81
2.b.2. Stagiaires associés.....	81
2.b.3. Infirmiers.....	82
2.b.4. Faisant Fonction d'Interne.....	83
2.b.5. Assistants associés.....	83
c. Des changements professionnels multiples.....	84
2.c.1 Un parcours soumis aux hasards.....	84
2.c.2. La psychiatrie, un de ces hasards.....	84
d. Du soutien dans un parcours difficile.....	85

2.d.1. Solidarité communautaire.....	85
<i>Entre Algériens</i>	85
<i>Médicale</i>	86
2.d.2. Les figures alliées dans le parcours.....	87
3. Regards d'une génération sur l'autre.....	88
4. L'influence du milieu social.....	91
5. Migrants ?.....	92
a. Un terme qui dérange.....	92
b. L'exil pendant la guerre civile.....	93
c. Indigènes.....	93
d. La guerre d'indépendance, le refus d'être français.....	94
e. Les migrations les plus récentes.....	95
f. La double absence.....	96
II. Violence institutionnelle.....	97
1. Surcharge de travail et solitude dans les services.....	97
a. En postes sans avoir la formation nécessaire.....	97
b. Corvéables.....	98
c. Solitude dans les services.....	98
2. Un mépris de leur diplôme.....	99
a. Une recherche de reconnaissance.....	99
b. Une spécialité par non-choix.....	100
c. Les anciens : de l'indignat à la non-reconnaissance du diplôme.....	100
3. Subordination aux chefs de service.....	103
4. Des « variables d'ajustement ».....	104
a. Lucidité quant à leur position.....	104
b. Indispensables à l'institution.....	105
5. Une mise en doute d'eux-mêmes.....	107
a. La commission de la PAE.....	107
b. Inégalité de traitement.....	108
6. La multiplication des Diplômes Universitaires.....	109
7. Le déclassement social.....	110
8. Vers une critique de l'institution hospitalière.....	111
9. Toujours des étrangers.....	113
10. Une ténacité face à l'institution.....	113

11. De la violence structurelle.....	114
III. Influence de la culture sur la pratique.....	116
1. La langue.....	116
a. Marqueur de la culture.....	116
b. Quelle utilisation en pratique.....	116
1.b.1. Le français avant tout.....	116
1.b.2. La langue maternelle en première intention.....	117
1.b.3. Jamais la langue maternelle.....	118
c. Place du français en Algérie.....	118
d. Interprétations de l'utilisation de la langue française.....	119
1.d.1. La langue comme partie d'un processus de métissage.....	119
1.d.2. Langue de la médecine.....	119
1.d.3. Les plus jeunes : la langue comme outil de communication.....	119
1.d.4. Les plus âgés : la langue véhicule de la culture.....	120
e. Langue du pouvoir.....	121
f. Le butin de guerre.....	122
2. Les différentes appartenances culturelles dans la prise en charge.....	124
a. Des rapports différents à la culture.....	124
b. La culture algérienne comme légitimité.....	124
c. Aspect culturel de la pathologie psychiatrique.....	125
d. Quelle vision de l'ethnopsychiatrie ?.....	126
e. Culture médicale, recherche de neutralité.....	127
f. Une pratique à la croisée des cultures.....	128
2.f.1. Les moins de cinquante-neuf ans.....	128
2.f.2 Les plus de cinquante-neuf ans : l'atout des différentes cultures.....	129
2.f.3. La reconnaissance, gage de la cohabitation des cultures ?.....	130
3. Le contre-transfert culturel.....	132
a. Dans leur pratique quotidienne.....	132
b. La langue dans le contre-transfert culturel.....	134
c. De l'influence de l'Histoire globale sur les pratiques individuelles.....	136
DISCUSSION.....	137
I. la guerre pour la reconnaissance.....	137
1. Des combattants contre l'institution.....	137
2. Un combat de l'ombre.....	138

3. La désillusion.....	138
III. Corporatisme médical.....	140
1. Bref historique du corporatisme médical français.....	140
2. Implications actuelles.....	142
IV. Décoloniser les institutions.....	144
1. La trace du colonialisme dans les institutions.....	144
a. La langue.....	144
b. Un néocolonialisme ?.....	145
2. Vers une démarche décoloniale.....	146
b. Frantz Fanon.....	147
c. Psychiatrie et politique.....	148
d. Du colonisé à l’immigré.....	149
CONCLUSION.....	150
I. Quand l’Histoire rencontre l’histoire.....	150
II. Perspectives.....	153
BIBLIOGRAPHIE.....	155
ANNEXES.....	165
I. Cartes d’Algérie.....	165
II. Grille d’entretien.....	167
III. Tableau des Législations.....	168

Index des tableaux

Tableau 1: Données principales des participants.....55

GLOSSAIRE

AELE : Association Européenne de Libre-Echange
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
DDASS Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
FIS : Front Islamique du Salut
FFI : Faisant Fonction d'Interne
FLN : Front de Libération Nationale
HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
OIF : Organisation Internationale de la Francophonie
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PAA : Praticien Attaché Associé
PAC : Praticien Adjoint Contractuel
PADHUE : Praticien A Diplôme Hors Union Européenne
PAE : Procédure d'Autorisation d'Exercice
PCEM 1 : Premier Cycle des Etudes Medicales, 1ère année
PH : Praticien Hospitalier
Résident : équivalent en Algérie de l'interne en médecine en France.
rTMS (repetitive transcranial magnetic stimulation)
TCA : Trouble du Comportement Alimentaire
UE : Union Européenne

INTRODUCTION

Cette thèse interroge l'exercice de la biomédecine en France sous un angle spécifique : celui du fonctionnement des institutions de santé incluant les médecins étrangers ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union Européenne, appelés les PADHUE (acronyme de praticien à diplôme hors union européenne). Ces médecins viennent chercher en France de meilleures conditions de travail, de rémunération et d'exercice. Certains d'entre eux ont également été contraints de fuir leur pays. Que sait-on de leurs expériences ? De leurs situations professionnelles ? Quel accueil leur est réservé en France ? Force est de constater que les discours sur les migrations médicales sont majoritairement tenus par des médecins des pays du Nord, d'experts au sein d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) humanitaires et d'organisations internationales, ou encore de personnalités académiques du Nord. En revanche, comme le souligne en particulier Mendy (2016), on n'entend que peu les médecins venant d'Afrique ou d'autres pays du Sud, pourtant les principaux concernés, sauf à travers des questionnaires sur les raisons du départ (ibid). Cette thèse entend pallier cette absence, en donnant la parole aux médecins plus particulièrement algériens, aujourd'hui psychiatres exerçant en France.

Peu d'études sont disponibles s'agissant de ces professionnels de santé venus exercer en France. Pourtant la France est particulièrement concernée. En effet ce pays est, avec la Belgique, l'une des deux principales destinations pour les médecins africains originaires de pays francophones qui poursuivent, lors de ces migrations, les liens historiques créés par la colonisation. 66,3 % des médecins titulaires d'un diplôme extra-européen sont diplômés d'une université du Maghreb dont 40 % de l'Algérie (CNOM, 2013). Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, ils étaient 4 404 au premier janvier 2017, ce qui représente le quart des médecins ayant un diplôme étranger. Si on ajoute à ce chiffre les médecins nés en Algérie mais ayant obtenu leur diplôme en France, il monte à 14 305 médecins. Ces données ne prennent en compte que les praticiens inscrits au tableau de l'Ordre des médecins et n'incluent pas un nombre important d'entre eux qui sont recrutés directement par les hôpitaux sous des statuts spécifiques.

L'héritage du passé colonial détermine largement la place qui est offerte aux médecins africains au sein des différents systèmes de santé des pays du Nord (Mendy, op. cit.). La migration africaine de personnels qualifiés remonte à la colonisation et certains facteurs explicatifs des mouvements

actuels de professionnels depuis le continent africain vers l'Europe et en particulier la France sont toujours ancrés dans cette perspective. La plupart des études concernant les migrations de professionnels qualifiés ne traitent que peu de la migration des médecins et encore moins de ceux venus du continent africain. Pourtant, ce phénomène de migration professionnelle est loin d'être accessoire, tant pour les médecins qui viennent pratiquer leur art en France, que pour le fonctionnement pérenne des institutions de santé, comme le soulignent les chiffres mentionnés précédemment. Les facteurs institutionnels et politiques propres au pays d'accueil sont déterminants dans cette migration, en relation avec des attentes personnelles telles que la recherche d'une meilleure reconnaissance. Concernant les médecins algériens, les plus nombreux en France, nous verrons dans ce travail que ce n'est pas toujours ce qui se passe dans les faits.

L'Histoire liant l'Algérie et la France remonte à la colonisation, époque à laquelle l'Algérie est devenue francophone et l'organisation de son système universitaire et hospitalier s'est calquée sur celui de la France. Jusque dans les années soixante-dix, le diplôme de médecine algérien était reconnu par la France. En outre nombre de médecins algériens venaient suivre des formations en France. Puis la décennie noire, ayant eu lieu dans les années quatre-vingt-dix, a contraint de nombreux intellectuels, dont beaucoup de psychiatres à quitter leur pays. La dégradation des conditions de travail, de rémunération et de formation contribue actuellement à la volonté de nombre de médecins de quitter l'Algérie et de venir exercer en France.

Ayant pu réaliser, en parallèle de mon internat de psychiatrie, deux années de master en anthropologie sociale et culturelle au sein de la Faculté d'anthropologie de l'Université de Bordeaux, j'ai choisi de mobiliser mes expériences dans ces deux disciplines pour réaliser ce travail de thèse. J'ai longtemps ressenti une certaine frustration pendant mes études de médecine, avec une impression de ne répondre que partiellement aux difficultés des patients. Je n'ai pas réussi à trouver l'espace pour développer des questionnements complémentaires au raisonnement médical pour aborder le corps souffrant et les soins, pendant cette formation. J'ai donc ressenti le besoin d'acquérir d'autres ressources théoriques à mobiliser pour répondre à mes interrogations. L'anthropologie est venue m'apprendre à questionner ce qui va de soi et à développer mon esprit critique en relation avec ma pratique médicale. L'anthropologie et la psychiatrie ont en commun de reposer sur des entretiens nécessitant une écoute attentive et sans jugement de l'autre. Elles se sont donc nourries mutuellement avec mon travail quotidien en psychiatrie et mes recherches en anthropologie. C'est donc bien la subjectivité d'autrui qui m'intéresse et la méthode qualitative anthropologique est celle qui, à mes yeux, me permet le mieux d'en rendre compte.

Au cours de mes stages d'internat de psychiatrie, j'ai été amenée à côtoyer de nombreux psychiatres ayant un diplôme étranger et ai vu que certains étaient sur la même liste de garde que nous, internes encore en formation, alors qu'ils étaient des psychiatres bien plus aguerris, qu'ils contribuaient directement à la formation des internes qui devenaient ensuite psychiatres reconnus alors que ces médecins ne pouvaient toujours pas faire valoir leur diplôme. Ceux qui avaient réussi à obtenir leur équivalence m'ont également raconté leur parcours. Leur situation m'a heurtée et c'est dans l'idée de comprendre le sens de leur parcours et de leur trajectoire que j'ai réalisé cette recherche.

L'étude de la psychiatrie et des psychiatres en Algérie était le sujet de ma recherche de master d'anthropologie, pour lequel j'ai réalisé un stage d'un mois au sein d'un service universitaire de psychiatrie à Béjaïa, en Algérie. J'ai également réalisé une recherche sur l'influence d'une double appartenance culturelle chez les psychiatres algériens exerçant en France dans la prise en charge des patients maghrébins, ceci dans le cadre du Diplôme Universitaire de psychiatrie et compétences transculturelles. Forte de ces deux expériences, j'ai souhaité continuer à approfondir ma recherche concernant les psychiatres algériens exerçant en France en l'abordant sous un angle différent. Je mobilise ici les compétences acquises pendant mon master et utilise la discipline anthropologique et sa méthodologie qualitative pour analyser les discours des personnes enquêtées.

Cette étude ambitionne de donner la parole à ces psychiatres que l'on entend peu, afin de rendre compte des manières dont les dynamiques politiques, institutionnelles et culturelles interviennent dans leur trajectoire professionnelle et conjointement personnelle.

RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

I. LES MÉDECINS ETRANGERS EN FRANCE

1. Généralités

La France a suspendu l'immigration de travail salarié en 1974. Les moyens légaux d'entrée sur le territoire français ont donc été durcis ainsi que les conditions de l'asile. La politique de l'immigration choisie a été mise en place en France en 2007. Elle consiste à privilégier les travailleurs qualifiés et ceux susceptibles d'être les plus utiles à l'économie nationale.

Christelle Fifaten Hounsou (2014) explique que, confrontés à l'obsolescence, voire à l'inexistence d'infrastructures de santé, au déficit d'investissement dans la formation et la recherche et à l'absence de perspectives de carrière, de nombreux personnels soignants du continent africain émigrent, profitant de législations favorables aux migrants hautement qualifiés, et plus particulièrement aux professionnels de la santé dans les pays du Nord. Ces pays ont recours à des médecins migrants pour compenser des pénuries en personnels de santé dues à la hausse continue de la demande en soins, à la baisse des dépenses publiques de la santé, et au vieillissement de la population.

2. La situation médicale en France

a. Législations

La pratique de la médecine est soumise en France à trois conditions cumulatives (article L. 4111-1 du code de la Santé publique) :

- avoir la nationalité française ou être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne (UE),
- posséder un diplôme français ou un diplôme européen délivré par un pays de l'UE ou de l'Association Européenne de Libre – Echange (AELE)
- être admis par la profession elle-même par l'inscription à l'Ordre des médecins

Le corps médical français, à l'inverse des Britanniques, s'est opposé à la « nationalisation » de la fonction médicale, en revendiquant un statut libéral d'exercice (Hassenteufel, 1997). Cette défense du corps médical, corporatiste et parfois protectionniste (Mendy, 2016), a été renforcée par des lois (numerus clausus en 1971) visant à limiter l'entrée dans la profession au nom de la démographie et du maintien de l'excellence médicale. La France a donc fortement limité le recrutement de médecins à diplômes étrangers, ce qui n'a pas empêché l'intégration de médecins étrangers, européens surtout, mais également du Maghreb, une région où la colonisation, considérée comme « de peuplement », en Algérie notamment, a laissé une empreinte et des liens importants.

b. Les médecins étrangers en France

Les médecins étrangers en France se divisent en deux groupes : les médecins étrangers diplômés d'un pays de l'Union Européenne et les médecins étrangers diplômés hors de l'Union Européenne.

Parmi les solutions que l'Etat français a essayé de mettre en place pour pallier le problème du manque de médecins, la principale s'est appuyée sur le principe de la liberté de circulation et d'installation des travailleurs au sein de l'Union européenne. Il a ainsi multiplié le recrutement de médecins étrangers communautaires (donc issus de pays membres de l'Union Européenne) en forte progression (43 % sur la période 2008-2013 (Hounsou, 2014)). Les praticiens européens représentent

en effet la moitié des médecins étrangers ou dotés d'un diplôme étranger exerçant actuellement en France. Cependant, les chiffres officiels sur le nombre de médecins étrangers exerçant en France sont très faibles puisqu'ils concernent les médecins étrangers ayant obtenus une reconnaissance de leur diplôme par le conseil de l'Ordre des médecins. Les diplômes en médecine obtenus hors Union-Européenne n'étant pas reconnus par la France, un grand nombre de praticiens exercent en France sans avoir la plénitude de l'exercice, ils sont dès lors catégorisés en tant que PADHUE (Praticiens A Diplôme Hors Union Européenne).

c. Les médecins diplômés dans un pays de l'UE

Depuis la création et le renforcement de l'UE, les individus ayant obtenu leur diplôme dans une université européenne se sont vus reconnaître les mêmes droits que les diplômés français. Ceci ouvre donc l'espace français à des médecins étrangers, au sens officiel du terme. Ils possèdent un droit d'exercice seulement après être passés devant une commission du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

L'élargissement de l'UE à dix pays supplémentaires en 2003 puis en 2007 a eu pour effet d'accroître progressivement le nombre de médecins diplômés de ces pays qui, jusqu'alors ne disposaient pas du droit d'installation en France. Le nombre de ces médecins augmente rapidement depuis l'entrée de la Roumanie et de la Bulgarie dans l'UE, en raison notamment du différentiel de rémunération entre ces pays et la France (Mendy, 2016). La plupart des pays oriente maintenant son recrutement vers des professionnels diplômés dans des pays de l'Union Européenne, entraînant parallèlement des migrations d'étudiants français (et étrangers) vers des universités situées en Europe de l'Est, moins compétitives que celles de leur pays.

d. Les PADHUE (Praticiens A Diplôme Hors Union Européenne)

Ils ont été recrutés à partir des années 1980 pour pallier les conséquences induites par les réformes de l'Etat visant à réduire les coûts de l'accès aux soins : baisse du *numerus clausus* en parallèle de la spécialisation au détriment de la médecine générale, dégradation des conditions de travail en milieu hospitalier, et rémunérations peu attractives. Leur nombre est important mais ne fait pas l'unanimité car il n'y a pas d'homogénéité des critères de collectes des données. Ils travaillent comme « faisant fonction d'interne », « praticien attaché associé » ou « assistant associé », des statuts d'emploi souvent précaires, qui s'inscrivent dans les dispositifs de régularisation. Ces procédures d'autorisation auraient permis à plus de 11 000 médecins avec un diplôme non européen de pouvoir théoriquement bénéficier des mêmes conditions d'exercice que leurs collègues avec un diplôme français ou européen (Fifaten Hounsou, 2014). Cela n'est que rarement le cas. En effet, les PADHUE ne se voient proposer que des contrats d'emploi au sein d'établissements de service public. Leur procédure de régularisation peut durer plus de dix ans et des quotas sont appliqués aux postes de spécialités qui leur sont ouverts. Ceci suggère que les PADHUE représentent, pour

l'administration hospitalière, une main d'œuvre très qualifiée et peu chère. Ils occupent pourtant des fonctions de médecins dans les institutions hospitalières françaises. Ces médecins étrangers diplômés hors de l'UE exercent donc avec un statut peu valorisé et un salaire bien moindre que ceux de leurs homologues français, ou européens. Ils ne se sentent pas reconnus et organisent parfois des mouvements sociaux pour faire entendre leurs difficultés. Cependant, leur légitimité est très discutée au sein du corps médical français et de la société française (Mendy, *ibid*). Outre le fait qu'ils touchent une rémunération bien inférieure à celle des médecins diplômés en France, ils doivent en plus occuper les postes les plus difficiles au sein des hôpitaux et sont contraints d'être très mobiles géographiquement (Cottureau, 2019).

Pendant le temps que durent les procédures d'autorisation, les PADHUE disposent en revanche de tous les symboles de l'exercice : le fait que celui-ci ait lieu dans un hôpital, la blouse, les patients dont le mieux-être dépend de leurs compétences, leur donnant ainsi l'autorité et la reconnaissance sociale liées à leur profession (Arliaud, 1987) dont le prestige reste fort malgré la crise que traversent les systèmes de santé.

La proportion des PADHUE parmi les médecins ayant obtenu leur diplôme hors de France a chuté durant la dernière décennie au profit de médecins diplômés dans un autre pays de l'UE (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014). Ceci est en lien avec l'entrée de nouveaux pays dans l'UE. En France, la disparition du statut de PADHUE, programmée pour fin 2017 et plusieurs fois reportée, affiche officiellement la volonté de résoudre l'inégalité de traitement dont sont victimes les médecins exerçant sous ce statut mais également d'assurer un niveau homogène de traitement pour tous les médecins (Desclaux, 2017). En 2013, le CNOM montrait que 92,2 % des médecins exerçant en France avaient réalisé l'ensemble de leurs études en France. Les diplômés étrangers dans leur ensemble ne représentaient que 7,8 %, soit un total de 21 111 diplômés. Parmi eux, 9642 étaient originaires de l'UE et 11 469 n'en étaient pas originaires.

e. Des chiffres officiels peu représentatifs

Cependant, ces chiffres ne font référence qu'aux médecins dont les diplômes sont officiellement reconnus en France, mais pas au grand nombre de médecins à diplômes étrangers qui exercent en France mais dont les qualifications ne sont pas reconnues, bien qu'ils aient un droit à l'exercice restrictif dans le secteur hospitalier, sous des statuts précaires. Selon Angèle Flora Mendy (2016), ceci rend difficile la comparaison de la France avec d'autres pays puisque la plupart des études aboutissent à des conclusions erronées car ne se référant qu'aux statistiques officielles.

3. Des statuts remis en cause

a. Une lente évolution

Les revendications de ces médecins sortant petit à petit de l'invisibilité (Bar et al, 2012) ont tout d'abord été contestées et soumises à l'avis de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité (HALDE). Des propositions du Ministère de la Santé ont vu le jour en 2004-2005. Un dispositif de validation est mis en place en 2006 pour permettre à ces médecins d'accéder, sur critères, à la plénitude d'exercice (dans les secteurs public et privé), il sera révisé en 2012. Ce dispositif a fait l'objet de mesures transitoires durant de nombreuses années.

Après le premier janvier 2018, il ne devait plus être possible à des praticiens détenteurs de diplômes obtenus hors Union Européenne d'obtenir le plein exercice de la médecine en France. Sa mise en œuvre reflète nombre de contradictions inhérentes au système de santé français. Selon Desclaux (2017), malgré le fait que de nombreuses situations individuelles aient été résolues par l'habilitation, le report de la fin du processus répond selon le syndicat national des PADHUE à la nécessité de gérer des failles du dispositif d'évaluation. Il vise également à ne pas se priver du travail de nombreux médecins en cette période de tension démographique médicale (Desclaux, 2017).

b. Statuts d'exercice à l'hôpital des médecins à diplôme étranger en France

On note plusieurs statuts possibles d'exercice pour ces psychiatres à diplôme algérien :

3.b.1. Stagiaire associé

Les médecins sont alors considérés comme étant en stage dans le service et la rémunération n'est pas obligatoire. Elle peut éventuellement se négocier avec l'hôpital. Certains des médecins interrogés se retrouvent dans cette situation au début de leur arrivée en France.

3.b.2. Faisant Fonction d'Interne (FFI)

Les médecins à diplômes étrangers sont fréquemment embauchés au statut de FFI et ils exercent donc sous la responsabilité d'un chef de service. Leur salaire net mensuel est de 1258 euros, ce qui est inférieur au salaire d'un ou une interne de première année. Les contrats sont de six mois renouvelables.

3.b.3. Assistants associés

Leur statut est celui de Faisant fonction d'assistant ou de chef de clinique, ils sont rémunérés entre 2042 et 2519 euros par mois.

3.b.4. Praticien attaché associé

C'est un statut un peu moins précaire que le FFI car les contrats peuvent être annuels ou biannuels, parfois même triennaux. Les praticiens attachés associés ont un exercice restreint de la médecine au secteur hospitalier public. Un praticien attaché associé reçoit un salaire de 2064 euros net par mois au premier échelon et 3852 euros net par mois au douzième et dernier échelon. A titre de comparaison, un praticien hospitalier, donc ayant un diplôme reconnu en France, bénéficie d'un

salaire de 3815 euros au premier échelon et 6364 euros au douzième échelon. Il existe un échelon supplémentaire pour eux.

c. Un choix moindre de spécialités

Parallèlement à cette inégalité de statut entre PADHUE et médecins français, on retrouve une inégalité au niveau des choix de spécialités. Antoinette Chauvenet (1973) constatait déjà que les services spécialisés étaient beaucoup plus attirants que la médecine générale. Selon elle, à travers la spécialisation, c'est la technique qui est valorisée. Au classement officiel¹ des spécialités pour 2019, les spécialités les plus prisées sont l'ophtalmologie, la chirurgie plastique, la dermatologie, la cardiologie, les maladies infectieuses et la radiologie. Les moins attractives sont la psychiatrie, la médecine générale, la médecine du travail et la biologie médicale. Or, les spécialités les plus représentées parmi les médecins étrangers sont la médecine générale, la gériatrie, la psychiatrie, la gynécologie-obstétrique et la médecine du travail. On voit donc que les PADHUE viennent exercer les spécialités les moins choisies par les médecins français.

d. Les Algériens en particulier

3.d.1. Majorité des PADHUE

Un rapport du CNOM au premier janvier 2017 recense à 4404 le nombre de médecins algériens exerçant en France. Ce chiffre représente une augmentation de 60 % en dix ans de ces médecins et correspond au quart des médecins nés à l'étranger exerçant en France. A cela s'ajoute les médecins nés en Algérie mais ayant obtenu leur diplôme en France, ce qui fait monter ce chiffre à 14 305 médecins. Il faut noter que ces données ne concernent que les praticiens inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, et donc ayant obtenu la reconnaissance de leur diplôme. Elles ne comptent pas les nombreux médecins algériens recrutés directement par les hôpitaux sous des statuts spécifiques et dont le diplôme n'est pas reconnu.

1 Selon le Centre National de Gestion Santé, 2019.

3.d.2. Majorité des psychiatres

Le CNOM note une représentation massive (73%) de médecins psychiatres nés hors Union Européenne et hors de France. En 2016, le tableau de l'Ordre recense 2721 médecins spécialistes en psychiatrie qui sont nés dans un pays autre que la France. 63,9% de ces psychiatres sont nés dans un des trois pays du Maghreb et en grande majorité en Algérie (41%).

e. Lois et procédures ayant régi l'exercice des médecins à diplôme hors UE en France

3.e.1. Quelques chiffres

Le tableau en annexe, réalisé par Victoire Cottereau (2014), résume ces législations.

La loi du 13 juillet 1972 ouvre une procédure d'autorisation individuelle d'exercice aux praticiens à diplôme hors UE. On estime que les quotas sont alors entre quarante et cent personnes chaque année (Couffinhal et al, 2001). Une loi visant à augmenter ces quotas a été promulguée en 1997. Le nombre de médecins diplômés en Afrique passe de 971 en 1990 à 2765 en 2005. Cette augmentation est due en majorité aux médecins originaires d'Afrique du Nord. (CNOM, 2006). L'Algérie et, ensuite, le Maroc, représentent la plus grosse part des effectifs des médecins africains exerçant en France. 66,3 % des médecins titulaires d'un diplôme extra-européen sont diplômés d'une université du Maghreb et majoritairement de l'Algérie (40%) (CNOM, 2013).

A côté des médecins à diplôme reconnu par l'Ordre des médecins, on trouve les médecins à diplôme étranger non reconnu de droit, qui ne peuvent s'inscrire à l'Ordre mais peuvent cependant exercer dans des établissements publics de santé, officiellement sous la responsabilité d'un médecin superviseur. Un rapport de l'Ordre dénombre 9553 praticiens autorisés à exercer et 6750 non autorisés. Parmi ces derniers, on dénombre 4420 étudiants qui travaillent en parallèle de leur formation comme FFI et 2330 qui travaillent avec un statut d'assistant-associé, ou attaché-associé (CNOM 2014)

La situation de ces médecins est donc directement liée aux évolutions législatives.

3.e.2. Le PAC

En 1994, un rapport de l'Académie de médecine évalue à 8000 le nombre de médecins à diplôme étranger dans les hôpitaux publics, soit 24 % des effectifs (Mendy, 2016). La loi du 4 février 1995 (loi Weil), prise dans un contexte de crise budgétaire et de tensions xénophobes est présentée comme nécessaire à l'intégration des médecins à diplôme étranger. Cette loi comporte deux volets. Elle crée un nouvel examen pour un nouveau statut, le PAC (Praticien Adjoint Contractuel). A la différence des autres médecins hospitaliers, les praticiens adjoints contractuels ne sont pas titulaires mais contractuels.

Après 1995, la procédure du PAC a permis aux médecins exerçant sous des statuts précaires, comme FFI d'être régularisé. Le PAC a permis aux personnes exerçant depuis au moins trois ans dans les établissements de santé publique de se présenter à des épreuves nationales d'aptitudes puis d'être recrutés comme praticien adjoint contractuel dans ces établissements. Ils n'ont pas le droit d'exercer ailleurs qu'à l'hôpital public. On les appelle également praticiens attachés associés ou assistants associés. Le PAC leur permet d'avoir un contrat annuel, biennuel ou triennal renouvelable. Le PAC reconnaît une forme d'exercice restreint.

La loi de 1995 interdit le recrutement à l'hôpital de tout médecin à diplôme étranger n'ayant pas réussi l'examen PAC. Devant les difficultés d'application, la loi est abrogée en 1997. Un nouveau statut des médecins à diplôme étranger est intégré dans le texte de loi sur la Couverture Maladie Universelle de 1999. L'accès à l'exercice de la médecine générale y est élargi grâce à une augmentation du quota annuel.

Dès 1999, les PAC ont eu la possibilité de passer le concours de praticien hospitalier et d'intégrer de façon définitive le système hospitalier. Les dernières épreuves du PAC se sont déroulées en 2002. Sous l'impulsion de Bernard Kouchner, de nouvelles dispositions prises en 1999 prévoient un nouveau dispositif d'autorisation pour les médecins à diplôme étranger.

3.e.3. La PAE

La loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2006 modifie la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) pour prendre en compte l'expérience acquise par les médecins recrutés depuis plusieurs années dans les hôpitaux français. Les conditions d'obtention de la PAE restent sinon identiques :

- Les candidats doivent avoir été classés en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances.
- Ils doivent accomplir trois ans de fonctions hospitalières, soit une période d'exercice qui permet un contrôle des pratiques professionnelles effectué par le responsable de la structure d'accueil.
- Une commission par spécialité donne ensuite son avis au ministère de la Santé sur les autorisations à accorder.

Le nombre maximum d'autorisations d'exercice à délivrer est fixé chaque année par le ministère de la santé. Trois cas de figures permettent aux candidats de s'inscrire aux épreuves :

- liste A : candidats justifiant d'un diplôme permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de celui-ci.
- liste B : candidats qui, outre la condition de la liste A, se sont vus reconnaître le statut de réfugié, apatride, bénéficiaire de l'asile territoriale, bénéficiaire de la protection subsidiaire et les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.
- liste C : candidats qui, outre la condition de la liste A, justifient d'un recrutement dans un établissement public de santé avant le 10 juin 2004 et sous certaines conditions de date initiale de recrutement, de durée de fonctions et d'exercice.

Les candidats ne peuvent se présenter au concours de la PAE que deux fois tout au plus.

Les candidats sont soumis à trois épreuves écrites et anonymes :

- une épreuve de vérification de leurs connaissances fondamentales
- une épreuve de vérification de leurs connaissances pratiques à partir d'un cas clinique
- une épreuve écrite de maîtrise de la langue française.

Le classement élimine ceux qui n'ont pas obtenu la moyenne ou qui ont obtenu une note inférieure à six sur vingt à l'une des épreuves. Les candidats reçus peuvent ensuite travailler à temps plein dans les hôpitaux, pendant trois ans au moins. Après ces trois années, une commission rend son avis

au ministre de la santé sur la base d'un rapport d'évaluation remis par leur chef de service et donne un avis favorable ou non pour les autoriser à exercer la médecine. En pratique, le taux de réussite est estimé à 5 % (Mendy, 2016).

f. Un sentiment d'inégalité

Dans son travail sur les médecins africains en Europe, Angèle Flora Mendy met en évidence que ces médecins à diplôme étranger dénoncent l'appellation « médecin à diplôme hors UE » qu'ils trouvent réducteur, et ne comprennent pas que d'un jour à l'autre, les médecins roumains aient été acceptés au même titre que les médecins français, alors qu'ils étaient « incompetents » jusqu'à leur entrée dans l'UE.

Les médecins étrangers considèrent avoir la même formation de médecine dans leurs pays respectifs, anciennes colonies françaises la plupart du temps, et ne comprennent donc pas l'absence de reconnaissance de leur diplôme.

Au-delà de leurs compétences professionnelles, leurs compétences linguistiques est aussi questionnée, contrairement aux médecins ayant un diplôme obtenu dans un pays de l'UE. Ainsi, les médecins africains issus de pays étant d'anciennes colonies françaises suivent un cursus médical en langue française et le français est également une des langues officielles de leurs pays mais se voient imposer un test de langue alors que les médecins de l'UE n'en ont pas. (Mendy, 2016).

Mendy définit la France comme un modèle à « carrière bloquée ». Elle entend par là un modèle par lequel les médecins diplômés à l'étranger ne peuvent avoir une carrière professionnelle dans des conditions identiques à leurs collègues français. Leur parcours de reconnaissance est semé d'embûches (2014), ce que notre propre étude souligne également.

II. LA MIGRATION DES MÉDECINS ÉTRANGERS

La migration des médecins, au sens d'un départ vers un autre pays quelles qu'en soient les raisons, n'est donc pas un phénomène nouveau (Bach, 2003). Elle a d'abord été abordée dans les années cinquante et soixante à travers la notion de « brain drain », qui concerne l'ensemble des personnes qualifiées et, initialement, pas que les pays pauvres. Ce n'est que plus tard que ce concept désignera la mobilité des individus qualifiés des pays du Sud vers les pays du Nord.

1. Les raisons

Parmi les raisons motivant la migration des médecins du continent africain, Dussault (2006) retrouve des facteurs communs à plusieurs pays. Ces raisons sont globalement structurelles, économiques et professionnelles.

a. Raisons structurelles

Le manque d'investissement dans le domaine de la santé a été exacerbé dans les années quatre-vingts, dans un contexte marqué par les restrictions budgétaires et des politiques d'ajustement structurel. L'absence de politiques de santé à long terme et l'inégalité de répartition des professionnels de santé entre les zones urbaines et rurales, entre les secteurs privés et public ont également contribué à la dégradation des conditions de travail des médecins du continent africain. C'est fréquemment parce que les systèmes de santé des pays d'émigration ne leur proposent pas de postes que les médecins qui en sont originaires cherchent à poursuivre leur carrière au Nord.

b. Raisons économiques

La différence de revenus entre médecins des pays riches et des pays pauvres serait la première explication de la migration médicale selon Angèle Flora Mendy (2006). La précarité des systèmes

de santé, le manque de moyens et d'infrastructures, en lien avec les politiques de réduction des dépenses publiques mises en place par le FMI, influenceraient la décision d'émigrer.

c. Raisons professionnelles

Les raisons professionnelles, en lien avec la formation et le perfectionnement sont importantes dans le choix de la migration des médecins. Selon Angèle Flora Mendy (2016), un grand nombre de ces médecins ressentent l'envie de partir pour trouver des perspectives professionnelles. Pour la plupart de ces médecins étrangers, la migration est donc motivée par la volonté d'acquérir de nouvelles compétences (Hounsou, 2014). Les médecins des pays africains estimeraient également que leur horizon est bouché dans leur pays d'origine.

2. Une migration historique

Il semble important de revenir sur les éléments historiques, notamment l'Histoire coloniale de l'Afrique (plus particulièrement francophone) et les crises politiques et économiques ayant agité l'Afrique depuis une cinquantaine d'années, lorsqu'on en vient aux migrations africaines (Mendy, *ibid*). Selon Desclaux (2017), les communautés médicales se constitueraient sur une base linguistique plus que géographique, la plupart du temps héritée de la colonisation. De nombreux professeurs de médecine venus de France ont continué à enseigner après les indépendances du début des années soixante, dans différents pays ex-colonisés, ne bénéficiant pas de communautés médicales suffisamment étoffées pour assurer les enseignements dans les universités et facultés de médecine. Ainsi, jusque dans les années soixante-dix, des accords de coopération dans le domaine de la formation supérieure reconnaissaient l'équivalence des diplômes de médecine et de pharmacie entre la France et certains pays africains. Dans le même temps, la politique de promotion des soins de santé primaires en Afrique a conduit à la formation d'un nombre important de professionnels de santé, mais essentiellement des infirmiers, plutôt que des médecins, plus coûteux à former. De plus, les systèmes de santé africains se sont parfois retrouvés dans l'impossibilité de recruter ces professionnels formés (Meijà, 1978). Et lorsque ceux-ci sont recrutés, leurs conditions de travail sont difficiles, car tout manque pour exercer leur métier tel qu'ils l'ont appris (Gobatto, 1999). L'uniformisation des programmes au niveau international amène les étudiants qui ne sont pas

satisfaits de la formation dans leur pays à chercher de meilleures conditions d'exercice ailleurs (Mendy, op. cit).

Leur migration vers l'Europe aurait donc débuté à l'époque coloniale et se serait renforcée par la suite avec les relations maintenues entre pays colonisés et colonisateurs après l'indépendance, notamment au sein de l'Organisation Internationale de la Francophonie (OIF)² ainsi que par des appels au recrutement international de médecins émis par des pays comme la Grande-Bretagne.

Cette migration a été accentuée par le contexte des années quatre-vingts et quatre-vingt-dix, où de nombreuses crises économiques, politiques et sociales ont ébranlé l'Afrique. Ainsi, de nombreux PADHUE ont décidé d'émigrer pour des raisons de sécurité, la majorité ayant l'espoir qu'ils pourraient retourner vivre dans leur pays d'origine quand la situation se serait améliorée.

3. Une migration qui a mauvaise presse

C'est à partir des années 2000 que les discours se durcissent sur la circulation des professionnels hautement qualifiés vers les pays du Nord. De nombreux organismes internationaux dénoncent la fuite des cerveaux comme étant une des causes de l'insuffisance des systèmes de santé du Sud (ibid.)

Les pays européens ont adopté des attitudes différentes envers cette migration de médecins du Sud. Certains pays comme la Grande-Bretagne ont employé de nombreux médecins étrangers notamment africains et asiatiques et ont même mené des politiques de recrutement international en ce sens, la politique très libérale des années quatre-vingts ayant favorisé ces flux migratoires (Desclaux, 2017). Mais la Grande-Bretagne aurait par la suite été très réceptive au discours sur la fuite des cerveaux et changé de politique dans les années 2000 avec des restrictions importantes de ces migrations. A l'inverse, le système français, avec un contrôle fort de la profession médicale, serait très peu accessible aux médecins originaires des pays du Sud. Or, la France a accueilli des milliers de médecins « à la marge » (Desclaux, 2017), qui ont dû être régularisés par la suite.

2 Organisation de droit international public, créée en 1970, regroupant 88 états en 2018. Elle a pour mission de promouvoir la langue française et la diversité culturelle et linguistique, d'appuyer l'éducation et la recherche et de développer la coopération.

4. Une migration favorisée par les pays du Nord

Selon Bundred et Levitt (2006), les pays du Nord ne forment plus assez de professionnels de santé et comptent sur la main-d'œuvre venue des pays pauvres. Ainsi, l'émigration massive de ces pays entraîne une surcharge de travail pour les médecins restant au pays. Les auteurs montrent que les pays africains doivent faire face à une véritable « hémorragie » de médecins, avec des systèmes de santé en détresse faute de personnels qualifiés. Parallèlement, les pays du Nord, qui eux sont en pénurie de médecins, profitent d'une émigration leur évitant de faire les efforts économiques nécessaires à la formation de médecins supplémentaires sur place. Ils comptent ainsi volontairement sur les médecins des pays du Sud pour aller travailler dans les zones rurales. Bundred et Levitt, dans leur article publié dans la prestigieuse revue *The Lancet*, accusent les gouvernements du Nord, par leurs choix politiques, de contribuer à cette situation.

5. La France en particulier

En France, le recrutement volontariste des médecins de pays en développement est limité de par une réglementation drastique des études et de la reconnaissance des diplômes, qui réduit de façon importante l'emploi de médecins étrangers hors Union Européenne (Mendy, 2006). Cependant, des milliers de médecins étrangers se retrouvent employés dans les hôpitaux français. L'Etat se trouve donc dans l'obligation de régulariser ces médecins, ce qu'il fait de façon ponctuelle.

III. L'ALGÉRIE

1. Situation

L'Algérie, nommée République algérienne démocratique et populaire, fait partie du Maghreb. La population algérienne est d'environ 42 millions d'habitants. Sa capitale est Alger, elle est située au nord du pays sur le littoral méditerranéen. L'Algérie est le plus grand pays d'Afrique, du monde arabe et du bassin méditerranéen. Elle partage ses frontières avec sept pays (la Tunisie, la Lybie, le Niger, le Mali, la Mauritanie, le Sahara occidental et le Maroc). L'Algérie proclame son indépendance le 5 juillet 1962, après plus d'un siècle de colonisation française et une guerre d'indépendance longue et meurtrière. Depuis 2011, l'Algérie est selon le PNUD (programme des nations unies pour le développement), le pays le plus développé d'Afrique continentale. L'Algérie compte 48 wilayas (c'est-à-dire départements). Il faut noter que le tamazight, donc le berbère, est devenu langue officielle en Algérie en 2016, avec l'arabe. Les Berbères ont mené un combat important pour faire reconnaître leur langue et leur culture.

2. Quelques éléments clés de l'Histoire contemporaine de l'Algérie

L'Algérie devient une colonie française en 1830, après une guerre de conquête de plusieurs années. Elle restera sous domination française jusqu'en 1962, année de son indépendance, qu'elle obtient après une guerre meurtrière qui dure huit ans. Le pays se trouvera dans une situation difficile suite à la guerre avec des affrontements internes pour le pouvoir. Le départ des Européens, qui représentaient la majorité des universitaires et de l'administration contribue à fragiliser le nouvel état. Le très faible taux de scolarisation des Algériens sous la colonisation française (10%) rend le pays démuné de cadres techniques et administratifs, d'enseignants et de médecins. L'armée française évacue ses dernières bases en Algérie avec la signature du Protocole judiciaire franco-algérien du 28 août 1962 (Jauffret et al, 2001)

Le Gouvernement provisoire de la République Algérienne qui s'était constitué à Tunis pendant la guerre, et dont faisait partie le psychiatre martiniquais Frantz Fanon, est balayé par le Front de Libération Nationale (FLN) qui place le premier président, Ahmed Ben Bella à la tête du pays. Ce dernier fait du FLN un parti unique. Houari Boumédiène, son bras droit, commande un coup d'état militaire le 19 juin 1965 et prend le pouvoir. Il continue la politique socialiste entamée par Ben Bella mais en accentuant la bureaucratie de l'Etat. Sa politique se base sur la rente pétrolière, son idée étant de créer une industrie lourde au détriment de l'agriculture, qui devient de plus en plus marginale. L'Algérie connaît un développement économique et social important sous son gouvernement. La population double et s'urbanise et le taux de scolarisation avoisine les 80 %. Cette augmentation de la scolarisation s'accompagne d'une arabisation de l'enseignement. La fin des années soixante-dix verra l'accentuation de la corruption. Le prix des hydrocarbures s'effondre en 1988, l'état s'endette et le nombre d'habitants explose, entraînant la faillite du système de développement algérien mis en place par le FLN (Ageron, 1990).

Le FLN au pouvoir voit aussi l'émergence de mouvements populaires (émeutes de Sétif en 1986, printemps berbère en 1980) auxquelles il répond par la répression. Après des émeutes en octobre 1988, une nouvelle constitution est rédigée, prônant la démocratie et le multipartisme.

A la suite de la victoire du Front Islamique du Salut (FIS) aux élections de 1991, un parti visant à la création d'un état islamique et remettant en cause l'idée de démocratie, l'Etat interrompt le processus électoral et l'Algérie devient la scène d'un conflit armé entre le FLN au pouvoir et la faction armée du FIS, appelées Groupe Islamique Armé (GIA). Cette guerre civile dure plus de dix ans, elle est pour cette raison couramment appelée la « décennie noire ». Les civils sont les principales victimes des groupes armés du FIS, surtout les intellectuels, les femmes et les étrangers. Le pouvoir fait donc face à d'importantes difficultés. Ce n'est qu'avec l'élection d'Abdelaziz Bouteflika en 1999, soutenue par l'armée que la paix sera rétablie dans le pays avec la loi de la « concorde civile », grâce à laquelle les groupes armés déposent les armes. Cependant, certains groupes terroristes s'y refusent et les troubles persistent avec plusieurs attentats jusqu'en 2015 (ibid.)

Abdelaziz Bouteflika fera amender la constitution algérienne afin d'être réélu pour un troisième mandat. A l'aube de son cinquième mandat, il démissionne en avril 2019 devant la pression du mouvement populaire du Hiraq (Stora, 2020).

3. Immigration algérienne

a. Une immigration ancienne

L'histoire franco-algérienne a donné une place importante à l'immigration algérienne en France, au point que les catégories sociales liées à l'immigration font fréquemment référence aux Algériens (Hachimi Alaoui, 2001). La colonisation française en Algérie ayant duré cent trente ans, l'immigration algérienne est séculaire. Les figures de l'immigré telles qu'elles apparaissent au niveau politique et médiatique font souvent référence aux Algériens. Depuis les années quatre-vingts, c'est par contre l'image du « musulman » qui alimente les débats sur l'immigration, avec un glissement qui s'effectue : l'identification de l'immigré au musulman apparaît comme synonyme d'une culture différente de la population générale et étant donc un élément de différenciation. Le terme musulman, et le terme immigré avec lui, servent ainsi moins à désigner un processus migratoire qu'une origine étrangère et une place dans la hiérarchie sociale (Hachimi Alaoui, *ibid*). L'immigré devient donc synonyme d'exclusion sociale, économique et culturelle. Ceci montre que le terme « immigré » relève avant tout d'une construction politique et sociale, témoignant d'une vision en particulier de l'immigration. Cette construction masque donc la réalité de cette immigration algérienne, dans sa forme et dans son sens.

b. La migration des personnes qualifiées

Dès son indépendance, l'Algérie déploie un ambitieux programme de formation des cadres supérieurs. Elle crée de nombreuses institutions universitaires et démocratise l'accès à l'enseignement supérieur (Bettahar, 1999). Cet enseignement est relayé par des programmes de coopération internationale de formation à l'étranger. Malgré cela, dès le milieu des années quatre-vingt, on observe un mouvement d'émigration de ces personnels qualifiés vers l'étranger. Ce phénomène est ancien, même si l'ampleur prise à cette époque à cause de la dégradation des conditions de vie, était inconnue jusqu'alors. La situation des intellectuels s'aggrave dans les années quatre-vingt-dix, avec l'irruption du mouvement islamiste. De nombreux intellectuels, des

psychiatres notamment, subissent des tentatives d'intimidation et des menaces de mort. Mahfoud Boucebei, psychiatre et universitaire algérois, sera assassiné le quinze juin 1993.

c. L'exil lié à la guerre civile

La guerre civile ayant opposé les islamistes du Front Islamique du Salut (FIS) et le gouvernement au début des années quatre-vingt-dix, et pendant plus de dix ans, a conduit nombre d'Algériens à s'exiler. L'exil est une migration forcée et représente donc une rupture pour les personnes contraintes de partir. Nombre d'entre elles sont issues des classes sociales favorisées algériennes, ce qui en fait une vague de migration nouvelle.

Myriam Hachimi Alaoui a travaillé sur les Algériens exilés à Québec et en France depuis les années quatre-vingt-dix. Elle élabore une typologie des expériences vécues de l'épreuve du départ d'Algérie, en exil subi et en exil assumé. Le premier type d'exil renvoyant à un vécu en termes de malheur et de regret et le second à un dépassement de l'épreuve (2006). Ces deux types d'exils se comprennent selon elle à travers quatre dimensions : la signification du départ, le rapport à l'Algérie, l'intégration professionnelle, le rapport aux installés et le rapport à soi. Myriam Hachimi Alaoui travaille donc sur une génération précise d'immigrants, qui sont nés pendant la guerre d'Algérie, ou juste après l'indépendance. Ils ont tous partagé des expériences communes, notamment une scolarisation en français et l'accès à des études supérieures à un moment particulièrement glorieux de l'histoire de l'Algérie qui sortait victorieuse de la guerre pour l'indépendance et s'engageait sur la voie du socialisme. Tous les Algériens de l'étude de Myriam Hachimi Alaoui ont eu des postes importants ou valorisants dans la société algérienne et étaient bien intégrés professionnellement. Aucun d'entre eux n'avait pour projet de quitter l'Algérie, ce qui est selon l'auteur, spécifique à la population de cette génération. La migration était donc pour eux le moyen de quitter l'Algérie mais ne représentait pas un projet de progression sociale ou d'une autre vie. Leur départ était dicté par la nécessité de quitter l'Algérie dans le contexte des années noires et du terrorisme, pendant lesquels les intellectuels étaient la cible d'attaques. Ces deux événements, la guerre d'Algérie et la décennie noire ont profondément marqué leur histoire personnelle.

d. La déqualification

Tous ces exilés Algériens vivent une déqualification systématique liée notamment à une sous-évaluation de leur diplôme et aux barrières érigées par les corporations professionnelles. Selon l'auteur, ce sont les médecins qui vivent la situation la plus difficile, malgré la pénurie médicale en France et au Québec. Leurs difficultés résident notamment dans la mise à l'épreuve que représentent les examens compétitifs qu'ils doivent passer. La plupart de ces travailleurs qualifiés se sont en effet exilés autour de la quarantaine, l'expérience et les années de pratique ont donc remplacé chez eux la connaissance purement scolaire. L'exil représente donc souvent pour ces Algériens le deuil de leur avenir professionnel et seul celui de leurs enfants vient donner un sens à cet exil. Leurs trajectoires professionnelles sont précaires, avec un déclassement social important. Selon Myriam Hachimi Alaoui, les pertes consécutives à l'exil font que le maintien du statut social est très important dans le contrôle de cette épreuve. Leur situation est donc vécue d'autant plus difficilement qu'elle vient toucher à leur dignité, pouvant entraîner une perte de confiance et une dévalorisation. En Algérie, le statut social de ces exilés justifiait une reconnaissance familiale et sociétale.

e. Un destin qui leur échappe

La perte de ce statut vient donc fragiliser leur identification sociale. Ce sentiment de « carrière brisée » conduit à un sentiment de dépossession du choix de leur destinée et à l'impression de ne plus pouvoir être auteur de leur propre histoire (Hachimi Alaoui, 2006). L'exilé est coupé des repères de sa vie quotidienne « Le départ dépossède chacun de sa visibilité sociale, le statut d'exilé est porteur d'anonymat : on devient n'importe qui, le regard des autres glisse sans aucune connivence, le nom n'évoque plus rien » (Vasquez, 1987). L'auteur nuance cependant ces propos puisqu'elle explique que pour certains immigrants, le déclassement social peut être vécu comme une étape inhérente à une « carrière » d'immigrant, ce qui n'altère pas l'estime de soi.

4. Exilés ou immigrés ?³

Si pour les Algériens nés pendant la guerre d'Algérie et ayant subi le terrorisme le départ est vécu comme un exil, ce n'est pas le cas des générations suivantes. Certains ont beaucoup de difficultés à se considérer comme des exilés du fait d'une familiarité avec la France, où ils ne se sentent pas vraiment étrangers. Les immigrants qualifiés étant tous francophones et se sentant proches des idéaux républicains et démocratiques, il leur est dur de ne pas toujours être bien accueillis (Cuhe, 2007).

En France, les représentations autour du terme « immigré » donnent à voir à la fois la nationalité algérienne et le bas de l'échelle sociale (Hachimi Alaoui, 2001). Selon l'auteur, c'est donc pour mettre une barrière symbolique que certains Algériens peuvent redéfinir leur migration en terme d'exil. Apparaît alors pour « l'exilé » une notion de contrainte, alors que « l'immigré » apparaît comme ayant fait un choix résultant de la misère économique. Cependant, la réalité est bien souvent plus complexe et plusieurs dimensions interviennent à différents niveaux (social, économique, culturel, religieux ...). « L'immigré » serait celui ayant quitté son pays pour tenter de progresser dans l'échelle sociale alors que « l'exilé » serait lui contraint de quitter son pays pour des raisons politiques, ce qui conférerait une légitimité autre à la migration. Ainsi, présenter sa migration en termes d'exil permettrait de valoriser son expérience (ibid.). Les migrants de classe sociale supérieure de la décennie noire peuvent donc parfois se définir en terme d'exilés et non pas d'immigrés.

Cependant, cette mise en avant de leur capital culturel ne leur est d'aucun secours face à certaines situations, notamment administratives où le fait d'être Algérien est perçu comme un stigmata (Ibid.).

3 Du titre de l'article de Myriam Hachimi Alaoui « Exilés ou immigrés : Regards croisés sur les Algériens en France et au Québec ». *Confluences Méditerranée*. N°39. pp 107-117, 2001.

5. Quelques données médicales et psychiatriques sur l'Algérie en particulier

Les données de l'OMS de 2007 chiffreraient le nombre de médecins en Algérie à 35 000 pour une population de 34,3 millions d'habitants, alors qu'à la même époque la France comptait environ 200 000 médecins pour 63,6 millions d'habitants, ce qui signifie que l'Algérie avait environ moitié moins de médecins pour une population équivalente. Pour ce qui est de la psychiatrie en particulier, il y aurait actuellement selon le Professeur A. du CHU de Béjaïa, rencontré durant notre enquête de terrain, environ cent cinquante psychiatres par promotion (contre 528 en France sur l'année 2019) et donc qui sont diplômés chaque année en Algérie. C'est un nombre en augmentation selon lui.

IV. UNE CULTURE PROFESSIONNELLE MÉDICALE

1. Une profession

Le livre fondateur du sociologue Eliott Freidson intitulé « *La profession médicale* » (1984) est porté par l'idée de découvrir les traits qui différencient, fondamentalement, une profession d'un simple métier, et examine les conséquences profondes pour les sociétés occidentales, de l'organisation de la médecine en profession. Freidson définit le concept d'autonomie professionnelle qui est, selon lui central dans l'organisation d'une activité en profession. Une autonomie légitimée et organisée distingue, d'après ce sociologue, la profession du métier. C'est le fait « *qu'on a délibérément garanti aux professions leur autonomie, ce qui inclut le droit exclusif de déterminer qui peut légitimement faire ce travail et comment ce travail doit être fait* » (Freidson, cité par Dodier et Darbon, 1985).

a. L'autonomie

L'autonomie professionnelle est cette capacité, acquise par la médecine au début du XXème siècle, d'évaluer et de contrôler elle-même l'aspect technique de son propre travail. Fondée officiellement sur une compétence scientifique, cette autonomie est l'aboutissement d'une longue évolution historique au cours de laquelle, progressivement et difficilement, la médecine a écarté tous les guérisseurs concurrents pour imposer un monopole du diagnostic et du traitement des maladies ; ce processus a été particulièrement bien étudié dans le cas français par le sociologue Michel Arliand (1987).

Freidson établit une distinction importante entre l'autonomie technique, qui est selon lui le critère décisif de différenciation entre un métier et une profession, et l'autonomie socio-économique. Pour lui l'autonomie technique est celle sur laquelle se base l'autorité médicale. Une comparaison des systèmes de santé de plusieurs pays occidentaux (USA, Grande-Bretagne, URSS, France) montre alors que, quelles que soient les contraintes socio-économiques imposées parfois aux médecins (fixation des tarifs, contraintes budgétaires dans les hôpitaux...), son autonomie technique n'est pas

entamée : le médecin reste partout un professionnel, au sens fort du terme (Dodier et Darbon, 1985). Une facette primordiale de cette autonomie est la possibilité (et le devoir) de contrôle qu'elle implique sur tous les métiers paramédicaux. L'exercice de ce contrôle institue donc la médecine comme une profession dominante. L'intensification des débats et des mesures nationales autour du contrôle des dépenses de santé, depuis la première parution du livre (1970), est un élément important qui concourt aux remises en question, partielles, de l'autonomie technique de la profession médicale. Les analyses d'Antoinette Chauvenet (1973) vont également en ce sens, créant, selon elle une dépendance croissante à un environnement technologique lourd et coûteux.

b. La médecine, modèle de socialisation professionnelle

La profession médicale fait souvent figure d'archétype des professions et nombre d'anthropologues et sociologues se sont appuyés sur elle pour leur travail sur la socialisation professionnelle (Merton, 1957 ; Geer, Hughes et Strauss, 1961). Leur principale interrogation est de savoir comment les étudiants sont « transformés » en médecins et quelle marge de contrôle exerce la profession médicale sur cette transformation. Merton (1957) définit la socialisation comme étant un processus d'initiation des individus à leur culture. Ce processus comprend l'acquisition de valeurs, d'attitudes, de l'habileté technique et des modèles de comportement qui composent les rôles sociaux établis dans une structure sociale.

L'importance des études est soulignée dans les différents modèles de socialisation professionnelle. C'est un moment d'intériorisation de valeurs (Merton, 1957), notamment la responsabilité, et d'expérience clinique, d'apprentissage de savoir-être et de conceptions de soi (Hughes, 1961), comme des objets de son travail (représentation du corps dans l'infiniment petit, etc.). La valeur centrale de la profession médicale est, pour Geer, Hughes et Strauss (1961) l'apprentissage de la responsabilité médicale.

2. La communauté médicale

a. Une identité professionnelle

Selon Eliott Freidson, le médecin est membre d'une communauté professionnelle, puisqu'il en accepte les normes et qu'il dépend formellement de ses institutions. Le médecin demeure toujours une sorte d'étranger au sein de la communauté de sa patientèle, car son groupe de référence est celui de ses collègues et non celui de ses patients. C'est bien là d'une culture professionnelle médicale que parle Freidson, avec des codes et des normes permettant de se reconnaître entre pairs, parfois de différents pays, de construire le socle de son identité professionnelle, alors que la différence entre culture professionnelle et profane se fait sentir entre un médecin et son patient du même pays.

b. L'université, lieu d'apprentissage des normes communes de la profession

Les facultés de médecine sont les « gardiennes » de ces valeurs et de ces normes (Baszanger, 1981). Elles ont pour fonction de transmettre ces valeurs et ces normes mais également le savoir technique. Six années d'études communes à l'ensemble des étudiants en médecine déterminent d'une part les orientations dans les différentes spécialités mais assurent d'autre part la formation des « traits communs distinctifs » de la majorité des médecins (Maurice, Sellier et Silvestre, 1979), un des aspects centraux de ce qui est nommé la « culture médicale ».

Selon Baszanger (1981), le concept d'autonomie prend son importance notamment dans le contrôle exercé par la profession sur les études. Cependant la marge d'autonomie des étudiants réduit l'étendue et la nature du contrôle de la profession « *Une chose est certaine, les étudiants ne se développent jamais exactement comme l'aurait souhaité la faculté* » (Becker, Geer et Miller in Baszanger, 1981).

c. Une place pour l'individu

Baszanger (1981) prend l'exemple de la médecine générale pour illustrer la notion de socialisation professionnelle. Elle se place dans la lignée de Freidson, Hughes et des sociologues mobilisant, dans leur sillage, la théorie interactionniste puisque selon elle, le seul choix de la spécialité et la direction que l'on souhaite donner à son exercice sont l'aboutissement d'un processus de socialisation professionnelle dont les effets ne seraient pas homogènes. Ainsi, si la trajectoire de l'ensemble des futurs médecins traverse une période et un espace communs qui sont balisés par l'organisation des études à la faculté et à l'hôpital, cette socialisation professionnelle est constamment infiltrée d'éléments extérieurs. Ceux-ci s'inscrivent dans des formes de socialisation antérieures ou dans des socialisations parallèles au monde hospitalo-universitaire. Ces autres socialisations viennent donner des informations différentes à ce territoire commun de socialisation. Les interactions constantes, parfois conflictuelles, entre ces éléments de sources très diverses peuvent faciliter ou déranger les cheminements jusqu'à l'exercice de la médecine et permettent d'éclairer les différentes trajectoires professionnelles des médecins. On voit là comment le pays et la culture d'origine d'un médecin peut influencer non seulement le choix de sa spécialité mais également la façon de s'y projeter et de l'exercer. Isabelle Gobatto va également dans ce sens en disant que les catégories du travail médical ne sont pas des références communément partagées. Elles sont le produit de regards collectifs qui se rejouent individuellement dans la pratique (Good cité par Gobatto, 2017). Le travail médical est donc indissociable de contraintes économiques, de dimensions, politiques, juridiques et sociales et de règles sociales qui représentent un cadre situé dans lequel se définissent des normes, des fonctions et des significations attribuées à l'exercice médical (Gobatto, 2017).

La « fabrication », pour reprendre Hughes, d'un médecin est le résultat d'une imprégnation culturelle, la culture médicale, et donc d'une socialisation médicale. Celle-ci est un processus, analysé par Everett Hughes (1955) comme une conversion, d'une identité de profane à une identité de professionnel.

L'auteur, pionnier dans l'étude des socialisations médicales, a établi un schéma très général pour étudier la formation à des professions très diverses. Il considère la fabrication d'un médecin comme un modèle de la socialisation professionnelle, conçue à la fois comme une initiation à la culture

professionnelle et comme une conversion, au sens religieux, de l'individu à une nouvelle conception de soi et du monde, et dès lors à une nouvelle identité.

Hughes a théorisé quatre mécanismes spécifiques de la socialisation professionnelle :

- La séparation du futur professionnel d'avec le monde profane ;
- Le « passage à travers le miroir », expression imagée qui vise à évoquer une sorte d'immersion ; dans la culture professionnelle, apparaissant brutalement comme l'inverse de la culture profane ;
- Le dédoublement du Soi ;
- Une identification au rôle professionnel attendu.

Hughes insiste sur le fait que « le monde vécu du travail » ne peut se réduire à une simple transaction économique car il met en jeu la personnalité individuelle, l'identité sociale du sujet et cristallise ses espoirs et son image de lui. Il engage également sa reconnaissance sociale.

3. L'institution hospitalière en France

a. L'hôpital, gardien des normes de la profession

C'est par son mode d'organisation hiérarchique et sa logique scientifique plus que par l'inculcation de ses valeurs clefs que l'institution hospitalière assure sa position dominante. En effet, malgré les critiques que les étudiants peuvent lui adresser, le poids de l'hôpital restera très fort tout au long de leur cursus (Baszanger, 1981). A la fois en pouvant jouer dans le choix comme dans le non-choix d'une spécialité médicale ou chirurgicale exercée en son sein. L'hôpital marque les étudiants à travers deux dimensions spécifiques. Il s'agit d'un lieu clos, obéissant à une logique qui lui est propre et à une organisation interne déterminant pour l'étudiant un mode de vie avec ses règles et dont les membres donnent l'impression d'appartenir à une grande famille (Baszanger, 1981).

Plusieurs auteurs ont tenté de montrer comment l'hôpital était l'enjeu de groupes dont les principes de légitimité, les buts, les habitudes, les cadres de référence ne se situaient pas au seul niveau de l'établissement. Par exemple, Mary E. W. Goss (1963) a cherché à lier étude d'une organisation et analyse d'une profession en montrant dans quelle mesure les normes professionnelles et le système

de valeurs du corps médical pouvaient influencer l'organisation de l'hôpital et faire contrepoids aux pressions administratives.

b. Un système technique

L'hôpital est, selon Steudler (1973), un système technique qui est lié au développement d'un processus de rationalisation. C'est également un système consultatif.

L'hôpital, en tant que système technique, tend à hyper développer ses activités de recherche et de médecine de pointe et parfois à perdre sa vocation de réponse à une demande locale. Le conflit apparaît entre une médecine hyper technique et prestigieuse dont l'efficacité du point de vue des patients est parfois limitée, et une médecine visant avant tout à soigner la population. C'est en même temps le rapport entre la médecine hospitalière et le médecin praticien qui se trouve posé, celui-ci étant considéré souvent par « l'élite hospitalière » comme une sorte d'intrus.

Sur le plan géographique, il existe une grande inégalité dans la répartition et la qualité des hôpitaux et, dans la mesure où la demande de soins hospitaliers dépend de l'offre, les régions les moins équipées sont les plus défavorisées.

En outre, le corps médical jouit d'un prestige particulier. La qualification d'experts médicaux permet aux médecins d'exercer influence et autorité sur l'ensemble du personnel, au point qu'ils arrivent à profondément modeler eux-mêmes leur rôle dans l'institution. On est en présence d'une organisation qui n'est ni un pur cas de bureaucratie, ni une compagnie d'égaux, mais la coexistence d'une autorité hiérarchique et d'une autorité individuelle dans la sphère professionnelle (Steudler, 1973).

Cette revue de la littérature en relation avec le sujet de la recherche présentée dans cet écrit permet une présentation du contexte et des éléments qui ont guidé les questionnements de ce travail de recherche. Comment les parcours de ces psychiatres algériens prennent-ils formes et sens dans le contexte français ? Comment les logiques et les contraintes institutionnelles interviennent-elles dans le déploiement de ces parcours ? Comment l'Histoire entre l'Algérie et la France prend-elle également part à ces parcours ? Une fois en situation d'exercice, quelle place est donnée par ces médecins à leur identité culturelle dans leur pratique ? Pour éclairer ces questions et apporter des éléments de réponses, nous étudions le vécu de ces psychiatres concernant leur parcours migratoire et professionnel, le choix de la psychiatrie dans ce parcours, et leur expérience d'intégration et d'installation en France

CADRE METHODOLOGIQUE

I. PROBLÉMATIQUE, OBJECTIFS, HYPOTHÈSES

Comme abordé précédemment, les Algériens représentent vingt-cinq pour cent des médecins étrangers exerçant en France, et plus de quarante pour cent des psychiatres (CNOM, 2016). L'immigration algérienne en France est ancienne et se comprend avec l'histoire liant l'Algérie à la France. Elle n'en est pas facilitée pour autant et les parcours professionnels de ces psychiatres en France sont rendus complexes par les contraintes institutionnelles autour de la reconnaissance de leur diplôme.

Cette recherche s'attache à rendre compte des parcours des psychiatres algériens venus exercer en France, dans leurs formes et dans leurs sens, en convoquant les dynamiques institutionnelles et culturelles à partir desquelles ces parcours s'organisent et se déploient. Nous avons ici choisi d'utiliser une méthode qualitative, qui est la plus appropriée pour saisir les expériences des médecins, telles que ceux-ci les restituent et les mettent en significations au cours d'entretiens. La méthode qualitative permet en effet d'avoir une approche qui offre la possibilité aux personnes interrogées de « se raconter ». En suivant une orientation anthropologique, nous cherchons à situer les attitudes et les pratiques des personnes interrogées dans leurs dynamiques sociales et culturelles. J'ai pu faire l'expérience de cette méthode anthropologique en réalisant deux années de master en anthropologie sociale et culturelle, pendant laquelle je me suis familiarisée avec les entretiens semi-dirigés et l'observation participante.

L'approche qualitative permet de prendre en compte la complexité des dimensions sociales dans les expériences et les situations vécues. Ce faisant, il est possible d'enrichir les connaissances plus théoriques à partir des expériences de ces psychiatres en termes de trajectoire migratoire. Cette méthode permet également d'interroger les processus à l'œuvre, à la fois au sein de l'institution hospitalière mais également dans les trajectoires de ces psychiatres. Dès lors, ce n'est pas la représentativité au sens statistique du terme qui est visée à travers l'échantillon constitué dans le cadre de cette recherche, ni la généralisation à partir de ces données. En effet, dans l'approche qualitative, les personnes interrogées et les situations relatées sont appréhendées non pas comme

représentatives mais comme illustratives d'autres cas. Il s'agit donc de travailler sur des situations en les considérant comme exemplaires de situations vécues par d'autres personnes, dans d'autres contextes. Cette méthode est au cœur de la démarche anthropologique et de la sociologie qualitative.

L'approche inductive est également centrale en anthropologie Celle-ci conduit à laisser au « terrain », c'est-à-dire au travail de collecte de données et aux situations d'interactions entre enquêteur et personnes enquêtées, sa dynamique propre, au lieu de lui imposer un cadre strict, tant théorique que méthodologique. Ainsi, l'hypothèse initiale de travail retenu pour cette recherche était centrée sur l'identité culturelle des médecins algériens : il s'agissait de cerner l'impact de l'identité culturelle sur les manières de s'inscrire dans l'institution hospitalière française et sur les formes de prises en charges. Mais dès les premiers entretiens exploratoires, ont émergé deux autres hypothèses de travail :

1/ l'Histoire franco-algérienne influence le parcours et l'inscription des psychiatres au sein de l'institution hospitalière.

2/Les contraintes institutionnelles françaises en matière de trajectoire professionnelle (médicale et hospitalière) jouent un rôle central dans le parcours personnel et professionnel de ces psychiatres.

II. MATÉRIAUX DE TERRAIN - ECHANTILLON

Quinze entretiens semi-dirigés (construits sur la base d'une grille d'entretien) ont été réalisés entre février 2020 et mai 2020 avec des psychiatres algériens exerçant dans différentes régions de la France. La taille de l'échantillon a été définie selon le principe de saturation des données (Kohn et Christiaens, 2014). Ayant initialement prévu de me déplacer pour rencontrer chaque psychiatre, le contexte sanitaire de la pandémie du COVID-19 m'a contraint à réaliser certains entretiens à distance, par téléphone ou visio-conférence. Après comparaison avec les entretiens réalisés en présentiel, il n'apparaît pas que le média utilisé ait eu une influence, que ce soit sur la durée de l'entretien ou sur les propos tenus par les psychiatres. Quatre entretiens ont été réalisés en face à face, huit par téléphone et trois en visioconférence.

Les critères d'inclusion étaient d'avoir la nationalité algérienne, d'avoir vécu un temps significatif en Algérie et donc d'avoir grandi au pays, d'avoir été imprégné de la culture algérienne, d'y avoir fréquenté l'école et d'en connaître les institutions. Nous avons pris arbitrairement ici le critère de vingt ans. Les autres critères d'inclusion étaient d'être au moins en deuxième année de spécialisation en psychiatrie et d'exercer, ou avoir exercé en France.

Le recrutement des enquêtés s'est fait de deux manières. J'ai pu être mise en contact avec neuf d'entre eux par mon réseau professionnel. Puis j'ai mobilisé l'effet « boule de neige » pour six d'entre eux, mécanisme par lequel les psychiatres interrogés me mettaient en relation avec des psychiatres dans leurs réseaux d'interconnaissances. Ceci ne m'a pas permis de pouvoir respecter une répartition égalitaire entre hommes et femmes et leurs potentielles différences de parcours n'ont donc pas fait l'objet d'une analyse particulière.

Les entretiens, d'une durée d'une heure et quart en moyenne, ont été enregistrés avec l'accord des psychiatres puis entièrement retranscrits et anonymisés. Un consentement éclairé a été recueilli avec la validation de la cellule de recherche non interventionnelle du CHU de Tours. Une grille d'entretien (mise en annexe) a été élaborée en me basant sur des thèmes retrouvés dans deux des travaux que j'avais réalisés précédemment, dans lesquels j'avais déjà élaboré des guides d'entretien à destination des psychiatres algériens. Il s'agit d'un travail de DU de psychiatrie transculturelle sur l'influence d'une double culture chez les psychiatres algériens exerçant en France dans la prise en

charge des patients maghrébins, réalisé à l'université de Paris Descartes⁴, et un mémoire de master 2 d'anthropologie sociale sur les psychiatres et l'institution psychiatrique en Algérie ⁵. Ces deux travaux de recherche m'ont aidée à délimiter mon objet d'étude.

L'entretien abordait les thèmes suivants, de la même manière pour toutes les personnes interrogées : les motivations à venir en France, le choix de la psychiatrie, les expériences académiques et professionnelles en France, l'accueil reçu dans les structures de santé dans lesquelles se sont déroulées les expériences professionnelles et de formation, le sentiment d'être ou non un migrant, la place de l'histoire culturelle dans les relations avec les professionnels de santé et avec les patients, l'utilisation de l'arabe ou du kabyle avec les patients maghrébins. L'objectif de ces entretiens semi-dirigés est de susciter le récit le plus libre possible afin que puissent apparaître les points marquants de leurs parcours.

4 Radi Marion, «Influence d'une double appartenance culturelle chez les psychiatres algériens exerçant en France dans la prise en charge des patients maghrébins », Dossier de DU Psychiatrie et compétences transculturelles, Université Paris Descartes, Faculté de médecine, 2018.

5 Radi Marion, « L'institution psychiatrique en Algérie. Etude anthropologique », Université de Bordeaux, Faculté d'anthropologie sociale-ethnologie, 2019.

III. MÉTHODE DE RECHERCHE ET D'ANALYSE

1. Une démarche anthropologique

La démarche anthropologique s'attache à développer des analyses portant sur des unités sociales de petite taille (un village, une communauté etc.) à partir desquelles le chercheur a pour but d'élaborer une analyse de portée plus générale en essayant d'appréhender, à partir d'un point de vue en particulier, la totalité de la société dans laquelle prennent place ces unités sociales. La démarche anthropologique s'appuie donc sur l'acquisition de nouvelles façons d'observer et d'interroger la réalité qui nous entoure ainsi que sur des outils analytiques spécifiques. Selon l'Association Française des Anthropologues, l'anthropologie se caractérise par trois éléments essentiels :

-il s'agit tout d'abord d'une méthode de production de connaissances fondée sur l'enquête de terrain ethnologique. Le travail de « terrain » consiste à observer et à s'entretenir avec des personnes composant les groupes sociaux étudiés, afin de comprendre leur univers matériel, symbolique et imaginaire

-Ce travail de terrain passe par un décentrage, ce qui signifie que le chercheur doit se placer du point de vue d'un groupe particulier afin de produire de la connaissance sur la société globale. Claude Levi-Strauss emploie l'expression de « regard éloigné » (1983) pour expliquer le fait que le chercheur étant extérieur à la culture qu'il étudie, il peut plus facilement interroger les implicites et les évidences afin de les déconstruire et les analyser

-L'anthropologie sociale a pour vocation d'être comparative puisque son corpus de connaissance s'est établi via l'exploration de multiples sociétés existantes ou ayant existé et via leur comparaison.

2. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales

La recherche en anthropologie a pour objectif de rattacher les faits relevant du domaine étudié, la santé dans le cas de l'anthropologie médicale, aux autres domaines ou aux autres niveaux de la vie sociale. Sylvie Fainzang (2001), dans un article sur l'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales, met l'accent sur le fait que la focalisation de la démarche anthropologique sur le champ médical ne peut pas s'affranchir d'étudier les liens que son objet (la médecine) entretient avec les autres champs. Cela peut sembler plus ardu de le faire dans les sociétés occidentales quand le chercheur lui-même en est issu. En effet, il peut sembler plus évident de rattacher une pratique thérapeutique « exotique » aux champs politiques, religieux, à la parenté ou à l'organisation sociale de la société étudiée alors que cela paraît plus complexe dans nos sociétés d'appartenance où les phénomènes liés à la maladie sont perçus comme autonome et indépendant du fonctionnement social (ibid.).

La médecine occidentale elle-même est donc un objet pour l'anthropologie. De nombreuses recherches s'attachent à étudier la construction des savoirs scientifiques (par exemple Latour, 1979) et des pratiques professionnelles. Toutes soulignent que la médecine n'est pas qu'un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de pratiques face à la maladie mais une construction sociale, prenant ancrage dans des manières de concevoir le corps, la maladie, le risque, etc (par exemple Good, 1985). Un des défis de l'anthropologie médicale « chez-soi » serait de pouvoir soumettre la biomédecine aux mêmes outils analytiques et donc considérer le système biomédical, son discours et ses pratiques comme n'importe quel objet exotique (Latour et Wolgar, 1979 ; Fainzang, op.cit.). Pour ce faire, l'anthropologie médicale ne doit pas s'appuyer sur le paradigme médical mais, au contraire, examiner le domaine de la médecine avec des catégories étrangères à celle de la médecine, et donc des catégories véritablement anthropologiques (Lock et Gordon, 1988). Ainsi, l'étude de la médecine contemporaine en tant que culture a été suggérée par Lock et Gordon. Les auteurs étudient ainsi les significations et les valeurs liées à la connaissance biomédicale et signalent que les anthropologues ont longtemps ignoré le champ de la biomédecine au prétexte qu'elle aurait évolué en dehors des religions et des croyances, qui seraient par contre manifestes dans les médecines traditionnelles. La connaissance médicale moderne n'aurait donc été que rarement étudiée au motif qu'elle serait fondée uniquement sur la science.

A l'heure actuelle, en Occident et ailleurs, les conduites thérapeutiques ne sont plus appréhendées en référence à une stricte logique médicale. On s'aperçoit en effet que ces conduites reposent sur des savoirs en mouvement, mais qu'elles obéissent bien souvent aussi à des dynamiques et des logiques sociales. Toutefois, ces logiques sociales elles-mêmes ne seraient pas aisées à appréhender (Fainzang, 2001).

Cependant, l'examen du système médical occidental n'est pas envisagé de la même manière par tous les chercheurs. Le courant de « l'anthropologie médicale critique » affiche clairement que la finalité de ses travaux ayant le système médical pour objet doit être politique. Parmi eux, on peut citer Singer (1990), qui estime que le rôle de l'anthropologie médicale n'est pas uniquement de comprendre la médecine, avec son idéologie et ses contradictions, inhérentes au système capitaliste, mais de la changer. On trouve également Nancy Scheper Hughes (1990), pour qui l'anthropologie médicale, en plus d'être une discipline à part entière est également un « champ de bataille ». Elle invite à critiquer ce qu'elle nomme la politique post-moderne du désespoir, qui exhorte à laisser la pratique aux personnes incarnant l'hégémonie biomédicale.

Pour Sylvie Fainzang (2001), l'anthropologie a appris à considérer la maladie autrement qu'avec la perspective biomédicale sur les terrains exotiques. Elle doit maintenant faire de même en Occident et considérer les matériaux ethnographiques sans prendre appui sur la perspective biomédicale.

On retrouve également des travaux d'anthropologues ayant étudié la biomédecine dans les pays du Sud, plus tardivement qu'en France (Gobatto, 1999 ; Mestre, 2013 parmi d'autres). Claire Mestre, dans son travail sur un hôpital malgache, analyse la violence du quotidien, comme issue des conflits d'identités entre professionnels et les relations sociales au sein de celui-ci (2013). Isabelle Gobatto analyse la façon dont se structure et s'objective la profession médicale et, par-là, comment le modèle occidental de la profession médicale est approprié par ces pays (1999).

A travers cette recherche, c'est dans la lignée de ce courant de l'anthropologie médicale critique que je tente de m'inscrire.

3. La théorie ancrée

Mon travail d'analyse anthropologique s'inscrit dans la filiation de la Théorie Ancrée, ou Grounded Theory (Glaser et Strauss, 1967), dans laquelle le terrain et l'induction, abordée précédemment, sont au cœur du travail. Cette méthode inductive est fréquemment employée en sciences sociales et notamment en anthropologie puisqu'elle permet de créer des liens entre des expériences individuelles et des phénomènes sociaux. La Théorie Ancrée permet de faire émerger des éléments théorisables à partir des données issues de la subjectivité des individus (Mays et Pope, 1995). Les données sont comparées tout au long du processus d'analyse, l'objectif étant de tirer des matériaux recueillis une interprétation la plus fidèle possible, ancrée dans le discours des enquêtés. Nous pouvions ainsi observer les différences et les similitudes rencontrées dans les entretiens, identifier les liens entre les données et leurs logiques, en créant ainsi du théorique. Nous pouvons ainsi tenter de comprendre les processus sociaux à l'œuvre (Charmaz, 2014), car c'est une approche permettant d'entrevoir les dynamiques sociales qui façonnent les situations étudiées. La théorie ancrée permet une étude approfondie des données car elle demande de tenir compte de tous les éléments en présence. Elle nécessite un codage systématique, en repérant les unités sémantiques se répétant dans les différents entretiens, ce qui fait émerger des thèmes d'analyse.

La triangulation a été effectuée dans ce travail par ma directrice de thèse, le Docteur Claire Mestre, et ma co-directrice, Madame Isabelle Gobatto, qui ont lus les entretiens indépendamment.

IV. MÉTHODE COMPLÉMENTARISTE

1. Une double perspective

Cet outil méthodologique, élaboré par Georges Devereux, incite à faire se croiser des concepts issus d'au moins deux champs théoriques adjacents, de façon non simultanée et complémentaire afin de faire une lecture des phénomènes observés dans une double perspective. Georges Devereux a d'abord proposé l'anthropologie et la psychanalyse. On retrouve dans la recherche exposée dans cet écrit, ces différents niveaux de lecture, notamment dans le rapport que les psychiatres algériens entretiennent avec les patients maghrébins et dans leur contre-transfert culturel.

2. Le contre-transfert culturel

La notion de contre-transfert culturel a été définie à partir du concept freudien de contre-transfert, élaboré en 1910, qui désigne alors l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste (Freud, 1953). Georges Devereux (1967) a par la suite élargi ce concept puisque, pour lui, transfert et contre-transfert se déploient dans toutes les situations où l'on retrouve un échange au titre du soin, de la recherche ou de la pédagogie. Selon lui, les stratégies élaborées par le thérapeute ou le chercheur de façon défensive face à l'angoisse sont à l'origine de déformations dans la perception de l'objet étudié, déformations qu'il qualifie de contre-transférentielles. Georges Devereux postule que, pour garantir le caractère scientifique d'une recherche en sciences humaines, le chercheur doit tenir compte de sa propre subjectivité, présente à tous les stades de la recherche, et l'analyser. Cette position rencontre les préoccupations de nombre de sciences humaines, en particulier l'anthropologie et la sociologie, attentives à considérer la subjectivité du chercheur dans ses interférences avec le déroulement des enquêtes de terrain et les analyses. Le passage par d'autres cultures permet à Georges Devereux de complexifier la notion de contre transfert en montrant l'existence d'une dimension culturelle à ces réactions. En soulignant cette dimension culturelle du contre-transfert, c'est la dimension collective de celui-ci qu'il met en évidence. Ainsi, la notion de contre-transfert culturel met en lumière qu'on ne réagit pas à la subjectivité de l'autre en fonction de ce que l'on est individuellement mais qu'une part de ces réactions est celle du

collectif que l'on porte en nous. Les réactions contre-transférentielles appartiennent donc en partie à notre histoire collective, à notre appartenance linguistique, professionnelle et socio-culturelle (Moro, 2004)⁶. Certaines de ces réactions sont d'ailleurs partagées par les autres membres de notre groupe d'appartenance et peuvent donc être informatives à l'échelle collective. Ces réactions de contre-transfert culturel sont obligatoires et nécessaires puisque chaque femme, chaque homme est un être de culture et la culture constitue l'ensemble des dispositifs de représentations symboliques dispensateurs de sens et d'identité (Rouchon et al, 2009). Considérer la dimension culturelle du contre-transfert, c'est donc prendre en compte les dimensions socio-politiques, historiques, idéologiques et de pouvoir qui y interviennent. Il est donc nécessaire d'introduire différentes disciplines pour l'expliquer, l'anthropologie notamment mais également, l'Histoire, la politique etc ...C'est pourquoi identifier son contre-transfert culturel nécessite de se décentrer affectivement de ses propres réactions mais également culturellement, et l'on rejoint ici la méthodologie de l'anthropologie. Cette notion signifie donc que tout chercheur ou thérapeute ne doit pas se laisser aller à cette tendance, inhérente à l'esprit humain, qui est de ramener de façon défensive, l'inconnu à du connu (Moro, 2004), ou à aborder les différences de comportements, de pensée, à partir de nos propres repères culturels, au risque ainsi de ne pas accueillir l'autre dans sa singularité. L'enjeu dans la prise en compte de ce contre-transfert culturel est bien d'éviter le racisme, autrement dit la violence faite au sujet lorsqu'on le nie dans ses différentes composantes et dans son histoire métissée (Rouchon, 2009). Avoir conscience de son contre-transfert culturel et le mettre au travail favorise un « décentrage » et permet de pouvoir accéder au cadre de référence de l'autre.

Cette notion de contre-transfert culturel a été importante dans cette recherche, à la fois celui du chercheur, le mien donc, mais également, comme nous le verrons dans l'analyse des données, celui de ces psychiatres.

6 Il serait intéressant de poursuivre la mise en dialogue de ces processus de rencontre complexe entre soi et les personnes avec lesquelles nous entrons en interaction professionnelle, selon les approches qui les théorisent, en particulier les sciences humaines dont l'anthropologie et la psychanalyse. Ceci n'a que peu été étudié.

3. Contre-transfert culturel du chercheur

Une étude ayant pour objet des rapports sociaux implique nécessairement d'analyser ma propre condition, liée et modelée en partie par l'institution certes, mais traversée par mon histoire et mon parcours personnels.

Comme nombre de français, mon histoire familiale croise l'Histoire franco-algérienne sous un double aspect : d'abord en tant que française, mais aussi au regard de mon histoire familiale, puisqu'ayant une origine algérienne par ma filiation paternelle. Ces psychiatres algériens, en me racontant leur histoire, leurs parcours, m'ont raconté une partie de l'Histoire de l'Algérie, et donc indirectement de mon histoire. Le sujet des psychiatres algériens m'accompagne d'ailleurs depuis un moment puisque, comme mentionné précédemment, en 2018 il a été l'objet d'un premier travail de DU de psychiatrie et compétences transculturelles s'intitulant « L'influence d'une double appartenance culturelle chez les psychiatres algériens exerçant en France dans la prise en charge des patients maghrébins », puis d'un travail de master 2 d'anthropologie sociale et culturelle en 2019, « L'institution psychiatrique en Algérie. Etude anthropologique ». Ce choix de sujet, me permettant d'interroger la culture et le fonctionnement de la société algérienne fait écho à des interrogations personnelles plus anciennes.

Les psychiatres algériens interrogés pour ce travail ne comprenaient pas vraiment mon choix de sujet, et m'interrogeaient sur les raisons m'ayant poussé à le choisir. Quel était mon lien avec l'Algérie ? J'ai réalisé alors que pour eux, personne ne s'intéresse vraiment à ces parcours, ils n'ont jamais eu l'occasion d'en témoigner, pour aucun d'entre eux. Il fallait donc que j'ai un lien avec l'Algérie pour que je puisse m'intéresser à leurs trajectoires. Et, quand je leur confirmais que, oui il y avait bien un lien, tous me répondaient « *Ah, c'est pour ça !* ». J'ai donc été touchée par le fait qu'effectivement, je m'intéressais à eux en partie parce qu'ils apportaient des éléments de compréhension à ma propre histoire. Et, pour me rattraper en quelque sorte, de ne pas avoir été seulement portée par un élan intellectuel désintéressé, j'ai par moment eu la tentation d'être porte-parole de leurs témoignages où on peut lire toute la violence de leur condition passée, dont ils gardent la mémoire. Plusieurs d'entre eux m'ont d'ailleurs dit « *je me suis dit qu'il fallait que j'écrive mon histoire* », je me suis sentie un temps investie de ce rôle, comme pour compenser, ou m'excuser du fait que mon propre diplôme était reconnu, et, par lui, c'est moi qui suis reconnue et qui ai une place au sein de la société française. Ma propre vision de l'histoire franco-algérienne m'a

très probablement également influencée dans le choix du sujet de cette thèse, et dans mes réactions affectives à certains propos entendus durant les entretiens. Ainsi, je pouvais être agacée quand certains psychiatres me faisaient part d'une vision trop manichéenne sur la guerre d'Algérie ou quand certains n'arrivaient pas à m'expliquer les raisons les ayant conduits au choix, selon moi très fort, de quitter leur pays ; à l'inverse, il m'est arrivée d'être particulièrement touchée par certaines histoires familiales. La triangulation avec ma directrice de thèse et ma co-directrice m'a permis de repérer, puis de limiter les biais liés à ma propre subjectivité. Prendre conscience de cette subjectivité et l'analyser m'a permis de prendre en compte les dimensions historiques et politiques qui sous-tendaient ces témoignages et, ce faisant, de me décentrer.

RESULTATS

Le tableau suivant recense les psychiatres interrogées et quelques points clés les concernant.

Tableau 1: Données principales des participants

Nom	Age	Année d'arrivée en France	Langues parlées (en plus du français)	Statut actuel	Modalités d'entretien
Ahmed	57 ans	1988	arabe	PH	téléphone
Lotfi	43 ans	Naissance à 1984 Retour en 2004	arabe	Libéral en clinique	présentiel
Othmane	63 ans	1989	kabyle arabe	PH	téléphone
Amine	53 ans	2000	kabyle	Libéral en clinique	téléphone
Bilal	42 ans	2005	arabe	PH	téléphone
Mounir	72 ans	1973	arabe	retraité	téléphone
Ramah	48 ans	2018	kabyle arabe	FFI	téléphone
Messaoud	71 ans	1962-1968 1975-1982 1991	arabe	Retraité avec exercice libéral en cabinet	visioconférence
Mokhtar	65 ans	1990	arabe	PH	téléphone
Rachid	54 ans	1993	arabe	PH	présentiel
Salah	52 ans	1993	arabe	intérimaire	présentiel
Ouarda	59 ans	1991	arabe	PH	présentiel
Chaïma	41 ans	2005	kabyle arabe	PAA	visioconférence
Karima	45 ans	2019	Kabyle arabe	FFI	téléphone
Nabila	62 ans	1992	kabyle arabe	Cabinet libéral	visioconférence

I. INTERACTION ENTRE TRAJECTOIRE MIGRATOIRE PERSONNELLE ET PARCOURS PROFESSIONNEL

1. Les justifications du départ

a. L'influence de la génération

1.a.1. Les plus de cinquante-neuf ans : la fuite

Les six psychiatres âgés de cinquante-neuf ans et plus sont venus pour continuer leur formation médicale en France, mais en ayant toujours en tête l'idée de revenir au pays une fois leurs études terminées. Or, la guerre civile algérienne a éclaté en 1991, pendant leurs études en France et a fait repoussé leur retour indéfiniment, jusqu'à ce que cette attente se transforme en non-choix de rester « *Vous êtes obligé de poser votre valise* », dit Othmane.

D'autres ont fui leur pays car eux et leur famille étaient directement menacés sur place, c'est le cas de Messaoud, qui était déjà revenu en Algérie après des études en France, et de Nabila.

***Nabila** : Donc je suis venue en 1992 [...]. Il y avait eu déjà beaucoup de morts à ce moment-là quand on est arrivé... Beaucoup d'intellectuels étaient tués. Mon mari était journaliste et on avait beaucoup de copains qui étaient tués, un des professeurs de psychiatrie, Boucebci a été assassiné. Mon mari était menacé, comme tous les journalistes, et moi j'ai été aussi menacée.*

De nombreux intellectuels ont été, comme Nabila, directement menacés dans leur pays ou ont assisté à des violences perpétrées à l'encontre de certains confrères et ont dû partir contraints et forcés.

1.a.2. Les quarante – cinquante-neuf ans

Chez les psychiatres ayant entre quarante et cinquante-neuf ans, les motivations au départ sont différentes. Ils ont connu la guerre civile quand ils étaient enfants ou adolescents, période qui les a souvent profondément marqués.

L'Algérie n'est certes plus dans cette période de trouble mais le poids de l'histoire politique pèse encore sur elle. Certains médecins comme Ahmed relatent bien les passe-droits et la corruption pour l'obtention des postes.

***Ahmed** : Quand j'ai eu mon diplôme j'ai commencé à chercher un poste, j'ai été dans l'hôpital le plus proche. Il faut des interventions pour avoir un poste dans ce genre de structure. Je l'ai su après parce que trois de mes collègues qui ont raté des semestres sont arrivés et ont eu des postes. Et moi je ne l'ai pas eu alors que j'ai fini un an avant eux.... Parce que je n'avais pas d'intervention, mais je savais qu'il y avait des postes. Finalement j'ai été chercher un autre poste ailleurs à Chellala [dans le centre sud algérien, une des régions les moins prisées]*

La perte d'espoir

Un sentiment de lassitude face à un état corrompu et au manque de perspective pour les jeunes Algériens ressort des entretiens. Il semble également que l'idée d'une migration soit ancrée comme la seule perspective de réussite. Je m'appuie là également sur mon travail de master où l'on retrouve que, sur tous les résidents de psychiatrie que j'ai côtoyés en Algérie (dix-sept au total), seule une se projetait dans une carrière au pays. La perte d'espoir est au premier plan chez ces jeunes médecins.

La migration comme une évidence

Chez les psychiatres de cette tranche d'âge rencontrés au cours de ce travail de thèse, on retrouve l'émigration comme une évidence. Ils n'expriment pas clairement leurs motivations au départ, qui apparaissent assez floues, comme dans cet extrait d'entretien effectué avec Ramah.

***Moi** : Qu'est-ce qui a motivé votre choix de quitter l'Algérie et de venir en France ? Et pourquoi la France en particulier ?*

Ramah: *C'est plutôt, je vais être honnête avec vous, c'est pas pour des raisons ... ni économiques, ni ... On était à l'aise donc ça va. On a fait quand même un certain parcours. Alors y a plutôt peut-être des raisons, je dirai un petit peu, ... Y a la mentalité.... peut-être un peu pour les enfants, parce qu'on veut ... C'est vrai qu'ils étaient dans le privé, pour les encourager à faire des études et puis pour les accompagner. Parce que la plupart des médecins, une fois que l'enfant a eu son Bac, ils viennent en France. Après on a beaucoup d'amis aussi qui sont venus, donc l'idée de venir en France ... on y pensait déjà depuis un moment ...*

On voit bien à travers cet extrait d'entretien que le désir de migration, et en particulier vers la France semble ancré et intégré depuis longtemps comme le seul moyen d'une progression sociale, alors même que leur situation économique en Algérie n'est pas mauvaise.

b. Partir avant tout

Chez certains psychiatres, on retrouve une volonté de quitter l'Algérie importante au point que leur priorité n'est absolument pas d'être médecin mais de partir.

1.b.1. Une migration en plusieurs étapes

Cette migration que les médecins interrogés décrivent comme un hasard de la vie et une opportunité, se révèle au fur-et-à-mesure de l'entretien être un désir ancien et réfléchi. Nombre d'entre eux expliquent avoir déjà tenté d'émigrer et être venus en France plusieurs fois par le passé, ce qui témoigne d'un désir de migration beaucoup plus ancré et lointain que ce qu'ils laissent entendre au premier abord.

Moi: *[...]Donc ce qui a motivé votre choix de venir exercer en France, c'est de suivre votre compagne. Quel était votre projet à la base ?*

Ali: *A la base euh ... comme tout le monde, venir en France, faire des études, j'étais inscrit à l'université de ... Ah ça je ne vous l'ai pas dit, je voulais passer le PCEMI en France du coup. J'étais inscrit, je l'ai passé. J'étais classé cent soixante-dix-huit et ils en ont pris cent quarante-cinq. Après j'ai tenté de le refaire mais... Voilà, pour mon âge, j'avais trente-quatre ans...*

Moi : Et donc c'est votre mari qui était à l'origine de votre projet de départ en France c'est ça ?

Ramah : Oui, c'était mon mari. Mais pour l'anecdote, j'avais ce projet moi d'abord. J'allais venir en 2005, j'étais acceptée à Ville-Evrard pour faire de la pédopsychiatrie. J'avais un visa d'étude, un visa d'installation. J'étais acceptée. Mon aîné avait ses neuf mois exactement. Et là donc le consulat de France m'appelle pour me dire ... Voilà, puisqu'on vous attend en France, vous allez partir mais laisser votre enfant en Algérie. Il était en bas âge donc je ne suis pas partie.

On retrouve dans ces extraits un désir de migration qui s'inscrit dans le temps et qui peut aboutir après plusieurs tentatives. Il ressort aussi, ce que nous évoquions plus haut, à savoir une évidence de l'émigration, qui semble être le seul choix possible en vue d'une vie personnelle et professionnelle meilleure.

1.b.2. Fuir le service militaire

Un élément retrouvé explicitement à trois reprises est l'idée de se soustraire au service militaire de deux ans imposé par l'Etat algérien. Le service militaire, ou service national en Algérie est obligatoire pour tous les hommes de plus de dix-neuf ans. Jusqu'en 2002, sa durée était de vingt-quatre mois, elle a ensuite été réduite à dix-huit mois puis douze mois en 2014.

Le sentiment d'appartenance à l'Algérie, qui peut être très présent par ailleurs, ne passe absolument pas par le service militaire. Certains trouvent des stratégies pour l'éviter. Ainsi, Lotfi nous apprend que les Algériens ayant une double nationalité algérienne et française peuvent choisir d'effectuer leur service militaire dans l'un ou l'autre des deux pays. Il s'agirait d'un accord tacite entre les deux pays⁷. Lotfi explique donc que, bien qu'il soit né en France, la seule raison l'ayant poussé à demander la nationalité française est l'avantage découlant de celle-ci, à savoir un service militaire se limitant à la journée d'appel et de préparation à la défense. Pour ceux n'ayant pas comme Lotfi cette double nationalité, la stratégie pour éviter le service militaire est de quitter le pays.

Ainsi Salah explique vouloir absolument fuir le service militaire au point que réussir à faire médecine est devenu une motivation secondaire au départ.

⁷ L'accord algéro-français du 11 octobre 1983 laisse aux citoyens binationaux le choix d'effectuer le service militaire en Algérie ou en France (article 2 et 3).

Moi : Et pourquoi tu es parti ?

Salah : Parce que le concours du résidanat en 1993-1994 a été annulé. Et on commençait à envoyer des convocations pour faire le service militaire, surtout pour les médecins. On était une chair à canon très recherché dans cette période tumultueuse. Donc si tu ne fais pas de formation, tu intègres une caserne, tu fais ton service militaire, tu fais dix-huit mois. C'est un pays autoritaire avec des gens qui ont des connaissances, les fils des généraux qui ne font rien mais si tu es le peuple C'était effrayant pour moi cette idée. Même en temps de paix. Il était hors de question que je fasse le service militaire, que je me fasse commander par qui que ce soit... Ça me donnait des cauchemars ce truc là... Donc souci sécuritaire ajouté, annulation des concours de résidanat ... Je ne peux pas dire que je suis venu faire mes études ici en France, ce serait malhonnête, j'ai sauvé mes fesses.

Salah est très clair quant à ses motivations. Il a pu fuir et rester en France. D'autres ont pu faire comme lui mais certains, les plus anciens notamment n'ont eu d'autres choix que de revenir se plier à cette obligation, à une époque où ils pouvaient être considérés comme « traîtres à la nation », disent Messaoud et Salah, si ils ne se soumettaient pas ; c'est le cas de Messaoud, qui a tenté de multiples fois de justifier son travail à l'étranger sans que cela ne le dispense.

1.b.3. Eviter le service civil

Le service militaire est suivi, pour les jeunes médecins d'un service civil, dont la durée varie selon les régions où il est effectué. Il va de deux ans dans les régions du sud algérien, beaucoup moins attractives et plus rurales, à quatre ans dans les grandes villes de la côte méditerranéenne, où il est beaucoup plus difficile d'avoir un poste. Cela laisse la place aux fameux passe-droits évoqués plus haut. Ce service civil était au centre des revendications de la grève nationale des résidents ayant eu

lieu en 2018 et 2019 pendant plus de six mois⁸. Il revient très fréquemment dans les discours justifiant le départ chez les jeunes résidents algériens.

1.b.4. L'abandon de la médecine

Certains partent donc sans avoir de perspectives professionnelles et se retrouvent à exercer d'autres métiers que le leur. L'idée de (re)devenir médecin apparaît par la suite avec les rencontres de compatriotes médecins. Cela est notamment retrouvé chez Lotfi, qui, à un moment, quitte complètement le milieu médical pour travailler dans le commerce.

***Lotfi** : Bref, je décroche mon diplôme et je me barre en France. Et là, en France je commence des petits boulots, je travaille avec Selecta, qui vend des chocolats, des boissons tout ça. Je commence à travailler, je gagne un peu ma vie. J'oublie la médecine.*

c. Le choix de la France

Le choix de la France semble être apparu comme une évidence pour les psychiatres interrogés au cours de ce travail. Le premier élément cité en faveur de ce choix est la facilité de migration liée à la langue. En effet, malgré une arabisation importante de l'enseignement depuis les années soixante-dix, la faculté de médecine reste l'une des rares où l'enseignement est toujours dispensé en français. Les médecins algériens ont donc une excellente maîtrise de la langue française.

La plupart explique le choix de venir en France, de façon assez vague, en évoquant « l'histoire liant la France à l'Algérie ». Or, aucun n'évoque spécifiquement la colonisation de cent trente ans puis la guerre d'indépendance meurtrière, subies par l'Algérie, alors même que ces événements sont très présents à d'autres moments des entretiens. Pour la majorité d'entre eux le choix de la France

8 Grève des résidents algériens ayant eu lieu entre décembre 2018 et juin 2019. Selon le Collectif autonome des médecins résidents algériens (Camra), 88 % des résidents qui travaillaient dans les services d'urgence ne se présentaient plus pour leurs gardes. Le mouvement de grève aurait touché 15 000 résidents. Leur revendication principale était la fin du service civil obligatoire et une amélioration de leurs conditions de travail avec un logement pendant le service civil, des indemnités de transport et un regroupement familial pour les couples de médecins.

https://www.lemonde.fr/afrique/article/2018/05/28/en-algerie-les-medecins-residents-suspendent-leur-greve-des-gardes_5305882_3212.html

semble découler du fait de cette histoire commune avec la France, ayant notamment pour conséquence que nombre d'Algériens sont des locuteurs français. Les aspects négatifs voire traumatiques de l'Histoire franco-algérienne sont « oubliés » au stade de justification de la migration.

Toujours sans évoquer la colonisation, certains de mes enquêtés m'expliquent également que les institutions algériennes seraient très similaires aux institutions françaises, c'est ce que Aïssa Kadri aborde dans son travail sur l'enseignement supérieur en Algérie. Ainsi, selon lui la France aurait, pendant la colonisation, imposé à l'Algérie une hiérarchie propre au système d'enseignement français qui ne s'observerait pas seulement dans la transposition des normes juridiques et pédagogiques mais également dans l'évolution de la répartition des étudiants dans les différentes filières (Kadri in Geisser ; 2000). C'est en 1971 que se constitue selon l'auteur une université algérienne proprement nationale. Cependant, elle s'inscrit dans le sens de processus déjà configurés dans l'université héritée. Il y a donc pour Aïssa Kadri une continuité entre l'université coloniale et l'université nationale.

1.c.1. Un non-choix pour les plus anciens : l'impossibilité du retour.

Six psychiatres, ceux âgés de cinquante-neuf ans et plus, sont venus se former et ont été contraints de rester par la suite. Ainsi, Messaoud a fait son internat de psychiatrie en France et Mokhtar est venu pour faire une thèse de sciences en complément de sa formation de psychiatre.

Quand la guerre civile éclate en 1991, Mokhtar est contraint de rester en France en attendant que la situation s'apaise, ce qui n'a pas été le cas pendant plusieurs années, cette attente sans fin entraînant une installation en France malgré lui.

***Mokhtar** : J'avais transitoirement suspendu ma carrière en Algérie pour compléter ma formation et ensuite retourner, c'était ça l'objectif mais ... Les événements en Algérie ont commencé en 1991-92... c'était juste après mon arrivée ici. Et les choses empiraient au fur-et-à-mesure, entre temps les enfants sont nés... Après c'est compliqué. Je voyais plus les gens venir que rentrer. Y'avait même un exode massif, pas uniquement des médecins, mais tous les cadres, les intellectuels algériens, donc Il était impensable de voir des gens fuir et de dire « moi je vais rentrer ». Donc quand vous*

prenez cinq ans, six ans, sept ans ... c'est fini la carrière.. Qu'est-ce que vous allez reprendre comme carrière ... ?

Comme on le retrouve dans cet extrait d'entretien de Mokhtar, les psychiatres les plus âgés ont dû abandonner la carrière qu'ils avaient commencée en Algérie. La guerre et la migration ont été la cause d'un tournant important dans leur vie professionnelle. Ainsi, Mokhtar se destinait à une carrière universitaire, qu'il n'aura pas pu réaliser en France. On retrouve ces changements de carrière chez les plus anciens qui avaient commencé à exercer la psychiatrie en Algérie et qui doivent brusquement quitter le pays.

C'est donc par non-choix que les plus anciens sont restés en France, la guerre civile algérienne les obligeant à transformer leur séjour temporaire en définitif, c'est le « provisoire qui dure » (Sayad ; 1999). Deux d'entre eux étaient directement menacés sur place et sont partis en France, pays qu'ils connaissaient de par leurs études ou des formations, et où ils avaient des contacts pour arriver.

1.c.2. L'eldorado pour les plus jeunes

Parmi les moins de cinquante-neuf ans, cinq psychiatres sont venus avec l'idée de faire médecine en France. On retrouve l'idée de quitter un pays où ils ne voient pas de perspectives, d'échapper aux services militaire et civil comme nous l'avons vu et d'avoir de meilleures conditions de vie. La médecine est, dans leur situation, plus un moyen d'exercer un métier en France qu'un vrai choix par vocation.

***Moi** : Qu'est-ce qui a motivé votre choix de venir exercer en France ?*

***Bilal** : Eh bien le désespoir en Algérie, le manque d'opportunités. On était accablés par des trucs ... Alors déjà on avait le service militaire, à l'époque on n'arrivait pas à s'en défaire. Il fallait passer deux ans dans des casernes. Y'avait aussi un service civil, c'est l'obligation d'aller travailler dans des institutions hospitalières, mais on t'envoie partout, tu n'as pas le choix de ... voilà. Mais l'esprit morose déjà, l'ambiance morose en Algérie donc ... je suis venu.*

Deux psychiatres sont venus pour une formation complémentaire. Une a choisi de rester par la suite et l'autre espère toujours rentrer au pays dans un futur plus ou moins proche. L'expérience d'une vie

différente en France a plu à Chaima qui explique avoir réalisé en vivant en France, ce qui ne lui convenait pas en Algérie.

Chäïma : *Jamais l'idée d'émigrer mais c'est vrai qu'en arrivant en France, c'est là où, en fait on prend une claque parce que on se rend compte ... oui on ne vivait pas, on survivait. En arrivant en France, j'ai commencé à me retrouver moi-même. J'avais interdiction d'aller dans une salle de sport parce que chez nous il n'y avait pas de salle de sport féminine. Je ne pouvais pas sortir courir dans la rue ... Pour m'habiller ça a été hyper compliqué parce que moi qui tenait un petit peu à mes jupes, fallait toujours rajouter un manteau assez long ... de façon à ce que quand je sorte de l'hôpital, je ne me fasse pas agresser dans la rue. Et c'est vrai que tout ça, quand on arrive en France, c'est là où on prend conscience.*

Enfin, un psychiatre a suivi sa compagne en France, en expliquant que ce n'était pas vraiment son projet. Il nous expliquera ensuite avoir tenté le PCEM1 quelques années plus tôt.

Tous les psychiatres expliquent avoir fait des formations en France ou assisté à des congrès, ce qui les amène progressivement à réfléchir à émigrer. Les jeunes psychiatres envisagent maintenant l'émigration vers d'autres pays. Lors de mon séjour en Algérie, plusieurs résidents m'ont parlé du Canada, de l'Allemagne ou de l'Irlande. Le choix de la France est alors justifié par la proximité avec l'Algérie et souvent la connaissance de personnes déjà émigrées. On retrouve là-aussi les analyses de Sayad qui explique que l'émigration algérienne constitue en France une structure permanente dans laquelle chaque nouvelle vague d'émigration trouve établie une vague plus ancienne (1999).

Il ressort donc de ces entretiens que ce n'est pas pour faire médecine que ces médecins sont venus en France. Leur statut de médecin semble avoir plus constitué un moyen et un levier à la migration plutôt qu'une fin en soi.

1.c.3. De la critique du système algérien à une France rêvée.

Le mot rêve est employé à deux reprises pour parler de la France.

***Othmane** : Ben Paris, qui ne rêvait pas de Paris à l'époque. Et même maintenant on rêve de Paris.*

Il semble que ce soit une France idéalisée vers laquelle émigrent les médecins. Lors de mon stage à l'hôpital psychiatrique de Béjaïa, dans le cadre de mon master 2 d'anthropologie, les résidents en Algérie m'ont posé de nombreuses questions quant à la rémunération des médecins et aux conditions de travail en France : la France est partout et dans tous les esprits. La plupart des gens abordèrent le sujet avec moi dès qu'ils apprenaient que j'étais française. L'envie de migration semble s'appuyer sur ce sentiment et la profonde injustice qu'il soulève avec en toile de fond, l'idée d'aller dans un endroit où l'on se verra offrir le premier choix, le meilleur et, finalement, être considéré comme il se doit. Je me sens parfois mal à l'aise car comme a pu me le demander une des résidentes : « *que viens-tu faire ici quand nous voulons tous aller en France ?* ». C'est bien la colère face à l'inertie d'un système qu'ils jugent inopérant qui transparait de ce discours, avec la mise en avant de l'impossibilité de réaliser correctement son travail puisqu'il n'y a pas les moyens nécessaires à cela, on retrouve là les analyses de Mohammed Mebtoul (1995) et de Claire Mestre (2013) qui expliquent que, pour le médecin, la reconnaissance professionnelle ne peut avoir de sens que si il peut effectuer les examens complémentaires rapidement pour aboutir au diagnostic qui serait l'acte décisif de son travail. Comme le soulevait Sylvia Chiffolleau (1997) pour l'Egypte, mais également Isabelle Gobatto (1999) pour le Burkina Faso, et plus largement Lock et Nguyen (2010), il semble qu'être un produit de l'institution médicale occidentale dans un pays où on ne peut pas mettre en œuvre ce que l'on a appris, faute de moyens crée un sentiment de frustration très important chez ces jeunes psychiatres.

***Amine** : Quand je suis rentré dans un service de psychiatrie, j'ai été confronté à la maladie mentale, j'ai vu des patients qui étaient allongés par terre [...] Bon les hôpitaux psychiatriques dans ce pays [l'Algérie] ne sont pas très bien équipés. C'est pas des chambres individuelles ...*

Il semble que leur rêve d'une France idéalisée soit aussi important que leur critique face aux institutions algériennes est forte.

1.c.4. De meilleures chances pour les enfants

Au cours de mes entretiens, j'ai réalisé que certains psychiatres, avant même leur migration, avaient mis leurs enfants dans des écoles privées francophones. C'est une observation que j'avais déjà pu faire au cours de mon stage en Algérie où la plupart des familles de classes moyennes supérieures envoyaient leurs enfants dans ces écoles. L'enseignement de la langue française ayant été progressivement supprimé après la décolonisation, les écoles publiques algériennes dispensent un enseignement en arabe dès l'âge de six ans, la langue française n'étant employée qu'à l'université, dans certaines facultés.

Ainsi, lors de mon stage en Algérie, la fille de six ans d'une collègue psychologue, portait un prénom français et parlait mieux le français que le kabyle et l'arabe, qu'elle commençait à apprendre à l'école. Elle m'expliquait vouloir vivre en France et parler français. Sa mère ne lui parlait d'ailleurs qu'en français. En rencontrant cette petite fille, j'ai eu, par bien des aspects l'impression d'avoir face à moi une petite fille française, petite fille déjà toute prédisposée à émigrer en France. On retrouve cela chez Ramah :

***Moi** : Donc si je comprends bien, vous êtes venus en France pour vos enfants ? Pour leur donner plus de chances ?*

***Ramah** : Oui voilà. Pour plus de chances. Parce que mes enfants, ils n'étaient pas trop arabisés. Donc ils avaient beaucoup de difficultés dans tout ce qui est matières arabes. Moi je suis d'origine kabyle et puis ... je ne sais pas ils sont plus portés pour le français, qu'ils ont étudié depuis qu'ils étaient très petits. Donc ils parlaient le français couramment. Ils étaient un peu plus fort dans le français et ils peinaient dans l'arabe. Un moment on réfléchissait et on se disait c'est pas possible, si ils continuent comme ça, ça peut être un échec pour eux. Donc on a essayé, on a fait des cours, on a tout fait là-bas. Donc mon mari quand il a eu la PAE, c'était quand même une porte qui s'ouvrait ... voilà...*

Il est intéressant ici de constater que Ramah présente comme un état de fait que ses enfants soient plus portés sur le français que sur l'arabe. Alors qu'elle explique bien qu'ils apprennent le français depuis qu'ils sont très jeunes. On retrouve dans l'extrait de son entretien plus haut qu'elle a mis ses enfants dans une école privée comme beaucoup de médecins autour d'elle. Et c'est le fait que ses enfants soient francophones qu'elle avance comme une des raisons motivant son départ. Il semble

donc qu'à travers leurs enfants, ce sont leur rêve d'une vie meilleure que les parents tentent de réaliser « *je veux leur donner toutes leurs chances* » me diront nombre de psychiatres. Et, en effet, il apparaît que c'est la deuxième génération qui pourra le plus tirer profit de l'émigration des parents, cette première génération vivant le déracinement, le déclassement social parfois, l'isolement...Ce qui se retrouve parfois dans leur rapport avec leurs enfants comme l'évoque ici Chaïma.

Chaïma: [...] *On n'est pas né ici, on n'a pas la même culture. Moi je vois déjà par exemple avec mes enfants... Ma fille me pose souvent des questions pour l'aider à certains devoirs et souvent elle s'énerve, elle me dit « Comment tu es arrivée à être médecin sans connaître Napoléon, de Gaulle ... ? », ceci cela ... Mais bon, j'essaye de reprendre les choses avec humour en disant « Eh bien tu n'as qu'à me réciter l'histoire de l'émir AbdelKader ». Et oui là je me rends compte que ce n'est pas mon pays, parce que je ne maîtrise ni la géographie, ni l'Histoire.*

Il semble que ces parents fassent un travail de « pré-assimilation », en envoyant leurs enfants dans une école privée française, afin de faciliter la tâche d'intégration de leurs enfants une fois qu'ils auront enfin gagné la France. C'est donc là un phénomène totalement différent de celui décrit par Sayad (1999) concernant le troisième âge de l'immigration, où chaque vague d'immigration trouve établie une vague plus ancienne, condition de sa propre cohésion, et ayant une relative autonomie par rapport à la société française. Malgré un attachement fort aux valeurs de leur pays d'origine, on sent l'importance de l'intégration à la société française, qu'ils transmettent à leurs enfants. On est donc ici sur une migration plus « élitiste » que par le passé.

2. Errances professionnelles

a. Le choix des études de médecine

Il est important de situer le choix de la profession de médecin dans ce qu'elle représente pour la société algérienne. La faculté de médecine est une faculté d'excellence, celle choisie par les meilleurs élèves. Ce sont les élèves ayant les meilleures notes au Baccalauréat qui choisissent d'étudier la médecine. Or, il semble que ce ne soit pas toujours un choix par vocation que font les étudiants algériens. En effet, pour quatre des psychiatres avec lesquels je me suis entretenue, bien que ce ne soit pas une question de ma grille d'entretien, il s'est avéré que le choix de la médecine s'est fait par une forte influence parentale devant leurs bons résultats scolaires, alors même que certains souhaitaient se diriger vers une autre filière. La reconnaissance sociale inhérente au statut de médecin est très importante en Algérie comme dans de nombreux pays. Cela était d'ailleurs sous-jacent dans les revendications des résidents lors de leur grève de 2018. Lors de mon séjour en Algérie, nombre de résidents dénoncent un manque de reconnaissance quant à leur statut de médecin. Les résidents et médecins se nomment fréquemment par leur titre. Hocine Khelfaoui, chercheur en économie parle d'ailleurs du diplôme en Algérie jusque dans les années quatre-vingts comme « témoin de la réussite scolaire, qui était aussi perçu comme le seul 'titre' permettant à son détenteur de gravir les échelons de la promotion sociale. Il incarnait 'l'ascenseur social par excellence' ». (Khelfaoui in Geisser ; 2000). Une partie des médecins choisit donc cette filière d'avantage pour ce qu'elle représente socialement et pour leurs parents que par une vraie vocation médicale.

Lotfi : [...] Bref, je fais comme je peux, je le décroche [le Baccalauréat], j'ai une mention Bien. Et je ne veux pas faire médecine. [...] Parce que mes parents, eux, ils étaient super contents. Eux c'était la joie. Et c'est grâce à eux qu'au final j'ai fait médecine, grâce à leur sourire. Je me suis dit « Tu ne vas pas les décevoir », vas-y tu t'inscris, tu fais la fac, tu ne vas pas les décevoir.

Salah : [...] Je reviens d'Espagne, inscription, « ouais qu'est-ce que tu veux faire ? » Ça s'est réglé en un dîner ... avec mon père : « Et maintenant tu vas faire médecine. Tout le monde veut en faire ».

Donc je pouvais y prétendre et mon père s'est coincé là-dedans. « Tu peux faire un truc que tout le monde veut faire pourquoi tu ne le fais pas ? » Eh bien je l'ai fait.

Ce choix par défaut, pour faire plaisir, a une influence importante sur les trajectoires professionnelles de Lotfi et Salah puisqu'à leur arrivée en France, ces deux psychiatres ont commencé par faire des métiers autres que médecins, comme nous l'avons vu plus haut pour Lotfi.

b. La précarité, vécu commun

Pour l'ensemble des psychiatres rencontrés, à l'exception des deux ayant débuté leur parcours professionnel en France dans l'année, les trajectoires professionnelles passent par plusieurs hôpitaux, plusieurs statuts et plusieurs spécialités, selon les hasards des rencontres et des opportunités. Les statuts évoluent également avec la législation française.

2.b.1. L'arrêt de la médecine dans un premier temps

Ainsi, Salah et Lotfi débute par des métiers non médicaux :

***Salah :** Je sauve ma peau, je ne fais pas le service militaire quoi qu'il arrive, même s'il faut que j'abandonne les études, même si il faut que je fasse un autre métier, ce que j'ai fait. [...]J'ai fait maître-chien, j'ai fait manœuvre chez un portugais où il m'a cassé le dos sans me payer l'enfoiré ...*

On voit à quel point Salah se retrouve dans une situation précaire, acceptant divers métiers très en deçà de ses qualifications. Il doit exercer des métiers en bas de l'échelle sociale, à l'opposé du statut de médecin, comme nous avons pu le voir plus haut.

2.b.2. Stagiaires associés

Quatre psychiatres ont commencé comme stagiaires associés. Ouarda et Ahmed sont ceux qui se sont retrouvés le plus en difficulté avec le statut de stagiaire associé, non rémunérés dans le cadre de leur spécialisation, et ce pendant plusieurs années. Ils font donc globalement le même travail qu'un interne ou FFI mais sans être reconnus par la gratification financière en relation avec la fonction. Ils ont dû travailler en parallèle de leur stage à temps plein, comme infirmière pour Ouarda ou en faisant des gardes le soir et le week-end comme FFI, afin de pouvoir subvenir à leurs besoins. Karima a également commencé comme stagiaire associée mais avec une rémunération négociée égale à celle d'un FFI.

***Ouarda :** [...] Tu fais des stages gratuitement. Tu n'es pas payé !*

***Moi :** Tu fais FFI sans être payé ?*

Ouarda : FFI sans être payé ! Par exemple moi j'arrivais à l'hôpital à 9h, je finissais à 16h mais rien du tout. On n'avait même pas le droit au repas de midi de l'internat. Moi tu me trouvais à midi toujours avec un petit casse-croûte, loin. Je n'avais pas d'argent pour payer le restaurant.

Ahmed : Alors après j'étais externe en pédiatrie c'est-à-dire que je faisais le boulot d'interne Vous savez comment ça se passe ... ? Donc je faisais le boulot d'interne, on nous disait qu'on était en formation, et donc on n'était pas payé, donc on gérait les urgences et tout ça. On avait cent cinquante francs par garde mais on n'était pas payé pour tout le stage. Parce qu'on n'avait pas le statut de FFI. Ils avaient de la chance, ceux qui étaient FFI.

2.b.3. Infirmiers

Deux psychiatres ont commencé comme infirmier, voire faisant fonction d'infirmier. Il s'agit d'un métier où une formation de trois mois suffit pour que les médecins étrangers acquièrent une équivalence. Cela leur permet bien souvent d'avoir un salaire, contrairement à leurs collègues cantonnés aux stages médicaux non rémunérés. Pour ces deux psychiatres, c'est par le biais de leur travail d'infirmier qu'ils découvrent la psychiatrie et choisissent par la suite de se spécialiser quand ils reprennent leurs études de médecine.

Chaïma : Au final, pour payer mon loyer j'étais obligée de travailler donc comme beaucoup de mes collègues, j'ai travaillé comme infirmière. A l'époque on pouvait avoir rapidement l'équivalence. Donc j'ai fait infirmière à Sainte-Anne [à Paris]

Bilal : Ce qui s'est offert à nous c'est de travailler en tant qu'infirmier. Ce n'est pas infirmier parce qu'après il fallait valider le diplôme d'infirmier. Donc en tant qu'infirmier je suis arrivé dans une institution de thérapie institutionnelle avec un esprit de la psychiatrie ... la rencontre avec les patients et ça m'a tout de suite plu cet esprit de travail, de contact humain, la thérapie institutionnelle ... Et donc j'ai fait le choix de poursuivre mes études pour faire l'équivalence en psychiatrie.

2.b.4. Faisant Fonction d'Interne

Cinq psychiatres ont commencé comme FFI, ce qui signifie qu'ils ont des contrats de six mois, avec le risque de ne pas être renouvelé à la fin, par exemple si un interne français choisit le poste lors du choix de stage. En effet, étant assimilés à des internes en médecine français, ils sont tributaires des choix des stages tous les six mois, ce qui impacte fortement leur vie de famille et peut potentiellement les laisser sans travail et donc sans revenus. Ils ont la plupart du temps des responsabilités équivalentes aux médecins diplômés, avec un salaire bien moindre.

***Othmane** : Au départ, quand on est arrivé en France à l'époque c'était sur des statuts précaires ... il n'y avait pas de perspectives, on n'avait pas le même statut que les PH... on n'avait pas le droit de passer des équivalences, sauf refaire médecine en repartant à zéro. On pouvait être Faisant Fonction d'Interne...*

2.b.5. Assistants associés

Deux psychiatres ont débuté comme assistants associés, il s'agit de Messaoud et de Mounir, qui sont les deux médecins les plus âgés. Tous deux étaient reconnus comme psychiatres en Algérie et avaient effectué tout ou partie de leurs études médicales en France. A l'époque, le fait d'être étranger ne les autorisait pas à accéder à un autre statut malgré le fait qu'ils aient fait les mêmes études que leurs camarades français. Un assistant associé exerce ses fonctions sous la responsabilité directe du responsable de la structure dans laquelle il est affecté. A la différence du FFI, l'assistant associé est recruté sur une période d'au moins un an.

***Mounir** : Et après j'ai travaillé en France. Sauf que bon mes diplômes étaient français mais j'étais considéré comme médecin à diplôme étranger. C'était comme ça. Vu que je n'avais pas la nationalité française.*

Après ces premiers statuts précaires, ils peuvent prétendre au statut de praticien attaché associé (PAA), anciennement praticien adjoint contractuel (PAC), qui permet d'avoir des contrats plus durables dans le temps, un peu mieux rémunérés mais avec malgré tout des grilles de salaires et d'évolution bien moindres que leurs homologues français.

c. Des changements professionnels multiples.

2.c.1 Un parcours soumis aux hasards

La précarité de la condition de ces médecins fraîchement arrivés en France entraîne une errance professionnelle importante, avec des contrats qui ne se renouvellent pas, des postes occupés par des internes français. Ce sont donc les hasards et les opportunités qui guident les choix professionnels en France, aussi bien en termes de localisation que de spécialité.

Pour six des psychiatres rencontrés, dont cinq hommes, les contrats courts et les hasards des propositions de postes nécessitent bien souvent d'être mobile, parfois de ne pas habiter avec sa famille la semaine ou de faire de longs trajets pour se rendre sur son lieu d'exercice. Ces conditions sont acceptées par crainte que les contrats ne s'arrêtent.

***Amine** : J'ai commencé dans un hôpital où j'ai travaillé deux ans et demi et à un certain moment... j'avais des enfants, j'avais ma fille qui ne supportait pas l'éloignement, qui commençait à demander ... Donc j'ai anticipé par... j'avais un réseau donc je suis parti. Je suis parti très très loin encore... l'autre point de la famille se pose encore une fois ... je ne suis pas resté très très longtemps...*

2.c.2. La psychiatrie, un de ces hasards

Sept des enquêtés étaient déjà psychiatres à leur arrivée en France, dont quatre sont les plus âgés et deux sont les psychiatres arrivés dans les deux ans. Un des médecins souhaitait s'orienter vers la psychiatrie et a pu le faire en France. Sept des psychiatres interrogés rapportent avoir choisi la psychiatrie par hasard à leur arrivée en France. Ceci est lié au fait que les premiers postes qu'ils trouvent sont des postes de FFI ou parfois d'infirmier en psychiatrie. Il serait plus facile de réussir la PAE en psychiatrie selon Ahmed du fait du manque de psychiatres en France. En effet, quatre psychiatres commencent par une spécialisation dans une autre discipline et se rabattent sur la psychiatrie car ce sont les seuls postes qui s'ouvrent à eux, leur permettant à la fois d'exercer leur métier de médecin et de rester en France.

Ouarda : *J'ai fait rhumato, et après là, je trouve un poste de rééducation. Donc la rééducation je me dis ça va avec la rhumato, parce qu'il n'y avait aucun poste où j'habitais. J'étais rémunérée donc je trouvais que c'était bien. Et après six mois un interne est venu... [...] Donc je dois faire quand même le deuil de la rhumato, parce que j'ai un diplôme quand même de rhumato, j'ai sacrifié ma vie dans la rhumato ! Mais malheureusement je ne peux pas exercer parce que ce que je t'ai dit, il faut travailler trois ans [...]. Ils me disent alors : « dans ce cas-là, dans la mesure où tu fais, tu es sur un poste de psychiatre, tu peux passer l'équivalence de psychiatre par la suite ».* [Ouarda travaille alors comme médecin généraliste à l'hôpital psychiatrique]

Ouarda s'est spécialisée en rhumatologie en France mais ne trouve pas de postes de FFI dans sa région. Or pour passer le PAC, qui donnait à l'époque l'autorisation d'exercer, il faut avoir passé trois ans, comme FFI ou associé dans un service. De sorte que Ouarda se retrouve avec un diplôme et des compétences qu'elle ne peut pas faire valoir.

d. Du soutien dans un parcours difficile

2.d.1. Solidarité communautaire

Entre Algériens

On constate à travers les entretiens une grande solidarité communautaire, à la fois entre Algériens, mais plus largement entre Maghrébins. Le soutien est surtout logistique à l'arrivée en France avec des compatriotes qui peuvent proposer un hébergement provisoire, donner des conseils sur les démarches administratives. La solidarité se fait également au quotidien, pour la garde des enfants par exemple, qui peut se chercher spécifiquement dans la communauté. Ouarda l'évoque ici :

Ouarda : *Je les mets chez une Française au début mais la Française « Ben non à 17h vous venez ! ». Mais moi je ne peux pas venir courir à 17h ! Donc mon mari me dit « Ne t'inquiète pas, la première dame maghrébine qui arrive en consultation je lui demande ». La première dame elle est arrivée, il lui dit : « Voilà, on a des enfants en bas-âge, ma femme elle travaille ». Elle lui a dit : « Y a aucun soucis ». Donc je lui donne, à cette dame-là, qui était formidable, elle m'a pris les enfants.*

Médicale

Une solidarité médicale entre médecins étrangers est également présente avec des échanges de conseils sur le parcours pour régulariser son diplôme, ou de postes à pourvoir. Lotfi explique qu'une fois que son parcours pour (re)devenir médecin est engagé, il expose à tous les médecins étrangers autour de lui qui n'exercent pas leur profession comment y arriver.

Lotfi : *J'ai aidé beaucoup de gens à faire ça. Par exemple il y avait un aide-soignant du Nigeria, alors qu'à la base c'était un médecin qui avait fait ses études en Russie ! Il arrive en France, il ne parle pas français et on le met comme aide-soignant. Et là je lui dis : « Pourquoi tu restes comme aide-soignant ? ». Il y en avait un autre aussi qui exerçait comme infirmier et je lui ai dit : « Vas-y, tu fais ça ». Je leur montrais comment faire, je leur donnais des adresses. Et après tous ces gens-là ont fait praticien attaché ! Ils ont des postes même.*

Chaïma : *C'est des hasards de la vie mais ... En fait j'ai été la voir une fois et elle me dit : « Est-ce que tu as un CV ? » Je lui dit oui parce que je venais de sortir d'un entretien d'embauche pour un poste d'interne de gériatrie, au final je n'étais pas prise car on était nombreux. Et du coup elle me dit : « Donne-moi ton CV ». Elle le donne directement à sa chef de service, en psychiatrie. Et la chef de service me reçoit. J'arrive à l'entretien d'embauche, je maquille un peu les choses, j'essaye de mettre en avant mon amour pour la psychiatrie ! Et c'est comme ça que j'ai été prise. Et au final, avec le temps j'ai eu des réponses pour mes candidatures en gériatrie. Mais entre-temps j'avais déjà compris que j'étais faite pour la psychiatrie.*

On voit donc comment cette solidarité oriente les trajectoires professionnelles, comme ici le fait que Chaïma devient psychiatre alors qu'elle envisageait une carrière en gériatrie.

Les conseils s'échangent également sur la façon de s'en sortir dans des postes où ils sont livrés à eux-mêmes. C'est fréquemment le cas des médecins qui ne sont pas psychiatres lors de leur arrivée en France et qui sont amenés à travailler dans des hôpitaux ayant des pénuries médicales sévères. Comme nous l'avons vu, huit des psychiatres interrogés ont réalisé leur formation en France et ont exercé plusieurs activités avant d'aboutir à la spécialité psychiatrie. Au-delà de la précarité de leur statut, ces psychiatres ont été les plus touchés par la solitude professionnelle.

Ces solidarités, ponctuelles ou du quotidien ont été importantes pour chacun des psychiatres rencontrés, leur amenant un peu de bienveillance et de reconnaissance alors qu'il leur est si difficile d'en obtenir dans la précarité de leur situation professionnelle.

2.d.2. Les figures alliées dans le parcours

Pour la majorité des personnes interrogées, leur parcours professionnel s'est structuré autour de figures fortes qui sont venues orienter leur parcours. Au cours de leur parcours professionnel houleux, quatre psychiatres évoquent une ou plusieurs personnes bienveillantes parmi leurs collègues français qui les ont aidés et accompagnés dans leur parcours. Ces guides, figures alliées qui peuvent s'opposer aux décisions administratives et institutionnelles ont pu parfois influencer fortement le parcours de ces médecins. Ainsi, Ouarda évoque le Dr Jonas, chef de service d'ophtalmologie, où travaillait son mari, qui s'est, à plusieurs reprises, opposé à l'institution hospitalière pour aider Ouarda et son mari.

***Ouarda** : Et mon mari, il a eu de la chance, il était avec Jonas. Il est super Jonas. Et donc mon mari a eu un poste mais il n'était pas payé [poste de stagiaire-associé]. Il faisait tout. Et il allait faire des gardes dans un autre hôpital le week-end. Jusqu'au jour où Jonas lui dit : « Non mais c'est quoi cette vie que tu es en train de mener ! Comment tu vis ? ». Donc mon mari lui dit « Eh bien dans une chambre, avec ma fille ». Jonas répond : « C'est inadmissible, ça c'est l'esclavage ! ». Il lui crée un poste, il lui dit : « Si à la fin quand tu termines, tu passes ton concours, je peux te créer un poste de praticien attaché ».*

[...] Jonas, j'ai beaucoup d'admiration pour lui. Tu vois, on voulait avoir un appartement à nous, donc il a été le garant. Parce qu'il faut un garant pour un loyer !

[...]Donc Jonas a appelé l'ARS, en disant : « En aucun cas il ne repartira en Algérie avec ces événements ... C'est quelqu'un qui est un bon élément, c'est quelqu'un qui travaille, quelqu'un qui est bien ...et vu les événements, on ne peut pas laisser partir les gens comme ça ». Donc c'est lui qui nous a aidés, et qui a appelé l'ARS et qui a fait les démarches au niveau de l'ARS. Jonas nous a fait des papiers, donc ils ont régularisé, par le biais du terrorisme, notre situation.

On voit là comment Jonas va être une aide précieuse pour Ouarda et son mari et les aider à s'en sortir un peu mieux dans le parcours du combattant qu'ils ont eu à réaliser en permettant à son mari d'avoir un poste stable et rémunéré.

3. Regards d'une génération sur l'autre

Comme évoqué à plusieurs reprises, on constate un vécu de la migration différent selon l'âge des médecins. Ainsi, les six psychiatres les plus anciens ont vécu un véritable exil et c'est dans la douleur que s'est prise la décision de quitter l'Algérie. Ces mêmes anciens psychiatres portent un regard parfois dur sur leurs collègues arrivés plus récemment. Ces jeunes psychiatres, eux, sont venus par choix, et n'ont pas ce vécu d'exil comme leurs prédécesseurs. Messaoud, notamment, est parfois agacé quand il voit ses jeunes collègues interagir avec les psychiatres français. Ainsi, il explique qu'il observe chez eux une position de subordination, dans laquelle lui ne se sent pas.

***Messaoud** : Or, je vois moi par exemple, maintenant je n'y vais plus mais dans les congrès, je rencontre les jeunes Algériens. Je les vois dans cette espèce de complexe, de besoin de reconnaissance etc ... et ça me gonfle ! Ils disent aux franco-français « Monsieur » ! Mais arrête ! Arrête d'être toujours dans ce statut de besoin de reconnaissance !*

Il se montre également très critique quant aux connaissances dans le champ de la psychiatrie de ces jeunes collègues, qui n'ont selon lui par exemple, aucune notion de psychanalyse. Au-delà d'un conflit entre deux générations de psychiatres formés différemment selon les époques, on lit dans ce discours un vécu très différent du rapport de l'Algérie à la France. Ainsi, Messaoud nous explique que, pour lui, l'arrivée en France, où il a commencé par faire ses études secondaires, a été pour lui la sortie de son statut d'indigène. En effet, né à la fin de l'époque coloniale, au début de la guerre d'indépendance, il explique que c'est en Algérie qu'il a connu une discrimination liée à son statut. Il n'avait pas accès aux mêmes études que les Français et pour lui, c'est en France qu'il s'est émancipé de l'indigénat, qu'il a eu l'impression d'être considéré comme les autres élèves. Il ne rencontre de nouveau cette discrimination que des années plus tard, lorsqu'il est contraint de revenir en France après avoir été directement menacé en Algérie. Il doit alors faire face à la non-reconnaissance de son diplôme, ce qui le renvoie indéniablement à son statut d'indigène. On voit ainsi que la discrimination qu'il a vécue s'est déplacée, de l'Algérie française à l'époque de la colonisation, c'est en France qu'il la retrouve une fois que l'Algérie est devenue indépendante.

***Messaoud** : Donc c'est quand on arrive en France que je n'ai plus cette étiquette d'étranger ou de ... j'étais français. Après ça bien entendu, quand je suis revenu, j'avais tous les codes, c'est hyper important de connaître les codes, le savoir, la même culture et puis ...Donc là j'étais à égalité. Par*

contre, le problème c'est par rapport à tous ceux que vous allez interviewer. Qui eux nous ont vécus très mal, parce qu'on était à égalité nous, point de vue statut. Et eux, se sont retrouvés, vu la pauvreté de l'hôpital et le manque, ils se sont retrouvés comme des indigènes, des gens assujettis. J'étais plus indigène du tout, même bien après, même jusqu'à maintenant.

A travers cet extrait d'entretien, on constate que Messaoud voit une vraie différence de statut entre les jeunes psychiatres arrivés plus récemment et les médecins arrivés en même temps que lui. Il semble que l'agacement qu'il ressent à leur égard soit lié au fait qu'ils le renvoient à son propre statut d'indigène, une époque révolue pour lui grâce à son arrivée précoce en France. Les voir être en attente de reconnaissance de la part des médecins français le met donc en colère puisque c'est, pour lui, se mettre dans une position d'indigène. Ainsi, lui maîtrise les codes sociaux français, se sent à l'aise en France avec ses collègues français, a acquis un savoir-être dans la société française et ses jeunes collègues le renvoient à une autre position. Il est intéressant de constater que, entre ces différentes vagues de l'immigration médicale algérienne persiste une forme de hiérarchie liée à l'intégration des codes sociaux du milieu médical français. Le fait d'être né en Algérie française semble asseoir leur légitimité en France. Au-delà de conflits de générations, c'est aussi l'Histoire de l'Algérie qui est retracée entre ces différentes générations de médecins.

Les psychiatres les plus âgés évoquent également le fait que la migration en France était réservée à une élite minoritaire, même pour les médecins. Ils précisent d'ailleurs qu'ils n'étaient pas nombreux au début, et que cela aurait facilité leur intégration. De plus, cette migration d'élite était estudiantine puisque ces médecins se destinaient à rentrer en Algérie après leur formation.

Messaoud : *Il n'y avait pas de compétition et c'est très important donc on était extrêmement bien accueillis. Et puis la plupart avaient de très bon résultats. Tous étaient brillants, ils étaient bons, ça allait bien. Il faut dire que c'est parce qu'ils avaient déjà ... ils étaient issus de familles favorisées. Ils ont fait le lycée, des trucs comme ça, donc ... fallait pas recommencer à zéro quoi. Car tous les Algériens que vous voyez maintenant qui ont quarante-quarante-cinq ans, ils sont de l'époque de l'arabisation. Et c'était même pas le mélange, le charabia... Je ne sais pas si vous avez vu comment ils parlent. Donc le français, ils ont fait leurs études en français mais à part la télé et tout ça, ils n'avaient pas... Donc fallait qu'ils acceptent tout ça. Et c'est pour ça que j'ai vu leurs difficultés souvent, ils arrivent au fur et à mesure, et ils avaient des contacts avec moi pour me demander comment faire.*

On voit donc que les psychiatres plus âgés portent un regard plutôt sévère sur les plus jeunes. Ils se sentent à la fois très liés à l'Algérie et portent cette blessure d'avoir été contraints d'en partir. Mais parallèlement, Messaoud revendique ici avoir eu une formation au lycée en France, de mieux parler français. Il y a l'idée que le fait d'être né à l'époque de l'Algérie coloniale française asseyait sa légitimité en France. Au-delà de la critique d'un ancien à un plus jeune, c'est aussi l'Histoire de l'Algérie qui se rejoue là à travers ce regard porté d'une génération sur une autre.

4. L'influence du milieu social

Au cours des différents entretiens que j'ai menés pour cette recherche, il m'est apparu que ces psychiatres venaient de milieux sociaux très différents en Algérie. Cela a eu un impact sur leurs attentes quant à la migration en France mais également sur leurs parcours. Ainsi, Rachid, fils d'un officier, ne mentionne pas de difficultés financières particulières bien qu'il ait eu des difficultés liées à la reconnaissance de son diplôme et au choix de la spécialité. Il y a de nombreux médecins dans sa famille dont un qui est chef de service en Suisse et qui l'aidera à obtenir un poste de dermato chirurgie. Rachid n'évoque pas le service militaire algérien ou le service civil, que la plupart des psychiatres interrogés abordent, qu'ils l'aient fait ou non. A l'inverse, Ahmed est issu d'un milieu très pauvre et une des raisons de son départ est l'inégalité des parcours en Algérie et le peu de moyens d'action face à cela sans contact dans l'armée ou dans l'administration. Il décide en effet de quitter l'Algérie après avoir été envoyé dans un village du sud algérien pour faire son service civil. Ahmed a eu d'importantes difficultés financières et sa situation sociale sera très difficile pendant un long moment avant qu'il n'arrive enfin à gagner un peu d'argent grâce à son travail à l'hôpital. A l'inverse, Rachid nous explique avoir fait des stages dans des services renommés en France ou en Suisse.

***Ahmed** : On a été dans une association pour poser la question si ils pouvaient nous héberger donc ... ils ne pouvaient pas. Par contre on a rencontré quelqu'un qui était dans cette association. Ils avaient un petit garage et donc ils nous ont dit que le soir ils pouvaient nous ouvrir pour y dormir dedans.*

***Rachid** : Et quand on est arrivé pour la chirurgie, je suis parti parce qu'il n'y avait pas de postes ici et mon oncle qui était médecin m'a dit « mais viens ici, fais ici ton internat, en Suisse ! »*

Il s'avère également que Rachid n'avait pas pour projet de rester en France, et ce n'est toujours pas le cas. Il réfléchit à des projets de retour en Algérie, comme créer une clinique ou une structure de thalassothérapie. A l'inverse Ahmed ne parle à aucun moment d'un retour en Algérie. On peut supposer ici que la situation sociale influence fortement la volonté de rester ou partir.

5. Migrants ?

a. Un terme qui dérange

Le terme « migrant » n'a pas de définition juridique reconnue. Toutefois, l'ONU s'accorde sur le fait que ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer ». L'utilisation du terme migrant n'a pas été très reprise par les psychiatres rencontrés. Même pour ceux qui se sentent effectivement migrant. Plusieurs me font préciser la question ou le terme. Certains corrigent le terme et utilisent le mot « étranger » ou « expatrié ». D'autres répondent à la question, mais sans se saisir du terme. Ils peuvent parfois se saisir d'une définition qu'ils donnent à ce terme et s'en servir pour montrer en quoi cela ne leur correspond pas. Il semble donc qu'ils ne soient pas à l'aise avec ce mot qui les renvoie trop loin dans leur statut d'étranger. Ce n'est pas leur place, semblent-ils me dire entre les lignes.

Le mot migrant semble déranger. Il semble qu'il les renvoie à la misère, à la pauvreté, leur statut de médecin est alors incompatible avec ce terme. C'est un mot qui les renvoie également à un statut d'étranger, ce qui ne correspond pas au ressenti de sept d'entre eux. C'est le cas par exemple d'Othmane.

***Moi :** Et donc finalement vous, vous ne vous sentez pas migrant par exemple ?*

***Othmane :** Ah non du tout non. C'est un terme qui ne rentre pas dans mon logiciel non. J'ai toujours dénoncé le terme, quand c'est l'étranger qui vient du Sud ou ... ou d'ailleurs c'est un migrant et quand c'est un Européen qui part dans d'autres pays, c'est un expatrié hein [rires] !*

On voit que Othmane réfute complètement l'utilisation du terme et pointe le fait qu'il soit utilisé pour désigner des personnes originaires de pays du Sud. D'autres expliquent que leur condition d'arrivée en France n'a rien à voir avec l'idée qu'ils se font de la condition de migrant.

b. L'exil pendant la guerre civile

Mokhtar, qui a fui la guerre civile, se justifie ici des raisons qui font qu'il ne se considère pas comme migrant. On sent que ce terme ne le satisfait pas dans ce qu'il véhicule.

***Mokhtar** : Migrant non. Mes enfants sont nés ici, ils ont grandi ici, ils ont fait leurs études ici, certains commencent déjà à travailler. Je suis un Français d'origine étrangère, voilà. Je me définirai plutôt comme ça. Quand je suis arrivé, c'était toujours dans l'idée d'un séjour provisoire donc moi c'était un stage dans le cadre d'une formation donc Y a pas de définition consensuelle du terme migrant mais en gros, on entend par migrant, quelqu'un qui va travailler dans un pays où il n'est pas né, où il n'a pas grandi. Donc qui va travailler. Or pour moi c'était pas ça, je ne venais pas travailler, je venais apprendre ! Je venais parfaire ma formation. Donc j'étais plus dans un statut étudiant, plus que réellement de migrant. Après, à un moment, quand on est resté ici eh ben c'était ... non le terme migrant je ne sais pas si il est approprié... J'aurais dit d'origine étrangère.*

Cela va dans le sens des analyses de Myriam Hachimi Alaoui, exposées précédemment, qui expliquent que certains médecins algériens ont des difficultés à se considérer comme étranger en France du fait d'une familiarité avec le pays. Les représentations liées à « l'immigré » en France sont également porteuses d'une connotation négative (Hachimi Alaoui, 2001) et peut les amener à reformuler le statut de leur migration. L'aspect provisoire de la migration peut les aider à s'extraire de la catégorie « migrant ».

c. Indigènes

Enfin, pour Messaoud, ayant connu l'indigénat, le terme migrant n'a pas de sens puisqu'étant né officiellement en France à l'époque de la colonisation, il a connu l'Algérie coloniale et le statut qui incombait aux Français musulmans à l'époque.

***Messaoud** : Je ne suis pas un migrant ! Je vous dis c'est indigène... ça c'est important. Toujours marquer le statut, ce qui est un avantage car j'étais toujours fier de montrer que je n'étais pas un indigène. Dès qu'il y avait des rapports comme ça un peu ...indigène ... tout de suite je remettais les choses en place. Sans violence, vous voyez c'était pas : « Oui je suis de la banlieue euh ... je suis*

noir, c'est pour ça que vous me parlez comme ça ». Non. Tranquillement, je suis l'égal. On n'a même pas besoin de se justifier. Tandis que les autres ont émigré, ils ont fui quelque chose. Et vous prenez, que ce soit psychiatre ou n'importe qui, dans notre patientèle, y a ... le migrant, c'est différent. Par exemple moi je consacre deux heures à m'occuper de Médecins Sans Frontières, des migrants. Comprenez que leur statut est totalement différent et leur approche est totalement différente. Je ne suis pas un migrant. Je suis peut-être comme vous.

Messaoud martèle ainsi qu'il n'est pas migrant. On ressent à travers cet extrait d'entretien que ce terme n'a aucun sens pour lui qui est né en Algérie coloniale.

d. La guerre d'indépendance, le refus d'être français

Deux psychiatres se sentent effectivement migrants mais ne le formulent pas ainsi, ils me feront reformuler la question, comme Mounir.

***Moi** : finalement ça m'amène à ma dernière question ...est-ce que vous vous sentez migrant en France ou est-ce que vous vous êtes déjà senti migrant ?*

***Mounir** : Migrant... ça dépend le sens qu'on donne à ça*

***Moi** : le sens que vous donnez.*

***Mounir** : [rires]. Peut-être. Peut-être vous voulez dire est-ce que je me sens chez moi ? Je me sens étranger complètement ! Étranger ! [rires] bien qu'étant de culture française mais je me sens étranger. Chez moi c'est là-bas, c'est de l'autre côté. En plus, le fait d'être étranger dans un pays ça veut dire ne pas pouvoir ... vivre ... comment dire, s'engager politiquement dans la vie du pays. Moi j'ai toujours été engagé politiquement en Algérie et... voilà. Je ne sais pas si ça répond à votre question ? [rires]*

Mounir investit complètement son sentiment d'être étranger en France au point de n'avoir jamais demandé la nationalité française, ce qui lui a valu d'attendre neuf ans avant d'être régularisé par l'ordre des médecins. « *C'est ma névrose* » me dira-t-il. Mounir porte en lui le poids de la guerre d'indépendance, dans laquelle nombre de ses proches ont été engagés et c'est un devoir pour lui de ne pas trahir son appartenance algérienne qui, de fait, exclut la possibilité de se sentir français. Cela illustre également le travail de Myriam Hachimi Alaoui qui explique que, bien que la demande de réintégration dans la nationalité française puisse faciliter leur quotidien, elle ne va pas souvent de

soi car implique un fort coût identitaire. Elle renvoie en effet à une époque où acquérir la nationalité française était synonyme d'un renoncement au statut de musulman. Elle a toujours cette dimension symbolique, au-delà de la dimension juridique de la démarche. De même, les Algériens n'ont que marginalement recours au statut de réfugié politique en France, ce qui pourrait s'expliquer, selon l'auteur, par la crainte de se voir accuser d'appartenance au parti « de la France » (Hachimi Alaoui, 2001).

e. Les migrations les plus récentes

A l'inverse, Karima qui vient d'arriver en France se sent migrante par le bouleversement que ce départ implique dans sa vie. On sent que c'est un sentiment moins figé, qui pourra évoluer avec le temps et son installation dans le pays. Elle ne réemploie pas le terme de migrant en répondant à ma question. Elle me fait également préciser ma question.

***Moi :** Et, ma dernière question c'est est-ce que vous, vous vous êtes sentie ou vous vous sentez migrante en France ?*

***Karima :** Oui c'est vrai. Ça c'est une question très sensible ! C'est vrai qu'à un certain âge, à l'âge de quarante-cinq ans, changer les habitudes. Le confinement vient un peu soulager notre ... notre ...nostalgie. Y a toujours une phase d'adaptation, je me dis toujours ... au départ c'était un peu mes enfants, ils pleuraient... voilà ils ont quitté leurs camarades. C'était un peu difficile. Mais dès qu'ils sont rentrés à l'école, je les vois heureux, ils ont eu de bons résultats donc je me dis ça va. C'est vrai que là ce qui nous manque c'est la famille, les amis, c'est-à-dire c'est pas du jour au lendemain qu'on va avoir un groupe d'amis ou ...voilà. Là on travaille, on rentre chez nous. Bon on est en contact avec des amis un peu partout. J'en ai qui vont venir donc peut-être ça va soulager un petit peu notre solitude et notre isolement. Mais bon ça va ... voilà, le temps est passé finalement.*

On sent toute la nostalgie et la tristesse dans le discours de Karima, avec beaucoup de résignation cependant puisque ces difficultés ne remettent pas en cause son départ. Elle ne réfute pas le terme migrant alors que ce qu'elle décrit est surtout lié à la distance par rapport à ses proches et pas tant à la différence culturelle vécue à son arrivée en France. Ce qui renvoie à l'idée d'un statut évolutif, lié à l'insertion dans la société française, comme en parle Bilal.

Bilal : Alors pendant un long moment, oui je me sentais migrant mais parce qu'on n'avait pas...les choses n'étaient pas claires par rapport à notre avenir, on était entre 2. Dès le moment où on a réussi justement à faire l'équivalence. Dès le moment où les choses, la perspective s'est éclaircie, progressivement je me sentais de plus en plus citoyen français, j'ai eu la nationalité et j'exerce mes droits de citoyen et je transmets à mes enfants aussi par rapport à mon parcours, et par rapport à la culture française certaines choses.

f. La double absence⁹

Enfin, deux psychiatres, deux femmes, expliquent se sentir migrantes des deux côtés et ne se sentent pas complètement à leur place à un endroit ou à un autre. Elles rejoignent ici Sayad, dans sa théorie de la double absence (1999).

Chaïma : C'est un peu drôle mais [rires] je me sens migrante dans les deux côtés. C'est qu'au final j'ai l'impression qu'en France j'ai plus de repères, de facilités de vie, c'est comme si j'ai toujours vécu mais euh ... malheureusement y a toujours une ou 2 personnes pour nous rappeler qu'on n'est pas d'ici. Migrante quand je vais en Algérie, ça fait 15 ans que je suis en France, je n'y vais pas souvent. La société a beaucoup changé et j'ai beaucoup de mal à trouver ma place là-bas. C'est-à-dire que quand on y va un moment ça va très bien. Après, rapidement il faut repartir.

On voit donc que, quelque soit leur vécu de la migration, ces psychiatres ne se reconnaissent pas dans le terme « migrant ». Ils utilisent des expressions différentes pour se définir, le terme de « migrant » ne leur permettant pas de se raconter de façon satisfaisante.

9 Du titre du livre d'Abdelmalek Sayad *La double absence*, 1999, Seuil, Paris.

II. VIOLENCE INSTITUTIONNELLE

1. Surcharge de travail et solitude dans les services

Embauchés dans des structures en déficit de médecins, les enquêtés ne sont pas toujours supervisés par des médecins plus chevronnés, bien que leur statut implique cette supervision.

a. En postes sans avoir la formation nécessaire

Ils sont contraints de gérer seuls des services sans avoir pu recevoir la formation nécessaire. Cinq de ces huit psychiatres racontent avoir dû gérer seuls des services de médecine et à prendre des responsabilités ne leur incombant pas, notamment la rédaction de certificat médicaux d'hospitalisation sous contrainte¹⁰.

***Amine** : On a tenu les urgences avec bon ...les insuffisances. [...]. Je me retrouvais seul à galérer aux urgences du coup fallait demander aux urgentistes de signer alors qu'ils n'ont pas vu le patient... c'est quand même terrible... Y a des urgentistes ... ils comprennent, ils veulent vous faire confiance, ils vont signer ou contre-signer mais ... c'est pas toujours le cas et ... j'ai failli faire un AVC.*

Comme Amine, deux autres psychiatres rapportent des conséquences physiques du stress engendré par leur situation professionnelle. En effet, ces psychiatres se retrouvent dans des situations difficiles pour lesquels ils n'ont parfois pas été formés et qu'ils doivent gérer seul. Ils ne sont pas reconnus comme médecins mais on attend d'eux un travail de médecin à la limite de la légalité.

10 Nécessitant la signature d'un psychiatre thésé, inscrit à l'Ordre des médecins.

b. Corvéables

Ce refus de reconnaître le statut est en opposition avec le travail effectué par ces médecins puisqu'ils réalisent le même travail que leurs collègues, voire plus parfois. Ils sont affectés dans des services désertés par les médecins français où ils doivent effectuer un travail de spécialité pour lequel ils sont en cours de spécialisation. Malgré cela, leur grille de salaire est bien moindre que celle de leurs homologues français.

***Messaoud** : ils sont comme vous le savez, dans la journée, 28 % de praticiens étrangers et puis à 18h30 ils sont 60 % et quelques. Voilà parce qu'il faut qu'ils gagnent leur vie, ils sont étranglés...*

Messaoud met ici en lumière la nécessité pour ces médecins sous-payés avant d'être reconnus, de faire des gardes afin d'avoir de quoi vivre en France. Messaoud montre ici à quel point ces médecins assurent les permanences médicales de nuit, peu prisées de leurs collègues français.

c. Solitude dans les services

Les médecins algériens qui ne sont pas encore spécialisés à leur arrivée en France ont des statuts de médecins en formation, donc sous la responsabilité pédagogique d'un médecin senior, ce qui n'est que rarement le cas en pratique.

Leur solitude dans les services est parfois telle que Ouarda explique que ce sont les représentants des laboratoires pharmaceutiques qui l'ont le plus aidée, qui lui ont expliqué les médicaments, leur fonctionnement.

***Ouarda** : Mais ce qui m'a beaucoup aidée c'est les représentants de labos. Parce qu'ils venaient et ils m'expliquaient c'est quoi le Seroplex, comment fonctionne le Seroplex, quand est-ce que tu donnes ci ou ça, les psychoses...*

Ceci apparaît comme le signe d'une défaillance institutionnelle dans la formation des médecins, dans l'accueil qui leur est réservé et confirme le fait qu'ils doivent se débrouiller

seul pour exercer une spécialité qu'ils ne connaissent pas, au point que leur seul allié puisse être l'industrie pharmaceutique.

2. Un mépris de leur diplôme

a. Une recherche de reconnaissance

Il est intéressant de constater que, comme vu précédemment, sept psychiatres viennent pour des conditions de vie meilleures. Bilal explique même qu'une des raisons de son départ est que l'Algérie ne reconnaît pas ses médecins, ne les estime pas suffisamment et donc que leur diplôme n'est pas reconnu à sa juste valeur. Et, nous avons vu précédemment l'importance du diplôme en Algérie et ce qu'il représente dans le choix des études de médecine. Or, c'est précisément la non-reconnaissance de ce diplôme à laquelle sont confrontés les psychiatres algériens venant exercer en France. C'est alors une désillusion médicale à laquelle doivent faire face ces médecins.

***Bilal** : Il y a quelque chose sur le médecin étranger en général, le médecin à diplôme étranger. Il vient chercher ici la considération, le respect. Et ça vous allez le trouver chez beaucoup de médecins qui viennent en France. Là je parle avec des collègues internes tunisiens. Ils me disent que ce qui les a fait venir ici c'est vraiment le manque de considération dans la société et par les autorités du médecin. On considère très peu le médecin. On manque de considération. [...] Enfin ... le parcours n'est pas évident alors y'avait beaucoup d'hésitation. Donc c'est beaucoup d'incertitude, beaucoup d'indécision par rapport à ça...*

Othmane, lui, est déjà psychiatre quand il arrive en France pour faire un DU. Il s'inscrit donc dans un cursus universitaire au CHU dont il est issu en Algérie.

***Othmane** : Je suis venu j'étais déjà psychiatre, j'avais exercé pendant un an en tant qu'assistant au CHU puis je suis venu faire un DU de thérapie cognitive et comportemental.*

Malgré ces qualifications, Othmane mettra plusieurs années à faire reconnaître son diplôme.

b. Une spécialité par non-choix

Ouarda, elle, mettra une trentaine d'années à être reconnue comme médecin en France, après une spécialisation en rhumatologie, puis un poste de FFI dans un service de chirurgie. C'est finalement comme psychiatre qu'elle arrivera à faire reconnaître son diplôme, au moment où sa fille aînée, née quelques années après son arrivée en France, entre elle-même en première année de médecine.

***Ouarda** : Par le biais de la PAE, j'ai été inscrite à l'Ordre des médecins. D'ailleurs quand je suis allée à l'Ordre des médecins, il y avait une cérémonie pour faire les inscriptions. Parce que je n'étais pas reconnue comme médecin généraliste ! La première chose que j'ai dite c'est « je vais vous présenter le parcours d'un combattant ». J'ai commencé à leur dire « je viens ici avec ma fille qui rentre en première année de médecine »... [pleurs]. Ma fille qui passait son concours de première année et qui l'a eu, pendant que moi j'étais reconnue comme médecin en France. Et ça, à 56 ans ! [Ouarda est arrivée et a commencé son parcours en France à l'âge de 27 ans].*

On voit toute la violence de la situation de Ouarda, qui a mis trente ans à faire reconnaître son diplôme alors qu'elle avait de nombreuses qualifications.

Ouarda explique qu'elle a dû prêter le serment d'Hippocrate à l'Ordre des médecins, au moment de la reconnaissance de son diplôme. Cela n'avait plus de sens pour elle puisque la majeure partie de sa carrière médicale était derrière elle. C'est donc une perte de sens et une impossibilité d'intégration à la communauté médicale auxquels ont dû faire face nombre de ces psychiatres à qui on n'accorde pas la plénitude de l'exercice alors qu'ils sont contraints de la prendre dans les faits.

c. Les anciens : de l'indigénat à la non-reconnaissance du diplôme

Pour ceux nés à l'époque où l'Algérie était française, la scolarité était liée à leur statut d'indigène et ils ne pouvaient pas prétendre à n'importe quelles études. Les indigènes et les français de la métropole n'avaient pas les mêmes droits. Etudier en France leur a permis de quitter ce statut et la violence inhérente à celui-ci.

Messaoud, âgé de soixante-et-onze ans, nous explique qu'étudier en France lui a permis de se sentir considéré comme n'importe quel autre élève, tandis qu'en Algérie, étant considéré comme indigène, il ne pouvait pas prétendre à la même reconnaissance que les autres.

***Messaoud** : Je vais vous raconter deux anecdotes. Pour rentrer au lycée, il fallait passer le concours d'entrée en sixième, sauf les trois premiers de CM2. J'avais à cette époque-là deux ans d'avance. J'étais donc dispensé... Mais non car c'était « sauf les indigènes ». Donc, j'ai été obligé de passer l'examen d'entrée en sixième. Bien sûr que je l'ai eu ! Vous savez qu'à cette époque-là on était Français d'origine indigène, on n'avait pas le même statut. Lorsqu'à la fin de l'année, autrefois y avait l'estrade, on remettait les prix. Et les meilleurs on leur donnait des livres ... sauf l'indigène. Il fallait que je sois en bas de l'estrade. Lorsque je suis venu en France, tout a été changé, l'indigénat n'existait plus, n'existait pas en France. On m'a toujours considéré au lycée comme ... Y avait pas de racisme. Même les pieds noirs qui avaient fui et les Juifs qui avaient fui l'Algérie, on se trouvait très bien entre nous, comme d'ailleurs jusqu'à maintenant... sauf quelques-uns. Donc c'est quand je suis arrivé en France que je n'ai plus eu cette étiquette d'étranger ou de ... j'étais français. Et quand je suis venu faire psychiatrie, c'est pareil, on ne m'a jamais dit : « Tu es un étranger. Un algérien » Tous mes collègues, mes confrères.*

L'expérience de Messaoud est propre à sa génération, car malgré les difficultés à faire reconnaître son diplôme par la suite et le déclassement qu'il connaîtra par rapport à ses collègues médecins de nationalité française, avec, d'une certaine façon un indigénat qui ne dit pas son nom, il garde en mémoire les souvenirs d'un mépris bien plus grand à l'époque de l'Algérie coloniale. Cela confirme ce que dit Aïssa Kadri, sociologue, sur le fait que c'est tardivement, et plus en métropole que dans la colonie, que l'enseignement supérieur s'ouvre aux Algériens. Jusque dans les années cinquante, on retrouvait un enseignement supérieur spécifique aux « français musulmans », qui était en marge du système universitaire « classique », réservé aux français de la métropole. Ces filières destinées à une société dominée se trouvaient donc subordonnées à celles réservées aux Européens (Kadri in Geisser ; 2000).

Les plus anciens ont donc fait tout ou partie de leurs études médicales en France et sont retournés exercer en Algérie. Ils reviennent au début de la décennie noire, car directement menacés dans leur pays. A cette époque, dans les années quatre-vingt-dix il n'y avait en France aucune possibilité de faire valoir son diplôme si on était étranger. Et plus, avoir un diplôme français mais une nationalité étrangère entraîne la considération du diplôme comme étranger. C'est le cas de Mounir qui, ayant

refusé de demander la nationalité française, a dû attendre neuf ans que le Conseil de l'Ordre des médecins le reconnaisse comme psychiatre alors même qu'il avait réalisé ses études de médecine et son internat de psychiatrie en France.

Mounir : *Ah on était considéré comme médecin à diplôme étranger oui. C'était l'aberration totale. On était qualifié de médecins à diplôme étranger. Bon, c'est pas une insulte hein mais ça veut dire aussi, toutes les contraintes... voilà. Donc j'ai travaillé comme assistant à titre étranger, ensuite comme attaché pendant des années.*

Messaoud, qui a expliqué en quoi venir en France lui a permis de sortir de son statut d'indigène déchante lorsqu'il revient exercer la psychiatrie en France après avoir été menacé en Algérie. Il est alors rattrapé par son statut d'indigène.

Messaoud : *On repart à la galère ! On galère ! Parce que en revenant ici, en France, je me retrouvais dans un statut d'associé... C'est-à-dire que mes copains, avec qui j'étais interne, étaient chefs de clinique, et puis les années passant étaient chefs de service. Et c'étaient des drôles de situations ! Parce qu'il y avait peu de psychiatres qui étaient venus. On était peu nombreux au début. Donc vous voyez un peu la gêne. On était ensemble, lui il est chef de service et moi je suis assistant-associé, comme un interne !*

Ces psychiatres plus âgés ont donc été confrontés de différentes façons au racisme institutionnel¹¹, que l'on observe de façon assez explicite à travers ces extraits d'entretiens. Ceci est d'autant plus violent pour Messaoud que la France avait, de prime abord, représenté l'accès à un statut équivalent aux autres étudiants.

¹¹ Forme de fonctionnement des institutions qui provoque des inégalités ou une exclusion de certaines populations dans des secteurs importants de la société. Ce fonctionnement n'est pas forcément fondé sur une conviction raciste des professionnels, il peut parfois même être maintenu avec des bonnes intentions. Il peut être la conséquence des mesures spécifiques d'intervention qui se transforment en pratiques d'exclusion (Sturm in Moro et al ; 2006)

3. Subordination aux chefs de service

Leur position dans l'hôpital est également particulière car leurs contrats courts dépendent du chef de service, ce qui n'est pas le cas des praticiens hospitaliers. La crainte de ne pas voir leurs contrats se renouveler les place dans une position de subordination vis-à-vis de ce chef de service. Cela peut les mettre dans une situation où leur pratique ne leur convient pas mais ils veulent éviter toute prise de position qui serait désapprouvée par le chef de service.

Ouarda : [...] *On était trois à faire le somatique. Donc on se partageait le travail. Donc moi j'ai commencé je faisais deux services à l'époque. Et il y a un médecin psychiatre qui se barre. Donc l'autre psychiatre se retrouve seul. Donc le chef de pôle, c'est pour ça que j'avais de la haine envers lui, m'a dit : « Tu sais Ouarda, tu fais le médecin généraliste et tu prends 5 patients du service, pour soulager le psychiatre » [Ouarda était médecin généraliste à l'époque, n'avait pas encore fait la formation de psychiatre]. Alors qu'est-ce que tu veux que je dise ? Pour avoir un contrat, et retrouver un contrat, j'obéis ..*

Ils sont d'autant plus dans une position de subordination que c'est de ces contrats précaires que dépend le renouvellement de leur carte de séjour. Certains médecins, le mari de Ouarda notamment, comme nous l'avons vu plus haut a pu rencontrer un chef de service qui d'une part s'est intéressé et a compris les enjeux liés au contrat de travail des médecins étrangers et d'autre part s'est montré sensible à leurs difficultés et les a soutenus. Tous les psychiatres n'ont pas eu cette chance. On le voit ici avec Ahmed.

Ahmed : *Donc ce qu'il s'est passé, c'est qu'au bout de quatre mois je devais fournir une attestation à la préfecture donc je suis allée voir la direction et, vous allez être surprise, ils m'ont dit : « Mais quelle attestation de travail ? ». Donc je leur ai dit que je travaillais depuis quatre mois aux urgences et liaison et que j'étais même sur deux hôpitaux. Vous savez ce qu'on m'a répondu ? Elle m'a dit : « Mais vous n'êtes pas chez nous ». Mais alors je suis où ? « Non l'administration c'est bien ici mais je ne trouve pas votre nom ». Le jour même je suis allé voir le chef de service [rires] ... Comme par hasard il m'a dit : « Viens, on va manger quelque chose, on va discuter ». Et il m'a dit : « Voilà, moi j'avais besoin de quelqu'un, il fallait ceci cela ... ».*

Certains chefs de service s'en sont tenus strictement à ce qui était attendu d'eux par l'institution, appuyant ainsi la politique discriminatoire menée à l'encontre des médecins étrangers. Ainsi, Ahmed a commencé par se former à la pédiatrie à une époque où il n'y avait pas de reconnaissance des formations réalisées par les médecins étrangers. Son chef de service a été absolument dans ce sens en appuyant sur le fait qu'il devrait rentrer chez lui après sa formation.

***Ahmed** : Le Professeur X était quelqu'un de très dur ... Voilà. Peut-être que si vous rencontrez des pédiatres un jour ils vous diront. Et c'est quelqu'un qui était vraiment dans un fonctionnement où ils nous disaient : « Vous êtes là pour repartir chez vous. Vous faites votre spécialité et vous repartez chez vous. » Et il faisait des pieds et des mains pour qu'on rentre. Nous le problème posé c'est qu'il y avait la guerre en Algérie. Ce que j'ai fait c'est que j'ai passé quelques examens en parallèle. [...]. Parce que je savais qu'avec la pédiatrie je n'avais pas le droit de rester.*

On constate donc que la politique discriminatoire de la France a pu trouver son application auprès de certains chefs de service et professeurs.

La situation laisse largement la place au hasard des rencontres, plus ou moins heureuses. Et ceux-ci laissent des traces dans le ressenti que ces médecins ont de l'accueil qu'ils ont eu en France.

4. Des « variables d'ajustement »

a. Lucidité quant à leur position

Ces psychiatres portent un regard très affûté sur l'intérêt qu'ils représentent pour le fonctionnement de l'institution hospitalière, à savoir une main d'œuvre à moindre coût par rapport à des médecins Français, la précarité du statut permettant à l'institution hospitalière d'en disposer à sa guise.

***Bilal** : Pour les autorités on ouvre la porte, on ferme, on rouvre. Mais là c'est plutôt au niveau politique nationale, c'est la politique nationale où on ouvre, on ferme ...la politique migratoire [...] Alors j'exerçais la psychiatrie ici. Il y avait des manques réels. Mais on n'avait pas la reconnaissance et donc j'ai failli faire mon aventure en Suisse. C'est à la dernière minute, je crois*

fin 2012, la loi a changé et donc ils ont accepté de nous faciliter un peu l'équivalence donc je suis resté mais je serai parti hein, je ne pouvais pas rester dans cette incertitude longtemps.

Bilal est bien conscient que son parcours individuel est lié à la politique migratoire française, notamment celle qui concerne la migration médicale. Comme nous avons pu le voir dans la partie bibliographie, le nombre de médecins régularisés sur le territoire français est en lien avec les variations du *numerus clausus*. Ces psychiatres n'ont donc pas de certitudes sur lesquels s'appuyer.

b. Indispensables à l'institution

Les études menées sur les médecins étrangers et les témoignages de ces psychiatres montrent à quel point ils sont indispensables au fonctionnement de l'hôpital en France. Ils sont d'ailleurs très conscients du rôle qu'ils jouent et peuvent même avoir un rôle décisif dans le maintien du fonctionnement de certains hôpitaux. On le voit avec l'exemple d'Ahmed, qui est resté travailler dans une petite ville en milieu rural car sans lui le service aurait fermé :

***Ahmed** : Et ils viennent me voir pour me dire : « Est-ce que vous voulez bien rester avec nous ? ». Et je leur dis que moi je suis là juste en remplacement et ils m'ont dit : « Oui mais ce serait bien que vous restiez etc. ». Et ils m'ont expliqué que la DDASS leur a dit qu'ils allaient fermer ce service. Que si ils trouvaient un praticien, on ne fermait pas le service. Alors il y avait quatre-vingts personnes qui devaient partir. Je veux dire quatre-vingt personnes, si jamais ils ne trouvent pas de médecin, les quatre-vingts infirmiers qui ont fait leur vie là-bas, ils doivent partir ailleurs, travailler ailleurs. Quand on m'a proposé ça je leur ai dit : « Non je ne peux pas ». Je voyais des infirmières venir pleurer. Certains me disaient qu'ils allaient vendre moitié prix leur maison... et finalement, le lendemain je leur ai dit ok.*

On réalise à travers le témoignage de Ahmed à quel point il a été un élément déterminant dans le maintien d'un service de psychiatrie de secteur, là où aucun psychiatre français ne venait travailler. Mokhtar, qui travaille également dans une petite ville d'un département rural, particulièrement peu doté au niveau médical va également dans ce sens.

***Mokhtar** : Je reçois des internes mais personne ne vient faire carrière. Ce département est assez déserté. Donc il n'y a que les médecins étrangers, d'origine étrangère, et*

particulièrement Algériens. Grâce à eux on a pu maintenir ouverts les services, on a mis en place un service de garde. On a développé ... Et je suis loin d'être un exemple isolé. Le tiers peut-être des hôpitaux psychiatriques fonctionne grâce à cet apport-là. Nous apportons un véritable travail. L'apport des psychiatres maghrébins, les autres sont beaucoup moins nombreux, c'est essentiellement Algériens. L'apport justement dans le maintien de l'activité dans des zones comme ça très ... Ça par contre je pense que c'est un vrai travail, qui mérite au moins de la reconnaissance de ce qui a été fait.

Mokhtar est très lucide sur la place des psychiatres étrangers dans le fonctionnement de l'hôpital. Il ressort là encore ce sentiment du manque de reconnaissance, de travailler dans l'ombre.

Cela est encore confirmé par Amine :

***Amine** : Sinon c'est vrai que les hôpitaux psychiatriques en France vraiment c'est .. déjà en clinique on est que des étrangers, pour trouver un psychiatre français c'est rare ... y je dirai 70 % et encore, et encore, y a des hôpitaux qui sont complètement dans un besoin ... ils font fonctionner le CMP avec des internes.*

5. Une mise en doute d'eux-mêmes

a. La commission de la PAE

La trajectoire professionnelle de ces psychiatres est marquée par une remise en cause permanente de leur légitimité, à la fois sur le territoire français et dans leur profession.

D'autre part, la commission de la PAE, évoquée dans la partie bibliographique, est une instance opaque ayant un pouvoir de valider ou non l'autorisation de l'exercice sans justifications précises et ce malgré la réussite au concours de la PAE. Un médecin peut donc réussir le concours et se voir refuser la validation de la PAE par cette commission. Il s'agit d'une évaluation de leur dossier pour laquelle on ne retrouve pas de critères de validation précis.

La commission de la PAE interroge sur une violence symbolique dans la mise en doute de leur valeur y compris quand ils sont passés par la procédure qui est attendu d'eux. Cette commission est exemplaire de cette mise en doute.

***Chaïma** : [...] Alors si vous voulez rire c'est qu'avec le temps je n'ai toujours pas passé ma PAE. Je ne sais pas ... chaque fois je m'inscris, chaque fois je me dis que je ne serai pas à la hauteur et que ça ne sert à rien d'y aller.... On n'a que trois chances de passer la PAE. Et je ne sais pas pourquoi je fais un blocage là-dessus, chaque année je me dis que je vais juste gaspiller une chance ... Et c'est vrai que je trouve que c'est une procédure absurde.*

On voit à travers cet extrait d'entretien à quel point la PAE peut constituer une mise en doute d'elle-même pour Chaïma alors même qu'elle réalise bien que la PAE n'est pas représentative de sa valeur en tant que psychiatre. Elle porte un regard lucide sur les compétences des médecins étrangers multipliant les formations et pense que le DU de psychiatrie générale qu'elle a réalisé est bien plus exigeant que l'internat de psychiatrie classique.

b. Inégalité de traitement

Cette injustice de traitement entre médecins français et étrangers, Chaïma l'a observée au travail, tout comme Bilal.

Chaïma : *On doit montrer plus nos compétences que les autres [...] J'ai eu sur mon parcours des internes français qui ... ils ne voulaient rien faire en quelque sorte. Et, je veux dire, ils ne sont pas pour autant montrer du doigt comme un FFI ou un praticien algérien qui ne veut pas faire grand-chose. C'est-à-dire que l'interne c'est toléré.*

Bilal : *Maintenant oui y'a malgré tout, je crois que dans l'esprit de certains il y a deux catégories de médecins. Le médecin à diplôme français et le médecin à diplôme étranger.*

Mokhtar a lui la sensation que cette procédure est une forme de passage obligatoire, humiliant, rabaissant, afin de pouvoir être intégré par la suite, en somme, un « bizutage » que devraient subir les médecins étrangers avant d'être intégrés au sein de l'institution hospitalière française.

Mokhtar : *Je pense qu'il y a un processus ... Je vais vous paraître un peu amer, y a un processus qui fait que pratiquement on est obligé de passer par une phase d'humiliation avant d'être intégré. Ça on l'a vécu hein. C'est du ressenti très fort. Vous voyez des gens arriver, de jeunes internes ... pour lesquels vous avez participé à leur formation. Et vous les voyez rapidement devenir chef de clinique, PH, alors que vous vous êtes toujours praticien attaché. Ça, ça fait mal.*

On constate avec ces témoignages que, plus qu'un « bizutage », il s'agit bien d'une politique discriminatoire de l'institution hospitalière qu'ont vécu ces psychiatres.

6. La multiplication des Diplômes Universitaires

La multiplication des DU est un phénomène que l'on retrouve chez cinq psychiatres. Ces inscriptions en DU sont justifiées par ces médecins de différentes manières.

C'est cette mise en doute qui conduit à une multiplication des formations et DU chez certains, qui ressentent la nécessité de se perfectionner en permanence, de n'être pas assez compétent. Le cas de Chaïma est assez parlant puisque, arrivée en France en 2005, elle a particulièrement accumulé les DU ... mais est toujours PAA car reste dans la crainte de ne pas réussir le concours de la PAE.

***Chaïma** : J'ai jamais rompu avec mon cursus médical, j'ai toujours fait des DU. [...] Donc j'ai fait la capacité de gériatrie. J'ai commencé par le DU de psychiatrie générale, après j'ai fait la pharmacopsy à Saint-Antoine. Après la pharmaco, j'ai fait le DU des urgences psychiatriques. Après j'ai fait la pédopsy à la fondation Vallée. Et j'ai fait le DU... l'année dernière j'ai fait deux DU, le DU RTMS/sismothérapie, parallèlement avec le DU de TCA. Et cette année je fais le DU d'autisme. J'en ai rencontré certains sur mon parcours, qui pour eux, le fait qu'on a pas passé comme vous les ECN et tout, c'est comme si on est un peu moins méritant, un peu moins compétent. Parce que quand on leur dit qu'on a fait des DU... Je peux vous dire que quand on fait le DU de trois ans, c'est encore plus sévère que l'internat de psychiatrie. Parce qu'on a l'examen oral et écrit chaque année. Et puis le nombre de mémoires qu'il faut écrire à chaque DU ... je veux dire avec le temps ... c'est comme si on a fait une thèse.*

De plus, l'inscription au DU donne accès à une carte étudiante et donc à un titre de séjour, ce qui permet de justifier ou de prolonger leur autorisation de rester sur le territoire français.

***Salah** : Il a fait cette formation de DU, pour avoir les papiers lui aussi. On était dans la mouise avec ce ... tous les trois mois il fallait revenir à la préfecture de police pour demander un renouvellement. Tu avais une secrétaire qui te traitait ... mais c'est terrible comment ... oui c'est bizarre qu'on oublie mais c'est abominable.*

Ensuite, ces médecins multiplient les formations complémentaires afin de justifier des compétences les plus larges possibles afin de ne pas être invalidé par la commission de la PAE. Cinq d'entre eux

ont fait plusieurs DU depuis leur arrivé en France, dans un premier temps pour obtenir un titre de séjour et ensuite pour se préparer à la PAE. C'est le cas par exemple de Rachid.

Rachid : *Quand tu as passé ta PAE tu es obligé de passer trois ans de validation d'un stage dans un service référent validant. Et avec ces trois années tu passes encore devant une commission. Une commission qui peut te dire : « Ah tu n'as pas fait ce stage-là, tu refais encore un stage ». J'ai eu peur que je n'avais pas la pédopsy, je l'ai fait, heureusement, il y avait mon référent dans un stage de psychiatrie de l'adolescent c'est pour ça que ça passait.*

Rachid explique bien que, non seulement il faut valider le concours de la PAE mais il faut aussi trouver un service référent pour les trois années de stage. Or, ce service référent n'a pas forcément les qualifications dans toutes les formations transversales, comme la psychiatre du sujet âgé ou de l'enfant et de l'adolescent. Or, il leur est difficile de changer de poste puisque, on l'a vu les contrats sont précaires et l'institution a besoin d'eux pour faire tourner les services dans lesquels ils se trouvent.

7. Le déclassement social

A travers ces entretiens, on comprend que ces médecins, venus en France à la recherche de meilleures conditions de vie et une reconnaissance professionnelle, ont vécu un véritable déclassement social. Ceci a également été observé par Myriam Hachimi Alaoui, sociologue ayant travaillé sur l'immigration algérienne. Selon elle, les expériences de déclassement social ne sont pas vécues de la même façon par tous les exilés. Si certains se sentent disqualifiés, d'autres traduisent ces expériences de déclassement différemment, comme une étape inhérente au parcours de l'immigrant (Alaoui, 2006).

Pour certains, il a été difficile de se trouver déclassés en arrivant en France après avoir été médecins en Algérie, donc en haut de la hiérarchie hospitalière. On retrouve cela chez Chaïma.

Chaïma : *Ah oui c'est sûr, je suis partie d'un poste de prestige et je me suis retrouvée en maison de retraite à laver le pipi-caca pour payer mon loyer... c'était la dégringolade. Après je ... peut-être je regrette certains aspects ... c'est que je regrette d'avoir perdu beaucoup de temps en poste d'infirmière, même si j'avais mes raisons économiques [...]*

Chaïma emploie même le mot dégringolade pour qualifier le travail qu'elle a dû faire au vu de ses compétences. On retrouve une certaine lassitude à devoir refaire ses preuves.

C'est également à l'image que le pays d'accueil a d'eux, à laquelle sont confrontés ces médecins. Ils font face au peu de valeur accordée à leurs diplômes par l'institution française, ce qui est symbolique du regard qu'elle peut porter sur eux. On comprend par-là cette mise en doute d'eux-mêmes évoquée plus haut. Ce regard est aussi celui que l'on porte sur l'étranger et, comme nous allons le voir, nombre d'entre eux ne se sentent pas étranger et n'acceptent pas qu'on leur renvoie cette image.

Chez les psychiatres arrivés plus récemment, on trouve un vécu de ce déclassement plutôt comme une étape inhérente au parcours de l'immigrant, avec un déclassement social qui n'altère pas l'estime de soi (Alaoui, 2006).

8. Vers une critique de l'institution hospitalière

Certains psychiatres font une critique de l'institution hospitalière française et des difficultés qu'ils ont eu à faire reconnaître leur diplôme. Il apparaît que, plus ils ont exercé en France depuis longtemps et ont validé leur équivalence, plus ils s'autorisent cette critique. Ramah et Karima, présentes en France depuis à peine deux ans, ne font aucune critique du parcours qui est attendu d'elles pour avoir une équivalence. Les plus jeunes sont très descriptifs quand ils évoquent les procédures de reconnaissance de diplôme, sans émettre d'opinions quant à celles-ci.

Ce sont bien les plus âgés qui osent émettre une critique sur la politique d'intégration des médecins étrangers. Un sentiment d'amertume se dégage parfois dans l'échange sur cette non-reconnaissance du diplôme, comme ici avec Mokhtar.

***Mokhtar** : Mais si je dois exprimer un sentiment global, c'est celui d'un immense gâchis. Voilà. Je pense que la France a eu beaucoup de ratages dans l'intégration des médecins dits à diplôme étranger. Parce qu'elle les a traités en masse, de manière très générale, c'est-à-dire*

que tout le monde a été mis dans le même sac. Tout le monde devait passer par les mêmes procédures, parfois même humiliantes. Alors que c'est des situations qui devaient être traitées au cas par cas. Mais là on va déjà dans un débat très politique Il y a eu beaucoup d'incompétences dans ce dossier. Ce qui est très différent de la tradition anglo-saxonne, où les choses sont beaucoup plus claires. A partir du moment où on considère que cette personne a les compétences, elle est tout de suite mise au travail.

C'est tout le regret qu'on perçoit à travers cet extrait d'entretien. Mokhtar m'évoquera que, si c'était à refaire, il n'aurait pas choisi la France. On peut aussi voir cette critique comme une volonté d'amélioration de l'institution.

Chez les plus âgés, ayant passé de nombreuses années en France, on retrouve ce sentiment d'amertume quant à la non-reconnaissance de leur diplôme. Ceci est d'autant plus incompréhensible pour les anciens qu'ils ont fait tout ou partie de leur formation en France, comme Mounir et Mahmoud. Et, comme vu précédemment, les plus anciens n'avaient pas pour projet de rester s'installer en France. Ils font donc face à deux difficultés, d'une part celle de ne pas pouvoir retourner dans leur pays, en pleine guerre civile, et d'autre part, la non-reconnaissance de leur diplôme en France. Ce sont ces mêmes psychiatres plus âgés qui m'évoquent les systèmes anglo-saxons, meilleurs selon eux, car fonctionnant plus au mérite et pas sur le pays d'origine des individus, comme le dit Mokhtar

9. Toujours des étrangers

Après une trentaine d'années d'exercice en France et finalement la reconnaissance de son diplôme, Ouarda livre à travers son témoignage avoir l'impression que ces médecins venus d'ailleurs resteront toujours des étrangers.

Ouarda : *Il y avait une interne qui était arrivée. Et mon mari avait le droit de rentrer un jour par semaine au bloc [exerçait dans le service depuis une trentaine d'années] On lui a dit : «Elle a envie de faire plus tard la chirurgie, elle a envie d'opérer... ». Donc ils ont donné le jour de bloc à cette fille. Et, du jour au lendemain, ils lui ont enlevé, ils l'ont mis aux consultations des personnes âgées ! Il est arrivé, il a pleuré à la maison, je n'ai jamais vu mon mari pleurer... Et il m'a dit : « Même si tu passes le concours, tu resteras toujours étrangère ». Et il m'avait dit : « Tu sais, ça m'a beaucoup vexé aujourd'hui. Ils auraient dû trouver un compromis et me dire « est-ce que exceptionnellement tu peux ? ». Parce que tu sais à l'hôpital, ce n'est pas facile d'avoir des journées du bloc. Mais il me dit : « J'arrive et sur le planning, je ne suis plus de bloc, ils l'ont mise à ma place sans me demander mon accord ». Vu qu'il avait un diplôme étranger, l'hôpital ne savait pas qu'il avait le droit de s'installer [en libéral].*

On voit ici toute la douleur liée au manque de considération que ressent le mari de Ouarda qui, après avoir travaillé trente ans au sein du même service, est toujours considéré différemment de ses collègues. On voit dans ce témoignage que l'hôpital tire profit de ces situations puisque Ouarda relate que personne ne pensait qu'un médecin d'origine étrangère pouvait partir exercer en libéral, et qu'il resterait donc acquis à l'hôpital malgré que sa journée de bloc lui soit retirée.

10. Une ténacité face à l'institution

Malgré les expériences éprouvantes que la rigidité et l'ambivalence de l'institution leur font vivre, ces psychiatres arrivent malgré tout à dépasser brillamment ces obstacles, à trouver les moyens de vivre, à fonder une famille. Tous ces médecins se battent pendant plusieurs années pour faire

reconnaître leur diplôme et, à travers lui, leur valeur. Ils vivent les premières années de leur arrivée en France dans une grande précarité, ils tiennent bon jusqu'à ce qu'on leur accorde cette reconnaissance.

***Mokhtar** : Les dix premières années, c'était précarité, grande précarité. Les quinze dernières années, c'était responsabilité, et là vraiment engagement total dans l'activité professionnelle. Donc en gros y'aurait deux grandes époques. Epoque très précaire, extrêmement difficile. Et une époque de réalisation mais qui malheureusement aurait été bien plus productive si elle avait commencé plus tôt. Dès qu'on atteint cinquante - cinquante-cinq ans, on commence un peu à ... à décliner hein.*

Mokhtar résume ici le parcours de la plupart des psychiatres interrogés lors de ce travail. Arrivés, vers l'âge de trente ans, ils ne sont pas reconnus médecins en France avant l'âge de quarante ans. On retrouve dans ce témoignage une vraie loyauté à l'institution malgré les difficultés affrontées. Le fait qu'ils disent que le temps perdu pour lui l'est aussi pour l'institution est une critique ayant pour but une amélioration de celle-ci.

11. De la violence structurelle

Tous ces éléments traduisant la violence institutionnelle à l'égard de ces psychiatres vont dans le sens de ce que Farmer nomme la violence structurelle (Farmer, 2006). Le terme de violence structurelle, a tout d'abord été employé par Galtung (1969) pour décrire les structures sociales, politiques, économiques, religieuses ou culturelles qui empêche les individus d'atteindre leur plus haut potentiel. Paul Farmer, médecin et anthropologue, réutilise ce terme pour décrire les arrangements sociaux mettant les individus dans des situations blessantes. Ces arrangements sont structurels car ils sont intriqués avec l'organisation politique et économique du monde social. Ils sont responsables de la perpétuation des inégalités sociales. A quelques exceptions près, les cliniciens ne sont pas formés à comprendre ces forces sociales et encore moins pour les modifier.

On est donc effectivement ici dans une situation où une structure sociale empêche ces médecins de s'accomplir pleinement. Elle est intriquée avec la politique migratoire de la France, qui autorise les médecins étrangers en fonction du numerus clausus. Cela contribue à perpétuer des situations

d'inégalité qui, dans le cas de l'Algérie, renvoient à des périodes sombres de la colonisation avec le statut de l'indigénat, qui n'autorisait pas les « français musulmans » à accéder aux mêmes formations que les autres.

III. INFLUENCE DE LA CULTURE SUR LA PRATIQUE

1. La langue

a. Marqueur de la culture

Lorsqu'on questionne ces psychiatres sur l'influence de leur histoire culturelle, la première chose, et presque la seule, qu'ils expriment est en rapport avec l'emploi ou non des langues arabe et kabyle. De nombreuses études (Rezzoug et al, 2007 ; Moro, 2012) ont montré que la langue maternelle est porteuse de culture et de symboles et permet donc une transmission des implicites que l'on a du mal à dire dans une langue qui n'est pas sa langue maternelle. Pour la majorité d'entre eux, lorsque l'on évoque la place de leur culture dans leur pratique, elle se traduit dans une seule chose, c'est la langue.

b. Quelle utilisation en pratique

1.b.1. Le français avant tout

Onze psychiatres disent n'utiliser l'arabe ou le kabyle que si le patient ne comprend pas, ou très difficilement le français.

Dans les raisons évoquées pour justifier cela, on retrouve pour deux psychiatres une crainte que l'emploi de la langue maternelle du patient dans un contexte français n'entraîne une trop grande familiarité dans l'échange.

***Chaïma** : Avec les patients j'évite de parler dans d'autres langues parce que c'est aussi une façon de ... de familiarité j'ai l'impression, quand on est un petit peu dans sa langue maternelle...*

Nabila, elle, se dit beaucoup plus à l'aise en français dans l'exercice de la psychiatrie. C'est la langue qui lui vient spontanément.

Trois psychiatres, des hommes, disent explicitement, comme Salah : « *Je ne suis pas un psychiatre arabe qui écoute les Arabes* ». Bilal justifie également cela par le fait que, selon lui, si on n'encourage pas les immigrés à parler français, on va les maintenir dans leur isolement.

Une psychiatre explique que l'emploi du français prend sens dans un souci d'intégration de l'ensemble de l'équipe soignante à la prise en charge du patient.

***Ramah** : Après bien sûr que quand je suis en visite avec les autres, je tâche d'utiliser la langue que tout le monde comprend. Donc c'est plus par respect aux autres, je préfère parler avec une langue que tout le monde maîtrise. On serait quand même à pied d'égalité avec tous les autres.*

Deux psychiatres m'informeront qu'ils sont sur la liste des locuteurs arabes, donc dans un registre d'une langue facilitatrice d'échange, sans forcément évoquer un autre intérêt à l'utilisation de cette langue.

***Rachid** : On a dans chaque hôpital, je pense que tu l'as aussi, une liste de celui qui a une maîtrise des langues. Et on appelle si besoin. Et si tu es disponible pour les entretiens.*

1.b.2. La langue maternelle en première intention

Trois psychiatres, parmi les plus âgés, préfèrent parler en arabe au début de l'entretien et voir dans quelle langue répond le patient pour s'adapter. Ils peuvent également commencer en français mais changer rapidement pour l'arabe ou le kabyle de façon assez intuitive. L'un des trois dit sentir de façon implicite la langue à adopter.

Ce choix de l'emploi de la langue maternelle est expliqué par l'un d'entre eux par un souci de compréhension des implicites et des nuances transmis par la langue maternelle.

***Mounir** : Avec les patients maghrébins je préférais ; il me semblait plus efficace de parler en arabe parce que ... en fonction de l'appropriation de la langue (je parle du patient hein), il va exprimer plus ou moins bien ce qu'il ressent, les nuances etc. Donc je parlais plus en arabe car effectivement, je pouvais saisir les nuances ... il allait faire en arabe des références à autre chose que si ...*

1.b.3. Jamais la langue maternelle

Un psychiatre, Amine, qui ne parle que kabyle en plus du français, n'emploie jamais sa langue maternelle. Il explique ne jamais en avoir eu l'occasion car n'aurait pas eu de patients kabyles.

***Amine** : [...]Mais les kabyles, je n'en ai pas rencontré beaucoup ... je n'ai pas rencontré de patients kabyles en psychiatrie, en France.*

***Moi** : D'accord. Donc vous n'avez jamais eu l'occasion de parler avec un patient en kabyle, ou ça ne s'est pas produit ... ?*

***Amine** : Non... Non.*

c. Place du français en Algérie

Il est ici important de considérer la place de la langue française dans l'histoire franco-algérienne mais également dans l'Algérie d'aujourd'hui. Langue du colon initialement, le français est toujours utilisé dans certaines institutions algériennes. Ainsi, à la faculté de médecine, les cours sont dispensés en français. Comme nous l'avons vu précédemment, il est courant pour des parents de classes sociales favorisées de mettre leurs enfants dans des écoles privées pour qu'ils apprennent le français dès l'enfance même si l'arabe ou le kabyle restent les langues maternelles de tous les psychiatres interrogés. Dans un cursus classique, les élèves apprennent le français dès le secondaire. Cela signifie donc que tous les individus ne faisant pas d'études supérieures n'apprennent pas le français. La langue française est donc en Algérie, source de distinction entre les différentes classes sociales. J'ai ainsi pu observer lors de mon séjour à l'hôpital psychiatrique de Béjaïa que les patients issus de classes sociales défavorisées ne pouvaient pas réaliser un entretien en français et parlaient kabyle (ou arabe pour ceux issus d'autres régions d'Algérie).

d. Interprétations de l'utilisation de la langue française

1.d.1. La langue comme partie d'un processus de métissage

Ce choix de la langue est expliqué par les psychiatres par le contexte français. Il semble donc que l'emploi du français soit pour eux une façon d'investir la France et de s'y sentir intégrer. Ceci peut être mis en lien avec le fait qu'ils ne se sentent pas étrangers et ne souhaitent pas être considérés comme tel, comme nous l'avons vu au chapitre précédent. De plus, l'intégration « à la française » passe par la langue, ce qui n'est pas le cas pour d'autres pays.

1.d.2. Langue de la médecine

Il est important de noter que tous les psychiatres interrogés ont appris la médecine et la psychiatrie en français, que ce soit en Algérie ou en France, ce qui peut être mis en lien avec leur réticence à employer l'arabe en première intention pendant un entretien. Le français est donc pour eux la langue de la médecine. Il apparaît donc une forme d'affiliation avec cette langue dans laquelle ils ont appris la médecine. Elle est devenue pour eux la langue de la neutralité, la langue de leur culture médicale.

1.d.3. Les plus jeunes : la langue comme outil de communication

Cette résistance à être « un psychiatre arabe pour patient arabe », comme le dit Salah, nous permet de comprendre pourquoi ils s'en tiennent au registre de la langue facilitatrice d'échanges. Cinq psychiatres, parlent de la langue comme un outil de communication, faisant abstraction de ce que celle-ci peut porter de la culture. Ils acceptent donc d'aider à la compréhension de certains patients mais ne voient pas cela comme un avantage particulier. Ce sont surtout les psychiatres parmi les moins de cinquante-neuf ans qui ont cette vision de la langue. On peut y comprendre une volonté d'intégration passant par une mise à distance de la culture de leur pays d'origine et une crainte de la stigmatisation.

1.d.4. Les plus âgés : la langue véhicule de la culture

Au contraire, les plus anciens évoquent tous les implicites portés par la langue maternelle, en justifiant ainsi la nécessité de l'employer, comme nous l'explique Mounir.

Mounir : *Avec les patients maghrébins je préférais, et il me semblait plus efficace de parler en arabe parce queen fonction de l'appropriation de la langue (je parle du patient hein), il va exprimer plus ou moins bien ce qu'il ressent, les nuances etc. Donc je parlais plus en arabe parce que effectivement, je pouvais saisir les nuances ... il allait faire en arabe des références à autre chose que si ... moi je parle pas anglais, je baragouine un peu l'anglais mais je ne peux pas exprimer mes sentiments ... rien ne va ressortir, c'est juste utilitaire si vous voulez. Et c'est la même chose pour beaucoup d'émigrés de première génération [pour le français] [...] Souvent, bon eux voient mon prénom donc ils voient qui je suis hein ! Et puis moi spontanément aussi parce que je pense qu'ils peuvent plus transmettre leurs affects qu'en français. Après y a le choix, si il me répond en français je continue en français, si il me répond en arabe, je continue en arabe. Cela dit, spontanément, je vais lui parler en arabe.*

Mounir fait un parallèle intéressant sur l'usage du français de certains patients avec son propre usage de l'anglais, comme étant utilitaire mais ne lui donnant pas la possibilité d'en dire plus sur ses émotions, et n'ayant donc qu'un intérêt limité dans l'exercice de la psychiatrie. Il fait partie des rares psychiatres ayant cette position d'utiliser la langue maternelle des patients et la sienne en première intention. Mokhtar va également dans ce sens.

Mokhtar : *on commence en français puis dès qu'on voit que la personne ... on switch tout de suite, on passe à l'arabe. Non ça j'ai pas de problèmes particuliers...Je veux dire ce n'est plus un problème maintenant.*

Moi : *Ca l'a été à un moment ?*

Mokhtar : *Non ! Pour certains ça pouvait l'être ... mais maintenant je pense que plus personne ne voit ça comme un problème. Mais pour certains je pense qu'ils considéraient que dans ... des conditions de neutralité ou je ne sais pas trop, il était pratiquement obligatoire de s'exprimer en français, ce qui est ridicule.*

Mokhtar semble là parler de son propre parcours en France en évoquant les difficultés que certains pouvaient avoir à employer leur langue maternelle, mais il considère que ce n'est plus un problème maintenant. Cela parle aussi de son intégration en France et de sa vision de sa langue maternelle dans la société française. Mokhtar explique qu'il est complètement sorti des idées de neutralité concernant la langue alors que ses collègues plus jeunes expliquent justement que c'est par souci de neutralité qu'ils emploient le français.

L'usage de la langue française peut se comprendre ici comme témoin de leur aisance avec leur biculturalité. La langue fait alors partie d'un processus de métissage¹². Métissage qui aurait commencé bien plus tôt puisque, comme vu précédemment, la faculté de médecine en Algérie a un fonctionnement calqué sur la faculté de médecine française et, il s'agit d'une des rares facultés à ne pas avoir été arabisée. Le passage par la faculté de médecine et l'emploi du français les inscrits donc à la fois dans une classe sociale favorisée en Algérie mais semble également contribuer à leur désir de migration en France. Même si tous reconnaissent l'intérêt de parler plusieurs langues dans la prise en charge des patients, on voit que des processus plus complexes sont à l'œuvre puisque la grande majorité évite d'utiliser une autre langue que le français.

e. Langue du pouvoir

Dans la lignée de l'auteur kenyan Ngugi Wa Thiong'o, l'auteur sénégalais, Boubacar Boris Diop, a fait le choix d'écrire en wolof et pense que la suprématie des langues européennes liée à la colonisation aurait des conséquences concrètes sur la construction des individus mais également dans les rapports de pouvoir. Ces auteurs font la critique de l'éducation coloniale où, selon eux, la langue aurait servi d'outil de contrôle du colonisé. Le système colonial créait une fracture entre l'enfant colonisé ayant reçu une éducation via ce système et son environnement. Environnement qu'il se mettait à regarder en langue étrangère à travers le miroir de la langue et de la culture du colon, qui ne correspondait à rien de la vie de la communauté. Ainsi, pour Boubacar Boris Diop, le fait que les langues et cultures européennes soient aussi centrales dans les anciens pays colonisés est un symptôme, mais également un outil d'un ordre néocolonial porté par des bourgeoisies qui auraient pris la place du colonisateur. Il y aurait, selon Wa Thiongo, un clivage entre deux classes. D'une part, un peuple colonisé est exploité et administré dans une langue qui lui est étrangère. En le privant de mots, on le condamne au silence et à l'incompréhension face à la violence du système qui

12 Au sens développé par l'anthropologue François Laplantine (2008).

l'exploite. D'autre part, la bourgeoisie, pour laquelle langues et cultures européennes seraient les outils idéaux de collaboration avec les anciennes puissances coloniales afin de préserver leurs avantages et de maintenir le peuple loin des affaires politiques par le biais d'une éducation discriminante. Pour Ngugi Wa Thiong'o, cette classe-là est la juste réplique du pouvoir colonial (1987).

Le français reste une langue symbolique d'un certain pouvoir en Algérie, puisque c'est l'apanage des classes favorisées, pouvoir non plus d'un peuple sur un autre mais d'une classe sociale favorisée sur les autres.

On peut donc considérer d'une part que le fait de privilégier la langue française peut être un frein à l'entretien psychiatrique avec les patients maghrébins puisque, comme nous l'avons vu, la langue maternelle permet la transmission et la compréhension de tous les implicites d'une culture. Certains psychiatres l'ont d'ailleurs bien compris, même si ils ne l'utilisent qu'avec parcimonie.

Boubacar Boris Diop dit à propos de la langue avec laquelle il choisit d'écrire « La vraie question ne doit pas être ' Pour qui j'écris ? ' ou ' Combien de copies vais-je vendre ? ', mais ' Avec quels mots puis-je le mieux exprimer ce que je ressens au plus profond de moi-même ? ' » (Diop ; 2019).

***Salah** : [...]* Une mamie avec des difficultés, je sais qu'elle peut s'exprimer dix fois mieux en disant une petite phrase en arabe que je comprendrais plutôt que des paraphrases en français où elle essayera ... là oui.

f. Le butin de guerre

Une autre explication possible à cette utilisation de la langue française par les Algériens est résumée par la célèbre phrase de Kateb Yacine, prononcée lors d'une interview de 1966 « *le français est notre butin de guerre* ». Dans cette interview, le célèbre auteur algérien disait d'ailleurs au sujet de son utilisation du français que « *la Francophonie est une machine politique néocoloniale, qui ne fait que perpétuer notre aliénation, mais l'usage de la langue française ne signifie pas qu'on soit l'agent d'une puissance étrangère et j'écris en français pour dire aux Français que je ne suis pas Français* ». L'idée défendue là est que la langue française n'appartient plus aux Français, elle appartient aux peuples qu'ils ont forcés à la parler dans un premier temps et qui se la sont appropriée, au point d'en faire un outil de lutte. « *Une langue appartient à celui qui la viole, pas à*

celui qui la caresse », dit encore Kateb Yacine. Achille Mbembé (2018), théoricien du post-colonialisme, va dans ce sens en disant que ce n'est pas tant la langue française qui est en procès mais le dispositif institutionnel de la francophonie qu'il accuse d'avoir été élaboré pour servir des intérêts contraires à ceux de l'Afrique. Selon lui, dans le monde actuel, chaque grande langue est appelée à se dénationaliser. La France continue de penser et d'agir comme si elle avait la propriété d'une langue qui est d'avantage parlée hors de France. Achille Mbembé voit le français comme une langue au pluriel, qui, en essaimant hors de France, s'est enrichie et a pris de la distance avec ses origines. Il pense donc que pour ouvrir un futur à la langue française, il faut abandonner l'idée selon laquelle elle appartient à la France.

Cependant, dans ce contexte, il semble que l'utilisation faite par les psychiatres algériens de cette langue n'est pas un outil de revendication de son identité mais plutôt un outil utile à la migration et à l'intégration dans la société française. Les médecins faisant partie des classes favorisées, en France et en Algérie, il semble que leur emploi du français, ait été le marqueur d'une appartenance à une classe favorisée plus qu'un outil de revendication. Une exception est à faire pour les psychiatres plus âgés, nés sous le statut d'indigène, où la langue française était la seule enseignée à l'école. On peut dès lors ici comprendre la langue comme étant une trace au quotidien, de l'Histoire.

2. Les différentes appartenances culturelles dans la prise en charge

a. Des rapports différents à la culture

Deux psychiatres parlent d'une culture facilitatrice dans le lien avec les patients, la façon dont il l'évoque étant strictement utilitaire.

Huit psychiatres ne parlent que très peu de la façon dont leur histoire culturelle vient influencer leur pratique, ou disent qu'il n'y a pas d'influence. Or, il semble que ce soit justement dans cette mise à distance de leur culture d'origine que se trouve leur pratique. Leur culture les influence donc puisqu'ils construisent leur pratique avec une distance avec elle.

Sept psychiatres parlent, avec plus ou moins de précisions, de la place que leur culture peut avoir dans les entretiens, en en parlant comme d'un avantage. Parmi eux, six font partie du groupe des psychiatres plus âgés.

b. La culture algérienne comme légitimité

On retrouve à plusieurs reprises dans les entretiens la volonté d'être très neutre culturellement avec les patients maghrébins. S'ils peuvent utiliser leur connaissance de la culture algérienne dans leur échange avec les patients, deux psychiatres expliquent que cela leur donne plutôt une légitimité pour valider le modèle biomédical et encourager à la poursuite de la prise en charge médicale. On le retrouve dans cet extrait d'entretien avec Ahmed, abordant les croyances traditionnelles :

***Ahmed** : J'ai même mis à la porte plusieurs charlatans qui venaient les accompagner vous voyez. J'ai eu des cas où le patient arrive accompagné par un rakhi [guérisseur musulman]. Il me dit « je vous ramène ce patient parce que je pense que le djinn dans lequel il est, y a pas que les djinns ici y a aussi autre chose ». Donc je lui ai dit « le djinn ici c'est vous, donc vous sortez et vous me laissez*

avec le patient !». Et il s'est avéré que c'était un premier épisode psychotique. Tout simplement. Donc mise en place d'un traitement antipsychotique, le patient allait mieux.

On voit qu'Ahmed emploie même le terme de « spécialiste » pour qualifier son rôle. Il est ainsi doublement reconnu par la communauté maghrébine, comme psychiatre et comme Maghrébin, pour invalider une cause religieuse à des symptômes, là où un autre psychiatre n'aurait pas eu de légitimité, ni un maghrébin non médecin.

Rachid apporte une nuance à cela car, selon lui, même s'il considère que ce rôle de « spécialiste » lui incombe, le fait d'être celui qui le fait remarquer au patient peut mettre dans une position délicate :

***Rachid** : Le bonhomme que j'ai vu qui était d'Oran, on lui a dit qu'il faut ramener un marabout, un imam pour se désenvoûter, parce que c'est de la sorcellerie... Tu es difficilement après apprécié quand tu dis « non c'est pas ça ». Tu discrédites un peu sa croyance, lui dire c'est de l'hallucination, prend ce traitement ça va partir.*

Rachid soulève donc que malgré la légitimité qu'il peut avoir en tant que psychiatre et Algérien pour dire à ces patients ce qu'il juge comme étant une fausse croyance, cela lui fait prendre le risque de perdre un patient qui pourrait se sentir remis en cause par ses propos.

c. Aspect culturel de la pathologie psychiatrique

Les discours des psychiatres algériens montrent qu'ils ont conscience de l'aspect culturel de la représentation et des manifestations de la pathologie psychiatrique. Bien qu'ils considèrent leur connaissance des deux cultures comme un atout dans la prise en charge des patients maghrébins, il persiste une volonté de gommage des spécificités culturelles au profit des représentations médicales du patient. Cela fait aussi partie de l'histoire de la psychiatrie, qui s'est construite contre les autres croyances magiques et religieuses. Les psychiatres insistent sur leur position scientifique, plusieurs disent « être médecin avant tout ». Ainsi, quand ils me parlent de certaines pratiques et remèdes traditionnels, ils précisent bien que ce ne sont pas les leurs et que leur position de médecin les mets dans la position de pouvoir signifier aux patients que ces pratiques sont caduques.

Lotfi : *Je pense aussi à une fois où il y avait un patient qui voulait se soigner avec Roqya¹³ tu vois ? Donc je lui disais : « Si vous voulez le faire ça ne me dérange pas ». Parce que pareil, mes patients je leur dis : « Si vous voulez prendre un jus de citron matin et soir et ça vous aide, je vais pas vous prescrire des neuroleptiques ! » Je caricature ! Pour dire je pense que vous avez besoin de mes neuroleptiques. Mais ... voilà ce patient là je lui ai laissé faire sa Roqya ... Et puis après je lui ai dit : « Bon maintenant vous avez fait votre Roqya, on fait autre chose ? » [rires] Oui alors que je pense si je n'avais qu'une culture française, d'emblée j'aurais dit : « Je veux pas entendre de Rokhia hein, on met sous neuroleptiques ». Non là je lui ai dit, vous faites votre Roqya et après vous venez me voir.*

Ces pratiques traditionnelles apparaissent donc pour ces médecins comme des croyances pour rassurer, inoffensives si elles n'empêchent pas de prendre le vrai traitement. Ils peuvent envisager tout au plus que cela ait un effet sur des patients suggestibles ou présentant des troubles de personnalité de type « histrionique ». Cela va donc dans le sens de l'appartenance de Lotfi au cercle médical avec une culture professionnelle médicale qui, dans le cadre des troubles psychiques, prend le pas sur ses autres appartenances culturelles pour donner du sens à ce trouble. Cependant Lotfi précise que selon lui, c'est parce qu'il est Algérien qu'il entend que le patient veut faire sa Rokhia et lui laisse la pratiquer, parce qu'il sait ce que cela signifie même s'il pense que cela n'a pas d'intérêt dans le cadre de la pathologie de ce patient. On voit donc ici comment Lotfi négocie avec ses différentes appartenances culturelles pour tenter d'avoir une alliance thérapeutique avec ce patient tout en l'amenant à prendre ce que la médecine lui a appris être le bon traitement.

d. Quelle vision de l'ethnopsychiatrie ?

On le voit dans l'extrait d'entretien précédent, Rachid évoque l'ethnopsychiatrie. Ils sont plusieurs à l'évoquer au cours des entretiens. Deux psychiatres, Ahmed et Rachid utilisent le terme ethnopsychiatrie pour expliquer cette fonction de validation ou d'invalidation causale de la maladie. Ils utilisent finalement leur position pour remettre en question des logiques culturelles. Ils

13 La « Roqya » consiste à utiliser des versets du Coran pour se soigner. Cela peut se faire de différentes manières. Ainsi, le patient peut écrire des versets sur du papier et les faire infuser dans de l'eau avant de les boire. Il peut aussi se les faire chuchoter à l'oreille avec une main posée sur la partie souffrante (Cherak ; 2019)

reconnaissent cependant que leur connaissance de la culture algérienne leur permet d'avoir une meilleure alliance avec les patients maghrébins, au-delà de l'attribution causale de leurs symptômes.

Mokhtar, faisant partie des psychiatres plus âgés, fort de son expérience professionnelle où on a voulu lui adresser nombre de patients maghrébins se montre très critique de l'ethnopsychiatrie, en tant que discipline. Il explique que selon lui les causes des troubles psychiques sont plus à chercher parmi les facteurs sociaux que culturels. Il emploie même le terme de relent colonialiste pour désigner la discipline. Sa prise de position ferme semble assise par les nombreuses années de pratique en France.

***Mokhtar** : [...] En France on est imprégné par une lecture très culturelle de la pathologie des migrants. C'est-à-dire qu'on voit toujours les troubles des migrants à travers leurs origines culturelles ou ethniques. Ce qui à mon avis est une erreur fondamentale car on sait très bien maintenant que même si la culture elle a un rôle a joué là-dedans, c'est fait au détriment des facteurs sociaux... Qui sont le chômage, la précarité, l'adversité etc. Moi j'ai une lecture plus sociale que culturelle des troubles mentaux chez les migrants.*

e. Culture médicale, recherche de neutralité

Leur identité médicale est celle qu'ils semblent investir le plus, que ce soit avec les professionnels de santé ou avec les patients. Il est possible cependant que cela soit influencé par le fait que je les interroge en tant que médecins-psychiatres.

***Mokhtar** : Avant tout on est des médecins, donc forcément, que ce soit avec nos collègues psychiatres français ou ... non moi ce côté-là, y a pas de soucis*

***Karima** : on est là en tant que professionnel de santé, on est là pour accompagner le patient, pas pour échanger sur nos cultures ou nos .. voilà. Pour moi c'est pareil. Un patient Français ou un patient Sénégalais ou Tunisien, c'est un patient, je ne le vois pas comme une ethnie ou comme ...*

Il semble que, de la même façon que l'utilisation de la langue française, la mise au premier plan de leur identité médicale soit gage de neutralité et d'égalité pour eux. On voit bien là que, comme vu dans la recherche bibliographique, le médecin est membre d'une communauté professionnelle avec

des normes et des institutions permettant de se reconnaître entre pairs de différents pays. Selon Freidson, le médecin demeure toujours une sorte d'étranger au sein de sa patientèle, son groupe de référence étant ses collègues, non ses patients (Freidson cit.par Dodier et Darbon, 1985). On observe donc chez ces psychiatres algériens, ce qu'explique Everett Hughes dans son travail sur la fabrication d'un médecin et comment les études de médecine font passer d'un savoir profane à un savoir professionnel.

On retrouve cela chez Karima. Pour elle un patient est un patient, peu importe son appartenance culturelle, cela montre bien que ce qui fait sens pour elle c'est sa culture professionnelle, qui s'oppose à la culture profane des patients.

L'appartenance au cercle médical scientifique est donc une identité importante car au-delà des cultures algérienne et française, le cercle médical partage une culture avec des représentations communes qui permettent de se reconnaître dans un entre soi qui dépasse les frontières. Le statut social du médecin est également un élément partagé en France et en Algérie.

f. Une pratique à la croisée des cultures

On retrouve donc chez ces psychiatres la cohabitation des cultures algérienne, française et médicale. Les enquêtés n'en prennent pas toujours la mesure. C'est notamment le cas des plus jeunes qui sont dans un parcours pour obtenir la reconnaissance de leur diplôme et l'acceptation dans la société française. Les plus anciens ont plus de distance avec cela, sont sortis de cette quête de reconnaissance.

2.f.1. Les moins de cinquante-neuf ans

Cette recherche de neutralité, notamment chez les plus jeunes, est finalement importante pour eux, dans leur quête de reconnaissance. Certains disent ne pas voir l'intérêt de partager une même culture dans la prise en charge des patients. Ils reviennent très vite sur leur rôle de médecin, de professionnel de santé, qui semble justifier cette neutralité et le fait que qui que soit les patients, la conduite à adopter est la même.

Cela illustre le fait que ces stratégies de neutralité culturelle parlent d'eux, de leur propre migration et de leur recherche d'intégration dans la société française. Il semble qu'à travers cette neutralité dans les entretiens, c'est bien leur culture qu'ils cherchent à dissimuler au sein de l'institution française. Cette neutralité n'en est finalement pas une, elle est plutôt la marque d'une recherche d'acculturation dans leur pratique.

2.f.2 Les plus de cinquante-neuf ans : l'atout des différentes cultures

Les psychiatres âgés de plus de cinquante-neuf ans ont une approche différente. D'une part, n'étant pas venus dans les mêmes conditions et pour les mêmes motifs, comme vu dans la première partie, leur désir d'intégration en France ne s'est pas manifesté de cette manière. N'ayant pas pu rentrer chez eux au moment de la guerre civile, et étant en France par non-choix, ils évoquent beaucoup plus facilement les éléments de cultures pouvant apparaître au cours des entretiens et revendiquent le fait d'être plus à même de comprendre les difficultés liées à la culture maghrébine.

***Messaoud** : Si c'est une beurette ou un beur, y a pas de problèmes, je lui parle en français, et derrière mes paroles, il y a toute la culture. Par exemple dans mes mots il y a ... mes mots coulent de source en tenant compte par exemple de la pression familiale, du rôle de la mère etc. etc. Donc c'est pas pareil, c'est des collègues ils vont lui dire : « Vous avez vingt-et-un ans, vingt-deux ans, comment ça se fait, faudrait vous émanciper ?! ». La beurette s'en moque. même si elle sortie de HEC, parce qu'il y a la pression familiale, moi jamais je dirais une chose pareille.[...] Donc voilà, il y a eu bien entendu cette chance d'être biculturel.*

Pour Messaoud, il est donc entendu que sa double culture est un atout dans la prise en charge des patients maghrébins. Il explicite son propos un peu plus tard au cours de l'entretien en expliquant :

***Messaoud** : comme vous l'avez compris, c'est une chance incroyable d'être un être de passage. Vous n'êtes pas obligé ni de lécher les bottes ni rien.*

Par l'expression « être de passage », Messaoud fait référence à son internat de psychiatrie en France. N'étant pas destiné à rester en France, il n'était pas vu comme ses confrères comme un concurrent pour un poste à l'hôpital et cela a selon lui contribué à avoir de très bons rapports avec eux et à être très bien intégré dans les services où il a pu par moment utiliser sa culture algérienne

pour réfléchir à des situations de patients maghrébins avec le reste de l'équipe. Messaoud ne s'est pas senti en position d'infériorité car, n'ayant pas d'intention de rester, il ne cherchait pas à une reconnaissance française de son diplôme. Ses collègues le reconnaissaient en tant que médecin et lui-même se considérait en tant que tel et avait prévu de rentrer en Algérie où il était reconnu comme médecin. Il n'a donc, à cette époque, pas eu de doutes quant à ses compétences et ne s'est pas battu auprès de l'institution hospitalière pour une reconnaissance de son diplôme (lors de sa première venue en France). Il a donc commencé par avoir des rapports égaux avec ses homologues français, comme un médecin d'un autre pays venu faire une formation en France. Il n'a donc pas ressenti le besoin de mettre de côté sa culture et a même considéré comme un avantage le fait d'avoir une double culture, ce que lui ont également signifié ses collègues français. Cela signifie ici que sans le besoin d'intégration, il n'y a pas non plus de recherche d'acculturation.

2.f.3. La reconnaissance, gage de la cohabitation des cultures ?

Il semble donc que ce soit lorsque ces médecins se sentent intégrés et accueillis en France qu'ils s'autorisent à exprimer une part de culture dans leurs relations avec les patients. Cela parle donc d'une part de leur processus de métissage et de leur acclimatation en France, mais également de l'accueil qui leur est réservé au sein de l'institution hospitalière et de la considération qu'ils reçoivent en tant que professionnels de santé. Or, on peut ici faire l'hypothèse que se sentir à l'aise et accueilli quelque soit sa culture ne peut qu'aider à accueillir les patients avec leur culture également et la potentielle part culturelle de leurs troubles et de comprendre leur expérience de migration. Ces médecins sont donc plus en mesure de réaliser la richesse que représente leur métissage s'ils se sentent bien intégrés

Les enquêtés parlent facilement des différences existant entre l'exercice de la psychiatrie en France et en Algérie, avec les différences entre les lieux de prise en charge, les possibilités thérapeutiques s'offrant à eux etc... A travers ces discours, ils expliquent que la relation de soins entre un psychiatre et son patient est codée culturellement. Ils tiennent à s'adapter à la manière française de prendre en charge les patients. C'est bien de l'expérience de décentrage¹⁴ dont parlent ces

14 Le décentrage est une position précautionneuse qui consiste à avoir toujours en tête l'idée selon laquelle nous ne sommes pas au centre du monde, que nous ne sommes pas le modèle et que les choses peuvent être différentes, autres que ce qui nous est familier. (Moro, 1998). Le décentrage cherche donc à éviter l'ethnocentrisme, c'est-à-dire un comportement social et une attitude inconsciemment motivée surestimant et privilégiant le groupe racial, géographique ou national auquel on appartient, aboutissant parfois des préjugés en ce qui concerne les autres peuples.

psychiatres en exprimant toutes les différences de prise en charge observées entre les deux pays. Cela leur permet d'avoir une réflexivité critique sur les pratiques à l'oeuvre dans ces pays. Le fait d'avoir expérimenté ce décentrage est une richesse pour eux et fait partie du processus de métissage.

Tous ces éléments semblent confirmer que le fait d'avoir obtenu la reconnaissance de ses compétences et de se sentir à sa place dans la société française les aide à voir leur culture d'origine comme un avantage dans leur travail. Pour les autres, leurs origines sont pour l'instant une entrave à leur reconnaissance au sein de la société d'accueil. On peut faire l'hypothèse que cela contribue à la mise à distance de cette culture. Cela les empêche aussi d'utiliser l'avantage de leur double appartenance culturelle dans leur pratique.

Leur identité culturelle peut être investie ou désinvestie au regard du contexte. Ils l'utilisent de manière très cadrée.

3. Le contre-transfert culturel

a. Dans leur pratique quotidienne

A travers ces entretiens, on constate que leur pratique est marquée par l'histoire franco-algérienne et des dynamiques politiques plus larges. Ainsi, Salah évoque un patient harki qui le touche particulièrement et les résistances que cela soulève chez lui.

***Salah** : [...]J'ai adoré un harki. Mon père m'en a voulu. Enfin il était fâché. Un harki. Un parcours extraordinaire. Le traître. Tu vois. Donc j'ai eu affaire à ce qu'on a nommé le traître. Je ne pense pas qu'il était traître, il était né dans une famille pauvre, dans une région que je connais très pauvre. [...] Celui-là on l'a condamné, il était voué à l'exil pendant ... 1962... moi je suis arrivé en 1993 en France, ça fait trente ans plus tard. Toutes ces années, le mec a été privé de son pays, il est illettré... Et même mon père qui a fait la guerre d'Algérie était totalement manipulé. En considérant que ce mec là c'est l'ennemi... Mais c'est pas lui l'ennemi, l'ennemi c'est ceux qui ont pris le pouvoir à la limite... Enfin bref, c'était ce type-là donc l'affect a pris plus que le dessus donc ça m'a mis dans une situation complètement folle. Un harki, un traître à ma nation, à mes origines. Moi je suis d'une famille où il y a eu des martyrs. Donc dans la famille il y a quelque chose, même si je ne l'ai pas vécu forcément, qui m'a été transmis. Donc je disais à mon père que je suis presque copain avec un harki et ça l'avait bouleversé. Alors que c'est Je pose la question qui est le harki... ?*

On voit que Salah est renvoyé là à ses affects, une forme de culpabilité qui émerge. A travers les résistances qu'il évoque concernant les patients harkis, on retrouve du politique dans sa pratique.

On voit donc que l'Histoire politique franco-algérienne laisse des traces dans la pratique quotidienne et notamment dans la capacité à être affecté par certains patients qui ont été stigmatisés dans l'histoire politique. J'utilise ici des éléments observés lors de mon stage en Algérie où j'ai pu observer que l'Histoire de la guerre d'indépendance de l'Algérie est racontée de façon très clivante. Ainsi, la population algérienne est divisée entre moudjahidines, c'est-à-dire combattants de la révolution et de l'indépendance, et harkis, qui soutenaient l'armée française, ces derniers étant très

mal vus par les Algériens, considérés comme des traîtres, sans qu'il soit possible de voir leurs parcours individuels dans cette guerre. Leur vision de l'Histoire est donc très fortement influencée par l'état algérien. Jusqu'à ce jour, l'Algérie n'a jamais voulu faire une analyse de son passé, malgré le fait qu'au-delà d'une guerre contre la France, la guerre d'indépendance a également été une guerre fratricide. La fausse histoire nationale dictée par l'état algérien vient donc travailler le rapport à leur altérité. Les langues commencent à se délier sur les parcours individuels, où on retrouve plus de complexité. Ces nouvelles histoires sont écrites par des descendants de harkis voulant briser le silence entourant le statut de leurs parents (Kerchouche, 2003 ; Zeniter ; 2017 ; Rahmani, 2003).

On voit ainsi chez Salah, d'une part comment sa pratique quotidienne est bouleversée par ce roman national appris en Algérie et d'autre part, comment le fait d'avoir quitté l'Algérie lui permet de remettre en cause ce roman et de revoir sa propre histoire, en y intégrant plus de complexité, notamment grâce à la rencontre faite avec ce patient. Il explique très bien comment il est tiraillé entre ce qu'il a appris, ce que son père lui a transmis et la difficulté à faire accepter à sa famille ce qu'il découvre des parcours individuels des harkis. Il va même jusqu'à poser la question « *Qui est le harki ?* », remise en question très transgressive de l'ordre établi par l'état algérien, question qu'il arrive certainement à poser car vivant et exerçant hors d'Algérie.

On voit bien à travers cet exemple comment leur culture vient traverser leur pratique quotidienne. Ainsi, pour un psychiatre français, ce patient harki aurait peut-être été un patient ordinaire, il n'aurait peut-être pas pris la mesure du poids de l'Histoire sur celui-ci.

C'est bien de son contre-transfert culturel (Devereux, 1967) que nous parle Salah, sans employer le terme. En analysant ce que l'autre engendre chez lui et la manière dont il s'engage avec lui. Cela lui permet d'élaborer l'altérité en lui (Moro, 2002), donc la part d'inquiétante étrangeté qui lui appartient (Kristeva, 1988). Le contre-transfert culturel est également le processus permettant d'accepter que l'autre est toujours dépositaire de parts de nous-mêmes, bons comme mauvais objets psychiques. Pouvoir appréhender cela, c'est ici pour Salah, redécouvrir ces parts qui lui appartiennent en propre.

Chaïma, elle, évoque également comment la guerre civile et sa situation de femme en Algérie dans les années quatre-vingt-dix peut l'aider à appréhender certaines situations cliniques.

Chaïma : *En pédopsychiatrie, où je travaille, j'ai eu à prendre en charge deux jeunes filles qui sont originaires d'Afghanistan et qui ont eu un parcours laborieux, c'est-à-dire qu'elles sont passées*

d'un pays à un pays pendant trois ans, pour arriver en France. Et c'est des jeunes filles... qui ont des histoires un peu similaires. C'est-à-dire qu'elles sont parties pour fuir les talibans et y avait une fille qui a perdu son papa qui a été exécuté et ... et je me suis servie de mon histoire de terrorisme pour comprendre un peu ce qu'elle peut ressentir. Même si souvent j'évite d'être ... de prendre en charge ces situations ... parce que j'ai toujours peur que mon histoire personnelle me fausse un petit peu mon interprétation. Mais en même temps quand je vois que ... que ça peut aider aussi, je n'hésite pas.

C'est bien de son contre-transfert que parle Chaïma. Elle prend la mesure du fait que ces patientes, qui ont vécu des situations de violence similaires à ce qu'elle a connu, vont la toucher personnellement. Elle dit bien que cela peut influencer sa prise en charge, puisque ces situations viennent appuyer sur son vécu intime, elle évite parfois de suivre des patients ayant ce vécu-là, par peur d'être trop touchée et de ne pas être en mesure de les prendre en charge correctement. Elle insiste en revanche sur l'idée que la connaissance de ces situations peut être un atout considérable dans la prise en charge.

Cet extrait d'entretien de Chaïma illustre bien que la notion de contre-transfert culturel est au carrefour de l'individuel et du collectif (Moro, 2004). Les réactions en découlant ne sont donc pas uniquement liées au sexe, à l'histoire et à la personnalité singulière du thérapeute mais appartiennent aussi à l'histoire collective, à l'appartenance linguistique, professionnelle et socio-culturelle (Devereux, 1967).

b. La langue dans le contre-transfert culturel

La langue agit comme un marqueur culturel et donc de reconnaissance. Il apparaît que la plupart des psychiatres font le choix de ne pas utiliser l'arabe en première intention, justement du fait de cette identification qui passe par la langue et les implicites et symboles qu'elle véhicule. Comme nous l'avons vu plus haut, certains psychiatres tiennent à utiliser le français pour maintenir une distance, une neutralité. L'hypothèse que nous faisons ici est que leur langue maternelle, donc l'arabe ou le kabyle, employée au sein de l'institution hospitalière, les renvoie à leur propre statut de migrant et à leur culture d'origine.

***Bilal** : Enfin, je ne refuse pas mais je me dis que les gens qui ne font pas l'effort d'apprendre la langue, c'est des gens qu'on va maintenir dans ... dans leur isolement. C'est-à-dire ils doivent faire l'effort justement d'apprendre la langue.*

Ceci semble parler de leur propre histoire et de leur propre intégration à la société française qui a pu se faire grâce à la langue française, c'est d'ailleurs une des premières raisons pour laquelle ils ont choisi la France comme pays d'émigration.

Leur volonté de gommer leurs spécificités culturelles peut donc passer par le non-emploi de leur langue maternelle. Ce non-emploi de l'arabe ou du kabyle permet également de mettre une distance avec les patients maghrébins, dont les attitudes à leur égard peuvent être interprétées comme de la familiarité par certains comme vu précédemment.

Les psychiatres interrogés, par leur volonté de parler le moins possible l'arabe ou le kabyle semble essayer de s'extraire de leur culture d'origine au sein de l'institution hospitalière par crainte d'être «culturalisés » et stigmatisés eux-mêmes, comme si, pour eux, parler une autre langue que le français revenait à s'extraire du cercle scientifique, soignant et français pour redevenir « seulement » un migrant.

Il faut avant tout repreciser que, pour ces psychiatres, l'apprentissage de la psychiatrie s'est fait en France et en français. Cependant, les observations que j'ai pu faire dans le cadre de mon stage en Algérie montrent que l'arabe et le kabyle sont utilisés dans les entretiens avec les patients. Leur réticence à l'employer en France peut donc être interprété comme une expression de leur contre-transfert culturel. Ainsi, le fait de parler arabe ou kabyle pourrait les renvoyer à un statut de migrant ou, leur enlever de la légitimité médicale. Comme nous l'avons vu, leur parcours pour être reconnu comme médecin en France est long et difficile, et, au cours de ce parcours, ils doivent montrer qu'ils sont aptes à exercer en France, avec toujours cette vieille idée qu'en France, on parle français.

Ce qui transparait à travers ces entretiens c'est leur propre contre-transfert culturel qui revient dans ces impressions de familiarité, ou d'être le « psychiatre arabe pour patient arabe » quand les patients tentent de leur parler de l'Algérie ou de parler l'arabe.

Le « lissage culturel » des entretiens, avec une grande neutralité culturelle, semble être le moyen trouvé par ces médecins pour ne pas se sentir renvoyé en permanence à leur statut d'Algérien

migrant, comme si le fait d'être reconnu en tant que tel pouvait les mettre à distance du cercle soignant, français et scientifique.

c. De l'influence de l'Histoire globale sur les pratiques individuelles

On retrouve donc plus d'éléments de l'histoire professionnelle que de la culture dans la pratique. Ceci va dans le sens qu'il y a bien une culture professionnelle qui imprègne le praticien, plus que la culture du pays et de la famille. Mais à travers ces analyses sur le contre-transfert culturel des soignants on voit que leur pratique est empreinte de leur histoire personnelle mais également de l'histoire globale. Il n'y a donc pas que la culture médicale qui dirige la pratique. Il s'agit bien d'un bricolage, au sens de Levi-Strauss, entre celle-ci et d'autres éléments de leur histoire, de leur culture et de leur parcours. Le travail de ces psychiatres, les savoir-faire et les savoir-être qu'ils engagent pour l'accomplir ne sont donc pas juste intéressants en tant que tel. Ils le sont aussi par leur expression de politiques et de défis globaux mais également parce qu'ils délimitent pour les malades, un pan non négligeable de leurs expériences de soin (Gobatto, 2017).

DISCUSSION

I. LA GUERRE POUR LA RECONNAISSANCE

1. Des combattants contre l'institution

Pour les médecins rencontrés, le fait d'être en attente permanente de la reconnaissance de leur diplôme, et à travers elle d'eux-mêmes et de leur valeur, en tant que personne et en tant que médecin, les conduit à adopter une posture de combattant, comme le dit Ouarda. Ce parcours est ainsi une guerre supplémentaire qui leur est infligée, une guerre avec en toile de fond, l'histoire des liens entre la France et l'Algérie, qui a laissé des traces dans les institutions.

L'ennemi est précisément l'institution, entité invisible et il est difficile de savoir contre qui ou contre quoi on se bat. Ces psychiatres déploient dans cette guerre une énergie incroyable, leur donnant la capacité de travailler dans des conditions difficiles, sans être encadrés, avec une rémunération très inférieure à celle de leurs collègues français.

Un élément central de leur expérience commune est qu'ils enchaînent les gardes et les astreintes ; certains sont parfois contraints de rédiger des certificats d'hospitalisation sous contrainte qu'ils font signer par les urgentistes. Car, malgré le fait qu'ils ne soient pas reconnus comme médecins par la France, ils sont affectés dans des lieux où il n'y a plus assez de psychiatres pour faire tourner l'hôpital et on attend d'eux qu'ils remplissent le rôle d'un psychiatre diplômé. Ceux qui étaient déjà psychiatres en Algérie en ont les compétences mais ni le statut, ni l'autorisation légale, et dès lors pas non plus le revenu et les possibilités de carrières. Ceux qui sont en formation se retrouvent dans des situations extrêmement difficiles, doivent apprendre seuls leur métier, lisent des cours en rentrant chez eux le soir, quand ils ne sont pas de garde. C'est bien l'énergie d'un combat qu'ils mobilisent pour tenir cette cadence de travail dans cette incertitude des années durant, au point d'avoir des accidents liés à leur travail et à leur épuisement.

2. Un combat de l'ombre

Un autre élément communément partagé, est qu'il s'agit d'un combat mené dans l'ombre, souvent gardé pour soi et éprouvé seul ou au sein de sa famille ; à l'hôpital, les patients ne peuvent pas savoir si il s'agit de médecins à diplôme étranger car ils sont chargés de tous les attributs symboliques du médecin.

Et, pour ceux pour qui la guerre s'est terminée, on retrouve une certaine amertume dans les propos relatés sur ces expériences, de la frustration, un sentiment d'avoir perdu son temps et qu'un autre pays aurait pu être plus accueillant. Dans les discours de certains médecins, on perçoit qu'ils réalisent bien qu'en France, ils ne pourront jamais s'exprimer pleinement en tant que médecins, ce que dit Mokhtar : « *Et d'ailleurs je pense, avec du recul que ça a été une erreur ; pour nous c'était la France. On n'allait nulle part.* ».

3. La désillusion

Une raison du départ de l'Algérie vers la France pour un certain nombre de médecins interrogés résidait dans les conditions de travail qui ne leur convenaient pas. L'un des éléments remis en cause par les psychiatres et résidents d'Algérie lors de leur grève en 2018 est le service civil, qui les contraint à aller travailler plusieurs années dans des structures de santé situées dans des campagnes isolées. Leur rémunération ne les satisfait pas et le fonctionnement de l'institution hospitalière est très critiqué par ces psychiatres. Or, contre toute attente, ils se retrouvent confrontés, dans leur condition de travail en France, aux mêmes insatisfactions. Ils sont, en effet, affectés à des postes dans des endroits reculés, leurs conditions de travail sont extrêmement difficiles et liées et à des contraintes établies par les règles de fonctionnement de l'institution hospitalière française. Cette situation paraît donc invraisemblable au vu du choix et du parcours qu'ils réalisent pour avoir de meilleures conditions de vie. Elle illustre le traitement discriminatoire dont ils sont - ou ont été - victimes, ceci bien évidemment sans aucune intentionnalité de nuire et en toute légalité.

Au-delà du diplôme, nous avons vu l'implication de la nationalité et du pays d'origine, des facteurs qui constituent un frein à la reconnaissance statutaire de ces médecins ; c'est ce qu'illustre le cas de Mounir puisque malgré une formation en France à partir de la troisième année de médecine, il a été considéré comme un médecin à diplôme étranger. De même, une psychiatre que j'ai rencontrée

d'une quarantaine d'années, qui n'a pu participer à cette étude car n'ayant pas vécu assez longtemps en Algérie m'a expliqué avoir réalisé ses études de médecine entre la France et l'Algérie puis l'ensemble de son internat de psychiatrie en France et a vu son diplôme remis en cause par l'Ordre des médecins. Il s'en est suivi une longue bataille juridique, dans laquelle elle a obtenu gain de cause mais cette blessure reste marquée en elle. Cela n'est pas sans rappeler l'indigénat en Algérie, époque où les étudiants français de métropole et les indigènes avaient un statut et un traitement différent, comme l'a rappelé en particulier Messaoud.

III. CORPORATISME MÉDICAL

Une composante de la relation entre ces médecins et le corps médical français, réside dans la place concurrentielle qu'ils sont amenés à occuper, bien malgré eux, en tant que professionnels. Moins bien payés, davantage corvéables par rapport à d'autres, ils occupent les postes dénigrés par les autres médecins. Leur statut précaire les rend dépendants des choix de postes des psychiatres français. Ils ne sont, en effet, pas prioritaires sur les postes qu'ils occupent, comme nous l'avons vu au cours de ce travail. L'Ordre des médecins contribue au maintien de ce traitement discriminatoire dont sont victimes ces médecins. On peut questionner ici le corporatisme médical dans les difficultés d'intégration rencontrées par ces médecins. Les professions sont désignées comme corporatistes quand elles contrôlent elles-même l'ouverture à leur profession et disposent d'une justice interne. Nombre de ces organisations ont été instituées sur décision étatique, particulièrement sous le régime de Vichy.

Il semble intéressant, pour comprendre l'organisation actuelle de la profession médicale, de revenir brièvement sur l'émergence de ce corporatisme et la création d'un Ordre pour représenter la médecine en tant que profession.

1. Bref historique du corporatisme médical français

Les premiers syndicats médicaux ont pour but de défendre les intérêts économiques de la profession. Ils se constituent dès 1879 via un groupe de médecins à l'origine de la revue « Le concours médical » (Hassenteufel, 2008).

C'est en 1881 que cette même revue recense les quatre points importants pour un syndicat médical :

-l'établissement d'un tarif d'honoraires,

-leur recouvrement,

-la révision de la législation

-la lutte contre l'exercice illégal

Le syndicalisme médical se constitue donc dans une volonté de lutte contre le charlatanisme, d'une part. En effet, toute pratique de soin non sanctionnée par un diplôme est considérée comme « charlatanisme ». D'autre part, le syndicalisme médical se constitue pour lutter contre les officiers

de santé qui ont fait concurrence, de manière légale, aux médecins à la suite de la Révolution Française prônant liberté et égalité dans l'accès au droit de délivrer des soins (Arliaud, 1989). Les premières années de luttes ont d'abord été disjointes de la part de docteurs en médecine, inquiets de la concurrence des officiers de santé, mais aussi de leurs pratiques parfois critiquables sur le plan médical, la forme du syndicat a été choisie car elle permettait de lutter contre les pratiques dénoncées comme illégales dans le cadre de la loi Waldeck-Rousseau de 1884 (ibid.). La loi du 30 novembre 1892 est centrale dans ce processus, légalisant le syndicalisme médical et donnant la possibilité d'attaquer en justice les personnes exerçant la médecine sans titre de docteur. Chaque syndicat constitue une commission ayant pour rôle de poursuivre les soignants illégaux. Ce combat défend aussi des intérêts économiques dans un contexte de peur récurrente du surnombre médical. La volonté affirmée est de ne pas encourager la concurrence entre les médecins, ce qui pourrait avoir un impact sur les honoraires.

L'identité libérale de la profession médicale est directement liée au caractère corporatiste de son histoire, c'est-à-dire la conception d'une profession médicale comme étant un corps fermé, ayant sa propre réglementation (ibid.). Ces idées corporatives de la profession médicale structurent le discours dominant de la profession au cours des années vingt, le syndicalisme médical emprunte à cette époque le vocabulaire de l'extrême droite. La xénophobie est alimentée par un afflux important d'étudiants étrangers, ayant obtenu leur doctorat en médecine au milieu des années trente, ce qui alimente dès lors le rejet des médecins étrangers, présentés comme une menace pour la moralité de la profession, comme le souligne cet extrait : « *Le médecin français a, de ses devoirs, de tous ses devoirs, une conception très haute. Mais nous voyons, hélas ! D'autres médecins, produits de faciles « équivalences », et venus de loin, vendre de chez nous de la médecine comme on vend des tapis aux terrasses des cafés, apportant une mentalité que nous aurions préféré voir réservée au pays d'origine* »¹⁵. C'est dans ce contexte de repli nationaliste que la création d'un ordre et d'un code de déontologie devient l'exigence principale des représentants des médecins. La création d'un Ordre est réclamée comme nécessaire pour garantir la moralité de la profession et préserver son caractère « national ». (Hassenteufel, 2008).

L'Ordre des médecins est créé le sept octobre 1940, par le régime de Vichy, avec l'arrivée au pouvoir de personnalités très en faveur du corporatisme médical et la présence de médecins au gouvernement, prompts à supporter ce projet et à le défendre dans les instances du pouvoir. Cet ordre a pour but de garantir l'autonomie professionnelle, via la création d'une juridiction ordinaire administrée à tous les médecins, et le contrôle de la profession. Ce contrôle s'applique notamment

15 P. Cibrié, secrétaire général de la CSMF, *Le médecin de France*, 15 avril 1930, p. 302

dans l'éviction des médecins étrangers dès août 1940, avec l'interdiction des médecins nés de père étranger même si ils sont naturalisés, et un numerus clausus pour les médecins juifs. Le rôle d'épuration de l'Ordre est, dès sa création, plus politique et idéologique que professionnel. Il est institué dès son origine comme un rouage de l'État.

2. Implications actuelles

On constate, à travers ce bref historique, que le contrôle de l'accès à la profession médicale est dès le début une préoccupation de l'Ordre et ce dans un but plutôt politique. Le traitement réservé actuellement aux médecins étrangers s'inscrit dans la lignée des raisons d'être de l'Ordre des médecins. Ainsi, on retrouve dans les éléments analysés au cours de ce travail, que les raisons de l'éviction de la profession médicale des médecins étrangers sont avant tout de l'ordre du politique, d'un repli à caractère national, voire d'un racisme institutionnel, employé ici dans le sens de Sturm : *« Le terme « racisme institutionnel » désigne une forme de fonctionnement des institutions qui provoque des inégalités ou même une exclusion de certaines populations dans des secteurs importants de la société. Ce fonctionnement n'est pas forcément fondé sur une conviction raciste des professionnels, il peut parfois même être maintenu avec des bonnes intentions. Il peut être la conséquence des mesures spécifiques d'intervention qui se transforment en pratiques d'exclusion. »* (Sturm in Moro et al ; 2006)

En se basant sur le contrôle de la profession de l'Ordre, on peut ici questionner certaines caractéristiques de l'exercice la médecine auxquelles sont contraints les psychiatres algériens interrogés, au prisme de leur potentielle illégalité. En effet, leur présence, parfois leur solitude dans les services les contraint à prendre des décisions pour pouvoir agir et répondre à ce qui est attendu d'eux, notamment par la rédaction de certificats, pour lesquels ils n'ont pas les qualifications, l'institution hospitalière et l'Ordre des médecins leur refusant la reconnaissance du titre de docteur. Il semble que l'on soit bien là dans une situation qui en certains points est proche de l'exercice illégal de la médecine, si l'on se base sur les conditions données par la profession médicale et l'Ordre des médecins pour être habilité à exercer.

Afin de vérifier l'hypothèse selon laquelle l'accueil de ces psychiatres algériens est bien inscrit, de manière sans doute non consciente, dans les traces de l'histoire du corporatisme médical qui a

structuré la profession médicale en France, il serait intéressant de faire une étude comparative avec des Algériens exerçant d'autres métiers de cadres supérieurs, des ingénieurs par exemple, afin de confirmer ou d'infirmer le fait que ce traitement dont les effets paraissent discriminatoires à l'égard des médecins algériens est lié au corporatisme médical. On pourrait également comparer l'accueil et le traitement des psychiatres et plus généralement des médecins algériens avec l'accueil reçu par des Algériens venant exercer d'autres métiers non qualifiés. Il serait également intéressant de faire une comparaison avec les médecins à diplôme étranger venant de pays du Nord et, plus largement d'autres pays n'ayant pas été des colonies françaises. La législation est la même en théorie pour tous les médecins hors UE, mais il reste à étudier leurs parcours dans les faits afin de le mettre en perspective avec le cas des psychiatres algériens. Enfin, la comparaison avec l'accueil réservé aux médecins algériens dans des pays avec lesquels ils n'ont pas ce lien colonial pourrait également être intéressante.

IV. DÉCOLONISER LES INSTITUTIONS

Nous avons vu dans cette recherche que l'accueil fait à ces psychiatres venus exercer en France porte les traces d'un double héritage, corporatiste et colonial. Les rapports entre l'institution française et ces psychiatres algériens sont donc empreints d'une forme de colonialité qu'il convient de mettre en lumière si l'on veut pouvoir ensuite le remettre en question, voire le désamorcer. La discrimination institutionnelle subie par les patients migrants a déjà été largement étudiée par l'ethnopsychiatrie (Mestre, 2007). Il serait donc intéressant de se questionner plus largement sur la discrimination institutionnelle subie par les soignants.

1. La trace du colonialisme dans les institutions

Les analyses suggérant que d'autres formes de dépendance politique et économique succédaient à la décolonisation, empêchant par là de mettre fin à la « colonialité » (Ali et al, 2017) ne sont pas nouvelles, et touchent nombre de domaines de la vie et du travail. Cette « colonialité » structure les expériences, que ce soit dans les anciens pays colonisés ou au sein même des anciennes puissances coloniales. Les études post-coloniales ont en particulier comme objectif de dévoiler ces phénomènes et de les critiquer.

a. La langue

Ngugi Wa Thiong'o (1986) considère que la langue a un rôle essentiel dans la colonialité des pays africains. Selon lui, la communication entre êtres humains est au coeur de l'évolution d'une culture et porte les histoires, l'esthétique et les valeurs d'une culture. Dans son livre « Décoloniser l'esprit », il amène l'idée que la culture est indissociable de la langue, rouage essentiel de sa genèse, son évolution et sa transmission entre générations. Le langage est la condition de la conscience humaine et son utilisation est donc centrale dans la façon dont se définissent les individus. Les langues coloniales sont donc pour l'auteur des « bombes culturelles » qui contribuent à l'effacement des histoires et identités pré-coloniales. Pour Ngugi Wa Thiong'o, la langue est donc vectrice de ce qu'il nomme une aliénation coloniale, qu'il considère comme une aliénation de soi, de son identité

et de son héritage. C'est selon lui la plus grande menace que porte le néocolonialisme contre les nations africaines. Comme vu précédemment, Kateb Yacine considère que ce n'est pas tant la langue française qui est un vecteur de néocolonialisme mais la maîtrise que la France cherche à en garder, notamment à travers l'OIF.

b. Un néocolonialisme ?

Le néocolonialisme désigne les formes nouvelles de colonialisme. Il désigne une politique menée par d'anciens pays colonisateurs avec leurs anciennes colonies, devenues des pays souverains (Ardant, 1965). Les anciens colonisateurs tentent de maintenir ces territoires dans une certaine dépendance, souvent par l'intermédiaire de liens économiques. Il est différent du colonialisme car il concerne des Etats souverains et que la domination est située au niveau économique. Le néocolonialisme se base sur l'idée que la fin de la colonisation n'a pas mis un terme à la domination et à l'exploitation des anciennes colonies, les pays colonisateurs ayant précisément élaboré de nouvelles formes de domination et dès lors d'exploitation (ibid.). Ceci vient révéler le caractère théorique de l'indépendance politique, qui ne peut vraiment exister et produire ses effets sans indépendance économique.

Le processus de conquête coloniale et de destruction des formes diversifiées d'organisation sociale et de références symboliques est toujours en cours, cherchant à enlever toute légitimité et décrédibiliser la vision du monde de ceux qui ont été écrasés au nom de la rationalité universelle (ibid.). Dans la lignée d'Edward Saïd, les penseurs postcoloniaux ont produit une critique radicale d'un eurocentrisme dominateur et destructeur de la raison coloniale et des oppositions Nord/Sud ou Occident/Orient.

2. Vers une démarche décoloniale

Les études postcoloniales transforment les perspectives d'études et de recherches universitaires depuis une trentaine d'années (Sibeud, 2011). Elles partent de l'hypothèse que les héritages du colonialisme, culturels et intellectuels, sont toujours présents, diffus dans nos sociétés. Leurs modes d'expression peuvent être très divers mais leurs traces sont persistantes, de même que leurs effets délétères.

Les études postcoloniales ont pour but de faire un inventaire de ces héritages afin de les critiquer et, possiblement, de les désamorcer. Elles poursuivent donc la décolonisation, sous d'autres formes.

La démarche décoloniale prend deux dimensions. Elle cherche tout d'abord à mettre en lumière les différentes formes de violence issues de « la modernité coloniale ». Elle a également pour but de faire émerger des manières de vivre et de penser le monde où toutes les humanités seraient à égalité.

Décoloniser le monde c'est aussi décoloniser les savoirs et la connaissance en revenant à la multiplicité de leurs formes et de leurs valeurs. C'est adopter un regard réflexif et poser que tout savoir est situé, qu'il a une logique et une rationalité, qu'il vienne d'Europe ou d'ailleurs (ibid.)

Les anciens pays colonisés continuent donc à lutter après les indépendances pour leur reconstruction identitaire. Rapidement, les débats autour de la place de l'héritage colonial, et notamment la langue des colonisateurs, occupent une place centrale dans la construction des sociétés post-coloniales. En Algérie, malgré la volonté de se défaire de la prééminence du français dans l'enseignement et l'administration, plusieurs années sont nécessaires avant que l'arabe ne devienne la langue nationale, au détriment des autres langues du pays, notamment le berbère, ou tamazight, qui a mis de nombreuses années avant d'obtenir une reconnaissance nationale.

b. Frantz Fanon

Ngugi Wa Thiong'o s'inscrit dans la lignée de Frantz Fanon, psychiatre martiniquais et critique majeur du colonialisme et des violences socio-économiques et psychologiques qu'il engendre. Frantz Fanon a été très engagé dans les luttes de décolonisation, notamment celle de l'Algérie. Son livre « Les damnés de la Terre » (1961) est considéré comme un manifeste du Tiers-mondisme. Frantz Fanon a jeté les bases de la pensée post-coloniale.

Selon les deux auteurs, la colonisation laisse une trace psychique chez les individus par «un sentiment de dégradation et d'infériorité profondément implanté ». Ces impacts négatifs de la colonisation sur la conscience collective résulteraient selon eux du racisme, de l'intolérance légalisée et de la dépossession.

Frantz Fanon analyse d'un point de vue psychologique, ce que le colonialisme a laissé à l'humanité, et notamment dans le rapport entre le Blanc et le Noir, et plus généralement, entre le Blanc et le non-Blanc. Sa thèse est que la colonisation crée une névrose collective dont les colonisés doivent se débarrasser (Fanon, 1971). La pensée de Frantz Fanon a donc été celle d'un militant anticolonialiste et, selon Claire Mestre (2012), il n'est pas anodin que cet engagement soit apparu au sein de sa réflexion de psychiatre ayant exercé en Algérie pendant la colonisation et la guerre d'indépendance. Il a tenté d'articuler psychisme et histoire dans son livre « Peau noire, masques blancs », paru pour la première fois en 1952. Il a été un précurseur des études postcoloniales impulsées par Edward Saïd (Mestre, 2012). Ce détour par la psychiatrie pendant la colonisation lui a permis d'appréhender comment une politique xénophobe pouvait avoir un retentissement sur le psychisme, le leur et le notre (ibid.). Le concept d'aliénation selon Fanon sous-entendait que le sujet colonisé devait se désaliéner en sortant la culture du colonisateur de son psychisme, ce qui, selon Claire Mestre est une tâche sans fin puisque la domination coloniale a été remplacée ensuite par d'autres dominations.

c. Psychiatrie et politique

Le lien entre psychiatrie et politique est central chez Fanon. La relation coloniale déshumanise et aliène les colonisés. Dans sa lettre de démission de sa fonction de médecin-chef de service de l'hôpital de Blida (Algérie), Frantz Fanon écrivait « Si la psychiatrie est la technique médicale qui se propose de permettre à l'homme de ne plus être étranger à son environnement, je me dois d'affirmer que l'Arabe, aliéné permanent dans son pays, vit dans un état de dépersonnalisation absolue » (Fanon, cit.par Daya-Herzbrun, 2008). Frantz Fanon vient donner un sens politique à des questions qui ne l'avaient jamais été, comme la culture, la race et la souffrance, en particulier mentale. Avoir une pensée politique postcoloniale c'est prendre conscience que le phénomène colonial n'a pas pris fin mais au contraire qu'il perdure sous de multiples formes, et parmi elle, le fonctionnement des institutions. Il s'agit de rendre visible le phénomène néocolonial dans sa structuration contemporaine et dans ses potentiels effets dans différents domaines de la vie sociale, comme dans la situation des médecins psychiatres algériens exerçant en France, ici examinée. C'est questionner ce que les institutions nous ont appris à considérer comme « allant de soi ». C'est en se décentrant que l'on peut tenter d'aller vers d'avantage d'universel, et poursuivre le travail initié par Frantz Fanon.

d. Du colonisé à l'immigré

Il semble que pour l'État post-colonial français, le statut d'immigré ait remplacé celui de colonisé.

Frantz Fanon disait que l'objectivité serait toujours dirigée contre le colonisé (Fanon, cit.par Beneduce, 2012). Pour Beneduce, si l'on remplace le terme de colonisé par celui d'immigré, cette affirmation serait encore valable pour décrire ce qui se passe bien souvent dans les institutions sanitaires ou judiciaires (2012). La réflexion de Frantz Fanon sur les patients immigrés est toujours d'actualité. Il parle en effet de la douleur des immigrés algériens, souffrant de la solitude, des jugements méprisants, de l'hostilité et de l'angoisse ressentis en France. Pour Beneduce, cela fait écho à l'expérience de tous les immigrés, dont les appels à l'aide témoignent d'un désir de reconnaissance mais aussi du refus de la négation de leur histoire, de leur langue et de leurs pratiques religieuses, que l'on associe encore à de simples croyances. Le sujet immigré oscille entre identification au modèle de la société d'accueil, auquel il sait qu'il ne pourra pas adhérer complètement et prendre ses distances avec sa culture d'origine, dont il sait qu'il ne pourra jamais vraiment se séparer (Beneduce, 2012).

Les parcours politiques et historiques de ces immigrants sont bien différents à l'heure actuelle de ceux des immigrés de l'époque de Frantz Fanon, mais, comme nous l'avons vu dans ce travail, leur accueil n'en est pas plus simple.

CONCLUSION

Cette thèse a eu pour objectif de décrire puis de rendre compte de parcours de médecins psychiatres venus d'Algérie pour poursuivre leur formation académique et pour exercer leur métier de médecin en France. Plusieurs phénomènes communément éprouvés se sont dessinés au long de leur discours, qu'il semble utile de mettre en exergue dans cette conclusion.

I. QUAND L'HISTOIRE RENCONTRE L'HISTOIRE

A travers le parcours de ces médecins, c'est l'Histoire de l'Algérie depuis la colonisation jusqu'à nos jours qui est évoquée, avec, en plus, le vécu souvent traumatique de la guerre d'indépendance pour les plus anciens et de la guerre civile, qui a marqué l'ensemble des psychiatres rencontrés. A travers les témoignages de ces psychiatres qui évoquent leur départ pour la France, c'est à leur vécu intime de l'Histoire de l'Algérie de la colonisation et de ses traces que l'on a accès, ainsi qu'aux traces laissées par la colonisation dans les mémoires et dans les institutions. On retrouve dans leur vécu de la migration, le vécu du colonialisme pour certains, avec la non-reconnaissance d'un diplôme algérien qui n'est pas sans rappeler l'époque de l'indigénat.

Leur histoire parle des guerres qu'a connu l'Algérie mais leur vécu est différent selon les générations. Ainsi, les anciens ont connu la guerre d'indépendance et le fait d'être Algérien est essentiel dans leur construction identitaire. C'est contraint, car menacés par la guerre civile qu'ils ont quitté leur pays. Les plus jeunes ont connu la guerre civile enfant et celle-ci les a profondément marqués. La perte d'espoir ayant suivi cette décennie noire les a conduits à rêver à de meilleures perspectives en France.

Parmi les justifications du départ, on retrouve une volonté de fuir le service militaire et le service civil, obligatoires en Algérie, au point que le fait de pouvoir exercer la médecine dans le pays d'accueil devient secondaire. Le choix de la France comme pays d'émigration est justifié par des raisons pratiques, de proximité, de langue, sans que ne soit mentionné par ces psychiatres l'Histoire de la colonisation.

Les psychiatres interrogés connaîtront tous des moments d'errances professionnelles, géographiques, ou même de spécialité. La psychiatrie étant une spécialité particulièrement en déficit médical en France, c'est celle où la reconnaissance est particulièrement possible pour ces médecins. Une partie d'entre eux s'orientent donc vers cette spécialité dans cette perspective rationnelle. Certains se spécialisent dans d'autres disciplines mais n'arrivent pas à exercer et se dirigent ensuite vers la psychiatrie. Ceci peut expliquer le taux important de psychiatres à diplôme étranger, dont la plus grande partie vient d'Algérie. Ces médecins commencent à exercer avec des statuts précaires et des salaires bien inférieurs à ceux de leurs confrères français.

C'est au prix d'un parcours long et incertain qu'ils arrivent à obtenir la reconnaissance de leur diplôme. Leurs trajectoires professionnelles se dessinent souvent au hasard des rencontres, plus ou moins heureux selon les psychiatres.

Ils sont bien souvent affectés dans des services où il n'y a pas assez de médecins et qu'ils doivent gérer seuls, bien que leur diplôme, et donc leurs compétences ne soient pas reconnues. Ce mépris de leur diplôme, et donc de leur valeur, conduit certains à une mise en doute d'eux-mêmes, les conduisant à élaborer des stratégies pour leur reconnaissance, comme la multiplication des DU. Avec leur arrivée en France, c'est au déclassé social que sont confrontés ces médecins. Ils sont malgré tout conscients de leur rôle essentiel dans le fonctionnement de l'institution française.

Leur pratique professionnelle porte l'empreinte de leur parcours et de leur rapport à leur culture d'origine. On retrouve notamment un choix quasiment unanime d'employer le français lors d'entretien avec les patients, langue qui est l'héritage de la colonisation, qui peut être à la fois considérée comme témoin de leur aisance avec leur bi culturalité. La langue fait alors partie d'un processus de métissage. Elle peut également être comprise comme une langue de pouvoir, pour lesquels, la langue du colonisateur est l'outil de contrôle du colonisé. Le fait qu'elle puisse être approprié par des classes sociales favorisées marque selon eux un clivage entre deux classes et donc la reproduction des écueils du colonialisme.

Leur histoire vient marquer leur rapport aux patients et on retrouve cela dans l'expression de leur contre-transfert culturel.

Lors des entretiens, plusieurs psychiatres ont exprimé, avec humour, qu'ils avaient souvent pensé à raconter leur histoire ou à écrire un livre de témoignage, tant leur parcours avait été chaotique. Ceci témoigne du peu d'espace de paroles dont disposent ces médecins de l'ombre, des médecins grâce auxquels fonctionnent pourtant de nombreux hôpitaux. En tant que médecins à diplôme français, collègues de ces médecins aux parcours différents mais avec lesquels nous formons des équipes en charge de patients, il me semble que nous avons le devoir, d'une part, de connaître leurs situations et, d'autre part, de nous questionner sur leur pertinence. C'est bien parce qu'ils sont dans l'ombre, et que rien ne filtre vraiment de leurs expériences, que ce qui peut être nommé comme de la violence institutionnelle peut s'exercer à leur encontre. Cette violence laisse des traces encore aujourd'hui, comme le trauma colonial qui est encore présent psychiquement chez les Algériens (Lazali, 2018). Elle vient directement impacter leur vécu et le déroulement de leurs parcours. Leur trajectoire personnelle et professionnelle influe sur leur façon d'être et de se présenter aux autres collègues et aux patients.

Leur parcours est étroitement lié à la politique migratoire de la France, la reconnaissance en tant que médecin étant liée à des lois qui s'écrivent quand le manque de médecins devient trop important en France et s'abrogent quand ce n'est plus le cas. Ces parcours ne se dessinent donc pas seulement d'après leurs aspirations personnelles mais selon les opportunités qu'ils obtiennent, les collègues qu'ils rencontrent, avec, en toile de fond, ces législations limitant leur possibilité d'exercice. En parallèle, l'élargissement de l'UE à de nouveaux pays a entraîné une hausse importante du recrutement de médecins de l'UE, dont le diplôme n'était auparavant pas reconnu. En découle un sentiment d'injustice chez ces psychiatres algériens, dont les études sont calquées sur le modèle français et réalisées en langue française. Cela illustre bien le fait que cette reconnaissance du diplôme n'est pas avant tout assujettie aux vérifications d'une parfaite maîtrise des connaissances, mais renvoie davantage au registre du politique dans lequel l'histoire d'un passé colonial entre l'Algérie et la France reste vive, et efficiente.

On peut se questionner ici sur l'influence d'un corporatisme médical ancien qui serait largement impliqué dans l'accueil fait à ces médecins étrangers. Leur éviction serait en effet politique, témoin d'un repli national, voire d'un racisme institutionnel.

Le parcours de ces psychiatres algériens venus exercer en France peut se comprendre comme une forme de néocolonialisme, c'est-à-dire une forme de violence issues d'une nouvelle forme de colonialisme qui se retrouve entre les anciens pays colonisés et colonisateur.

Quelque soit le pays où l'on se trouve, ancienne colonie ou ancien empire colonial, la décolonisation commence et finit par soi-même (Boulbina, 2012). Cela ne signifie pas que le collectif n'est pas en question. Les pratiques et les représentations sont portées par des institutions, qui n'autorisent que peu la réflexion critique sur elles, puisqu'elles appartiennent à son fonctionnement « normal ». Certains auteurs vont même jusqu'à considérer que les institutions ont une fonction plus souvent policière et conservatrice que politique et réformatrice (Boulbina, 2012). Il importe donc d'apprendre à se décentrer et à questionner ce « qui va de soi ». A cet égard, l'anthropologie peut apporter beaucoup à la médecine.

II. PERSPECTIVES

La suppression du numerus clausus devant être mise en application en 2021, les différentes réformes à l'œuvre dans les études de médecine auront certainement un impact sur les législations en vigueur et notamment pour les psychiatres interrogés n'ayant pas encore obtenu la reconnaissance de leur diplôme. Il semble donc important d'étudier les conséquences que de telles réformes vont avoir sur la démographie médicale française et, parallèlement, sur ces médecins à diplôme étranger.

Ce travail ne rend pas compte des médecins rentrés au pays devant les difficultés rencontrées en France. Certains des psychiatres interrogés me parlent des collègues qui ont renoncé à poursuivre la difficile route vers la reconnaissance du diplôme. La proportion de ces médecins qui renoncent et retournent dans leur pays est inconnue. Il serait intéressant de considérer leur parcours et les difficultés les ayant contraints à renoncer à leur projet initial.

La place du genre, à la fois dans les choix du départ mais également dans l'évolution des situations vécues n'a pas été abordée dans ce travail. Chaïma rapporte avoir quitté l'Algérie car y vivre en tant que femme ne lui semblait pas imaginable. Elle n'a toujours pas passé la PAE car la peur de l'échec l'en empêche. Ouarda a énormément soutenu son mari, celui-ci a pu obtenir un poste stable bien avant elle. Est-ce un hasard ou est-ce lié à leur statut en tant qu'homme ou femme, et aux dynamiques sociales qui s'y agrègent ? Ceci mériterait une étude plus spécifique convoquant la question du genre.

Comme vu dans la discussion, il serait intéressant de pouvoir comparer les résultats présentés dans cette thèse avec une étude concernant la migration des psychiatres algériens dans un pays avec lequel ils ne partagent pas un passé colonial. Cela permettrait de mettre en évidence le fait que la question migratoire soit doublée d'un corporatisme médical. Il faudrait aussi comparer l'accueil et le temps nécessaire à la reconnaissance d'autres cadres supérieurs algériens, des ingénieurs par exemple.

Enfin, le Hirak, mouvement populaire ayant débuté le vingt-deux février 2019 suite à l'annonce de la candidature du président Abdelaziz Bouteflika pour un cinquième mandat, a mis en avant la volonté du peuple algérien de reprendre en main l'avenir de son pays. Peut-être ce mouvement aura-t-il une influence sur le désir d'immigration des médecins algériens ?

BIBLIOGRAPHIE

- M. Alexandre, « La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple », p. 31. [2]
- Z. Ali et S. Dayan-Herzbrun, « Présentation », *Tumultes*, vol. n° 48, n° 1, p. 5-13, juin 2017. [3]
- A. Ameigeiras, « L'herméneutique dans l'approche ethnographique. Du labyrinthe de la compréhension au défi de l'interprétation », p. 16. [4]
- P. Ardant, « Le néo-colonialisme : thème, mythe et réalité », *Revue française de science politique*, vol. 15, n° 5, p. 837-855, 1965, doi: [10.3406/rfsp.1965.392883](https://doi.org/10.3406/rfsp.1965.392883). [5]
- M. Arliaud, *Les médecins*, La découverte. Paris, 1987. [6]
- S. Bach, « International migration of health workers : Labour and Social Issues ». International Labour office, 2003. [7]
- R. Barbour, « Checklists for Improving Rigour in Qualitative Research: A Case of the Tail Wagging the Dog? », *BMJ (Clinical research ed.)*, vol. 322, p. 1115-7, juin 2001, doi: [10.1136/bmj.322.7294.1115](https://doi.org/10.1136/bmj.322.7294.1115). [8]
- I. Bardem et I. Gobatto, « Les femmes célibataires citadines face au risque du sida : une enquête à Ouagadougou », *Journal des anthropologues*, vol. 60, n° 1, p. 33-39, 1995, doi: [10.3406/jda.1995.1894](https://doi.org/10.3406/jda.1995.1894). [9]
- C. Baribeau, « Panorama du développement de la recherche qualitative : analyse critique des thèses produites en sciences humaines et sociales depuis dix ans (1996- 2005), en langue française dans les universités francophones au Québec », p. 30. [10]
- I. Baszanger, « Socialisation professionnelle et contrôle social: Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes », *Revue française de sociologie*, vol. 22, n° 2, p. 223-245, 1981, doi: [10.2307/3321002](https://doi.org/10.2307/3321002). [11]
- R. Beneduce, « La vie psychique de l'Histoire. Fanon et le temps fracturé de la mémoire », *L'Autre*, vol. Volume 13, n° 3, p. 273-284, 2012. [12]
- Y. Bettahar, « Les migrations scientifiques algériennes vers la France », *Hommes & Migrations*, p. 32-40, 1999. [13]
- P. Billion, « Où sont passés les "travailleurs réfugiés"? Trajectoires professionnelles des populations du Sud-Est asiatique », *Hommes & Migrations*, vol. 1234, n° 1, p. 38-49, 2001, doi: [10.3406/homig.2001.4829](https://doi.org/10.3406/homig.2001.4829). [14]
- M.-J. Blain, « Parcours d'immigrants universitaires colombiens dans la région des Laurentides: Déclassement professionnel et stratégies identitaires », *Les Cahiers du Gres*, vol. 5, n° 1, p. 81, 2005, doi: [10.7202/010881ar](https://doi.org/10.7202/010881ar).

[15]

M. Blais et S. Martineau, « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes », p. 18.

[16]

S. L. Boulbina, « Décoloniser les institutions », *Mouvements*, vol. n° 72, n° 4, p. 131-141, 2012.

[17]

S. L. Boulbina, J. Cohen, N. Zougari, et P. Simon, « Décoloniser les savoirs », *Mouvements*, vol. n° 72, n° 4, p. 7-10, 2012.

[18]

P. E. Bundred et C. Levitt, « Medical migration : who are the Real Losers ? », *The Lancet*, n° 356, p. 245-246, 2000.

[19]

J. Canonne, « Frantz Fanon : contre le colonialisme », *Sciences Humaines*, vol. N° 233, n° 1, p. 28-28, févr. 2012.

[20]

R. Castel, « L'institution psychiatrique en question », *Revue Française de Sociologie*, vol. 12, n° 1, p. 57, janv. 1971, doi: [10.2307/3320399](https://doi.org/10.2307/3320399).

[21]

R. Castel, « Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, p. 111-135, 1973.

[22]

A. Charles-Robert, *Histoire de l'Algérie contemporaine*, Presses universitaires de France. Paris, 1990.

[23]

K. Charmaz, *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. SAGE, 2006.

[24]

A. Chauvenet, « Idéologies et statuts professionnels chez les médecins hospitaliers », *Revue française de sociologie*, vol. 14, n° 1, p. 61-76, 1973.

[25]

F.-Z. Cherak, « La roqya, une forme d'automédication chez les possédés et les ensorcelés (Algérie, Égypte, France) ? », *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 18, Art. n° 18, mai 2019, doi: [10.4000/anthropologiesante.5101](https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.5101).

[26]

A. Cherki, C. Mestre, et M. Mansouri, « Introduire l'histoire dans la psychanalyse », *L'Autre*, vol. Volume 12, n° 3, p. 256-265, 2011.

[27]

R. Collignon, « La psychiatrie coloniale française en Algérie et au Sénégal », *Revue Tiers Monde*, vol. 47, n° 187, p. 527-546, 2006, doi: [10.3406/tiers.2006.5668](https://doi.org/10.3406/tiers.2006.5668).

[28]

L. Combres, « Critique et discours sur le colonialisme : Fanon vs Mannoni », *Research in Psychoanalysis*, vol. N° 22, n° 2, p. 218a-226a, 2016.

[29]

Conseil national de l'Ordre des médecins, « La démographie médicale française au 1er janvier 2006 ». CNOM, 2006.

[30]

Conseil national de l'Ordre des médecins, « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013 ». CNOM, 2013.

[31]

- Conseil national de l'Ordre des médecins, « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er Janvier 2014 ». CNOM, 2014. [32]
- Conseil national de l'Ordre des médecins, « Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016 ». 2016. [33]
- V. Cottereau, « Les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) en France : décryptage d'un projet de retour devenu « irréalisable » », *Géocarrefour*, vol. 93, n° 93/4, Art. n° 93, févr. 2019, doi: [10.4000/geocarrefour.12595](https://doi.org/10.4000/geocarrefour.12595). [34]
- V. Cottereau, « L'enquête biographique : une méthode d'analyse des parcours et des expériences », p. 27. [35]
- A. Couffinhal, « Statuts et caractéristiques des médecins diplômés hors de France », *Questions d'économie de la santé*, n° 45, 2001. [36]
- V. Crapanzano, « Réflexions sur une anthropologie des émotions », *Terrain. Anthropologie & sciences humaines*, n° 22, Art. n° 22, mars 1994, doi: [10.4000/terrain.3089](https://doi.org/10.4000/terrain.3089). [37]
- S. Dayan-Herzbrun, « Présentation », *Tumultes*, vol. n° 31, n° 2, p. 5-8, 2008. [38]
- D. Delanoë et M. R. Moro, « Les rapports sociaux dans le transfert culturel », *L'Autre*, vol. Volume 17, n° 2, p. 203-211, nov. 2016. [39]
- A. Desclaux, « La disparition silencieuse des médecins PADHUE : fin d'une injustice d'État ou nouvelle exclusion ? », *Sante Publique*, vol. Vol. 29, n° 3, p. 341-344, juill. 2017. [40]
- G. Devereux, *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement (1967)*, Flammarion. Paris, 1998. [41]
- B. B. Diop, « Boubacar Boris Diop : « Au Sénégal, le français a perdu de son pouvoir de séduction » », *Le Monde.fr*, mars 17, 2019. [42]
- N. Dodier et S. Darbon, « Eliot Freidson, La profession médicale », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 3, n° 1, p. 129-143, 1985. [43]
- C. Dubar, *La socialisation*. Armand Colin, 2015. [44]
- C. Dubar et P. T. et V. Boussard, *Sociologie des professions*. Armand Colin, 2015. [45]
- F. Dubois, « Franz Fanon, Pour la révolution africaine », *Revue Tiers Monde*, vol. 5, n° 19, p. 595-596, 1964. [46]
- G. Dussault, P. Fournier, et A. Letourmy, « L'assurance maladie en Afrique francophone. Améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté ». Banque mondiale, Série santé, nutrition et population, 2006. [47]
- S. Fainzang, « Medical anthropology in western societies. Recent developments and new problems », *Sciences sociales et santé*, vol. 19, p. 5-28, juin 2001.

- [48]
F. Fanon, *Peau noire, masques blancs*, Seuil. Paris, 1971.
- [49]
P. E. Farmer, B. Nizeye, S. Stulac, et S. Keshavjee, « Structural Violence and Clinical Medicine », *PLoS Med*, vol. 3, n° 10, oct. 2006, doi: [10.1371/journal.pmed.0030449](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449).
- [50]
François Laplantine et A. Nouss, *Le métissage*, Téraèdre. Paris, 2008.
- [51]
E. Freidson, *La profession médicale*, Payot. Paris, 1984.
- [52]
S. Freud, *La technique psychanalytique (1953)*. Presses Universitaires de France, 2013.
- [53]
J. Galtung, « Violence, Peace, and Peace Research », *Journal of Peace Research*, vol. 6, n° 3, p. 167-191, sept. 1969, doi: [10.1177/002234336900600301](https://doi.org/10.1177/002234336900600301).
- [54]
V. Geisser, *Diplômés maghrébins d'ici et d'ailleurs*, CNRS. Paris, 2000.
- [55]
B. G. Glaser, A. L. Strauss, et E. A. Strutzel, « The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research », 1968, doi: [10.1097/00006199-196807000-00014](https://doi.org/10.1097/00006199-196807000-00014).
- [56]
G. Glasson Deschaumes, « Résister en langues, décoloniser le patrimoine », *Publications du musée des Confluences*, vol. 9, n° 1, p. 53-65, 2012.
- [57]
I. Gobatto, « De « la sexualité vénale » aux formes d'échanges monnayés. De « la » variable aux interactions : l'intérêt des nuances (Commentaire) », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 15, n° 3, p. 61-67, 1997, doi: [10.3406/sosan.1997.1402](https://doi.org/10.3406/sosan.1997.1402).
- [58]
I. Gobatto, *Etre médecin au Burkina Faso. Dissection sociologique d'une transplantation professionnelle*, L'Harmattan. Paris, 1999.
- [59]
I. Gobatto, *Les pratiques de santé dans un monde globalisé*, Karthala. Paris, 2003.
- [60]
I. Gobatto, « L'erreur médicale comme apprentissage. Le rôle des conditions d'exercice clinique à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Autrepart*, vol. N° 82, n° 2, p. 109-124, 2017.
- [61]
I. Gobatto et F. Lafaye, « Dilemmes éthiques et logiques dans l'action. Réflexion à partir d'un projet de recherche clinique en Côte d'Ivoire », *Autrepart*, vol. n° 28, n° 4, p. 81-94, 2003.
- [62]
I. Gobatto et F. Lafaye, « Petits arrangements avec la contrainte. Les professionnels de santé face à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 23, n° 1, p. 79-108, 2005, doi: [10.3406/sosan.2005.1645](https://doi.org/10.3406/sosan.2005.1645).
- [63]
I. Gobatto et F. Lafaye, « De l'Art d'accommoder le modèle biomédical ou comment rendre « convenables » et « recevables » des protocoles de prévention à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences sociales et sante*, vol. Vol. 25, n° 3, p. 5-29, 2007.
- [64]
I. Gobatto et A. Tijou-Traoré, « Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. Vol. 5, n° 3, n° 3, p. 509-532, déc. 2011.
- [65]

- I. Gobatto, A. T. Traoré, et J. Martini, « Rôle du patient et maladie chronique au Mali : entre politiques et pratiques expertes et profanes », *Sante Publique*, vol. Vol. 28, n° 1, p. 103-111, avr. 2016. [66]
- F. Guillemette, « L'approche de la Grounded Theory; pour innover? », p. 19. [67]
- M. Hachimi Alaoui, « L'exil des Algériens au Québec », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 13, n° 2, p. 197-215, 1997, doi: [10.3406/remi.1997.1558](https://doi.org/10.3406/remi.1997.1558). [68]
- M. Hachimi Alaoui, « "Exilés" ou "immigrés" ? Regards croisés sur les Algériens en France et au Québec », *Confluences Méditerranée*, n° 39, p. 167-178, 2001. [69]
- M. Hachimi Alaoui, « « Carrière brisée », « carrière de l'immigrant » : le cas des Algériens installés à Montréal », *lcg*, vol. 6, n° 1, p. 111-122, 2006, doi: <https://doi.org/10.7202/012686ar>. [70]
- A. Haddour, « Fanon dans la théorie postcoloniale », *Les Temps Modernes*, vol. n° 635-636, n° 1, p. 136-158, 2006. [71]
- J. Hamel, « Brèves remarques sur deux manières de concevoir l'objectivation et l'objectivité. L'objectivation participante (Bourdieu) et la standpoint theory (Haraway) », p. 16. [72]
- P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne*. Paris: Presse de la Fondation des sciences politiques, 1997. [73]
- P. Hassenteufel, « Syndicalisme et médecine libérale : le poids de l'histoire », *Les Tribunes de la sante*, vol. n° 18, n° 1, p. 21-28, mars 2008. [74]
- C. Hatzfeld, M. Boidé, et A. Baumelou, « Professionnels de santé non citoyens européens et/ou à diplôme non communautaire. Leur difficile intégration dans le système français. Cas des médecins et des infirmiers », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, n° 1282, p. 90-100, nov. 2009, doi: [10.4000/hommesmigrations.452](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.452). [75]
- C. F. Hounsou, « En quête du métier de médecin. Immigrations de professionnels de santé ouest-africains en France », *Hommes & migrations. Revue française de référence sur les dynamiques migratoires*, n° 1307, p. 105-114, juill. 2014, doi: [10.4000/hommesmigrations.2887](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.2887). [76]
- E. Hughes, « The making of a physician », *Human organization*, n° 3, p. 21-25, 1955. [77]
- R. Iveković, « Conditions d'une dénationalisation et décolonisation des savoirs », *Mouvements*, vol. n° 72, n° 4, p. 35-41, 2012. [78]
- J.-C. Jauffret et M. Vaïsse, *Militaires et guérilla dans la guerre d'Algérie*, Complexe. Bruxelles, 2001. [79]
- F. Jedlicki, « À la recherche de la classe perdue », *Terrains travaux*, vol. N° 32, n° 1, p. 179-200, juill. 2018. [80]

- A. Jourdain et T. Pham, « Mobilité spatiale des médecins en Europe, politique de santé et offre de soins », *Sante Publique*, vol. Vol. 29, n° 1, p. 81-87, mars 2017. [81]
- R. Kaës, *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris: Dunod, 1998. [82]
- A. Kleinman, B. J. Good, et B. Good, *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. University of California Press, 1985. [83]
- L. Kohn et W. Christiaens, « Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances », *Reflets et perspectives de la vie économique*, vol. Tome LIII, n° 4, p. 67-82, 2014. [84]
- julia kristeva, *Etrangers à nous-mêmes*, Fayard. Paris, 1988. [85]
- F. Lafaye et I. Gobatto, « Déontologie, éthique et collectif de travail. Plaidoyer pour une prise en compte collective des questions éthiques », *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 136-137, Art. n° 136-137, juin 2014, doi: [10.4000/jda.4461](https://doi.org/10.4000/jda.4461). [86]
- W. Latour, *La vie de laboratoire : la production des faits scientifiques*, La découverte. Paris, 1979. [87]
- C. Levi-Strauss, *Le regard éloigné*, Plon. Paris, 1983. [88]
- R. Liagre, « L'attractivité de la région Nord-Pas-de-Calais envers les étrangers hautement qualifiés », *Annales de géographie*, vol. n° 674, n° 4, p. 405-417, oct. 2010. [89]
- Y. Lochard, C. Meilland, et M. Viprey, « La situation des médecins à diplôme hors UE sur le marché du travail », *La Revue de l'Ires*, vol. n° 53, n° 1, p. 83-110, 2007. [90]
- Lock et NGuyen, *An anthropology of biomedicine*, Wiley Blackwell. United Kingdom, 2010. [91]
- M. Lock et D. Gordon, Éd., *Biomedicine Examined*. Springer Netherlands, 1988. [92]
- M. Mansouri *et al.*, « Déchéance de la nationalité », *L'Autre*, vol. Volume 16, n° 3, p. 259-261, 2015. [93]
- A. Margarido, « Frantz Fanon, Peau noire, masques blancs », *Annales*, vol. 29, n° 2, p. 297-302, 1974. [94]
- P. Marshall et B. Koenig, « Bioéthique et anthropologie : situer le " bien " dans la pratique médicale », *as*, vol. 24, n° 2, p. 35-55, 2000, doi: <https://doi.org/10.7202/015648ar>. [95]
- A. Mbembe, « De la scène coloniale chez Frantz Fanon », *Rue Descartes*, vol. n° 58, n° 4, p. 37-55, déc. 2007. [96]
- A. Mbembe, « Dénationaliser la langue française | multitudes ». <https://www.multitudes.net/denationaliser-la-langue-francaise/> (consulté le juill. 09, 2020). [97]
- M. Mebtoul, *Une anthropologie de la proximité : les professionnels de la santé en Algérie*, L'Harmattan. Paris, 1995.

[98]

A. Meijà, « Migration of physicians and nurses : a world wide picture », *Oxford University Press*, 1978.

[99]

A. F. Mendy, « La carrière du médecin africain en Europe : être médecin avec un diplôme africain au Royaume-Uni, en France et en Suisse. », *Swiss Journal of Sociology*, vol. 1, n° 40, p. 47-71.

[100]

C. Mestre, « Violence d'État, violence institutionnelle », *L'Autre*, vol. Volume 8, n° 3, p. 5-7, 2007.

[101]

C. Mestre, *Maladies et violences ordinaires dans un hôpital malgache*, L'Harmattan. Paris, 2013.

[102]

C. Mestre, « La vérité sort de la bouche des fous », *L'Autre*, vol. Volume 18, n° 2, p. 235-239, oct. 2017.

[103]

C. Mestre, « La langue de l'autre comme un voyage », *Spirale*, vol. N° 88, n° 4, p. 165-167, 2018.

[104]

C. Mestre, *La mémoire du thérapeute pour les oubliés de l'histoire*. ERES, 2019, p. 101-107.

[105]

C. Mestre, M. Larguèche, T. Baubet, et M. R. Moro, « Discriminez, discriminez, il en restera toujours quelque chose... », *L'Autre*, vol. Volume 14, n° 3, p. 268-270, 2013.

[106]

C. Mestre et M. R. Moro, « Comment sommes-nous devenus si inhospitaliers? », *L'Autre*, vol. Volume 6, n° 3, p. 411-415, 2005.

[107]

C. Mestre et M. R. Moro, « La France raciste? », *L'Autre*, vol. Volume 8, n° 2, p. 271-276, 2007.

[108]

C. Mestre et M. R. Moro, « L'intime et le politique », *L'Autre*, vol. Volume 13, n° 3, p. 263-272, 2012.

[109]

C. Mestre et M. R. Moro, « Les migrants : des figures du cosmopolitisme ? », *L'Autre*, vol. Volume 17, n° 2, p. 145-147, nov. 2016.

[110]

C. Mestre et M. R. Moro, « Colère noire et « destins raciaux » de l'après Obama », *L'Autre*, vol. Volume 18, n° 1, p. 5-8, oct. 2017.

[111]

O. Monfette et A. Malo, « Apprendre à naviguer dans les eaux troubles de l'analyse inductive : les interactions au profit de l'innovation », *Recherches qualitatives*, vol. 37, n° 2, p. 39, 2018, doi: [10.7202/1052107ar](https://doi.org/10.7202/1052107ar).

[112]

B. Mongo-Mboussa, « Alice Cherki, Frantz Fanon, portrait, 2000 », *Hommes & Migrations*, vol. 1231, n° 1, p. 136-137, 2001.

[113]

M. R. Moro, *Enfants de l'immigration, une chance pour l'école*, Bayard. Paris.

[114]

M.-R. Moro, *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*, Dunod. Paris, 1998.

[115]

M.-R. Moro, *Enfants d'ici venus d'ailleurs*, La découverte. Paris, 2002.

[116]

- M.-R. Moro, Q. De La Noé, et Y. Mouchenik, *Manuel de psychiatrie transculturelle*, La Pensée Sauvage. Grenoble, 2006. [117]
- B. Mourin et C. Mestre, « Malentendu culturel et maltraitance institutionnelle », *Spirale*, vol. N° 81, n° 1, p. 154-157, avr. 2017. [118]
- C. Mullin, « L'enseignement supérieur en Tunisie, lieu de pouvoir (néo)colonial et de lutte décoloniale », *Tumultes*, vol. n° 48, n° 1, p. 185-205, juin 2017. [119]
- P. Paillé, « L'analyse qualitative, l'interaction et vous », *Recherches qualitatives*, vol. 37, n° 2, p. 1, 2018, doi: [10.7202/1052104ar](https://doi.org/10.7202/1052104ar). [120]
- L. Petit-Jouvet, C. Mestre, et M. R. Moro, « Reconnaître les discriminations pour les combattre », *L'Autre*, vol. Volume 13, n° 2, p. 134-142, 2012. [121]
- A. Piette, « Les enjeux d'une anthropologie existentielle : vigilance et dissection », p. 22. [122]
- M. Poinot et F. Vergès, « « La pensée décoloniale est peu développée dans le monde politique français et académique » », *Hommes Migrations*, vol. n° 1327, n° 4, p. 170-176, nov. 2019. [123]
- C. Pope et N. Mays, « Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. », *BMJ*, vol. 311, n° 6996, p. 42-45, juill. 1995. [124]
- J. Proulx, « Recherches qualitatives et validités scientifiques », *rechqual*, vol. 38, n° 1, p. 53-70, 2019, doi: <https://doi.org/10.7202/1059647ar>. [125]
- M. Radi, « Influence d'une double appartenance culturelle chez les psychiatres algériens exerçant en France dans la prise en charge des patients maghrébins ». Université Paris Descartes. Faculté de médecine, 2018. [126]
- M. Radi, « L'institution psychiatrique en Algérie. Etude anthropologique ». Université de Bordeaux. Faculté d'anthropologie sociale-ethnologie, 2019. [127]
- Z. Rahmani, *Moze*, Sabine Wespieser. Paris, 2003. [128]
- R. Rechtman, « De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries », *Hommes & Migrations*, vol. 1225, n° 1, p. 46-61, 2000, doi: [10.3406/homig.2000.3510](https://doi.org/10.3406/homig.2000.3510). [129]
- D. Rezzoug, S. D. Plaën, M. Bensekhar-Bennabi, et M. R. Moro, « Bilinguisme chez les enfants de migrants, mythes et réalités », *Le français aujourd'hui*, vol. n° 158, n° 3, p. 58-65, 2007. [130]
- P. Rhenter, « Les figures du social dans la culture professionnelle psychiatrique », *lsp*, n° 55, p. 89-98, 2006, doi: <https://doi.org/10.7202/013227ar>. [131]
- K. Rondeau et P. Paillé, « L'analyse qualitative pas à pas : gros plan sur le déroulé des opérations analytiques d'une enquête qualitative », p. 25. [132]
- J.-F. Rouchon, A. Reyre, O. Taïeb, et M. R. Moro, « L'utilisation de la notion de contre-transfert culturel en clinique », *L'Autre*, vol. Volume. 10, n° 1, p. 80-89, 2009.

[133]

G. Samson, « Instruments de collecte et outils d'analyse qualitatifs : un défi pour évaluer la capacité à transférer », p. 19.

[134]

L. Savoie-Zajc, « Les pratiques des chercheurs liées au soutien de la rigueur dans leur recherche : une analyse d'articles de Recherches qualitatives parus entre 2010 et 2017 », *rechqual*, vol. 38, n° 1, p. 32-52, 2019, doi: <https://doi.org/10.7202/1059646ar>.

[135]

A. Sayad, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil. Paris, 1999.

[136]

N. Scheper-Hughes, « Three propositions for a critically applied medical anthropology », *Social Science & Medicine*, vol. 30, n° 2, p. 189-197, janv. 1990, doi: [10.1016/0277-9536\(90\)90079-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90079-8).

[137]

R. Séchet et D. Vasilcu, « Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice », *Norois. Environnement, aménagement, société*, n° 223, p. 63-76, mars 2012, doi: [10.4000/norois.4203](https://doi.org/10.4000/norois.4203).

[138]

F. Seuret, « Ces médecins venus d'ailleurs », *Alternatives Economiques*, vol. N° 326, n° 7, p. 83-83, sept. 2013.

[139]

E. Sibeud, « Des « sciences coloniales » au questionnement postcolonial : la décolonisation invisible ? », *Revue d'Histoire des Sciences Humaines*, vol. n° 24, n° 1, p. 3-16, nov. 2011.

[140]

P. Siblot, « De l'anticolonialisme à l'antiracisme : de silences en contradictions », *Mots. Les langages du politique*, vol. 18, n° 1, p. 57-74, 1989, doi: [10.3406/mots.1989.1448](https://doi.org/10.3406/mots.1989.1448).

[141]

P. Simon et S. L. Boulbina, « Une initiation décoloniale », *Mouvements*, vol. n° 72, n° 4, p. 143-156, 2012.

[142]

M. Singer, « Reinventing medical anthropology: Toward a critical realignment », *Social Science & Medicine*, vol. 30, n° 2, p. 179-187, janv. 1990, doi: [10.1016/0277-9536\(90\)90078-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90078-7).

[143]

M. Soulière, G. Saulnier, et E. Desaulniers-Coulombe, « La recherche qualitative pour le renouvellement des pratiques en santé et services sociaux », p. 20.

[144]

B. Stora, *Retours d'histoire : l'Algérie après Bouteflika*, Bayard. Paris, 2020.

[145]

N. wa Thiongo, *Décoloniser l'esprit (1986)*, La fabrique. Paris, 2011.

[146]

J. Tonda, « L'impossible décolonisation des sciences sociales africaines », *Mouvements*, vol. n° 72, n° 4, p. 108-119, 2012.

[147]

A. Vasquez, « Les avatars de "l'identité culturelle" étudiée chez des exilés politiques », *L'Homme et la Société*, n° 83, p. 28-40, 1987.

[148]

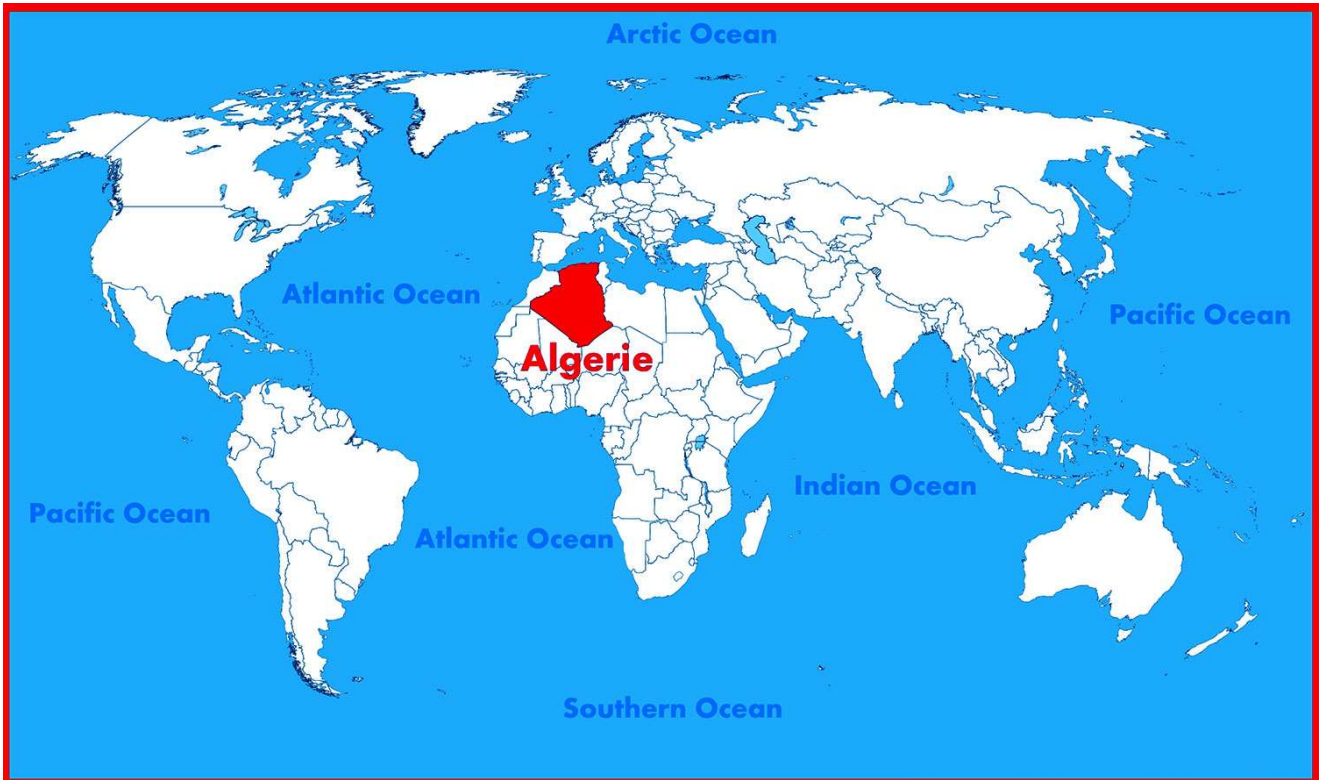
A. Veisse et C. Mestre, « Une politique décomplexée ou responsable ? », *L'Autre*, vol. Volume 14, n° 1, p. 4-6, juill. 2013.

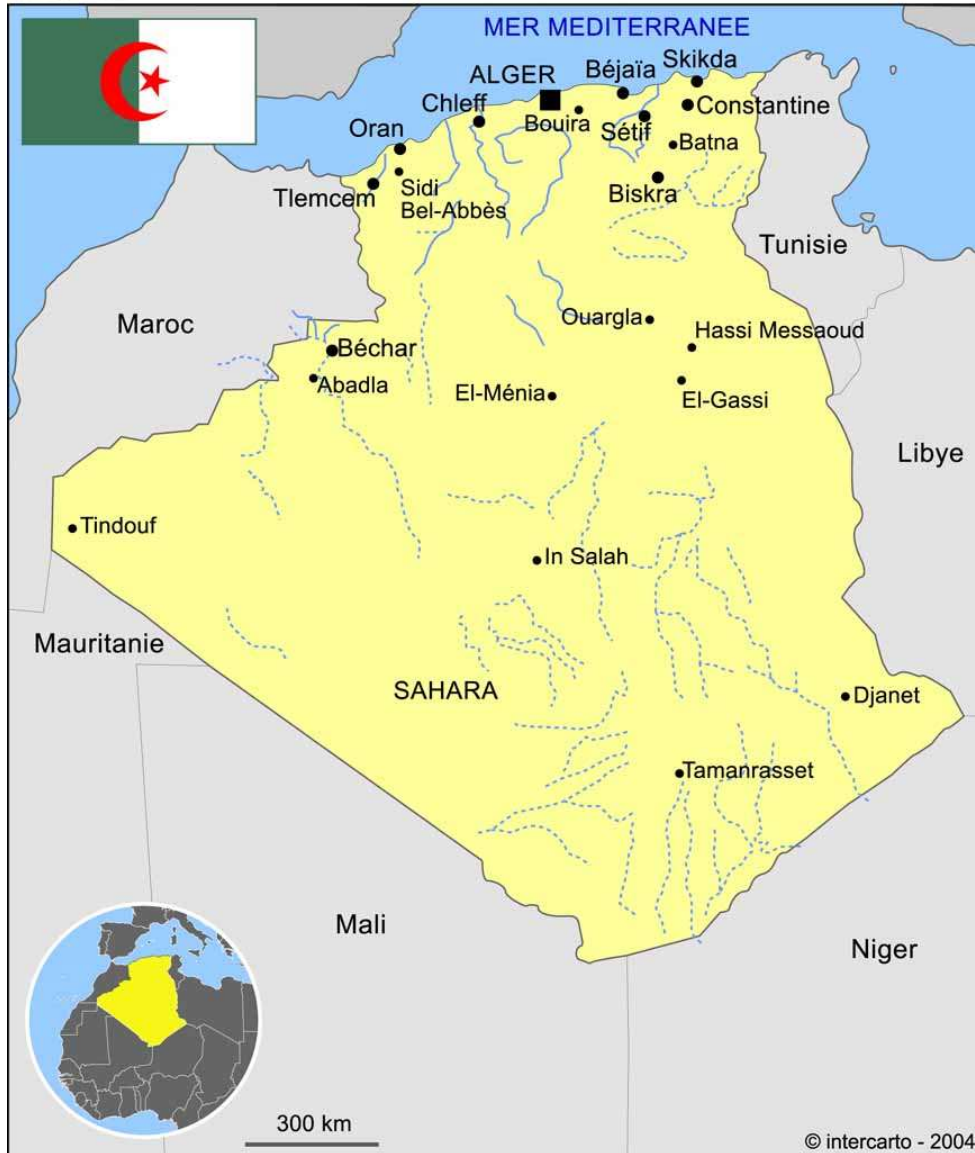
[149]

- F. Vergès, « Approches postcoloniales de l'esclavage et de la colonisation », *Mouvements*, vol. n° 51, n° 3, p. 102-110, sept. 2007. [150]
- F. Vergès, « Décoloniser la langue française », *Revue du Crieur*, vol. N° 10, n° 2, p. 68-81, oct. 2018. [151]
- M. Vidal et J. Morrissette, « Itinéraire ethnographique d'une doctorante : dialogue autour de la (dé)construction de l'objet de recherche », p. 23. [152]
- M. Viñar, S. Taliani, et C. Mestre, « La psychanalyse, un lieu de résistance », *L'Autre*, vol. Volume 20, n° 2, p. 110-120, sept. 2019. [153]
- F. Vinit, « Les conditions de l'interprétation : une « disposition » à la recherche », p. 14. [154]
- N. Wadbled, « Une attention suffisante à l'intimité. Pour une pratique du transfert et une éthique du contre-transfert dans l'entretien de recherche sur l'expérience vécue », *Recherches qualitatives*, vol. 37, n° 1, p. 57, 2018, doi: [10.7202/1049455ar](https://doi.org/10.7202/1049455ar). [155]
- C. Wolmark, « Médecins étrangers : un pas vers l'égalité ? », *Plein droit*, vol. n° 49, n° 2, p. 12-14, 2001. [156]
- « Achille Mbembe : Plaidoyer pour une langue-monde », *Politis.fr*, 20180214 20:15. <http://www.politis.fr/articles/2018/02/achille-mbembe-plaidoyer-pour-une-langue-monde-38377/> (consulté le juill. 09, 2020). [157]
- « celine ». <https://www.cngsante.fr/chiron/celine/> (consulté le avr. 13, 2020). [158]
- « Qu'est-ce que l'anthropologie | ASSOCIATION FRANÇAISE DES ANTHROPOLOGUES ». http://www.afa.msh-paris.fr/?page_id=32 (consulté le mai 03, 2020).

ANNEXES

I. CARTES D'ALGÉRIE





II. GRILLE D'ENTRETIEN

1-Si vous aviez à vous définir comme psychiatre que diriez-vous ? Vos forces, vos faiblesses ?

2-Où avez vous réalisé vos études de médecine ?

3-Pourquoi la spécialité psychiatrie ?

4-Qu'est ce qui a motivé votre choix de venir exercer en France?

5-Quand êtes vous arrivés en France ?

6-Pouvez vous me parler de vos ressentis quant à l'accueil que vous avez eu en France, et plus spécifiquement au sein de l'institution hospitalière ?

7-Dans votre cas personnel, est-ce que votre propre histoire intervient dans vos relations avec les autres professionnels de santé et, si oui, comment ?

8-Est – ce que vous pourriez me parler d'une situation dans laquelle vous pensez que votre histoire culturelle a marqué votre prise en charge, positivement ou négativement ?

9-Vous arrive-t-il d'employer la langue arabe et/ou berbère avec les patients maghrébins ?

10-Avant votre arrivée en France, vous projetiez – vous dans une carrière professionnelle particulière ? Votre migration a-t-elle eu un impact sur cette perspective de carrière ?


11-Vous sentez-vous, ou vous êtes – vous déjà senti migrant en France ?

III. TABLEAU DES LÉGISLATIONS

Figure n°1: Frise chronologique des principales législations à destination des PADHUE en France	
1972	Création de la 1re procédure permettant aux PADHUE d'obtenir une autorisation d'exercice en France. Après vérification de leur diplôme, les candidats sont autorisés à subir deux épreuves de vérification des connaissances (écrit et oral). L'écrit est constitué par le certificat de synthèse clinique et thérapeutique (CSCT) . Le succès aux épreuves permet aux médecins d'être inscrits sur une liste d'attente pour pouvoir obtenir le plein exercice. Les quotas sont faibles et entraînent un délai d'attente de plusieurs années. En 1998 et 1999, les quotas du CSCT sont augmentés. Cette procédure n'est plus ouverte. (loi n°72-661 du 13 juillet 1972; loi n°99-641 du 27 juillet 1999)
1985	Création du diplôme interuniversitaire de spécialisation (DIS). Le DIS est un diplôme de spécialisation destiné uniquement aux PADHUE. Les étudiants doivent d'abord valider un examen qui leur permet de suivre une année élémentaire de préparation à la spécialité (AEPS). Une fois cette année effectuée, le DIS dure entre 2 et 4 ans en fonction de la spécialité. Les étudiants n'effectuent pas de stages rémunérés, mais ils peuvent occuper un poste de FFI (faisant fonction d'interne) resté vacant. Ces diplômes sont remplacés en 1992 par le DIS (2nd version). (arrêté du 10 juin 1985 ; arrêté du 19 janvier 1987)
1987	Création du diplôme d'études spécialisées (DES) et du concours d'internat en médecine à titre étranger. Les étudiants hors UE peuvent faire un DES à titre étranger en cas d'admission au concours d'internat de spécialité. Les concours à titre français et à titre étranger portent sur le même programme. Les étudiants exercent sous les mêmes statuts d'interne (rémunérés) que les médecins diplômés en France. Ce diplôme est actuellement ouvert. (décrets n°27 mars 1987 et n°90-97 du 25 janvier 1990 ; arrêté du 19 juillet 2001)
1991	Création du DIS (2nd version). Les démarches et conditions d'admission sont plus compliquées que pour la 1re version du DIS (dépôt d'un dossier un an à l'avance, de nombreuses pièces justificatives à fournir, etc.). Lorsque les dossiers des étudiants sont admis, ils sont soumis à deux épreuves portant sur le programme du concours d'internat et sur la discipline qu'ils présentent. Après réussite des épreuves, les étudiants sont affectés à un poste de FFI rémunéré en fonction des capacités de la DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales) et de leur rang de classement. Ce diplôme n'est plus ouvert. Les dernières inscriptions ont eu lieu à la rentrée universitaire de 1999. (arrêté du 1er août 1991)
1991	Création de l'attestation de formation spécialisée (AFS) et de l'attestation de formation spécialisée approfondie (AFSA). Ces diplômes sont réservés aux médecins en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans un pays hors UE. La formation AFS dure un maximum de 2 ans et la formation AFSA dure un an. Les médecins, ayant validé une AFS, sont obligés d'avoir exercé au moins 3 années dans leur pays d'origine pour s'inscrire à une AFSA. Les médecins qui suivent une AFS ou AFSA exercent sous le statut de FFI. Ces diplômes ne sont plus ouverts. Les dernières inscriptions ont eu lieu à la rentrée universitaire de 2009. (arrêté du 1er août 1991 ; arrêté du 30 décembre 1992)
1995	Création du statut de praticien adjoint contractuel (PAC). Les PADHUE sont autorisés à passer un concours pour être intégrés en qualité de contractuels dans le service hospitalier public. Cette possibilité est assortie de deux conditions: 1/ Avoir réussi un examen national organisé par discipline et par région, 2/ Avoir exercé dans un établissement public de santé pendant 3 années successives. Ces médecins assurent alors les mêmes fonctions que les praticiens hospitaliers (PH). Ce statut a connu plusieurs modifications. (loi n°95-116 du 4 février 1995 ; décret du 30 juillet 1997 ; loi n°99-641 du 27 juillet 1999)
1995	Interdiction de recruter des PADHUE. Les hôpitaux publics ne peuvent employer que les PADHUE venant préparer un diplôme de spécialité en France, et ce, uniquement pour la durée de la formation. (loi n°95-09 du 27 avril 1995)
1997	Assouplissement du recrutement des PADHUE. Tous les praticiens qui ont exercé des fonctions hospitalières avant le 1er janvier 1996 peuvent être maintenus à leur fonction ou être à nouveau recrutés par les hôpitaux publics. (circulaire n°671 du 17 octobre 1997)
1999	Interdiction de recruter des PADHUE. Il est interdit à tous les hôpitaux de recruter de nouveaux PADHUE à compter de la publication de la loi. Ils ne peuvent employer que les médecins venant préparer un diplôme de spécialité en France, ce uniquement pour la durée de la formation. (loi n°99-641 du 27 juillet 1999)
1999	Création d'une commission de recours de 10 ans. Deux catégories de médecins peuvent saisir cette commission afin d'acquiescer le plein exercice de la médecine : 1/ Ceux qui ont subi sans succès au moins une fois les épreuves du CSCT; 2/ Ceux qui ont exercé, pendant au moins 10 ans des fonctions médicales dans un hôpital public. La date limite de dépôt des dossiers était le 31 décembre 2003. (loi n°99-641 du 27 juillet 1999 ; arrêté du 20 mars 2002)
1999	Création de la nouvelle procédure d'autorisation (NPA). Elle devient la seule et unique voie d'intégration des PADHUE en France. Initialement prévue en 2002, la 1re session du concours NPA n'a eu lieu qu'en 2005. Chaque année, est publiée une liste des spécialités ouvertes aux PADHUE avec un quota. La NPA se compose en 3 étapes: 1/Un concours composé de plusieurs épreuves; 2/Après réussite du concours, le lauréat doit exercer 3 ans de fonctions hospitalières dans des services agréés; 3/À l'issue des 3 années, le candidat présente son dossier devant une commission en vue d'obtenir l'autorisation d'exercice. Cette procédure n'est plus ouverte. (loi n°99-641 du 27 juillet 1999)
2006	Création de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE). Elle remplace la NPA. La PAE instaure une distinction entre les médecins exerçant en France depuis longtemps et les «nouveaux arrivants». La liste A est ouverte à tous les PADHUE sans condition. Les candidats passent un concours avec de faibles quotas. La liste B est à destination des médecins titulaires d'un diplôme hors UE ayant un statut de réfugié, d'apatride, etc. Les candidats passent un examen où il faut obtenir la moyenne. La liste C est à destination des PADHUE justifiant de fonctions rémunérées dans un hôpital public en France avant le 10 août 2010. Les candidats passent un examen où il faut obtenir la moyenne. Cette procédure a connu plusieurs modifications. (loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 ; décret n°2007-123 du 29 janvier 2007 ; loi n°2012-157 du 1er février 2012)
2008	Création du diplôme de formation médicale spécialisée (DFMS) et du diplôme de formation médicale spécialisée approfondie (DFMSA). Ces diplômes remplacent les AFS/AFSA. Ils sont réservés aux médecins en cours de spécialisation ou déjà spécialistes dans un pays hors UE. Le DFMS dure un maximum de 3 ans et le DFMSA dure un an. Les candidats doivent déposer un dossier auprès de l'Université de Strasbourg ou auprès du service de coopération et d'action culturelle de l'Ambassade de France. Si le dossier est retenu, le candidat est invité à remplir un 2nd dossier en vue d'obtenir une affectation dans une université. Les candidats retenus sont employés comme FFI. Ces diplômes sont actuellement ouverts. (arrêté du 8 juillet 2008)
2012	Prolongement de l'exercice des PADHUE. La dernière session d'examen de la liste C devait avoir lieu en 2011 et les médecins, n'ayant pas obtenu le plein exercice, ne devaient plus avoir le droit de travailler en France à compter du 31 décembre 2011. Finalement, la liste C est prolongée jusqu'en 2016 et les praticiens sans la plénitude d'exercice sont autorisés à continuer à travailler sous leurs statuts actuels jusqu'au 31 décembre 2016. (loi n°2012-157 du 1er février 2012)

Principales sources: <http://www.legifrance.gouv.fr/> ; <http://www.journal-officiel.gouv.fr/> ; Réalisation: Victoire Cottureau (septembre 2014 ©)

Vu, le Directeur de Thèse


Dr Claire PESTRE.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

RADI Marion

171 pages – 1 tableau

Résumé :

Introduction : Un grand nombre de médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'union européenne exercent en France. Les Algériens sont les plus nombreux d'entre eux. Ils représentent quarante pourcent des psychiatres étrangers en France. **Objectif :** Rendre compte des trajectoires individuelles et professionnelles de ces psychiatres algériens, dans leurs formes et dans leurs mises en significations. Les dynamiques politiques, ayant marqué les relations franco-algériennes, et institutionnelles liées à l'exercice de la médecine en France, sont examinées. Les référents culturels intervenant dans la construction des identités professionnelles et les relations de soin sont étudiés. **Méthode :** Méthode qualitative. Quinze entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des psychiatres algériens exerçant en France. Les contenus des entretiens ont permis de réaliser une grille thématique servant à leur analyse. Ils sont interprétés avec la méthode complémentariste. **Résultats :** Ces psychiatres construisent leur parcours entre imaginaire, projets de vie et contraintes structurelles. Leur trajectoire professionnelle est liée à la non-reconnaissance de leur diplôme par l'institution hospitalière française. Leur pratique est empreinte de ces parcours, leur identité culturelle y apparaît d'une manière très cadrée, qu'ils veulent adaptée au contexte français : ils utilisent rarement leur langue maternelle avec les patients maghrébins. **Conclusion :** Les motivations au départ varient. Les plus anciens ont été contraints de quitter une Algérie nouvellement indépendante. Les plus jeunes ont choisi de quitter un pays par manque de perspectives. L'exercice de la médecine apparaît comme un levier à la migration mais pas comme une fin en soi. Leur parcours intègre et révèle l'histoire de la colonisation et de la décolonisation de l'Algérie dont les institutions françaises gardent la trace. Cela s'exprime dans le sentiment d'infériorité et de mise en doute de ces psychiatres.

Mots-clés : psychiatres algériens – PADHUE – médecins étrangers – histoire franco-algérienne – grounded theory – Algérie – migration professionnelle

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Directrice de thèse : Docteur Claire MESTRE
Co-directrice : Madame Isabelle GOBATTO
Membres du Jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT
 Professeur Guillaume BRONSARD
 Docteur Fayçal GOUMEIDANE

Date de soutenance : 15/09/2020