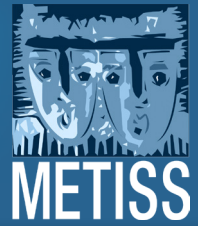


Vieillir ici et venir d'ailleurs

Les personnes âgées immigrantes
dans le réseau de la santé



Entrevue avec Marie-Emmanuelle Laquerre, professeure, Département de communication sociale et publique, UQAM

Par Andréanne Boisjoli

Vieillir au Québec, qu'est-ce que ça signifie? Naviguer dans les maillons du système de santé : hôpital, CHSLD, ressource intermédiaire, soins à domicile, c'est vécu comment? Et pour un immigrant, est-ce différent? Un domaine de recherche encore à débroussailler.

Marie-Emmanuelle Laquerre, professeure au département de communication sociale et publique de l'UQAM et membre de l'équipe METISS, s'intéresse depuis longtemps à la réalité des personnes âgées et à leur trajectoire dans le système de santé. Une population grandissante, comme on le sait, et souvent victime d'âgisme, à la fois dans la société et dans le système de santé. « Il existe un discours qui considère que les personnes âgées représentent un fardeau pour le système de santé. On parle des aînés en termes de coûts afférents beaucoup plus qu'en termes de qualité des services qui leur sont offerts », explique-t-elle.

C'est aussi un pan de la population à qui on donne peu de droit de parole, y compris dans le réseau de soins. « À partir du moment où il y a des intervenants qui entrent dans un dossier ou que l'hôpital est dans le dossier, c'est comme si tout à coup tout le monde décidait pour la personne âgée et que son droit de regard importait peu. Même si le discours officiel prône l'importance d'offrir des soins et des services adaptés aux besoins des aînés, on constate que dans l'élaboration des politiques sociales, on prend peu en considération les besoins, la parole et les attentes des personnes âgées », déplore la chercheuse.

Si, en plus, on est une personne âgée immigrante, ça peut devenir encore plus complexe. Les facteurs de vulnérabilité peuvent s'additionner : barrière linguistique ou culturelle, conditions socioéconomiques parfois difficiles, statut migratoire ne donnant pas toujours accès à tous les services, isolement plus grand, méconnaissance du système de santé et des



services offerts, méfiance... La perception du fardeau que ces personnes représentent augmente, et parallèlement, leur prise de parole est diminuée. Les recherches qui touchent aux aînés migrants sont d'ailleurs peu nombreuses au Québec.

Nés ailleurs ou nés ici : pareils pas pareils

C'est pourquoi Marie-Emmanuelle cherche à décrire et à comprendre les différents parcours et vécus des aînés migrants dans le système de santé. Dans ses recherches, elle s'intéresse à leur accès aux soins dans sa dimension relationnelle : quelles sont les

interactions de la personne âgée (et de sa famille) avec le système, avec le personnel, comment est-ce qu'elle accède au réseau, quels sont les traitements qui lui sont réservés? La chercheuse étudie aussi les différents milieux de vie de cette population. Que ce soit recevoir du soutien à domicile, être hébergé dans un milieu temporaire comme l'hôpital, ou résider dans un CHSLD ou une ressource intermédiaire, Marie-Emmanuelle cherche à comprendre comment ces situations sont vécues par la personne âgée immigrante. Ses recherches donnent la parole aux intervenants, mais aussi aux aînés eux-mêmes, afin que leur réalité soit entendue et prise en compte.

Y a-t-il une différence entre les aînés immigrants et ceux qui sont nés ici? Oui et non, nous dit Marie-Emmanuelle. « Lorsque l'on prend le temps de s'attarder au vécu et aux conditions des personnes âgées, migrantes ou non, on constate qu'elles ont plusieurs points en commun. La condition de santé mentale ou physique, la présence ou l'absence de réseaux d'entraide formel ou informel, la présence ou l'absence de liens sociaux, les conditions socio-économiques, le degré d'éducation, le fait d'être un homme ou une femme, ce sont tous des facteurs qui ont une influence sur la qualité de vie, sur la façon de vieillir et sur la façon d'utiliser le réseau de soins en santé et en services sociaux. Il faut cependant considérer que les aînés migrants, en raison de certains facteurs personnels et structurels, ont des besoins et des attentes particuliers. C'est pourquoi il faut prendre le temps de les écouter afin de mieux

L'équipe FRQSC METISS (Migration et Ethnicité dans les Interventions en Santé et en Services sociaux) est une équipe en partenariat avec l'UQAM et le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Elle compte parmi ses membres les chercheurs et praticiens-chercheurs suivants :

Membres réguliers

Catherine Montgomery
(dir. scientifique)
Patrick Cloos
Daniel Côté
Habib El-Hage
Sylvie Fortin
Sylvie Gravel
Vania Jimenez
Marie-Emmanuelle Laquerre
Yvan Leanza
Edward Ou Jin Lee
Josiane Le Gall
Lilyane Rachédi
Guylaine Racine
Jacques Rhéaume
Ellen Rosenberg

Bilkis Vissandjée
Spyridoula Xenocostas

Membres collaborateurs

Camille Brisset
Geneviève Cloutier
Marguerite Cognet
Valérie Desomer
Suzanne Gagnon
Sophie Hamisultane
Ghayda Hassan
Catherine Sigouin
Annick Simard
Soumya Tamouro
Michèle Vatz-Laaroussi
Margareth Zanchetta

www.equipemetiss.com

Pour en savoir plus...

Laquerre, M-E. (2015). Travailler en soutien à domicile dans un contexte pluriethnique : quand faire, c'est être. Montréal : Presses de l'Université du Québec. 344 p.

Laquerre, M-E et S. Fissette (2013). « L'âgisme : ce qui se dit, ce qui se fait, ce qui s'écrit ». Vie et vieillissement. Association québécoise de gérontologie. 11(1), p. 20-24.

documenter quels sont leurs perceptions, leurs besoins et leurs attentes », précise-t-elle.

Ressemblances...

Ainsi, la croyance selon laquelle les immigrants prennent soin de leurs parents âgés et refusent de les placer serait de moins en moins fondée. « On va avoir tendance à penser que la solidarité familiale est plus forte chez les immigrants et que les enfants vont prendre en charge leur parent lorsque celui-ci sera en perte d'autonomie ou aura des besoins particuliers. Par contre, avec les transformations sociales, où l'homme et la femme vont être tous les deux sur le marché du travail, où les immigrants ont aussi moins d'enfants, la réalité des aînés migrants se rapproche de plus en plus de la réalité du groupe majoritaire. Il y a aussi une diaspora: on peut avoir immigré au Québec avec nos enfants alors qu'ils étaient très jeunes. On est restés ici, on est rendus à 75 ans, mais nos enfants sont allés vivre en Haïti, aux États-Unis ou en Allemagne et ils ne peuvent être présents à tout moment pour prendre soin », ajoute-t-elle.

Ainsi, même lorsqu'ils souhaitent garder leurs parents âgés à la maison, les immigrants font face aux mêmes problèmes que le reste de la population. Marie-Emmanuelle cite en exemple cette famille rencontrée dans le cadre de ses recherches. Les parents sont venus au Québec pour offrir un meilleur avenir à leurs 4 enfants, qui sont tous devenus médecins. Une fois le père décédé et la mère en lourde perte d'autonomie, aucun des enfants n'est suffisamment disponible pour demeurer à la maison auprès d'elle, et l'infirmière embauchée ne suffit plus. « Les enfants vont se sentir redevables, ils vont se dire : mes parents ont tout abandonné pour nous, pour qu'on ait une bonne vie, une bonne éducation. C'est maintenant notre tour de leur rendre la pareille. Mais la réalité, quand on a une personne en perte d'autonomie à la maison, notamment si c'est des troubles cognitifs ou si les troubles physiques sont trop importants, c'est que souvent, on n'est plus capables d'en prendre soin même si on désire le faire ».

Par ailleurs, les personnes âgées immigrantes, tout



comme l'ensemble des personnes âgées, ne sont qu'une minorité à être en perte d'autonomie. Elles expriment parfois elles-mêmes ce désir de vivre seules. Elles n'ont pas forcément envie, non plus, d'élever leurs petits-enfants. Certaines mentionnent le choc générationnel et culturel qui les oppose au reste de leur famille, et choisissent volontairement de prendre leurs distances.

Selon la chercheuse, il importe de mieux former les intervenants du réseau afin de briser ce genre de stéréotype. Certains en effet vont choisir de ne pas aborder la question du placement de la personne âgée quand la famille est d'une origine ethnoculturelle réputée pour ne pas « placer ses parents ». Or, les solidarités familiales ne sont pas forcément les mêmes d'une famille à l'autre. « La tendance à regrouper certains groupes ethnoculturels dans des schémas de comportements est hasardeuse et ne correspond pas à la réalité. La diversité entre les membres d'un groupe ethnoculturel est plus importante que les ressemblances, même si on peut remarquer certaines tendances. On ne peut plus juste prendre en considération des particularités culturelles qui définissent des groupes, il faut considérer le cas par cas, comme on devrait le faire chez la population majoritaire d'ailleurs ».

... Et dissemblances

Il faut également s'intéresser aux particularités des personnes âgées immigrantes pour identifier les obstacles supplémentaires auxquels elles font face en termes d'accès aux soins. On sait qu'il s'agit d'une population qui a tendance à sous-utiliser les services, particulièrement les services psychosociaux. Pour quelle raison? Les recherches, nous dit Marie-Emmanuelle, ont apporté différentes réponses : facteurs d'ordre culturel et expériences prémigratoires, perception des relations interpersonnelles et difficultés relationnelles, durée du séjour et expérience

migratoire, barrières linguistiques, méconnaissance du réseau, statut migratoire précaire, méfiance, prise en charge par la famille ou la communauté. D'autres études, ajoute-t-elle, mettent de l'avant une insatisfaction face à l'utilisation des services. « Il y a des attentes au plan relationnel, explique-t-elle. L'interaction entre le professionnel et la personne âgée est vraiment importante, parce qu'on parle d'une population qui peut faire preuve de méfiance, qui méconnaît parfois le fonctionnement du système, qui peut se heurter à une barrière linguistique, culturelle. Si on ne crée pas la relation, on ne crée pas le service, et la personne va quitter le réseau volontairement ».

La chercheuse met en cause également une vision très biomédicale du soin. Lorsque la communication est plus difficile, il est tentant d'escamoter la dimension psychosociale et de s'en tenir simplement à l'examen physique. Ses recherches l'ont d'ailleurs amplement démontré.

Lorsque la communication est plus difficile, il est tentant d'escamoter la dimension psychosociale et de s'en tenir simplement à l'examen physique.

Il faut également documenter les raisons pour lesquelles la relation des personnes âgées immigrantes avec les intervenants et le système diffère. Il faut aussi faire attention à ne pas mettre les migrants âgés dans une même catégorie, car plusieurs sous-groupes ont des besoins particuliers. Les plus vulnérables, explique la chercheuse, sont souvent les femmes âgées, d'immigration récente, et vivant seules. D'une manière générale, les gens arrivés depuis moins de 10 ans nécessitent des interventions plus longues. « Les intervenants du soutien à domicile le disent. Les personnes âgées d'immigration récente sont une clientèle plus difficile, parce que plus démunie sous différents aspects. Ce sont parfois des gens qui ont été parachutés, qui sont arrivés déjà âgés, qui sont peu intégrés parce qu'ils ne sont pas allés sur le marché du travail. Ils ne connaissent pas le système, ont souvent peu de réseaux et nécessitent des services accrus ».

Bref, les trois mots d'ordre pour saisir les besoins de cette population, rappelle Marie-Emmanuelle, c'est universalité, diversité et singularité. Universalité de la condition de personne âgée. Diversité de statuts, de genre, de réalités socio-économiques. Et singularité de l'individu, qui est unique, qui ne colle pas

« Les gens qui travaillent dans le milieu connaissent les caractéristiques de leur clientèle. Il faut les écouter, ce sont eux les experts de la question ».

forcément aux caractéristiques du groupe auquel il appartient. « C'est hyper important, insiste-t-elle, de relever la réalité de ces personnes-là de façon spécifique, individuelle, afin de savoir quel est leur parcours dans le réseau. Comment elles et leurs familles se sentent à travers tout ça. Pour mettre en lumière des phénomènes qu'on ne connaît pas parce qu'ils ne sont pas documentés ».

Écouter les intervenants

Tenir compte des multiples dimensions de la personne, personnaliser les soins, prendre le temps d'établir un lien de confiance : si Marie-Emmanuelle reconnaît que son programme peut sembler utopique, elle croit qu'il est possible d'avoir une vision à la fois critique et réaliste du système et des politiques qui l'encadrent. Et de s'appuyer sur ceux qui le connaissent de près, soit les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

« Les gens qui travaillent dans le milieu connaissent les caractéristiques de leur clientèle, souligne-t-elle. Il faut les écouter, ce sont eux les experts de la question. Dans ma façon de travailler, je vais, par exemple, interroger de personnes âgées immigrantes et ensuite je vais rencontrer des intervenants en parallèle et leur dire : j'ai entendu ceci ou cela. Les intervenants réagissent aux propos des personnes âgées. Et je fais aussi l'inverse ».

Marie-Emmanuelle Laquerre souhaite aussi, par ses recherches, nourrir ces professionnels à l'aide de formations ou de guides pour les soutenir dans leur pratique et les sensibiliser à la réalité des personnes âgées immigrantes. Elle s'intéresse également à la diversité ethnoculturelle grandissante au sein même du personnel du réseau de la santé, et à l'impact de celle-ci sur le travail et la relation avec les aînés.

Urgence dans le réseau

Selon Marie-Emmanuelle, les transformations actuelles dans le réseau ne font rien pour améliorer les soins. « On est dans un *momentum* où on essaie de réduire le temps des interventions. En soutien à domicile, on réduit le temps des visites... C'est là que la qualité des soins, des services, se perd en premier », déplore-t-elle. Elle critique aussi l'approche technobureaucratique selon laquelle les soins sont déterminés en fonction de grilles d'évaluation accordant peu d'importance aux besoins réels de la personne.

Or, le nombre de personnes en perte d'autonomie, incluant celles issues de l'immigration, ira en augmentant dans les prochaines années. « Si on veut donner une dimension humaine à notre système de soins et de santé, il faut absolument documenter la réalité de ces personnes-là et leur cheminement dans le réseau, dans le but d'éviter qu'elles vivent des situations qui ne prendront pas en considération la dimension humaine et relationnelle des soins ». ■

Entre-vues est une publication de l'équipe METISS qui a pour objectif de faire connaître les recherches et activités de ses membres. Elle s'adresse aux intervenants et gestionnaires du réseau de la santé et des organismes communautaires, aux chercheurs et aux étudiants intéressés par les questions liées à la pluriethnicité. Elle est disponible gratuitement : <http://www.sherpa-recherche.com/partage-des-savoirs/bulletin-entre-vues>

Graphisme et mise en page : Andréanne Boisjoli

Équipe METISS, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles. 7085, Hutchison, Montréal (Qc.) H3N 1Y9

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

514-273-3800 poste 6351 andreanne.boisjoli.cdn@ssss.gouv.qc.ca

ISSN 1923-5593 (imprimé)

ISSN 1923-5607 (en ligne)

Dépôt légal - Bibliothèque du Canada, 2016

Dépôt légal - Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2016

© Équipe METISS, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, 2016. Tous droits réservés.



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de-l'Île-de-Montréal

Québec



Institut universitaire au regard
des communautés ethnoculturelles

SHERPA
Recherche. Immigration. Société.

UQÀM