

PERSONNES ÂGÉES IMMIGRÉES: QUELS BESOINS PSYCHO-SOCIAUX ET QUELLES PERSPECTIVES DE SOUTIEN?

Claudio Bolzman

HETS/HES-SO-Genève

Présentation à la Journée d'études de Migratio,

Berne, le 18 septembre 2012

Les immigrés vieillissent comme tout le monde, sauf que parfois on l'oublie. On pense qu'ils seront éternellement des personnes actives.

Or, avec l'âge ils connaissent des problèmes de santé et de diminution ou perte de leur autonomie. En particulier, ils ont eu des vies plus dures que la moyenne pour des raisons diverses sur lesquelles je reviendrai plus loin. En tout cas, ils prennent de l'âge, du point de vue physiologique, plus vite que d'autres populations.

Ils ont des besoins de *care*, informel (famille, bénévoles) ou institutionnel (services socio-gériatriques).

Qui s'en occupe dans ce cas? Telles sont les thématiques centrales abordées dans cette présentation.

La notion de care

J'ai mentionné la notion de *care*, terme anglophone difficile à traduire. Il se réfère à la fois aux soins, à la prise en charge et à l'affection. Il s'agit donc des activités et relations relatives à la prise en charge des situations de dépendance. Le care implique un travail mental, émotionnel et physique en vue d'assurer le bien-être de la personne bénéficiaire.

Plan de la présentation

Après avoir examiné les questions de santé, les questions traitées ici seront les suivantes :

Les familles issues de l'immigration ont-elles la possibilité et la volonté de s'investir dans le *care* de leurs aînés?

Est-ce que les aînés qui ont besoin d'aide souhaitent que leurs proches s'y consacrent de manière significative à leur *care*?

Quels sont les rôles respectifs de la famille, des professionnels, des bénévoles concernant le *care* des personnes âgées immigrées?

Le matériel empirique

Une recherche fournit surtout des éléments sur la problématique:

L'étude MEC (Minority Elderly Care), réalisée dans le contexte du 5ème Programme cadre de l'Union européenne. Il s'agit d'enquêtes par questionnaire auprès d'un échantillon par quota de 290 Espagnols, Italiens et des personnes issues de divers Etats de l'ancienne Yougoslavie¹ ; de 93 cadres et professionnels d'institutions pour personnes âgées, de 25 dirigeants et professionnels d'ONG et associations d'immigrés à Bâle et Genève (Bolzman et al., 2004).

Une étude complémentaire fournit aussi des informations intéressantes:

L'Etude PRI (Préretraités immigrés) dans le cadre du Programme national suisse de recherche sur la Vieillesse. Il s'agit d'une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de 442 Espagnols et Italiens âgés de 55-64 ans à Bâle et Genève (Bolzman et al, 1999)

Les enquêtes MEC et PRI nous fournissent des informations sur les conditions de vie des immigrés âgés (situation économique, logement, état de santé, situation familiale)

¹ Il s'agit de personnes provenant principalement de la Bosnie, du Kosovo et de la Serbie. Les répondants issus de la Croatie, de la Macédoine, du Monténégro, de la Slovénie étaient très minoritaires dans l'échantillon. Dans l'idéal on devrait différencier les trajectoires de ces populations. Vu la taille réduite de l'échantillon (95 personnes), pour des raisons statistiques, nous les traitons ensemble, sachant qu'il y a un risque de schématisation.

Elles nous donnent aussi des informations sur le soutien effectif et potentiel apporté par la famille en cas des problèmes de santé ou de perte d'autonomie

L'enquête MEC fournit des données sur l'évaluation du soutien apporté par la famille et sur les attentes par rapport aux services des immigrés âgés.

Elle fournit aussi des informations sur les perceptions des cadres et des professionnels des services socio-gériatriques et socio-sanitaires concernant la prise en charge des personnes âgées immigrées.

Questions de santé

Tout d'abord abordons les questions relatives à la santé. Deux auteurs, Bollini et Siem (1995) parlent d' *exhausted migrant effect* pour évoquer le fait que les immigrés sont usés précocement dans leur corps et parfois aussi mentalement.

Ainsi, Les immigrés âgés ont davantage de problèmes de santé que la moyenne de la population résidente des mêmes classes d'âge.

Les raisons principales sont liées à des trajectoires de vie plus précaires, aux types des travaux exercés (construction, nettoyage, etc.), ou aux traumatismes liés à la violence dans le pays d'origine et à la précarité juridique et sociale, parfois pendant des années dans la société d'accueil.

Trois indicateurs nous permettent d'observer ce phénomène: santé autoévaluée, santé fonctionnelle et santé mentale.

La santé autoévaluée est un indicateur assez fiable de l'état de santé de la personne. Il est bien corrélé avec d'autres indicateurs de santé plus « objectifs ». Sur ce plan, les chiffres nous montrent que le pourcentage de malportants est plus élevé chez les personnes âgées immigrées que chez les personnes âgées suisses ou que l'ensemble de la population résidente des mêmes classes d'âges. Partout en Europe on observe les mêmes tendances. Par exemple le pourcentage de personnes que considèrent leur état de santé comme mauvais ou très mauvais chez les Italiens et les Espagnols âgés et trois fois plus élevé que chez les Suisses âgés.

Un deuxième indicateur concerne la santé fonctionnelle. Nous avons demandé aux enquêtés s'ils pouvaient faire sans difficultés les activités suivantes : Marcher dans la chambre, s'habiller, se baigner, manger, utiliser les toilettes, se lever du lit, préparer des repas chauds, faire des achats, faire un téléphone, prendre des médicaments, gérer son argent, activités modérées, monter des escaliers. Nous avons fait l'addition des personnes qui avaient des difficultés. On constate que les Suisses, pourtant plus âgés, ont moins des difficultés que les Espagnols et les Italiens, et surtout que les personnes issues des Etats de l'ancienne Yougoslavie.

Enfin, il y a un indice de bien être psychique. La question posée était : Comment vous vous êtes senti les 4 dernières semaines: calme et tranquille; avec beaucoup d'énergie; découragé et sans envie? L'Indice de trois questions montre aussi des différences semblables que pour l'indicateur précédent.

D'autres questions concernant le sentiment de profiter de la vie, l'auto-estime, la qualité de vie donnent les mêmes résultats.

Bien entendu, les immigrés âgés ne constituent pas une population homogène. On voit des différences d'état de santé au sein de la population italienne et espagnole, comme le montre la recherche PRI :

Caractéristiques des personnes en bonne santé (46% de l'échantillon): proportionnellement plus nombreuses à être détentrices d'un diplôme post-obligatoire, à connaître une situation financière jugée acceptable; à utiliser la langue locale dans leurs loisirs, à compter, en cas de maladie, sur l'aide concrète d'un réseau qui, outre la famille, s'étend aux amis et/ou voisins

Caractéristiques des personnes qui touchent une rente AI (12%), celles en plus mauvaise santé: les personnes sans certificat primaire sont surreprésentées, elles connaissent une situation financière précaire, utilisent plutôt la langue du pays d'origine dans leurs loisirs et en cas de maladie disposent d'un réseau exclusivement familial.

Soutien attendu

Quel type de soutien attendent les personnes âgées immigrées de leurs familles, des professionnels ? Bien entendu, il s'agit d'une situation encore largement hypothétique, mais qui permet l'expression d'attentes.

Les résultats de la recherche MEC montrent que le soutien de la famille est très important lorsqu'on ne pourra plus vivre de manière autonome, mais l'on souhaite rester chez soi et bénéficier aussi du soutien des professionnels.

On souhaite clairement rester chez soi, plutôt qu'aller habiter chez d'autres membres de la famille ou dans un EMS, même culturellement adaptée. Une majorité d'Italiens et des personnes provenant des Etats de l'ancienne Yougoslavie souhaitent être pris en charge chez eux par la famille, mais presque autant par des professionnels, ce que suppose un rôle plus important pour les services d'aide et de soins à domicile. Mais une étude de Bâle montre que nombreux immigrés pensent que la seule alternative serait de choisir entre famille et EMS. Il y a un manque d'information dans le domaine.

Dans la recherche MEC nous avons demandé également aux personnes quels soutiens elles avaient en cas de problèmes de maladie, émotionnels ou de solitude (trois questions différentes).

Le soutien par la famille en cas de problèmes émotionnels ou de solitude est présent chez 50% des répondants (les trois groupes « nationaux » sont proches). Le soutien par la famille en cas de maladie est de plus de 70% dans les trois groupes,

En revanche le degré de satisfaction avec le soutien varie selon les groupes: 85% chez les Espagnols et Italiens ; 51% chez les personnes issues des Etats de l'ancienne Yougoslavie.

Par ailleurs, seules 31% des personnes issues des Etats de l'ancienne Yougoslavie estiment recevoir toute l'aide dont ils ont besoin en cas de problèmes, ce qui est le cas de 61% des Espagnols et 85% des Italiens.

Comment expliquer ces différences de satisfaction avec le soutien ? Les personnes issues des Etats de l'ancienne Yougoslavie, en particulier celles en provenance de Bosnie et du Kosovo sont surreprésentées parmi celles qui connaissent des problèmes de santé physiques et émotionnels. Elles ont pu expérimenter davantage que d'autres les limites du soutien familial.

Le réseau de soutien déploie plus efficacement ses effets positifs en cas de coup dur que face à une sollicitation durable (Coenen-Huther, 1994; Thoits, 1995), comme lors des maladies chroniques.

Le réseau mobilisable est davantage concentré sur la famille chez les personnes issues des Etats de l'ancienne Yougoslavie, source de protection mais également de sollicitations et de conflits (Meyer-Fehr, 1998). Ces tensions peuvent être exacerbées par des conditions juridiques, matérielles et de logement plus précaires (revenu, densité, etc., ce qui pourrait être le cas : 22% de personnes issues des Etats de l'ancienne Yougoslavie ont un revenu du ménage égal ou inférieur à CHF 1'500 par mois, ce qui est le cas de 8% d'Espagnols et 2% d'Italiens. Et 22% de personnes issues des Etats de l'ancienne Yougoslavie estiment leur logement trop petit par rapport à 8% d'Espagnols et 4% d'Italiens, ce qui reflète des conditions de densité plus élevées dans leur logement.

Une vulnérabilité plus grande, un manque de diversité du réseau social, une dépendance trop grande de la famille pour faire face à cette vulnérabilité (il y a notamment chez les Bosniaques et les Kosovars une proportion plus élevée des personnes arrivées en Suisse à un âge avancé, plus de personnes qui parlent exclusivement la langue du pays d'origine) et une difficulté d'accès ou une surexposition à l'aide institutionnelle peuvent expliquer l'insatisfaction avec le support social.

Ces explications sont étayées également par une autre recherche que nous avons fait sur le Regroupement familial des ascendants: les personnes âgées, sans réseau social, ne maîtrisant pas la langue du pays de résidence se trouvent confrontées à une plus forte dépendance familiale dans la vie quotidienne et aussi à plus de tensions intrafamiliales (Bolzman et al., 2008).

Rôle des services socio-gériatriques

Est-ce que les services socio-gériatriques pourraient jouer un rôle complémentaire par rapport aux familles ?

La recherche MEC montre que les services socio-gériatriques sont peu sollicités, alors que beaucoup de personnes âgées immigrées pourraient en avoir besoin.

Ainsi, la moitié des EMS ont au plus 10% d'immigrés âgés parmi leurs usagers; il en va de même pour les foyers de jour, et c'est encore le lot de 3 services

d'aide/ de soins à domicile sur 4. Seuls les unités hospitalières et les services sociaux sont sollicités plus régulièrement par les immigrés âgés.

Les cadres et les professionnels des institutions reconnaissent que les immigrés âgés sont sous représentés dans leurs services par rapport à leur nombre dans la population. Ils s'empressent d'ajouter qu'ils sont «ouverts à tout le monde».

Comment expliquent-ils cette sous- utilisation? Ils l'attribuent surtout au fait que « la famille et la communauté s'occupent des leurs ». Ils ajoutent les difficultés linguistiques des immigrés âgés, leur méconnaissance des services.

Seulement après ils mentionnent leurs propres difficultés: complexité des institutions et des procédures, manque d'informations dans différentes langues, coûts de certains services non couverts par les assurances de base.

De plus, lorsque nous avons demandé si leur service prenait des mesures pour faciliter l'accès aux personnes âgées immigrées, il y a très peu de mesures concrètes : elles consistent surtout dans une meilleure formation du personnel à la diversité culturelle.

Remarques conclusives et pistes d'action

De l'analyse que nous avons faite, nous constatons quelques problèmes récurrents :

- Délégation trop importante aux familles. En effet, même si la famille est bien présente, celle-ci ne peut pas toujours répondre de manière adéquate aux besoins des aînés, sans l'aide des professionnels et/ou des bénévoles
- Attitude proactive peu développée par les services
- Modèles de la vieillesse pas assez diversifiés. On reste à des modèles institutionnels et culturels « types » qui laissent de côté les catégories minoritaires
- Surcharge dans les services et pas assez de personnel pour faire face à des demandes « différentes ».

A partir de là, on peut évoquer au moins certaines pistes de réflexion en vue d'une amélioration de la qualité du *care* :

- Nécessité d'être plus attentif aux besoins et aux demandes des personnes âgées immigrées et de leurs familles. Ceci implique un effort de développement des partenariats avec les familles en vue d'interventions complémentaires qui permettent de les décharger de certaines tâches
- Nécessité de travailler avec des modèles plus diversifiés de la vieillesse et de la famille, permettant de prendre en compte des réalités plus variées.
- Nécessité de consacrer plus de temps à l'écoute des personnes âgées et à la relation avec celle-ci et non seulement à l' « efficacité de la prise en charge ».

Référence bibliographique

Bolzman C. 2012, "Democratization of ageing: also a reality for elderly immigrants?" in European Journal of Social Work, 15, 1, pp. 97-113.