

Royaume-Uni

Mehmet Demirbag, Mark Aldridge (*)

Quand elles vieillissent, les personnes âgées ethniquement minoritaires au Royaume Uni sont confrontées aux mêmes défis que les autres, mais portent en plus les fardeaux de la discrimination et du racisme. Leur expérience en tant que minorité ajoute une spécificité à leur vie de jeunes adultes, puis continue à affecter leur vie alors qu'elles expérimentent la vieillesse en Angleterre. Cependant, il est vrai que, grâce à des efforts persistants menés par les organisations dans ce domaine et dans d'autres, les décideurs et les professionnels acceptent peu à peu le fait que les besoins des personnes âgées minoritaires doivent être à l'ordre du jour. Ce rapport révèle leur situation dans l'espoir que l'on entende et afin que soient mises en place des actions efficaces et que les personnes âgées minoritaires vivent dans la dignité et bénéficient de soins appropriés dans leur vie en Angleterre [...].

Des personnes originaires de différentes parties du globe sont venues s'installer au Royaume-Uni tout au long de son histoire, incluant, évidemment, celles faisant partie de groupes aujourd'hui désignés comme minorités ethniques. Malgré cela, une répugnance à parler de «race» reste générale. La dichotomie «eux»/«nous» est communément partagée par une grande partie de la société.

Les populations ethniquement minoritaires ont fait l'expérience de la discrimination raciale. Les préjugés à leur égard existent toujours aujourd'hui. La Loi de 1976 Race relations Act et l'Amendement de 2000 de cette même loi essaient de protéger les



groupes minoritaires de la discrimination dans les secteurs de l'emploi, du logement et de l'enseignement. Cependant, les limites de l'efficacité des mesures anti-discrimination peuvent être examinées à la lecture du rapport de Sir William Macpherson (1) à propos du meurtre du jeune noir Stephen Lawrence qui met en évidence l'existence d'un racisme institutionnel dans des organismes publiques telles que la police. Le rapport Macpherson fut décrit par «the Economist» comme un «moment déterminant dans les relations entre les races ... en exposant le cancer du racisme ... il a enlevé toute suffisance que tout allait bien» (27 février 1999).

Migration

Ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale, en réponse aux demandes de main d'œuvre au Royaume-Uni que la migration de masse de minorités ethniques «visibles» eut lieu. C'est à cette époque que les premières données statistiques sur l'entrée [dans le pays] furent collectées, indiquant par là-même, un effort conscient de la part du gouvernement de contrôler cette immigration particulière. Bien que les catégories utilisées afin de classifier les groupes ethniques aient changé, les statistiques montrent que la croissance de la population des minorités ethniques est conséquente. En 1951, 0,1 million de personnes de couleur, approximativement, vivaient en Angleterre et étaient

nées dans le nouveau Commonwealth et au Pakistan. En 1991, le recensement montra que la population ethniquement minoritaire (ceux qui se considéraient comme « de couleur ») avait augmenté – en croissance naturelle et non pas par la migration – à trois millions (2).

Les immigrants qui vinrent au pays afin de répondre aux demandes de main d'œuvre arrivèrent alors qu'ils étaient de jeunes adultes. La première migration à grande échelle d'immigrants d'origine ethnique minoritaire provenait des Antilles africaines à la fin des années 50 et au début des années 60. Il était plus probable que ces personnes allaient venir avec leurs familles alors que les jeunes hommes qui arrivèrent d'Inde ou du Pakistan pendant la seconde vague d'immigration dans les années 60 vinrent sans les membres de leurs familles, qui les rejoignèrent plus tard. Les migrations suivantes des Asiatiques, de l'Afrique de l'Est et du Bangladesh eurent lieu à la fin des années 60 et au début des années 70. Les groupes minoritaires plus petits, présents aujourd'hui, incluant les chinois et les africains, ont migré à un taux plus constant. Dès les années 1980, l'immigration primaire fut réduite de façon significative sous une politique de plus en plus stricte. Les seules nouvelles communautés dont l'entrée était accordée au Royaume-Uni étaient composées de nombres assez faibles de Réfugiés Somaliens ou d'Iraniens. Alors que l'augmentation de la population ethniquement minoritaire au Royaume-Uni avant les années 1980 était largement due à l'immigration, son augmentation depuis est la conséquence d'un accroissement dans la population existante [...].

Les inquiétudes exprimées par le gouvernement sur «l'effet contaminant» de l'immigration de couleur, approuvées par certains media et relayées par une grande partie du public, représentent la raison principale d'une politique d'immigration devenue de plus en plus restrictive. La première législation visant à stopper l'immigration fut introduite en 1962 en réponse à des tensions raciales à la fin des années 50. Toutes les politiques d'immigration depuis ont englobé des droits préférentiels envers ceux qui disposaient de liens originaires ou familiaux avec le Royaume Uni [...].

La politique récente s'est centrée sur une restriction de l'immigration aux demandeurs d'asile et

aux réfugiés dépeints comme menaçants pour l'actuelle identité anglaise. Ces personnes subissent actuellement une hostilité considérable, incluant des attaques concertées dans les médias. Il est difficile d'avoir des données empiriques fermes mais des témoignages suggèrent une haute incidence d'attaques raciales à l'encontre des demandeurs d'asile, des niveaux élevés de mauvaise santé, incluant des problèmes mentaux et un appauvrissement extrême. Ceux qui vont au bout de la procédure de réfugié ou obtiennent une autorisation exceptionnelle de rester dans le pays ont le droit de travailler. Cependant, sur les 27 000 personnes qui demandèrent le statut de réfugiés en 1995, 80 % n'ont pas obtenu la permission de rester (Salt, 1995). Selon les derniers chiffres de l'Home Office pour 2002, sur un total de 85 865 demandeurs, l'asile ne fut accordé qu'à 8100 – juste sous la barre des 10 % [...].

Les estimations les plus récentes suggèrent que la proportion des minorités ethniques à l'intérieur de la population du Royaume Uni a augmenté de 5.5% au moment du recensement de 1991 à, approximativement, 6.2% actuellement. La cause principale de cet accroissement est le taux de reproduction relativement élevé typique de communautés qui ont une pyramide des âges plus jeune que celle de la population blanche. Les autres facteurs de cet accroissement sont les nouvelles attitudes envers une identité centrée sur soi-même, le regroupement familial et l'immigration des demandeurs d'asile.[...]

Etat de santé, maladies longue durée

Une maladie longue est une maladie qui entraîne une incapacité ou une infirmité affectant les activités d'une personne sur une certaine période de temps. Parmi la population générale, on peut estimer à 25 % d'hommes et à 26 % de femmes qui souffrent d'une certaine invalidité.

Les hommes et les femmes du Sud de l'Asie ainsi que les femmes antillaises de plus de 55 ans ont des niveaux élevés de maladies longues comparées à la population générale. Cette propension de la part des personnes de l'Asie du Sud est également confirmée par Evandrou (3) et par les résultats de la Quatrième Etude Nationale. Les Chinois, hommes ou femmes, signaleront moins des maladies aiguës que les hommes et femmes de la population

générale ou dans les autres groupes ethniques minoritaires.

Prévalence des conditions de maladies cardiovasculaires

Malgré la baisse de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires dans la plupart des pays industrialisés depuis les années 70, ces conditions sont toujours une cause importante de décès, particulièrement les maladies coronaires. Les maladies cardiovasculaires sont prévalentes chez les groupes minoritaires (infarctus, attaques, rythme cardiaque anormal, autres problèmes). Le taux est encore plus fort chez les hommes indiens et les femmes pakistanaise de plus de 55 ans. Beaucoup de diabète également chez les groupes ethniques minoritaires, particulièrement chez les personnes âgées du Sud Asiatique [...].

Santé mentale

Les inégalités auxquelles sont confrontés les groupes ethniquement minoritaires dans le domaine social et d'un point de vue matériel se retrouvent également au niveau de la santé mentale.

Les consultations des médecins généralistes montrent la fréquences des plaintes pour anxiété, dépression, problèmes mentaux, nerveux et émotionnels, selon l'âge en Grande-Bretagne. Les données indiquent que le Indiens et les Pakistanais hommes de plus de 55 ans consultent leur médecin généraliste presque deux fois plus souvent que la population générale [...].

Parmi les groupes de personnes âgées chez qui la dépression est un élément important mais souvent non diagnostiquée comme telle, la démence augmente également de façon significative. Il n'existe pas de données nationales sur la prévalence de la démence chez la population ethniquement minoritaire, mais des estimations, basées sur l'hypothèse que les taux de démence chez les minorités ethniques sont équivalents à ceux de la population majoritaire, suggèrent que le nombre de personnes âgées des minorités ethniques souffrant de démence à Londres est d'environ 6270. Ce chiffre devrait atteindre les 10100 d'ici 2010.

Les services

Il existe trois types de services au Royaume Uni : services statutaires, services du secteur privé et organisations communautaires bénévoles.

Le Système de Sécurité Sociale (National Health Service, NHS) fut créé en 1948 afin d'offrir des soins de santé à tous les citoyens du Royaume Uni, basés sur les besoins plutôt que sur la capacité de payer. Le NHS propose des soins de niveaux primaire et secondaire. Le niveau primaire concerne les premiers contacts avec le système de santé : les médecins généralistes. Ces derniers sont le passage principal en direction d'autres services de santé ou d'aide sociale. Ces professionnels sont basés localement et sont hautement qualifiés. Ils font un diagnostic ou dirigent un patient vers un spécialiste. Les consultations sont gratuites. Les autres services de niveau primaire incluent les opticiens, les dentistes et les pharmaciens. Les soins de niveau secondaire sont les soins spécialisés, généralement donnés dans les hôpitaux. Excepté pour les urgences, le traitement est généralement ordonné par le médecin généraliste. Les visites et le traitement pour ces soins niveau II, opérés par le NHS sont gratuits pour tout citoyen britannique.

Les services sociaux – à l'opposé des soins de santé ou l'enseignement – ne sont pas au service de la pop toute entière mais visent à aider les personnes socialement en difficulté (4). L'aide sociale est un soin apporté aux personnes vulnérables à la fois au sein de la commune et à domicile ou dans des lieux dans lesquels des soins spécialisés et particuliers sont offerts comme les maisons de retraite. Les soins apportés sont extrêmement divers. Ils incluent une aide en direction des personnes âgées dans leur vie quotidienne, tels que le nettoyage et les soins intimes, une aide pour ceux qui ont un handicap et une assistance pour les personnes souffrant de problèmes d'alcool ou de drogue.

La mise à disposition de cette aide sociale relève en Angleterre de la responsabilité des autorités locales individuelles. Toutes les autorités locales n'ont pas à proposer les mêmes services mais disposent d'une certaine souplesse afin de répondre aux besoins spécifiques de la population dont elles sont au service. Elles travaillent avec les organisations bénévoles et privées ainsi qu'avec le NHS et

d'autres organismes statutaires afin de proposer une aide sociale multiple à tout individu.

Le Groupe d'Aide Sociale est responsable du contrôle de la mise en place des services à un niveau local, en développant de nouvelles normes et s'assure que les meilleurs soins sont donnés aux personnes qui en expriment le besoin, selon les limites des ressources financières disponibles. Le Groupe d'Aide Sociale en lien avec le NHS et le Groupe de Santé Publique qui est responsable de l'amélioration de la santé publique se situent dans le champ d'actions du Ministère de la Santé (Department of Health, DoH). Ces groupes disposent donc, globalement, de responsabilités statutaires qui permettent que les besoins en termes de santé et d'aide sociale soient satisfaits de façon rapide, juste et efficace et, en parallèle, un haut niveau de qualité est maintenu (5). [...]

Le secteur privé a, depuis les années 80, sensiblement augmenté sa part du marché dans le domaine de la santé. [...]. Il a actuellement et de loin la proportion la plus élevée (78%) concernant les soins infirmiers et les soins hospitaliers long séjour pour les personnes âgées handicapées physiques et ayant des maladies chroniques. [...]

Les organisations communautaires bénévoles jouent un rôle primordial dans l'aide aux personnes âgées des minorités ethniques (6) [...]. Elles proposent une aide sociale alternative spécifique à leurs communautés mais non des soins de santé car onéreux. McLeod et al. (7) ont montré que la moitié de ces organisations offraient une aide personnalisée, ce qui inclut des visites à domicile. D'autres services comprennent des équipements pour des soins à la journée, tels que centres de jour, club et véhicules de transport. Certains des plus grandes organisations sont dans la capacité de mettre en place un hébergement.[...]

L'accès aux services

Les études ont à maintes reprises montré que la connaissance de l'existence des services était beaucoup moins bonne chez les groupes ethniquement minoritaires que parmi la population majoritaire, ce qui tout simplement conduit à une sous-utilisation de ces mêmes services (8). Des mesures ont été prises afin que l'on produise différentes brochures dans les langues des communautés ce qui a été bénéfique, mais l'alphabetisation n'est pas garan-

tie. D'autres approches, mettant en œuvre d'autres média et d'autres programmes dans la communauté se sont révélés être plus efficaces (9).

L'accès aux services sociaux est rendu encore plus compliqué par la procédure d'évaluation qui a été régulièrement identifiée comme n'étant pas adéquate d'un point de vue culturel, ayant des critères d'éligibilité discriminatoires de façon indirecte envers les personnes âgées ethniquement minoritaires (10). Une étude faite par le Ministère de la Santé a montré qu'elles ont, en général, légèrement moins de chances de bénéficier de la mise en place d'un service suite à une évaluation que les personnes majoritaires (42 % & 44 % respectivement). Mais le taux qui mène d'un diagnostic à la mise en place du service requis est beaucoup plus bas dans certains groupes minoritaires : pour les Africains noirs et les Chinois, il n'était que de 29%(4)

Mise à disposition des soins

Les problèmes concernant la mise à disposition des services sociaux pour les personnes âgées ethniquement minoritaires furent identifiés pour la première fois dans les années 80. On remarqua alors que les acteurs pourvoyeurs de services dans le domaine général étaient peu disposés à fournir des services prenant en compte les spécificités culturelles, insistant sur l'illusion que a) offrir des services spécifiques est discriminatoire, b) que les communautés ethniquement minoritaires «s'occupent des leurs, n'est-ce pas ?». Patel conclut (11) que non seulement la mise à disposition des services était inadéquate dans le domaine général mais que les organisations ethniquement minoritaires remplissaient le rôle de « premiers pourvoyeurs» agissant comme remplaçants plutôt que comme pourvoyeurs complémentaires pour les services sociaux, les services de santé et de logement. Cependant, ces organisations disposent de peu de fonds, demandent et méritent un soutien plus grand [...]

Comme nous l'avons exprimé auparavant, les organisations ethniquement minoritaires ne disposent pas de ressources financières pour des soins de santé alternatifs, ainsi la plupart des personnes âgées ethniquement minoritaires reçoivent les soins statutaires. Donc, la seule solution est d'améliorer

les soins du domaine général. Les raisons concernant la non satisfaction des personnes âgées ethniquement minoritaires ont souvent à voir avec le fait que les services généraux ne fournissent pas des soins appropriés qui prendraient en compte l'élément culturel : interdits religieux en alimentation, manque d'interprètes ou d'avocats pour briser les barrières linguistiques, manque de personnel de mêmes origines culturelles pour nouer des relations avec les usagers des minorités ethniques, formations peu adaptées des responsables des services aux personnes âgées ethniquement minoritaires; et, pour finir, - et ce n'est pas des moindres - le racisme de la part des autres usagers et du personnel. En outre, quand les institutions ont essayé de mettre en place des services spécifiques à une culture donnée, cela fut fait de façon improvisée et basée sur des suppositions stéréotypiques sur un groupe ethniquement minoritaire donné [...].

Conclusion

Toutes les économies occidentales sont actuellement confrontées au problème des populations vieillissantes et ont commencé à être conscientes de l'impact que ce changement dans la démographie aura sur la société, particulièrement dans le coût grandissant des soins. Alors que la structure démographique de la population ethniquement minoritaire est plus jeune que celle de la population majoritaire, elle subira, elle-aussi, les mêmes transformations dans un futur proche.

Cependant, les personnes âgées ne peuvent pas être ignorées actuellement ; Elles vieillissent dans un pays qu'elles ne considèrent pas, du moins pour certaines, comme leur chez-soi. Elles sont confrontées à la perspective de vieillir dans un pays où les attitudes envers les personnes âgées sont différentes de celles connues dans leur pays d'origine et dans lequel la menace du racisme est réelle.

Un rapport récent du Ministère de l'Intérieur a montré que plus d'un quart des personnes âgées minoritaires se sentaient réellement menacées par des attaques racistes. En ce qui concerne la mise à disposition des services et de sa adéquation, une étude récente par Valins (12) pour l'Institut de Recherche sur la Politique Juive souligne les problèmes grandissants des soins à long terme et l'aide aux personnes âgées juives. Le rapport donne l'ex-

plication des problèmes vécus par les personnes âgées minoritaires qui ne sont pas juives.

Cette conclusion est justifiée par le fait que, si la communauté juive, qui dispose de plus de ressources financières que beaucoup d'autres et possède sa propre histoire d'organisation de services, est et sera confrontée à des problèmes dus aux changements dans sa propre communauté et sa démographie, qu'en sera-t-il des personnes âgées minoritaires qui sont confrontées à la pauvreté et aux inconvénients d'un développement des services plus faible, comme nous avons pu le montrer dans ce chapitre.

Le Schéma Directeur du Système de Santé prévoit d'»assurer des services d'aide sociale et de soins de santé justes, de haute qualité, intégrés» (13). Pourtant les services communs qu'ils privilient l'aide sociale ou les soins de santé sont mis à disposition des personnes âgées minoritaires de façon non équitable et leur qualité est moindre. L'expérience de ce groupe dans le système des services sociaux et de santé peut être résumée comme étant, au mieux, inadéquate ; au pire, les personnes âgées minoritaires sont simplement marginalisées. Le rapport Acheson (14) recommande que «les besoins des groupes ethniques minoritaires soient considérés de façon spécifique en termes d'évaluations, d'allocations de ressources, de planification et de mise à disposition de ces services», pourtant les initiatives précédentes qui avaient prévu de répondre à cette promesse ont échoué à mettre en place un changement consistant et à long terme.

La recherche a montré de façon répétitive que les personnes âgées ethniquement minoritaires utilisaient une gamme de services sociaux et de santé si ces derniers étaient adéquats, accessibles et appropriés, en d'autres termes s'ils répondaient à leurs besoins sociaux et culturels (15) puisque ces besoins trouvent leur origine dans l'essence de ce qui fait notre identité, dans ce qui fait ce que nous sommes ■

(*) Mehmet Demirbag : économiste spécialisé dans les méthodes quantitatives et le management de qualité dans les études transculturelles, " chercheur à PRIAE.
Mark Aldridge : géographe, chercheur à PRIAE.

1. Macpherson, W., Sir (1999), *The Stephen Lawrence Inquiry Report*, London, Homme Office, Cm 4262.
2. Owen, D. (1995), *Ethnic minorities in Great Britain : settlement Patterns, 1991*, Census Statistical, Paper n° 1. NEMDA, University of Warwick.
3. Evandrou, M. (2000), « Ethnic inequalities in Health in Later life », *Health Statistics Quarterly* 8 (winter):20-8.
4. Patel, N. (1990), A “race” against Time ? Social Service Provision to Black Elders. London : *Runnymede Trust*.
5. DoH (Department of Health), [http://www.doh.gov.uk]
- (6) Patel, N; (1990), op.cit.
7. MacLeod, M., Owen, D. , Khamis, C. (2001), *Black and minority Ethnic voluntary and Community organisations*. London : Policy Studies Institute.
8. Patel, N. (1990), *op. cit.*
9. Patel, N., Ahmad, W.I.U, Walker, R. (1997), “Asian older People : Housing health and access to services”, *Ageing & Society*, 17:141-65.
10. PRIAE(1999), *Who gets What Service ? Eligibility Criteria and fair Access : A report to the Department of Health*. London.
11. Patel, N. (1990), *op. cit.*
12. Valins, O. (2002), *Facing the Future : The provision of long-term Care Facilities for older Jewish People in the UK*. London : Institute for Jewish Policy Research.
13. Department of Healyh (2001), *National Service Framework for Older People*. London : DoH
14. Acheson, D. (1999), *Acheson report*. London : HMSO.
15. Patel, N. (1990), *op.cit.*, PRIAE (1999), *op. cit.*

