La santé des femmes immigrées d'origine italienne vieillissantes en France

Le familialisme au cœur des perceptions et des modes de gestion

Irène Morra et Catherine Gucher

Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3073>

DOI : 10.4000/hommesmigrations.3073

ISSN : 2262-3353

Éditeur

Musée national de l'histoire de l'immigration

Édition imprimée

Date de publication : 1 janvier 2015

Pagination : 59-65

ISBN : 978-2-919040-30-8

ISSN : 1142-852X

Référence électronique

Irène Morra et Catherine Gucher, « La santé des femmes immigrées d'origine italienne vieillissantes en France », *Hommes & migrations* [En ligne], 1309 | 2015, mis en ligne le 01 janvier 2017, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3073> ; DOI : 10.4000/hommesmigrations.3073

LA SANTÉ DES FEMMES IMMIGRÉES D'ORIGINE ITALIENNE VIEILLISSANTES EN FRANCE

LE FAMILIALISME AU CŒUR DES PERCEPTIONS ET DES MODES DE GESTION

par IRÈNE MORRA, doctorante en sociologie, et CATHERINE GUCHER, maître de conférences, HDR, UMR PACTE, SFR Santé Société, université Pierre-Mendès-France, Grenoble.

Si l'expérience de la vieillesse constitue une épreuve, les façons de la traverser dépendent fortement des supports d'aide formelle et informelle pouvant être mobilisés. Pour les femmes âgées d'origine italienne rencontrées dans l'agglomération grenobloise, l'épreuve revêt une dimension sociale autant que somatique. La problématique du lien est centrale dans leurs évocations. Pour les accompagner, enfants et petits-enfants organisent leur soutien sur un modèle familialiste en bonne intelligence avec les services professionnels.

"Le social traverse le corps de part en part, il n'y a pas de maladie hors du sens social donné par une diversité d'acteurs à des ressentis, des états du corps, en fonction de leur culture d'appartenance ou de référence" Marcel Druhle¹.

Vivre et vieillir en terre d'immigration constitue une expérience à multiples facettes². Mais le vieillissement des femmes migrantes demeure un objet marginal des recherches en sciences humaines. En concevant la maladie comme un "objet métapho-

rique", à savoir un "signifiant dont le signifié est le rapport de l'individu à l'ordre social³", et en recourant à la méthode qualitative du récit de vie, nous souhaitons mettre en évidence la manière dont le discours qui se construit autour de la maladie devient

1. Marcel Druhle, François Sicot, *La Santé à cœur ouvert. Sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Toulouse, Presses universitaires du Mirail, 2011, p. 11. 2. Claudine Attias-Donfut, *L'Enracinement*, Paris, Armand Colin, 2006 ; Rémi Gallou, "Le vieillissement des immigrés en France. Le cas paroxystique des résidents des foyers", in *Politix*, vol. 4, n° 72, 2005 ; Abdelmalek Sayad, *La Double Absence*, Paris, Seuil, 1999, et "La vacance comme pathologie de la condition d'immigré. Le cas de la retraite et de la préretraite", in *Revue européenne de migrations internationales*, vol. 17, n° 1, 2001. 3. Claudine Herzlich, "Médecine moderne en quête de sens : la maladie signifiant social", in Marc Augé, Claudine Herzlich, *Le Sens du mal*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 1984, p. 202.

révélateur du rapport entre l'individu et la société d'accueil et se trouve relié à une relecture du parcours migratoire. Il s'agit d'analyser les représentations de la santé et de la maladie des femmes immigrées âgées qui résident en milieu urbain et font l'expérience d'une fragilité augmentée par la maladie. Le groupe objet de notre étude est composé de femmes originaires d'Italie, atteintes de troubles cognitifs de type dégénératif, qui vivent dans l'agglomération grenobloise où elles bénéficient de services d'aide et de soins à domicile.

Abdelmalek Sayad écrivait que le moment de la maladie marque un point de rupture entre les dimensions individuelle et collective de la trajectoire migratoire et se caractérise par une fragilité augmentée⁴. Est-ce le cas pour ces femmes d'origine italienne ? Que se passe-t-il quand elles commencent à souffrir de troubles cognitifs ? De quelle manière leur perception de ces troubles est-elle influencée par leur expérience de migration ? C'est à ces questions que nous nous proposons de répondre.

La famille au centre du réseau social

La migration féminine italienne en France a été numériquement importante⁵. Elle s'est principalement développée dans l'après-guerre, à l'aube des Trente Glorieuses : la misère régnait dans les campagnes du sud de l'Italie, et l'État français, qui depuis quelques décennies devait faire face à une "stagnation démographique importante"⁶, soutenait

juridiquement l'arrivée de cette immigration de type familial. Pour les ressortissantes d'origine italienne entrées en France après 1945, l'obtention d'une carte de séjour ne se faisait que rarement à partir d'un contrat de travail déclaré. Un statut leur était conféré en tant que "*non-travailleur, ménagère*".

Beaucoup de ces femmes, qui ont aujourd'hui plus de 55 ans⁸, ne sont pas retournées au pays et sont confrontées au vieillissement en terre d'immigration. Si pour les hommes le travail a été principalement le prisme à travers lequel les questions de l'exil, de la souffrance et du vieillissement ont été abordées⁹, on ne peut pas en dire autant pour les femmes. Leur parcours de vie a été objectivement construit et subjectivement élaboré autour de la famille. L'État français prônait un bon accueil des épouses italiennes et de leurs enfants. Mais pour ces femmes, la famille, qui comprenait plusieurs générations, restait la toile de fond des liens sociaux et le lieu primaire d'entraide¹⁰. Ce "familialisme"¹¹ qui a caractérisé leur migration constitue une clef de lecture pour comprendre la façon dont elles ont organisé et géré leur parcours de vie, ainsi que la manière dont elles appréhendent aujourd'hui leur vieillissement et leurs problèmes de santé. Dans le cadre d'un premier travail exploratoire, à travers dix entretiens de type qualitatif menés avec des femmes âgées de 66 à 90 ans et arrivées d'Italie entre 1925 et 1967, nous cherchons à saisir le sens qu'elles donnent à leurs problèmes de santé et éventuellement à leurs troubles cognitifs, ou de mémoire, partant de l'hypothèse

4. Abdelmalek Sayad, *La Double Absence*, op. cit. 5. Voir Suzanne Thave, "Un profil démographique contrasté", in *Plein droit*, n° 39, 1998 ; Sylvie Schweitzer et al., "Regards sur les migrations aux XIX^e et XX^e siècles en Rhône-Alpes", in *Hommes & Migrations*, n° 1278, 2009. 6. Anne-Marie Bianchi, Vincent Costarella, *Les Italiens de Grenoble*, Grenoble, Dardalet, 2005, p. 5. 7. Claire Courtecuisse, "Une politique d'immigration française 'genrée' : les Italiennes et le travail, en Isère dans l'après-guerre", in *Altre Italie*, n° 45, 2012, p. 25. 8. D'après l'Insee, en 2011 les femmes d'origine italienne résidant en France étaient pour 75 % d'entre elles âgées de plus de 55 ans, 82 % en Isère. 9. Voir Abdelmalek Sayad, *La Double Absence*, op. cit. i, et "La vacance comme pathologie de la condition d'immigré. Le cas de la retraite et de la préretraite", op. cit. ; Émile Temime, "Vieillir en immigration", in *Revue européenne de migrations internationales*, vol. 17, n° 1, 2001. 10. On fait ici référence à la famille qui résidait en France avant leur arrivée ou qui les a rejoints après. 11. En recourant au terme "familialisme", nous soulignons le rôle joué par la famille en tant que pôle autour duquel s'organise le quotidien et se tissent les liens de ces femmes. 12. Les entretiens ont été conduits par Irène Morra, qui parle couramment à la fois italien (sa langue maternelle) et français. Au début des entretiens, tous enregistrés et retranscrits, il a été demandé à ces femmes de choisir la langue qu'elles préféraient pour l'entretien. Seulement quatre d'entre elles ont choisi le français, tandis que six ont opté pour l'italien. L'âge moyen des femmes rencontrées est 82 ans. 70 % d'entre elles sont veuves. 70 % vivent à leur domicile, les autres étant hébergées en foyer logement. Toutes sont atteintes de troubles cognitifs de type dégénératif et bénéficient de soins et d'aide à domicile. Cinq sur dix ont acquis la citoyenneté française. Le choix d'analyser une population touchée par des troubles cognitifs de type dégénératif n'est pas un hasard : les fonctions cognitives complexes y sont touchées, mémoire et langage, aspects au cœur des enjeux identitaires des migrants.

que ces perturbations sont de nature à mettre en jeu les dynamiques identitaires également engagées dans les parcours de migration¹².

Troubles cognitifs et solitude

La plupart des femmes rencontrées ne considèrent pas leurs troubles cognitifs comme leur principal problème de santé. Elles ne conçoivent pas leurs difficultés de mémoire ou d'organisation comme une atteinte de leurs fonctions cognitives. Le regard qu'elles portent sur leur santé engage immédiatement la dimension du lien social. Sara, 83 ans, bénéficie d'une aide à domicile pour la préparation des repas et l'entretien de la maison et elle est suivie par le centre de soins infirmiers. Pour elle, ses troubles, sa souffrance, sont à mettre sur le compte de son isolement : *"Moi, je me sens bien. Je n'ai aucune maladie ! La seule, c'est la solitude... C'est ça qui me pèse maintenant. J'étais tellement dans le commerce, avec le monde... Je ne me sens pas de dire : 'Je suis malade.' Le docteur m'a dit : 'Ta tension, ici et là, tout va bien.' J'ai rien ! Mais ce qui m'angoisse, c'est la solitude"*¹³ !

Certaines disent avoir beaucoup souffert de la réduction de leur réseau social au fil du temps. Luisa, 86 ans, établit un lien direct entre le fait de vieillir et le vide qu'elle perçoit autour d'elle : *"Quand on vieillit, on devient seule, c'est plus la même vie"*¹⁴. Pour Addolorata, 88 ans, le monde des voisins et de l'entraide qui existait dans l'immeuble où elle résidait avant contraste avec sa vie actuelle au foyer logement : *"Maintenant que j'habite ici, je ne sors pas. On est loin... on se connaît pas"*¹⁵. Elle a trouvé dans la prière une manière de gérer l'angoisse de la solitude qui la tenaille : *"Le bon Dieu me fait rester toute seule, parce que je pleurais, mais j'avais peur tout de suite, je ne pouvais pas rester toute seule... Je dis : 'Seigneur, protège-moi parce que je suis seule, je suis seule.' Il me reconforte et Il me donne le courage.*

Le Seigneur, c'est mieux que les médicaments." Cette assimilation des problèmes de santé à la souffrance de la solitude génère parfois un déni de la maladie. Lina, 90 ans, affirme que sa santé va bien, *"tous chons du bois"*, alors que sa fille relate les multiples opérations subies par sa mère, son cancer et également ses troubles cognitifs : *"Elle oublie, elle oublie beaucoup de choses. Elle peut vous faire sauter une maison si vous ne faites pas attention, c'est dangereux. Il faut s'en occuper, comme d'un gosse"*¹⁶.

La solitude et l'isolement sont susceptibles de "faire maladie". Les atteintes organiques ou cognitives se trouvent occultées ou mises sur le compte d'une perte de liens qui concerne autant les liens avec les membres de la famille que les liens avec le pays laissé derrière soi.

La perte de la mémoire et les symptômes de la solitude

Qu'est-ce, pour ces femmes, que la santé ? Il semble qu'elles l'apprehendent essentiellement comme un bien-être social, fait de relations et de proximité.

Les mots de Sara sur sa solitude deviennent compréhensibles, par exemple, si on se penche sur la signification des liens sociaux tout au long de sa vie. Il s'agit d'une femme qui a longtemps vécu avec la famille de son mari, qui d'ailleurs était le fils de sa tante : *"On mangeait tous ensemble ! Moi, mon mari, et puis ma belle-sœur avec ses enfants, et la mamie, elle faisait à manger pour tout le monde. Il y avait toujours du monde dans cette maison. J'étais jamais toute seule."*

Sara a joué également un rôle essentiel dans le parcours migratoire de toute la famille : c'est elle qui a "sauvé" sa sœur et ses cinq enfants, aussi bien que son petit frère, en trouvant un fermier français qui les a accueillis. On voit bien que, pour cette dame qui aidait aussi son mari dans la gestion

La plupart des femmes rencontrées ne considèrent pas leurs troubles cognitifs comme leur principal problème de santé.

¹³. Entretien avec Sara, juillet 2014, Grenoble. ¹⁴. Entretien avec Luisa, juillet 2014, Grenoble. ¹⁵. Entretien avec Addolorata, juillet 2014, Fontaine. Dans ce texte, les mots d'Addolorata, Vittoria et Maria ont été traduits de l'italien au français.

¹⁶. Entretien avec Lina et sa fille, juin 2014, Fontaine.

d'une épicerie, ce qui pose problème, ce ne sont pas les oublis, mais le vide, qui petit à petit l'entoure, l'absence. De même, les peurs de Lina, d'après sa fille, concernent l'abandon : *"Si on la met en maison, ma mère se laissera mourir. Elle a toujours eu ses frères et sœurs. Pour elle ça sera, je pense, de l'abandon. Elle le dit : 'Si vous me mettez à la maison, je me tue'."* Au-delà de l'objectivité de la maladie, il y a la composante toute sociale de leur souffrance. On peut alors faire l'hypothèse que pour ces femmes, épouses et mères de famille avant tout, et ayant bénéficié d'un accueil en France en tant que telles, ce qui pose problème, ce ne sont pas les symptômes, mais de continuer à conserver une place sociale et principalement au sein de leur famille.

Les oublis sont banalisés. Vittoria, 83 ans, dit : *"C'est le problème de la vie... Quand on est vieux, la mémoire elle s'en va, elle se perd. C'est naturel : on vieillit et la mémoire vieillit aussi. Moi, je suis contente comme je suis ¹⁷ !"*, et ajoute : *"J'avais quatre fils, trois fils. J'avais Leone, Giulio, Silvana... et trois fils, Silvana, après... euh, j'avais deux mâles. Je dois les compter parce que je perds les phrases. Bon, après il y a les photos qui restent, elles."* Les propos témoignent de l'enjeu essentiel :

Au-delà de l'objectivité de la maladie, il y a la composante toute sociale de leur souffrance.

trouver le moyen de lutter contre l'absence qui pourrait être générée par la perte de repères et de mémoire, alors que les troubles cognitifs ne sont pas considérés comme un problème en eux-mêmes. Les photos permettent de conserver intacte la présence des êtres chers et occupent toujours une place privilégiée dans les salons, avec leurs grands cadres dorés.

Pour Sara, l'approche relationnelle de la maladie est également explicite lorsqu'elle indique à propos des médicaments contre l'angoisse prescrits par son médecin : *"Ça vous aide un peu, mais... vous savez, quand j'ai du monde, ça va tout seul."* C'est pour cette raison que les aides à domicile sont positivement perçues, aussi bien que les infirmières : elles

sont une compagnie, quelqu'un avec qui discuter et auprès de qui se confier. Les services d'aide à domicile ou de soins constituent un rempart contre la maladie dans le sens où ils apportent un soutien relationnel qui fait sens pour les personnes.

Les modes de gestion familiale de la maladie

Dans la totalité des cas, la gestion des aides est assurée par les enfants, tandis que pour les soins quotidiens et les tâches ménagères il existe une complémentarité avec les professionnels. Parler de gestion familiale signifie qu'au-delà des tâches d'organisation ou des interventions, le vieillissement, la dépendance, les troubles cognitifs sont considérés avant tout comme une affaire de famille, même si le recours à des professionnels n'est pas exclu. À l'exception de la nonagénaira Lina et de Luisa, hébergée temporairement chez sa fille, il s'agit d'une *"intimité à distance¹⁸"*, où les parents ne partagent pas le domicile des enfants. Toutefois, ces derniers se rendent quotidiennement, ou presque, au domicile de leur mère, pour la soutenir, pour assurer une présence, apporter les courses. De même, lorsqu'il faut rencontrer les assistantes sociales du centre communal d'action sociale (CCAS) ou les spécialistes, ou encore les responsables des aides à domicile, les enfants se chargent de l'accompagnement et de la gestion des aspects administratifs. Ce type de gestion de la maladie est donc à la fois familiale, dans le sens où il y a *"une volonté d'assurer la totalité de l'aide"* de la part de la famille, et individualiste, dans le sens où l'aide professionnelle peut être – même timidement – envisagée comme le levier de l'autonomisation des générations entre elles, où dominent *"la quête de l'autonomie et donc le recours aux solidarités publiques¹⁹"*.

Si, pour certaines, bénéficier des soins familiaux et déléguer les décisions quotidiennes aux enfants est rassurant et s'inscrit dans la continuité des

17. Entretien avec Vittoria, juillet 2014, Fontaine. 18. Claudine Attias-Donfut, Rémi Gallou, "L'impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale. Représentation de la solidarité familiale par les immigrés âgés", in *Informations sociales*, vol. 6, n° 134, 2006, p. 89. 19. Marcel Drulhe, François Sicot, *op. cit.*, p. 250.

pratiques familiales²⁰, d'autres paraissent souffrir de ce qu'elles perçoivent comme une lente et inexorable privation de leur liberté. Vittoria, par exemple, fait l'expérience de ce qu'elle nomme "un vide" : *"J'allais en vélo. Maintenant, ils m'ont tout enlevé. Je possédais une voiture, ils l'ont vendue, ils l'ont jetée."* Ce qui lui fait dire, par rapport à sa relation avec sa fille aînée qui s'occupe d'elle : *"Je suis plus contente d'être à côté de ma fille qu'avec mes sœurs, mais avec mes sœurs je me sens plus libre. Parce qu'avec ma fille, il faut faire ce qu'elle veut."* Ainsi l'emprise familiale n'est pas toujours acceptée, même si elle est souhaitée.

Demander l'aide d'un membre de la famille, surtout pour ce qui concerne l'intimité du corps, se révèle en tout cas moins gênant qu'avoir recours à un professionnel : *"Avec quelqu'un d'autre, une étrangère, je me sens plus gênée qu'avec ma belle-fille ou ma famille"*, nous dit Sara. Il s'agit d'un modèle familial qui n'a pas encore totalement intégré l'effacement des rôles parentaux verticaux²¹ et dans lequel l'autorité parentale demeure difficilement contestable, quels que soient l'âge et l'état de santé des ascendants. Ce qui caractérise en outre les récits de ces dames est l'interprétation toute relationnelle de l'aide apportée par les professionnels. L'accomplissement d'une tâche concrète n'est qu'un prétexte. Ce qui s'avère important, c'est la possibilité de recréer, à l'intérieur d'un domicile qui est pour toutes un lieu de vie d'où elles ne sortent presque jamais, un tissu de relations qui puisse être en mesure de se substituer à ce réseau manquant de fils, petit-fils, frères et sœurs, tantes et oncles : *"Dans le fond... c'est bien, parce que, pendant qu'elle me lave, on discute"*, nous dit Lina, tandis que pour Luisa : *"L'autre jour, il manquait les médicaments de ma fille, elle [l'infirmière] a dit : 'J'y vais moi à la pharmacie.'"*

Tous les professionnels de santé que ces femmes rencontrent plus ou moins quotidiennement jouent un rôle fondamental en tant que remplaçants des figures familiales, pour pallier les absences liées à la distance ou le fait que les enfants ne leur rendent

visite que le soir ou un jour sur deux : les soins corporels deviennent alors un prétexte pour bénéficier d'un échange relationnel. Les professionnels deviennent des prolongements de la cellule familiale amputée par la migration. Dans leur positionnement face à l'aide apportée par leurs enfants, le souci de la préservation des rôles familiaux traditionnels est présent.

La position de protectrice de la famille qui a été la leur lors du parcours migratoire s'exprime encore lorsqu'elles recourent à l'aide de leurs enfants. La crainte de peser sur les enfants génère chez elles une certaine culpabilité et elles expriment également une forte préoccupation pour le bien-être des "gosses". Ainsi, Sara : *"Mon fils vient tous les soirs rester avec moi. Mais comme je dis, moi, ça m'embête... Lui, il a sa maison, sa femme aussi, je suis gênée."* Pour Giovanna et Luisa, la question est différente : toutes les deux ont des filles avec des troubles psychiques. Si Giovanna bénéficie de l'aide de son fils aîné qui l'accompagne aux visites médicales et lui rend souvent visite, pour Luisa, pas question de se préoccuper d'elle-même : elle assume encore un véritable rôle de chef de famille. Quand on lui pose une question sur sa gestion des soins, elle nous répond : *"Qu'est-ce que vous voulez ? Je voudrais seulement que ma fille guérisse, c'est tout ! Qu'elle reste tranquille avec ses enfants."* C'est pour cette raison qu'elle vit provisoirement avec sa fille et ses deux petits-fils.

Le système familial fonctionne ainsi symboliquement et concrètement comme un axe central d'organisation de la prise en charge des problèmes de santé et des difficultés dans le quotidien.

Le paradoxe d'un familialisme ouvert

L'immigration italienne en Isère, sûrement l'une des plus anciennes, a connu plusieurs vagues. Pourtant, les historiens soulignent que si dans leur cas on peut parler d'"intégration"²², pour les Italiens

20. Simone Pennec, "Les configurations filiales face au vieillissement des ascendants", in *Empan*, vol. 4, n° 54, 2003.

21. François De Singly, *Sociologie de la famille contemporaine*, Paris, Armand Colin, 2007. 22. Il y a un long débat autour du recours à ce terme. Nous avons choisi de l'utiliser au sens d'Abdelmalek Sayad, comme "un processus qui consiste, idéalement, à passer de l'altérité la plus radicale à l'identité la plus totale". Abdelmalek Sayad, *La Double Absence*, op. cit., p. 307.

qui décidèrent de s'établir en France, le processus a été long et pavé d'"expériences douloureuses"²³. Les témoignages recueillis, qui relèvent de la troisième vague migratoire, celle de 1945 à 1975²⁴, s'accordent quant aux difficultés de la vie quotidienne, surtout pour le logement et l'apprentissage de la langue. Ainsi, Addolorata, arrivée à Grenoble en 1945 avec deux enfants en bas âge : "*Quand je suis arrivée ici, j'ai trouvé une maison toute petite et toute noire, avec rien dedans, ni literie, ni rien ! Et je pleurais, oh, là, là, j'étais en train de devenir folle !*" Et Maria, 89 ans : "*Au début, c'était un peu dur, parce que, quand on ne connaissait pas... ni parler, ni connaissances, c'était dur*"²⁵. Elles gardent cependant de bons souvenirs de l'accueil reçu. Addolorata nous dit : "*Les voisins français qui habitaient à côté, ils étaient vraiment gentils. Ils avaient de la peine, j'avais les petits.*" De même, Maria affirme : "*Les Français, vous savez, ils sont gentils.*" Dans les récits des femmes rencontrées, on ne trouve pas de témoignages de racisme ou d'intolérance. Il peut s'agir d'une tentative de minimiser les difficultés rencontrées avec les autochtones, de défendre une image positive de leur parcours migratoire, mais leur habilité à tisser des bonnes relations de voisinage et le fait d'arriver dans un territoire à forte présence italienne ont été sûrement importants²⁶.

La durée de vie en France et l'acquisition de la nationalité française jouent un rôle majeur dans leur relation avec l'État français et dans leur positionnement vis-à-vis des institutions. Elles se jugent généralement sujets de droit, du point de vue social et sanitaire, et ce d'autant plus lorsqu'elles ont acquis la citoyenneté française. La moitié d'entre elles l'ont obtenue depuis longtemps, suite au mariage ou

quand les enfants étaient en bas âge. Et même celles qui ne l'ont pas ont, à un moment donné, désiré l'acquiescer : un désir non partagé par leurs époux, qui souhaitent garder la citoyenneté italienne.

On peut affirmer que, dans leur cas, il s'agit d'une migration réussie²⁷ : émigrées pour fuir la famine et le manque de travail, elles ont acheté une maison avec leur conjoint (neuf sur dix), leurs enfants ont eu le bac ou un diplôme universitaire, et elles sont maintenant grands-mères et arrière-grands-mères. La présence de leur famille sur le sol français, à plus ou moins grande distance de leur propre lieu de résidence, fait que l'Hexagone est plus investi que l'Italie du point de vue affectif. Depuis des années, elles ne retournent plus au village où elles ne connaissent plus personne, et seulement l'une d'entre elles exprime le désir de revenir dans sa région natale pour rencontrer ses sœurs, qu'elle voit de moins en moins du fait de leur âge. Les autres, maintenant pour la plupart veuves, n'ont jamais envisagé de rentrer définitivement au pays. On peut donc parler d'une socialisation secondaire²⁸ qui a eu lieu au sein de la société d'accueil.

Pour les femmes italiennes et leur famille qui sont arrivées en France dans l'après-guerre, on peut parler d'une double logique d'intégration : le désir de ces femmes de s'établir durablement dans le pays d'accueil, de bien parler la langue et de s'intégrer a été fortement soutenu du point de vue institutionnel. Les politiques d'inclusion ont été pour les immigrés italiens et leurs familles plus marquées que pour n'importe quel autre groupe de migrants : en 1947, par exemple, le ministère de la Population s'engageait "à prendre en charge financièrement la venue en France des familles des ouvriers italiens"²⁹.

Source primaire d'entraide dans un contexte nouveau et dépayçant, la famille est au cœur de

Tous les professionnels de santé que ces femmes rencontrent plus ou moins quotidiennement jouent un rôle fondamental en tant que remplaçants des figures familiales.

23. Pierre Milza, "L'intégration des Italiens en France : 'miracle' ou vertu de longue durée ?", in *Pouvoirs*, n° 47, 1988, p. 109.

24. Schweitzer, on distingue quatre : 1789-1914, 1914-1945, 1945-1975, 1975 à nos jours. Voir Sylvie Schweitzer et al., *op. cit.*, p. 35).

25. Entretien avec Maria, juillet 2014, Grenoble. 26. Nous avons néanmoins recueilli, en dehors du groupe objet de cette contribution, des témoignages de personnes d'origine italienne qui ont francisé leur patronyme en début d'immigration afin d'éviter l'étiquette de « Rital ». 27. Caractérisée par l'ascension économique et la mobilité sociale de la deuxième génération (Pierre Milza, "L'intégration des Italiens en France : 'miracle' ou vertu de longue durée ?", *op. cit.*). 28. Voir Bernard Lahire, "Socialisation, sociologie", in *Encyclopædia Universalis* [en ligne], consulté le 24/09/2014. URL : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/socialisation-sociologie/>. 29. Alexis Spire, "Un régime dérogatoire pour une immigration convoitée. Les politiques françaises et italiennes d'immigration/émigration après 1945", in *Studi Emigrazione/Migration Studies*, vol. XXXIX, n° 146, 2002, p. 7.

chaque histoire de vie et constitue le prisme à travers lequel se raconter et donner du sens aux événements. Tout se passe comme si l'intégration citoyenne et le rapport aux services publics et à l'État n'apportaient pas une autonomisation à l'égard de la famille mais ne pouvaient au contraire se réaliser qu'en s'inscrivant dans une trame familialiste. La famille fonctionne comme un symbole essentiel de la culture et du pays d'origine et en même temps comme un support de socialisation dans le pays d'immigration. On en trouve un exemple dans ces mots de Vittoria : *"Ah, les amies... il est difficile avoir des amies... j'ai des connaissances, mais pour les amies, il y avait, il y a la famille. La famille, c'est le noyau le plus dur"*, et de Maria : *"La famille, c'est la famille."*

Dans ce contexte de réussite s'insère le recours aux aides professionnelles : les tâches assurées par les infirmières, les aides-soignantes et les aides à domicile s'inscrivent en parallèle du soutien des proches, qui demeurent le premier maillon de l'aide. On découvre donc une famille qui n'est pas repliée sur elle-même, qui a été capable tout au long de son histoire de bénéficier du soutien qui pouvait venir du tissu social et des institutions socio-sanitaires. Il est donc logique pour ces femmes de recourir, par exemple, au centre de soins infirmiers, en continuité avec les soins dispensés par leur médecin traitant. Il en est de même avec les aides à domicile, même si la fréquente rotation du personnel les perturbe, parce qu'elle empêche la création d'une confiance et d'une continuité jugées fondamentales.

Néanmoins, il faut préciser que même à l'intérieur des familles très soudées, les femmes que nous avons rencontrées souhaitent garder le plus d'autonomie possible, du point de vue concret ou symbolique³⁰. Même dans la maladie la hiérarchie familiale n'est pas inversée : les mères continuent à occuper un rôle de premier plan et ne souhaitent pas y renoncer. Cette spécificité, qui contrecarre les

travaux multiples concernant le renversement des rôles familiaux en cas de dépendance et de troubles cognitifs, souligne tout à la fois la dimension culturelle de ces histoires familiales et le rôle de la trajectoire de migration dans laquelle ces femmes ont constitué un support essentiel pour la socialisation des enfants.

Conclusion

En accord avec Claudio Bolzman, nous pensons que *"les modalités d'incorporation des migrants sont influencées dans une large mesure par les instances qui définissent les règles du jeu, à savoir les États récepteurs"*³¹. Pour les femmes d'origine italienne arrivées en France dans l'après-guerre, on peut parler d'une intégration soutenue par l'État français, qui a contribué à la réussite du parcours migratoire. Pour celles d'entre elles qui font l'expérience d'une fragilité liée à l'apparition de troubles cognitifs, une lecture relationnelle de la maladie semble possible. Elle fait apparaître que ce qui pose problème est plus la réduction du réseau social suite aux difficultés survenues et aux différents parcours de vie des membres de la famille, que le symptôme en tant que tel. Et elles ont le même mode de lecture de leur prise en charge : dans l'interaction entre la solidarité interne de la famille et celle externe de la solidarité publique se concrétise un dialogue entre deux pôles, celui du privé et du social, qui a fortement marqué leur vie.

Ces femmes ont toujours envisagé de vieillir en terre d'immigration, comme si cette étape représentait la réussite de leur parcours migratoire, tandis que le retour au pays natal constituerait une rupture et un échec. Cela est bien symbolisé par Luisa, qui n'a rien laissé au hasard en décidant d'acheter une tombe dans le cimetière de Grenoble : *"Si je m'en vais demain, elle est déjà là, ma tombe. Alors, qu'elle m'attende."* ■

30. Par exemple, pour ce qui est du symbolique, pour Lina (hébergée chez son fils) et pour Vittoria (en foyer logement), il est très important de savoir qu'elles gardent un appartement dont elles sont propriétaires en ville, pour y retourner au "cas où".

31. Claudio Bolzman, "Politiques migratoires, droits citoyens et modes d'incorporation des migrants et de leurs descendants aux sociétés de résidence : une typologie", in Manuel Boucher (dir.), *Ethnicisation et discriminations*, La Tour-d'Aigues, éd. de l'Aube, 2005, p. 195.