
Quelle aide à domicile possible pour les migrants vieillissants ?

Marie-Pierre PENET *

L'aide à domicile en direction des migrants vieillissants. C'est l'une des questions les plus importantes sur laquelle la CRAM Rhône-Alpes a mené une enquête. Sont ici repérées les caractéristiques du public concerné, les difficultés liées à son maintien à domicile et les réponses expérimentales tentées par les associations.

La Caisse Régionale d'Assurance Maladie «Rhône-Alpes» a souhaité mener une recherche par l'intermédiaire de son service social, visant à connaître les modalités de l'aide à domicile en direction des migrants vieillissants.

Cette interrogation a concerné les retraités originaires du Maghreb, hébergés en foyer. La difficulté du maintien à domicile des résidents vieillissants a été depuis plusieurs années soulevée par les gestionnaires de foyers et les associations oeuvrant en direction de cette population. Ce phénomène est de plus en plus apparent du fait de l'accroissement actuel du nombre de migrants vieillissants, qui ne fera que s'accroître dans les prochaines années.

Depuis une dizaine d'années, les observations faites par les associations concernent principalement : l'accroissement des difficultés liées à la maladie et à l'accès aux soins d'une part, et l'augmentation des problèmes liés au vieillissement et à l'apparition de la dépendance, d'autre part.

Vieillir en France

L'immigration maghrébine a été essentiellement masculine (78 % d'hommes pour la tranche d'âge de 55 à 64 ans chez les maghrébins résidant en France, contre 47 % pour la population italienne). Il s'agit donc de personnes qui vont affronter le vieillissement, la maladie et le handicap, seules. Il s'agit aussi d'une génération oubliée, qui est restée et a vieilli sans qu'on s'aperçoive de sa présence, parce qu'elle n'était pas source de conflit.

L'étonnement de la société qui découvre aujourd'hui les «vieux» migrants vient également de

* *Anthropologue, CRAM Rhône-Alpes, Lyon*

l'incompatibilité de la représentation de retraité et de celle de migrant. Le retraité migrant lui, est confronté directement et intimement à cette contradiction entre statut de migrant et statut de retraité. Même s'il a été dans une situation d'inactivité avant son passage en retraite (du fait du chômage, ou d'une invalidité), cette situation pouvait être vue comme provisoire. Le statut de retraité est lui définitif, et est censé entraîner un choix de vie : partir au pays ou rester en France, choix souvent impossible. Le retraité maghrébin vieillissant en France constate un décalage entre ce qu'il vit en tant que retraité et migrant et ce qu'il pouvait espérer s'il était resté dans son groupe social : être respecté en tant qu'ancien, et reconnu dans son expérience de la vie.

Les études faites semblent montrer que le sentiment d'être vieux apparaît tôt chez des migrants, sans être lié forcément à la retraite puisqu'au contraire de la plupart des Français, les migrants travaillent jusqu'à un âge avancé afin d'avoir des droits complets. Le retour impossible se concrétise souvent, tant que l'état de santé le permet, par le fait d'alterner résidence en France et retour temporaire au pays.

Caractéristiques des résidents migrants retraités

* **Le vieillissement précoce** lié à des conditions de vie précaires (mauvaise nutrition) à la situation d'exil en elle-même, et aux souffrances psychologiques qu'elle induit. Il peut être accentué également par l'absence de pratiques de prévention dans la population migrante. Cette dernière ne consulte en effet le plus souvent qu'en cas de maladie déclarée ou de souffrance importante, ou encore en cas d'urgence.

* **L'isolement** : l'avancée en âge et les pertes d'autonomie successives rendent l'isolement du migrant «célibataire» d'autant plus problématique que l'option de la politique gérontologique est basée actuellement en France sur le maintien à domicile. Ce dernier est axé sur une prise en charge globale s'articulant autour de l'intervention de professionnels intervenant au domicile et de la famille souvent aidant principal et pivot de l'organisation du maintien à domicile. Cette option n'est pas adaptée à la population vieillissante vivant en foyer. L'isolement est aussi accentué par la mauvaise maîtrise fréquente de la langue française.

* **Les difficultés d'accès aux soins** : les migrants font essentiellement appel, soit au médecin généraliste, soit aux services d'urgence. Ceci était le fait, il n'y a pas si longtemps de la société rurale, du monde ouvrier, et l'est à présent des groupes précarisés. Ces deux pratiques comportent l'avantage de la simplicité d'accès, de la rapidité, et a priori de l'efficacité de la réponse médicale. Cependant, deux tiers des migrants (dont 53 % sont des retraités) n'ont pas de médecin traitant, ceci s'expliquant par différentes raisons :

- l'appartenance d'origine à une société traditionnelle et rurale où le recours au médecin n'est pas une pratique banale,
- la difficulté de prendre rendez-vous par téléphone pour des personnes maîtrisant mal le français,
- la faiblesse des revenus rendant l'achat de certains médicaments ou prothèses impossible ou différé dans le temps,
- la quasi-impossibilité pour un illettré de suivre une prescription médicale.

Pour les migrants résidant en foyer, le choix d'un médecin généraliste passe très souvent par l'intermédiaire d'un responsable du foyer, qui a pour habitude souvent de s'adresser à un seul médecin, ce dernier devenant ainsi le médecin «référént» du foyer. Les autres professionnels entrant régulièrement au foyer, telle qu'infirmière et parfois aide ménagère à domicile sont souvent des référents connus et reconnus. Le lien social semble être une condition nécessaire à l'intervention durable à domicile de tout professionnel.

- * **La précarité**. Les causes en sont diverses :
- précarité liée au lieu (délabrements importants),
 - précarité liée au mode de logement avec l'antagonisme entre la vie en collectivité et la préservation de l'intimité,
 - précarité liée au handicap rendant la préparation de nourriture, ou l'entretien de la chambre difficiles
 - précarité liée à la nécessité d'économie : repas frugal, restriction de différents postes de dépense ;
 - précarité liée au faible montant des revenus : retraite calculée sur des salaires soumis à cotisations faibles dû au manque de qualification, reconstitution incomplète de carrières, absence fréquente de retraites complémentaires.

* **L'inadaptation des conditions de vie** : l'ensemble des foyers, à de rares exceptions près, sont incompatibles avec l'accueil de personnes handicapées ou vieillissantes : chambres étroites, sanitaires inadaptés, étages non desservis par ascenseur, absence de téléphone personnel, séparation des différents lieux de vie. Une personne à mobilité réduite se heurte également à la dissémination des espaces nécessaires à sa vie quotidienne, avec des espaces collectifs qu'elle ne peut de plus en plus s'approprier. Les résidents sont de plus en plus confrontés à un changement progressif mais cons-



tant de population : les foyers accueillent en effet de plus en plus des populations précarisées, intéressées par les types de logement proposés à titre temporaire. La coexistence de ces deux populations dont le seul point commun est une certaine précarité est parfois difficile. Ceci peut renforcer le sentiment d'isolement de certains migrants.

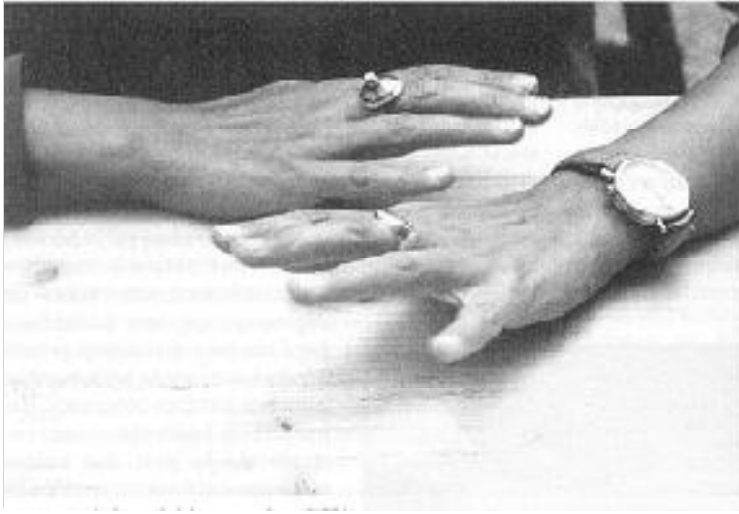
Le sentiment d'isolement peut être renforcé par le passage en retraite. En effet, celui-ci rend au migrant une liberté par rapport à un choix de maintien ou non dans l'exil, choix qu'il ne peut effectuer en fait de par son adhésion à des représentations culturelles contradictoires. Le statut de retraité peut d'autant moins être intériorisé comme tel que le temps de salariat pris en compte lors de la liquidation des droits est éloigné du temps réel.

Repérage des difficultés liées au maintien à domicile

Dans les années 1980, les gestionnaires de structures d'hébergement pour migrants ont constaté les difficultés posées par le vieillissement de leur public. La plupart mettent ponctuellement en place différentes solutions : aide au ménage individuel par le personnel de nettoyage, préparation du repas par le responsable... Ces aides sont des solutions temporaires de dépannage qui sont possibles : par l'absence d'une trop grande dépendance, par le petit nombre actuel de retraités concernés, par un certain bénévolat : soit entraide de la part des autres résidents, soit travaux supplémentaires pour un ou des membres du personnel. Le point commun de ces aménagements est de reposer sur la confiance et la connaissance réciproque.

Parfois, un passage à l'intervention de professionnels (services d'aides ménagères) est possible. Il semble se faire plus facilement lorsque l'aide ménagère est connue par l'ensemble des résidents. Les responsables de foyers sont eux-mêmes confrontés à différentes limites :

- La limite de l'aide que l'on peut apporter à une personne dépendante en foyer par rapport à une exigence de sécurité.
- Le fait que les foyers de migrants ne sont pas habilités à héberger des personnes âgées, l'hébergement définitif de celle-ci relevant de dispositifs spécifiques.
- Les limites imposées par la qualification du personnel, son nombre, et sa connaissance des clientèles.
- La difficulté d'orienter les résidents dépendants vers des structures adaptées à cette population, sur des plans culturels et financiers notamment.
- Le désir des résidents de ne pas quitter leur univers de vie, au prix parfois d'un grand isolement.
- L'absence de relations établies entre le foyer, son



personnel, les résidents et les différentes structures et services du quartier ou de la ville dans lesquels se situe le foyer, et la non-connaissance réciproque des rôles et possibilités de chacun.

- La difficulté du maintien de la solidarité entre résidents en cas de marginalisation (alcoolisme, difficultés d'ordre psychique) ou de trop grande dépendance.
- L'inadéquation des locaux et le vieillissement des équipements.
- La position des associations de maintien à domicile quant à une intervention en foyer-logement.

On note très peu d'interventions des services d'aide ménagère en direction des retraités. Tout au plus peut-on en citer une ou deux qui sont en cours ou ont eu lieu dans chaque foyer. Quelles sont les raisons de cette non intervention quasi générale des services d'aide ménagère ? Nous avons pu répertorier les motifs suivants, rapportés par différents partenaires et assistants sociaux :

- l'absence de demandes émanant des résidents ou transmises par les foyers,
- l'hésitation ou le refus de certains services, ou de certaines aides ménagères (parfois liée à leur origine ethnique) d'entrer dans les résidences,
- la réticence des résidents à accepter l'intrusion dans leur intimité d'une personne inconnue, non identifiée préalablement,

- l'échec de prises en charge effectuées dans le passé, les causes n'en étant pas toujours identifiées.

Les interventions des infirmiers libéraux ou des SSAD paraissent mieux acceptés et plus fréquentes, bien que parfois malaisées. Les difficultés soulevées par les soignants (médecins compris) sont l'accès difficile au foyer et à la chambre du résident, et l'absence de point d'eau dans les chambres rendant problématiques certains soins. Les interventions des services d'aide ménagère sont possibles, mais doivent sans doute répondre à différents critères, dont :

- le choix d'une personne motivée, ayant intégré les objectifs de son intervention et ses limites,
- la connaissance de cette professionnelle par le personnel et les résidents du foyer, comme personne référente, intégrée partiellement au foyer,
- la constitution de liens entre foyer et services de maintien à domicile, dans le cadre éventuellement du réseau gérontologique.

Les structures existantes pour les personnes âgées

Les maisons de retraite ou foyers pour personnes âgées, regroupés souvent sous le terme de résidence pour personnes âgées, paraissent inadaptés à la population migrante, pour différents motifs : par le pourcentage très important des résidentes femmes, par une réticence probable des directeurs d'établissements à l'accueil d'une population estimée trop différente, et par le coût important des séjours. Il semble également que, pour nombre de retraités, l'entrée en maison de retraite soit vue comme la perte de sa liberté et de la possibilité de choisir. De plus ces retraités semblent souvent être attachés à la résidence dans laquelle ils ont passé une grande partie de leur vie.

Les services sociaux constatent l'absence d'accès des migrants vieillissants à l'ensemble des structures pour personnes âgées : foyer-logement, centre de long

séjour, maison de retraite, MAPAD, domicile collectif, ainsi que club de loisirs 3^e âge, et foyer-restaurant. Cette possibilité de cohabitation entre populations culturelles différentes ne semble pas exclue, mais nécessiterait des projets spécifiques difficiles à réaliser.

Il est à noter que suivant les structures, des difficultés spécifiques se posent aux migrants maghrébins : par exemple la non-compatibilité de la pratique du va-et-vient et de l'hébergement en maison de retraite, ou encore l'inadaptation des repas servis à domicile aux habitudes alimentaires des maghrébins, ainsi que la méfiance des musulmans quant au respect de leur obligations et interdits alimentaires par des prestataires de service.

Les résistances des migrants à l'intervention d'un service de maintien à domicile

Telles qu'elles apparaissent dans l'expression des retraités ou sont retraduites par les professionnels, elles peuvent se résumer ainsi :

- réticence à devoir rémunérer un service faisant partie des tâches domestiques habituelles,
- crainte d'une atteinte de l'intimité ; souci de préservation d'un espace personnel et de sa maîtrise,
- souci d'économie, le fait d'avoir à régler mensuellement les services d'une aide ménagère faisant apparaître le service comme coûteux,
- peut-être également une certaine crainte du changement du rythme quotidien et des habitudes de vie, que l'on retrouve chez nombre de personnes âgées.

Les pratiques de solidarité existent au sein des foyers, mais ne sont, contrairement à ce que l'on pourrait croire, ni intenses, ni durables. Avec l'aggravation du handicap, les pratiques de solidarité peuvent être interrompues, entraînant alors un repli sur soi des personnes et un isolement encore plus grand. L'hospitalisation en urgence est parfois la solution à cette dégradation progressive et à l'absence de prise en charge. La solidarité peut se manifester sous d'autres formes que l'aide à la dépendance. Les pratiques de

solidarité se retrouvent entre personnel de foyer et résidents : l'agent d'entretien peut spontanément entretenir le sol de la chambre en même temps que les espaces collectifs.

Certains migrants vieillissants envisagent la venue de leur conjointe, lorsqu'ils atteignent l'âge de la retraite ou ressentent les effets du vieillissement. Ce souhait légitime et qui apparaît comme une solution adaptée, pose cependant d'autres difficultés par rapport au rôle attribué aux conjointes, dont l'exil serait justifié par la nécessité de pallier une dépendance. Les points énumérés ci-dessus illustrent la complexité des déclinaisons du maintien à domicile des migrants qui ont vieilli solitaires, et la nécessité de réponses étudées.

Les réponses collectives

Elles sont de différents ordres, le plus souvent sous forme d'expérimentations. Elles concernent l'habitat, la prise en charge de la dépendance ou l'animation à visée préventive. Il s'agit notamment de :

- **La mise en place de lieux de vie.** Il s'agit d'aménager des structures, en concertation avec les résidents du foyer adaptées à leur état de santé. Il peut s'agir d'appartements collectifs situés à l'intérieur d'un foyer ou à l'extérieur.
- **La création de «chambres navettes»** permettant la pratique du va-et-vient du retraité en limitant les coûts d'hébergement au foyer lors du séjour en France.
- **L'encouragement au regroupement de quelques personnes dans un logement,** le contrat de location étant souvent au nom de l'un des habitants.
- **Des actions d'animations à visée préventive.**
- **L'organisation d'une possibilité d'aide adaptée, au sein même du foyer,** par des membres du personnel ayant suivi une formation, ou étant qualifiés pour une action d'incitation et d'assistance à l'hygiène individuelle et collective.

Diverses réflexions se développent actuellement dans la région «Rhône-Alpes».

