

UNIVERSITE DE LAUSANNE  
FACULTE DE SCIENCES SOCIALES ET POLITIQUES  
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

# L'ENTREE EN ETABLISSEMENT MEDICO- SOCIAL COMME DEUXIEME MIGRATION POUR LES PERSONNES AGEES MIGRANTES

MEMOIRE DE MAITRISE EN PSYCHOLOGIE PRESENTE PAR  
MELANIE MEYER

DIRECTEUR : JEAN-CLAUDE METRAUX  
EXPERTE : NATHALIE MULLER-MIRZA

SESSION D'AOUT 2012



# TABLE DES MATIÈRES

Introduction .....	iii
Choix de termes .....	4
1. Entrée en EMS, une migration ? .....	5
1.1 La population vivant en EMS .....	6
1.2 La décision d'entrer en EMS .....	6
1.3 La migration comme métaphore .....	7
1.4 L'entrée en EMS comme une migration .....	8
1.4.1 Vivre dans un monde et en être .....	8
1.4.2 Quitter ce monde .....	9
1.4.2.1 Pertes et deuils selon Métraux .....	11
1.4.2.2 Pertes et deuils en EMS .....	12
1.4.2.2.1 Pertes et deuils de Toi .....	13
1.4.2.2.2 Pertes et deuils de Soi .....	14
1.4.2.2.3 Pertes et deuils de sens .....	14
1.4.3 Passer d'un monde à l'autre .....	16
1.4.4 Entrer dans un autre monde .....	18
1.4.5 Vivre dans un autre monde .....	19
1.4.5.1 Entre espace privé et espace collectif .....	20
1.4.5.2 Le temps en institution .....	23
1.4.5.3 Rôles et utilité sociale .....	23
1.4.5.4 Entre soi statutaire et soi intime .....	26
1.4.5.5 Entre collectivité et singularité .....	27
1.4.5.6 L'identité en EMS .....	27
1.4.5.7 Entre monde d'origine et monde d'accueil .....	28
1.4.6 Être de ce nouveau monde .....	31
2. Personnes âgées migrantes en EMS .....	33
2.1 Qui sont les personnes âgées migrantes ? .....	33
2.1.1 Quelques chiffres .....	33
2.1.2 Bref historique de l'immigration en Suisse après la seconde Guerre mondiale .....	33
2.1.3 Perspectives futures .....	35
2.1.4 Projets migratoires et la question du retour .....	35
2.1.5 Situation socio-économique .....	36
2.1.6 Etat de santé .....	37

2.2 Les migrants en EMS .....	39
2.2.1 Quelques chiffres .....	39
2.2.2 Définition du résident migrant .....	39
2.3 Quelques caractéristiques spécifiques des résidents migrants .....	41
2.3.1 Etat de santé des résidents migrants.....	41
2.3.2 Question de la langue .....	42
2.3.3 Cadre culturel et rythme de vie .....	45
2.3.4 Alimentation .....	45
2.3.5 Religion .....	46
2.3.6 Animation .....	46
2.3.7 Sens donné au vieillissement .....	47
2.3.8 Projets migratoires et la question du retour en EMS .....	48
2.3.9 La famille.....	50
2.4 La migration comme ressource .....	51
2.5 L'entrée en EMS comme deuxième migration.....	53
3. Perspectives pour l'accueil des personnes migrantes en EMS .....	54
3.1 Différentes propositions d'adaptation pour la prise en charge des résidents migrants .....	54
3.2 « Prise en considération » plutôt que « prise en charge » .....	57
3.3 Maladie de la (re)connaissance.....	57
3.4 A travers la reconnaissance mutuelle.....	59
3.4.1 La voie de la reconnaissance selon Métraux.....	59
3.4.1.1 La reconnaissance mutuelle.....	59
3.4.1.2 La reconnaissance de soi-même .....	60
3.4.1.3 La reconnaissance par identification .....	62
3.4.2 La reconnaissance en EMS .....	63
3.4.2.1 Entre résidents et professionnels .....	63
3.4.2.2 Entre les différents résidents .....	64
3.4.2.3 Entre familles et institution .....	65
3.4.2.4 Entre résidents et leurs proches.....	65
3.4.2.5 Entre les différents professionnels .....	65
3.4.2.6 Entre l'institution et la communauté .....	66
3.5 Vers une appartenance commune .....	66
4. Conclusion .....	68
Références bibliographiques .....	71

# INTRODUCTION

La population migrante est en train de vieillir. Les jeunes travailleurs venus du Sud dans les années d'après-guerre sont aujourd'hui en train de vivre leur vieillesse. Si en 1980 seulement 5.1% de la population résidente de plus de 65 ans était d'origine étrangère, cette proportion n'a cessé d'augmenter ces derniers 30 ans. En 1990, elle s'élevait à 5.3%, à 7.5% en 2000 et a plafonné en 2010 avec 11.3%, soit 134'283 personnes (OFS, 2012a). La population migrante âgée augmente donc en termes absolus dans la société Suisse. D'autre part, la proportion des personnes âgées parmi l'ensemble des migrants est en train d'accroître et ce processus tend à s'accélérer. Les migrants âgés de 80 ans et plus qui représentaient 4% de la totalité de la population étrangère en 1997, devrait passer à 8.9% en 2020 d'après les prévisions de Höpflinger (1999, cité par Bolzman, Fibbi et Vial, 2002). Les personnes âgées migrantes représentent donc une population importante qu'il s'agit de prendre en compte dans toute sa spécificité.

En Suisse, nous disposons d'un système de services médico-sociaux complexe pour les personnes âgées. Par contre, lorsqu'il s'agit des migrants, la formule « ils s'occupent de leurs vieux » est souvent utilisée (Bolzman et al., 2002, p. 13). Ainsi, on laisse sous-entendre que les lieux privilégiés de prise en charge des personnes âgées migrantes seraient la famille et la communauté ethnique. Or, la réalité ne se résume pas à cette formule simpliste, comme le souligne Bolzman et al. (2002). Leur étude a effectivement démontré que les enfants des personnes interrogées sont tout à fait prêts à aider leurs parents (57% vs 42% des Suisses). Par contre, ils n'imaginent guère pouvoir le faire sans aide d'un personnel spécialisé.

Le système de services médico-sociaux doit donc se préparer à ce nouveau défi de la prise en charge de la population migrante vieillissante.

Le présent travail s'intéresse aux migrants vivant dans les établissements médico-sociaux (EMS) pour personnes âgées. De multiples études sur les conditions de vie des personnes âgées migrantes en général sont disponibles dans la littérature. Cependant, la situation de ces personnes vivant en EMS a encore peu été explorée.

Parallèlement au vieillissement de la population migrante, le nombre de résidents issus de migration est en train d'augmenter dans les EMS (Christen-Gueissaz, Cochand, Cornuz et Martinet, 2011). Ce processus va très probablement s'accélérer dans le futur en constituant dès lors un défi pour les résidences prenant en charge les personnes âgées. En effet, les institutions qui s'y adaptent sont encore peu nombreuses. Néanmoins, quelques établissements commencent à répondre à la spécificité des résidents migrants et à se préparer à recevoir un nombre croissant de personnes d'origine de plus en plus diverses.

Ce phénomène ne constitue pas uniquement un défi pour les EMS. En effet, les personnes âgées migrantes sont, elles-mêmes, confrontées à un changement important dans leur parcours de vie. L'entrée en EMS entraîne un tournant marquant pour tout un chacun. Le fait de quitter son ancien chez-soi pour une institution, ses habitudes pour un horaire prédéfini, l'abandon de l'individuel pour un collectif fait de cette étape de vie une période marquée par de nombreuses pertes (Le Guen, 2001 ; Mallon, 2004, 2007). La manière dont les deuils sont vécus diffère d'une personne à l'autre, dépendant de nombreux facteurs.

Pour des personnes issues de migration, d'autres problématiques peuvent se rajouter. Ainsi, le fait de ne pas avoir appris la langue locale ou de l'avoir perdue suite à la démence, constituent des facteurs qui peuvent faire obstacle à la bonne transition au monde institutionnel. Par ailleurs, le fait de ne pas prendre en compte un écart culturel et/ou religieux, ou encore d'ignorer certaines habitudes alimentaires des résidents d'origines diverses empêche une bonne adaptation (Bartkowiak, 2008 ; Lopes, 2005).

Dans le cadre de ce travail, c'est l'entrée en établissement médico-social en général qui va être étudiée, dans un **premier temps**. Comment est-elle vécue par les résidents (en dépit de leur origine) ? Quelles sont les pertes subies et quels sont les deuils à passer ? Quels enjeux identitaires sont amenés par le changement d'environnement à un âge avancé ? Ce passage d'un monde à un autre pourrait-il être vu comme une forme de migration ? Cette question va être discutée en s'appuyant sur les écrits de Métraux (2011) qui aborde la migration comme une métaphore.

Dans la **deuxième partie** de ce travail, c'est la spécificité des résidents migrants qui sera abordée. Qui sont aujourd'hui les personnes âgées

migrantes en Suisse ? Quels sont les défis particuliers auxquels cette population est confrontée lors de l'entrée en EMS dans le pays d'accueil ? Quels sont les deuils spécifiques que ces personnes auront à traverser ? Qu'est-ce que l'entrée en institution implique sur la question du retour ? Afin d'éviter d'aborder cette population uniquement par leurs déficits, l'attention va également être portée aux ressources spécifiques des personnes âgées migrantes. Est-ce que le fait d'avoir vécu une première migration lors de l'arrivée en Suisse constitue un facteur de risque ou protecteur pour le bien-être de la personne ?

Enfin, quelles sont les conséquences qui peuvent en être tirées pour la prise en charge ? Comment certains EMS s'adaptent aux résidents migrants ? Quelles autres propositions pourraient être faites ? De plus, l'importance de la reconnaissance mutuelle et de l'appartenance commune en EMS va être discutée dans la **troisième partie** de ce travail.

## CHOIX DE TERMES

L'usage de certains termes nécessite une clarification afin d'éviter des éventuels malentendus en raison de leur usage dans différents contextes.

### *MIGRANT*

Le terme migrant décrit une personne ayant vécu une forme de migration durant sa vie. Une migration ne doit pas se limiter à la transition de frontière, mais désigne tout passage d'un monde de sens à un autre entraînant des pertes signifiantes de repères et de sens (cf chapitre 1.3). Je choisis de parler de migrants plutôt que d'immigrés, car tout migrant est à la fois immigré dans un monde d'accueil et émigré dans un monde d'origine. Selon le point de vue, la personne se définit soit par son entrée dans un monde soit par son départ, et se voit ainsi privée soit de son passé soit de son futur. Le terme migrant réunit monde d'origine et d'accueil de la personne et lui accorde ainsi un passé et un futur.

### *ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL (EMS)*

Le terme EMS désigne un lieu de vie collectif pour personnes âgées ayant besoin d'un certain degré d'accompagnement plus ou moins élevé dans leur vie de tous les jours. Les synonymes sont nombreux : en France, le terme le plus courant est maison de retraite et en Belgique on parle plutôt de maison de repos. Il est difficile de trouver un terme qui ne stigmatise pas les personnes qui habitent ces lieux, en les définissant par la vieillesse, l'inactivité ou la maladie. Tout au long de ce travail, je n'ai pas pu trouver de terme satisfaisant. J'ai choisis alors de parler d'EMS, qui est le terme courant dans le contexte suisse pour désigner ce genre d'institutions, ou alors de résidence ou d'établissement pour personnes âgées, qui mettent l'accent sur le lieu de vie plutôt que sur les soins médico-sociaux.

# 1. ENTREE EN EMS, UNE MIGRATION ?

« *Pas de valises à prendre pour ce drôle de voyage.* »

(Duponchelle et Elschner, 2010, p. 21)

Les établissements médico-sociaux pour personnes âgées ne correspondent de nos jours plus aux « institutions totales » (Goffman, 1968, cité par Mallon, 2007) qui prenaient en charge une population ouvrière abandonnée suivant une pratique d'enfermement et de soins collectivistes.

« La transformation des hospices de vieillards en établissement d'hébergement pour personnes âgées n'est pas seulement lexicale : elle concerne aussi bien les populations accueillies (avec un élargissement de l'éventail social des personnes accueillies en raison de leur état de santé) que la fonction qui leur est attribuée (l'accompagnement). » (Mallon, 2007, p. 254)

De manière générale, les institutions pour personnes âgées sont de plus en plus ouvertes, flexibles et axées sur les besoins individuels de leurs résidents en comparaison de quelques années auparavant (Höpflinger et Stuckelberger, 1999).

Avec les mouvements de désinstitutionalisation et d'individualisation des EMS, les conduites des personnes accueillies sont moins strictement réglées. Les résidences tentent de se rapprocher de la vie au domicile, afin d'offrir aux résidents des lieux de vie où ils peuvent se créer un nouveau chez-soi. Les EMS sont aujourd'hui définies « comme des institutions d'accompagnement, censées favoriser l'autonomie des individus pris en charge, quelque soit leur état et jusqu'à la mort » (Mallon, 2004, p. 32).

Malgré ces changements des dernières décennies, l'entrée en institution reste toutefois un tournant de vie redouté par la plupart des personnes âgées. La représentation des EMS reste souvent négative, et l'idée de dépendance, de pathologie invalidante et de mort leur est associée. (Dorange, 2005 ; Bartkowiak, 2008).

## *1.1 LA POPULATION VIVANT EN EMS*

Tenant compte de cette image plutôt négative des EMS, les chiffres relativement bas, des personnes âgées, vivant en institution, ne sont guère surprenants.

Selon les données de l'OFS en 2007 (OFS, 2011), environ 80'000 personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans un établissement médico-social pour une longue durée, c'est-à-dire depuis plus de 30 jours. Avec l'âge, la proportion de résidents en établissement médico-social augmente sensiblement. Mais même à partir de 95 ans, il y a moins de la moitié de la population (46%) qui se trouve dans une institution d'hébergement.

La population résidante en EMS est majoritairement féminine et cet écart entre les sexes augmente avec l'âge. A 95 ans, 50% des femmes et 35% des hommes vivent en résidence pour personnes âgées.

Quant à l'âge moyen des résidents, ce dernier s'élève à 85 ans pour les femmes et à 81 pour les hommes (OFS, 2012b).

## *1.2 LA DECISION D'ENTRER EN EMS*

Le souhait de vivre chez soi le plus long temps possible est largement répandu (Höpflinger et Stuckelberger, 1999). Néanmoins, ce vœu n'est pas toujours réalisable. Plusieurs facteurs peuvent rendre indispensable une entrée en institution. La dégradation de l'état de santé, un réseau familial réduit, et une situation d'isolement social en constituent les principales raisons (Mallon, 2004). La décision d'entrer en institution est donc souvent une contrainte plus qu'un choix et apparaît souvent comme dernière solution possible.

Choisi ou non, ce passage du chez-soi à un monde institutionnel et collectif représente un changement de vie important. L'individu quitte son monde habituel pour migrer dans un nouveau monde. Dans le prochain sous-chapitre, la possibilité de voir ce passage comme une forme de migration sera discutée.

### 1.3 LA MIGRATION COMME METAPHORE

Dans son ouvrage *La migration comme métaphore* (2011), Métraux discute une phénoménologie de la migration qui décrit la migration comme le passage d'un monde à un autre.

Ce passage ne doit pas forcément prendre la forme « classique » d'une migration qui se fait entre deux pays. Selon Métraux, le concept de la migration est plus vaste. Ainsi, même un déménagement de la campagne à la grande ville, d'un quartier à un autre peut être vécu comme migration. Mais déménagement n'est pas à confondre avec migration. Ce qui fait d'un simple changement géographique une migration, sont les pertes signifiantes subies lors du passage au nouveau monde. Pour la personne, ces pertes signifiantes impliquent des pertes de sens et représentent ainsi une menace pour l'intégrité de ses appartenances à un groupe. Un déménagement qui n'implique pas ce genre de pertes signifiantes ne sera pas considéré comme migration.

Métraux distingue six moments différents pour décrire ce passage d'un monde à l'autre :

Vivre dans un monde et en être

Quitter ce monde

Passer d'un monde à l'autre

Entrer dans un autre monde

Vivre dans cet autre monde

Être de cet autre monde

Lors de sa migration, la personne passe par ces différentes étapes. La dernière, « être de cet autre monde », n'advient cependant pas toujours.

La **migration** serait alors le changement d'un monde doté de sens qui est partagé par une communauté dont les membres sont liés par une appartenance commune, à un autre monde où le sens diffère de celui connu jusque là. Partant d'une telle définition de la migration, on pourrait alors se poser la question si l'entrée en EMS peut constituer un tel passage, et donc une migration.

Est-ce que le fait de quitter son chez-soi, ses habitudes, son cercle d'amis, ses meubles et souvenirs pour entrer dans un monde institutionnalisé, inconnu où l'on ne connaît personne et doit renoncer à son domicile, ses habitudes et biens, constitue-t-il une migration?

En élaborant de manière plus détaillée les différentes étapes de la migration, dont nous parle Métraux, et en essayant de les appliquer au contexte des EMS, cette question va être discutée dans le sous-chapitre suivant. Certains propos seront illustrés grâce à l'ouvrage *Pages de vie en maison de retraite. Témoignage et réflexion* de Duponchelle et Elschner (2010). Le narrateur, Victor, raconte son entrée en EMS avec sa femme qui souffre de la maladie d'Alzheimer. Dans un récit riche en ressentis et en émotions, il parle de la décision d'entrer en EMS, des souffrances et des petits plaisirs en institution.

## 1.4 L'ENTREE EN EMS COMME UNE MIGRATION

### 1.4.1 VIVRE DANS UN MONDE ET EN ETRE

Nous vivons, en général, tous dans un, voire plusieurs mondes. Métraux (2011) précise le fait que ce n'est pas parce qu'une personne habite un monde qu'elle en « est ». Pour être d'un monde, il est indispensable d'avoir une appartenance commune et de partager un sens avec les autres membres de la communauté. Si sens et appartenance ne sont pas partagés, une personne peut vivre dans un monde, sans vraiment en être.

Un tel monde de sens peut être le **chez-soi**. Le « chez-soi » s'opposant à un « chez-l'autre » constitue le territoire de ce monde intime, reconnu et respecté en général par la communauté.

Ce chez-soi peut prendre de nombreuses formes. Mais en règle générale, il forme un « terrain privé de l'intimité, de la liberté individuelle, une extension de la personne, qui lui donne une coloration personnelle et identitaire » (Donnio, 2005, p. 74). Selon Mallon, « le chez-soi est le lieu où se déploie l'identité, par investissement affectif et symbolique dans les objets, décors, paysages, organisés subjectivement en une configuration unique ». La reconnaissance du chez-soi est une reconnaissance de soi qui engage l'identité entière. Ainsi « renouer avec son chez-soi, c'est renouer avec soi » (Mallon, 2004, p. 21). Le lieu d'habitation est le « lieu investi subjectivement, un lieu doté de

significations personnelles propres et profondes, et finalement un point d'appui au sentiment d'exister pleinement en tant que soi » (Freudiger, 2008, p. 48) et « habiter, c'est travailler à se sentir chez soi quelque part, condition nécessaire pour être soi » (p. 49)

Ce monde fournit à l'individu des points de repères et un sens qui lui permettent de se définir et d'affirmer son identité dans la communauté.

#### *1.4.2 QUITTER CE MONDE*

Quitter ce monde, doté de repères et de sens, constitue un changement important dans la vie de la personne âgée. Laisser derrière soi son chez-soi, si intimement lié avec son identité, entraîne des réaménagements identitaires plus ou moins importants. Si pour certains, ce changement est vécu de manière plutôt positive, pour d'autres, cet événement peut s'avérer traumatisant et amener de véritables crises identitaires (Dorange, 2005).

Dans la plupart des cas, la décision d'entrer en EMS est plutôt un choix forcé, un non-choix par défaut d'autres options. Si les prestations ambulatoires à domicile ne sont plus suffisantes pour garantir à la personne un encadrement et des soins adaptés, l'entrée en EMS devient souvent inévitable. Comme mentionné plus haut, cette entrée dépend bien d'autres facteurs que seul l'état de santé. Le réseau familial et social, qui constitue une ressource fondamentale pour les personnes face à la dépendance, joue un rôle important dans la prise de cette décision importante (Mallon, 2004).

Ainsi, la décision d'entrer en maison de retraite est rarement prise seul. Elle constitue plutôt un projet né au sein d'un réseau formé par la personne concernée, les membres de famille, un médecin traitant, un assistant social, et/ou autres. La personne âgée est donc en général entourée de personnes qui influencent le choix de l'entrée en institution. Il convient ici d'emprunter le terme de **mandat migratoire** dont parle Métraux (2011). Comme la personne qui quitte son village pour aller travailler ailleurs et qui reçoit le mandat de soutenir sa famille restée au pays, la personne âgée reçoit un mandat, verbalisé ou pas, lors de son entrée en institution. Par exemple, la fille qui dit à son père de bien prendre soin de soi et de participer aux groupes de gymnastique afin d'entretenir son corps (Duponchelle et Elschner, 2010, p. 44) verbalise un tel mandat migratoire. Un mandat non verbalisé pourrait par

exemple être celui de décharger la famille ou le conjoint pour qui la garde constante de leur proche devient source de fatigue et de détresse. Ce mandat est bien souvent tu mais exprimé de manière indirecte (Donnio, 2005). La personne ne migre donc en général pas seule, mais elle arrive avec tout un réseau en bagage qui la charge d'un mandat à accomplir.

Souvent, la décision d'entrer en EMS est précédée par un événement déclencheur tel qu'un accident ou une maladie nécessitant des mesures spécifiques (Donnio, 2005). Par ailleurs, c'est souvent le décès d'un conjoint qui peut amener à cette décision ou faire accélérer la démarche.

Selon le type d'événement déclencheur, la décision d'entrer en institution est prise de manière différente. Une démence, par exemple, de type Alzheimer, qui avance de manière graduelle, permet à la personne ainsi qu'à l'entourage de s'adapter à la nouvelle situation et laisser mûrir et se préparer à une éventuelle entrée en EMS. Par contre, un accident soudain ou la mort du conjoint inattendue forcent, la plupart du temps, à prendre une décision précipitée et dans l'urgence. Ce phénomène est renforcé par le manque de places en EMS. De longues listes d'attente rendent la possibilité de choisir son institution souvent très difficile, voire impossible (Donnio, 2005 ; Mallon, 2004). La manière dont l'entrée en résidence pour personnes âgées est choisie (ou non choisie) aura, par la suite, un impact sur l'adaptation au nouvel environnement. Comme le soulignent Höpflinger et Stuckelberger (1999), une entrée en institution librement choisie influence, en général de manière favorable, la vie en institution.

Néanmoins, ce ne sont pas seulement les personnes entrant de leur propre gré en établissement qui arrivent ensuite à établir une continuité entre le domicile et l'institution. Mallon (2007) souligne l'importance de l'intériorisation de cette décision d'entrée. Il s'agit donc moins d'instaurer dès le départ une continuité, mais de restaurer ensuite, une continuité entre les deux mondes. Pour trouver un équilibre au sein de l'institution, le résident doit assumer la rupture avec l'ancien domicile. Cela permet d'entrer dans le nouvel univers sans se retrancher dans le monde perdu.

La réputation des établissements médico-sociaux est, en général, plutôt négative (Dorange, 2005 ; Bartkowiak, 2008) et il y a une tendance à omettre les nombreux **avantages** qui y sont liées à la fois pour la personne concernée et pour ses proches. La personne âgée vit, dès lors, dans un environnement

protégé et sécurisant. Elle ne doit plus s'occuper de tâches ménagères devenues pénibles et un encadrement médical est garanti. Les activités et contacts sociaux avec les autres résidents lui donnent la possibilité de renouer avec une vie sociale, afin d'éviter l'isolement. Bien souvent, l'entrée en EMS constitue aussi un soulagement pour les autres membres de famille, qui savent leur proche entouré et en sécurité.

#### 1.4.2.1 PERTES ET DEUILS SELON MÉTRAUX

Malgré ces avantages, l'entrée en EMS constitue un tournant de vie important pouvant entraîner une interruption brutale de l'existence choisie, au profit d'une autre, le plus souvent imposée. Elle peut mettre en mouvement une avalanche de pertes qui submerge la personne âgée et rend l'élaboration du deuil difficile. Dans certains cas, ces nombreuses pertes peuvent provoquer des manifestations de peur, d'angoisse et/ou d'inhibition (Le Guen, 2001).

Métraux distingue trois différents types de **pertes** signifiantes : pertes de Toi, pertes de Soi et enfin pertes de sens (Métraux, 2011, p. 55).

- Les **pertes de Toi** représentent des pertes « d'un environnement – d'objets et/ou de personnes extérieures à Soi ». Ainsi, la mort du conjoint ou d'un ami proche serait une perte de Toi.
- Les **pertes de Soi** s'assortissent du « flétrissement de l'image de soi, de la dévaluation de la place occupée au sein de la collectivité ». On parle de perte de Soi par exemple au cas d'une maladie grave qui atteint l'image de soi du patient. Ayant perdu une partie de soi, il n'est plus le même.
- Les **pertes de sens** menacent le sens donné à un monde, ainsi que l'appartenance partagée par les membres de ce monde. Il y a, par exemple, perte de sens pour un travailleur migrant qui se trouve au chômage et pour lequel le projet migratoire, celui de travailler dans un autre pays, est en train d'échouer.

Chaque perte entraîne un deuil qui doit être passé. Le **deuil** selon Métraux, est constitué par plusieurs phases (2004, 2011) :

- Dans la **phase de fermeture ou de refus**, la personne refuse de reconnaître la perte subie. Elle ferme les yeux devant la réalité. Cette forme de défense permet à l'individu de retrouver certains

points de repères dans son environnement. Cette phase peut prendre deux positions différentes : la *position des retrouvailles* dans laquelle la personne s'enferme dans le passé et le monde perdu, et la *position de l'oubli* dans laquelle la personne s'enferme dans le futur, prétendant que le monde perdu n'ait jamais existé. Dès que la perte est reconnue dans son irréversibilité, le deuil passe à l'étape suivante.

- Pendant la **phase d'ouverture**, la personne en deuil ouvre les yeux sur le monde qui a changé et reconnaît la perte.
- Enfin, la **phase de souvenir** permet à la personne de se souvenir des moments agréables et désagréables du passé. Au lieu d'un souvenir vide, le souvenir devient plein et créateur de nouveaux sens.

Un deuil peut être **congelé** si l'individu se trouve dans un état de survie, comme, par exemple, en temps de guerre. La congélation de deuil est une stratégie de survie pour la personne qui doit d'abord s'occuper de sa survie avant de pouvoir commencer la période de deuil.

Une autre possibilité de stagnation du deuil est la **fossilisation**. Si l'on s'arrête trop longtemps sur une des phases, le deuil reste fossilisé et ne peut être surmonté.

Le but à la fin du deuil est d'arriver à une **création d'un nouveau sens**. Dans leurs dernières étapes, le deuil de Toi est ainsi créateur de Soi. Le deuil de Soi devient créateur de sens et le deuil de sens permet de créer de nouvelles valeurs, partagées au sein du groupe. Le passé et le présent sont alors reliés afin de créer un futur (Métraux, 2004, 2011). Un contexte de sécurité dans lequel les individus se reconnaissent mutuellement est nécessaire pour l'élaboration des différents deuils.

#### 1.4.2.2 PERTES ET DEUILS EN EMS

En observant les différentes pertes et deuils subis par les personnes âgées qui entre en EMS, on retrouve ces trois catégories décrites par Métraux (2011).

#### 1.4.2.2.1 PERTES ET DEUILS DE TOI

Si les contacts avec les proches et les amis intimes perdurent, en général, à l'entrée en EMS, les liens avec des connaissances plus éloignées ou associations dont la personne faisait partie, se distendent (Höpflinger et Stuckelberger, 1999). Déseuilles et Brouard (2003, cité par Mallon, 2007) observent que 73% des résidents voient leur famille au moins une fois par mois. Si l'on compare, par contre, le contact familial avant et après l'entrée en institution, on observe une nette diminution. 85% des résidents voyaient leur famille au moins une fois par semaine avant l'entrée en résidence. Après, leur nombre se réduit à 43% seulement.

Il faut toutefois dire que l'entrée en EMS permet aussi de faire des nouveaux contacts, que ce soit avec les autres résidents ou avec des membres du personnel (Höpflinger et Stuckelberger, 1999). Un des buts de l'entrée en institution est finalement celui de lutter contre l'isolement social (Mallon, 2004). En effet, des échanges enrichissants ainsi que de nouvelles amitiés peuvent se former dans ce nouveau lieu de vie. Ces contacts sont, par contre, imposés et la personne ne peut choisir librement ni le personnel ni les résidents qui l'entourent.

En fin de compte, c'est souvent le lien familial, qui constitue une ressource importante et irremplaçable pour la vie privée de la personne âgée. Celui-ci facilite au résident la construction matérielle et symbolique d'un monde privé équilibré ainsi que la définition de soi engagée par la personne en institution (Déseuilles et Brouard, 2003, cités par Mallon, 2007). Ce réseau est donc de la plus grande importance dans une première phase à l'EMS, qui est spécifiquement marquée par une perte de repères identitaires. Malgré les nouveaux contacts qui peuvent se former, le deuil des proches « perdus » doit pouvoir se faire.

Une autre forme de perte de Toi, qui n'est pas directement liée à l'entrée en EMS, mais qui précède souvent cette dernière (Mallon, 2007), est celle du décès du conjoint. Cette perte qui est en soi déjà une grande source de détresse, peut devenir encore plus déstabilisante si la personne se voit obligée d'entrer en EMS peu après. Faire son deuil devient alors d'autant plus difficile.

#### 1.4.2.2.2 PERTES ET DEUILS DE SOI

Un autre type de pertes et de deuils, les pertes et deuils de Soi, peuvent être retrouvées lors de l'entrée en EMS.

Ici, la perte de Soi n'est pas directement liée à l'entrée en institution même, mais précède, par contre, souvent cette dernière. Elle est liée à la modification du corps de la personne due à la dégradation du corps, causée par une maladie ou un accident. Dans ce cas, l'image que la personne a d'elle-même, est modifiée. La perte de certaines capacités corporelles constitue une perte de Soi, ou au moins d'une partie de Soi. Avec le vieillissement, le risque d'être touché par certaines maladies ou certains types d'accident augmente.

Il est, néanmoins, important de préciser que vieillissement n'est pas synonyme d'accident et de maladie. Cette phase de vie est souvent abordée comme une phase de vie marquée par des pertes. Cette vision, qui met l'accent sur les déficits, fait pourtant abstraction du fait que le vieillissement est inscrit dans un processus naturel faisant partie des *similitudes fondamentales*, partagées par tous les individus. Il ne constitue donc pas une perte de Soi.

#### 1.4.2.2.3 PERTES ET DEUILS DE SENS

Finalement, la personne qui entre en EMS subit également des pertes de sens. Le sens qu'elle donnait à son existence et ses projets de vie se transforme.

Chaque migration est en général accompagnée par un **projet migratoire**. Le réfugié politique cherche à sauver sa vie, le migrant économique tente de gagner et d'économiser de l'argent, afin de s'assurer un meilleur futur dans son pays d'origine (Métraux, 2011). Le projet migratoire est marqué par le contexte dans lequel il naît, mais reste un projet très individuel, qui diffère d'une personne à l'autre. Généralement, ce que ces projets ont en commun, est leur **caractère prospectif**. Le migrant se projette dans le futur, dans un nouveau monde.

L'EMS sera très probablement le dernier lieu de vie pour la personne. L'élaboration d'un projet orienté vers le futur s'y avère particulièrement difficile. Avec l'entrée en EMS, la personne se voit donc confrontée à une épreuve

nouvelle et difficile : se construire un projet de vie dans un lieu où la mort est omniprésente. En perdant son côté prospectif, le sens que la personne donne à son monde se transforme. La personne doit, dès lors, en faire le deuil afin de donner un autre sens au nouveau contexte de vie. Malgré les efforts fournis des EMS pour offrir à leurs clients des lieux de vie (Freudiger, 2008), la confrontation à la réalité du vieillissement et à la mort devient incontournable.

Si un projet migratoire laisse souvent la possibilité d'un **retour** au monde quitté, ce retour est en général impossible ou au moins très difficilement réalisable après l'entrée en EMS. L'investissement financier important, ainsi que le délaissement de l'ancien domicile rendent extrêmement difficile le retour (Duponchelle et Elschner, 2010). Cette impossibilité de retour constitue une autre forme de perte de sens à laquelle la personne âgée est confrontée, lors de l'entrée en institution.

Bien sûr, ces différentes pertes qui viennent d'être élaborées ne sont pas vécues de la même manière selon les individus. En effet, plusieurs facteurs viennent jouer un rôle. Par exemple, ce qui peut être traumatisant pour une personne, peut être vécu comme soulageant pour une autre.

Ce qui est néanmoins remarquable, est le nombre de pertes qui pourra s'accumuler en très peu de temps. Cette période fortement chargée en changements, vécus comme des pertes ou non, vient secouer l'enracinement identitaire de la personne. Métraux (2011) souligne l'importance de pouvoir faire les deuils un par un, en commençant par les deuils de Toi. C'est à son aboutissement que peut se créer un nouveau Soi et que les deuils de Soi peuvent être abordés. Leur résolution est créateur de sens ce qui permet de passer les deuils de sens, afin de créer de nouvelles valeurs et de relier passé, présent et futur dans une continuité. Si les deuils sont trop nombreux ils ne peuvent être élaborés et le risque de fossilisation est grand. Le Guen (2001) souligne le danger de manifestations de la peur, de l'angoisse et de l'inhibition lors de pertes successives. Selon Duponchelle et Elschner (2010), si les pertes ne sont pas acceptées et que les deuils ne sont par conséquent pas faits, des pathologies peuvent s'installer, comme par exemple, la démence. A ces maladies peuvent encore s'ajouter la confusion, l'autoritarisme, le délire ou l'agressivité.

Pour faire le deuil et arriver à une création de sens, la personne a besoin d'un **contexte rassurant et stable**, ainsi que des liens caractérisés par la **reconnaissance mutuelle** des acteurs. Aussi les ressources psychologiques de chacun sont d'une grande importance (Freudiger, 2008). Dans une phase de vie qui est marquée par de nombreuses pertes et le déracinement (Duponchelle et Elschner, 2010 ; Mallon, 2007), trouver cette stabilité et une reconnaissance mutuelle, s'avère être extrêmement difficile. Ce sera un défi qu'il faudra pourtant relever (cf chapitre 3).

#### *1.4.3 PASSER D'UN MONDE A L'AUTRE*

La manière dont se vit le passage d'un monde à l'autre est de grande importance. Pour la personne qui migre d'un pays à l'autre, ce passage ne se fait pas au moment de traverser la frontière. Plutôt que d'un moment précis, il s'agit d'une sorte de voyage avec un début et une fin.

Pour la personne qui entre en institution, le périple commence plus ou moins au moment des adieux avec le monde que l'on quitte. Pour la personne âgée qui va en institution, ce moment pourrait, par exemple, être celui où elle doit faire ses adieux aux voisins de longue date ou fermer sa porte d'entrée pour la dernière fois. Le voyage s'achève au moment où la personne se rend compte qu'elle est entrée dans le nouveau monde et qu'elle a laissé, derrière elle, l'ancien monde.

« Nous garderons la maison quelques mois encore. - On ne sait jamais, dit Céline. Si ça ne vous plaît pas, nous trouverons une autre solution. C'est rassurant d'avoir cette issue de secours, même si je sais déjà que je ne reviendrai plus chez moi. Pas pour un jour, pas pour une heure. Pas question de faire marche arrière. Il faut partir sans se retourner, tourner la page une fois pour toutes. Un dernier tour de clef. Voilà. C'est fini » (Duponchelle et Elschner, 2010, p. 22).

Cet extrait témoigne bien de ce moment où on laisse derrière soi l'ancien univers, le voyage s'achève et un nouvel univers s'ouvre. Les frontières floues entre deux mondes font que début et fin de ce passage sont vécus de manière très individuelle et différent d'une personne à l'autre (Métraux, 2011).

Mais que se passe-t-il pendant ce voyage ? Que se passe-t-il après avoir quitté l'ancien monde et avant d'entrer dans le nouveau ?

Mallon décrit l'entrée en EMS comme **rite de passage** en allant dans le sens de l'auteur Arnold van Gennep (1909, cité par Mallon, 2004, 2007) : Par le rite de passage, la personne passe d'une catégorie d'âge à une autre. Dans le cas de l'entrée en EMS, ce serait le moment où la personne entre dans l'âge des « vieux dépendants » et est ainsi séparée du reste de la société. La personne est d'abord mise à l'écart, par rapport à son groupe. Elle se trouve, ensuite, dans une phase liminale. Il s'agit du moment du rituel pendant lequel la personne a perdu son ancien statut mais ne possède pas encore un nouveau. Finalement, l'individu acquiert ce nouveau statut lors de la phase d'agrégation ou de réintégration.

Le passage de chez-soi à l'institution peut donc être vu comme cette phase liminale où la personne âgée n'est plus maîtresse de son chez-soi, mais n'a pas encore acquis le statut de résident ordinaire. La personne est, à ce moment décrite comme étant sans statut, sans appartenance.

Plutôt que de voir ce moment comme un monde vide d'appartenances, où l'on n'est ni l'un ni l'autre, Métraux décrit cet « espace transitionnel » (Métraux, 2011 cite Winnicott, 1975) comme un espace où les deux **appartenances de l'individu se conjuguent**.

Victor (Duponchelle et Elschner, 2010, p. 24) décrit bien cette conjugaison de ses appartenances :

« Dans ma poche, mes clefs s'emmêlent. L'ancienne, la nouvelle, maintenant réunies au même trousseau. J'essaie de sourire. »

L'ancienne clef, représentant son passé, réunie avec la nouvelle, symbole du nouveau chez-soi. Tout en essayant de sourire et de voir la richesse de ces deux appartenances, Victor exprime la difficulté de cette intégration identitaire.

Le Guen (2001) fait également référence à Winnicott pour parler de ce moment de passage entre chez-soi et l'institution. Avec la perte des points d'ancrage, au moment de quitter son chez-soi, la personne développe des mécanismes de compensation qui lui permettent de conserver son intégrité et son identité personnelle. Souvent ces personnes accordent une importance particulière à un certain objet qui devient « symbole de leur attachement aux lieux, maison ou appartement où s'est développée leur vie d'homme, de

femme ou de couple » (Le Guen, 2001, p. 159). Un tel **objet transitionnel** aiderait la personne à se libérer de la tension entre réalité intérieure et extérieure (Winnicott, 1975) qui peut peser lourdement pendant cette période de transition.

#### 1.4.4 ENTRER DANS UN AUTRE MONDE

Lors de l'entrée dans un autre monde, la personne a, en général, déjà une image a priori de ce nouveau monde qui se base sur le récit d'autres et sur la représentation sociale de ce lieu. Comme déjà mentionné, la représentation de l'EMS est en général plutôt négative (Dorange, 2005 ; Bartkowiak, 2008). Les résidences pour personnes âgées concentrent dans l'imagination sociale les formes les plus dévalorisées de la vieillesse. Elles accueilleraient les personnes âgées dépendantes qui deviennent figures, par excellence, du mauvais vieillissement (Mallon, 2004). D'où l'importance de se faire une idée claire du nouveau lieu de vie en allant faire des visites précédant l'entrée, ou en participant à des activités ponctuelles ou encore de discuter avec des résidents (Moullia, 2007). Pénétrer dans ces établissements aide à découvrir la diversité des parcours de vieillissement et de relativiser la perception uniformément négative de la vieillesse en EMS (Mallon, 2004). Ceci permet de se construire une image qui est basée sur la réalité, plutôt que sur une image sociale dévalorisante.

Pénétrer dans un nouveau monde est toujours un moment plein d'incertitudes pour la personne. Méconnaissance de la culture, les coutumes, parfois la langue du nouvel univers rendent difficile la première prise de contact avec la nouvelle communauté. C'est donc au tour de l'hôte d'accueillir la personne après son voyage pour qu'elle puisse se reposer et se sentir à l'aise.

« Entrer sans trop de tourments dans l'autre monde requiert de ce dernier le respect des règles élémentaires de l'*hospitalité* : saluer le visiteur de façon appropriée ; lui offrir un café, de l'eau, des biscuits et peut-être une cigarette pour qu'il se désaltère, se sustente, calme son angoisse, hume le fumet du lieu ; le mettre à l'aise en introduisant la discussion par quelques phrases banales sur le temps qu'il fait ; lui autoriser quelques regards sur les tapisseries et les tapis pour qu'il apprivoise la demeure ; lui poser quelques questions, sans exiger de réponse, sur les péripéties du

voyage ou la santé des membres de la famille » (Métraux, 2011, p. 74).

A l'entrée en résidence, c'est donc au tour des professionnels et résidents d'accueillir la personne afin qu'elle puisse arriver, se reposer, visiter les lieux, défaire ses valises pour se sentir enfin à l'aise.

Victor décrit la manière dont il a été accueilli avec son épouse et la richesse d'un simple « Bonjour » ou d'un apéritif pour souhaiter la bienvenue aux nouveaux arrivés :

« La voix fraîche de la secrétaire nous accueille. (...) Nous déposons nos affaires : on nous attend dans la cuisine de l'étage. Là, deux résidents nous accueillent. (...) Martine se présente. (...) Au nom de la maison, elle nous offre un bouquet de fleurs, puis nous sert l'apéritif. – A votre santé ! dit-elle. Et bienvenue chez nous. Vous verrez, tout ira bien. (...) Rien ne remplacera ma maison. Mais un apéritif pour commencer, c'est une bonne idée quand même. Sans parler des fleurs que nous aimons tant tous les deux... » (Duponchelle et Elschner, 2010, p. 24).

Le premier contact avec le nouveau lieu de vie est extrêmement important et devrait être médiatisé par les professionnels (Freudiger, 2008) comme cela a été le cas chez Victor et son épouse.

#### *1.4.5 VIVRE DANS UN AUTRE MONDE*

Après une première phase d'accueil, pendant laquelle la personne a encore le statut de « nouveau résident », la vie se poursuit en institution et la personne commence, enfin, à vivre dans son nouvel habitat. Vivre dans ce nouveau monde implique une réorganisation complète de son existence (Mallon, 2004).

« Nous commençons à vivre dans un autre monde lorsque nous percevons la singularité des appartenances qui l'imbibent. Cette conscience d'habiter désormais une société aux conceptions distinctes des miennes avive sentiments d'étrangeté et conflits de valeurs. Vivre dans un monde et vivre dans un autre monde, cependant, présentent phénoménologiquement beaucoup de

similarités : il s'agit toujours de vivre dans une communauté pétrie de sens jusqu'à la moelle » (Métraux, 2011, p. 75).

Mais ce sens change bien souvent d'un monde à l'autre. Ainsi, en EMS l'espace et le temps changent de sens.

#### *1.4.5.1 ENTRE ESPACE PRIVE ET ESPACE COLLECTIF*

L'espace en institution est partagé entre le privé et le collectif. Le privé est en général constitué par la chambre (dans le cas d'une chambre individuelle bien entendu) et le collectif se rapporte à la salle à manger, le salon, etc. L'enjeu est alors celui de s'approprier ces nouveaux espaces inconnus, afin de s'y sentir chez soi (Mallon, 2007).

La cohabitation du privé et du collectif est en général nouvelle pour les résidents. Si dans son ancien chez-soi, la personne gérait seule ces deux sphères, c'est ensuite l'institution qui règle, en grande partie, la répartition des espaces par son architecture et son règlement. Un équilibre entre sphère privée et collective est pourtant une condition nécessaire pour se sentir à l'aise dans le monde institutionnel. Cet équilibre est différent pour chaque résident. Le personnel doit respecter cet équilibre individuel et aider les personnes à retrouver la force et le désir de reconstruire un lieu personnel, dans leur nouveau environnement (Freudiger, 2008 cite Romero, 1999).

L'architecture a une grande influence sur la répartition des espaces privés et collectifs. En général, peu de place est laissée à l'intimité et le principe de la vision panoptique favorise la surveillance plutôt que des espaces privés pour se retirer (Darnaud, 2007). Un mode de construction qui prévoit davantage de chambres individuelles et qui permet des lieux de refuge où la personne peut se retirer, même en dehors de sa chambre, contribue de façon positive au sentiment de chez-soi de la personne qui peut alors retrouver un certain sentiment d'intimité.

Lors de l'entrée en institution, un tri des affaires acquises pendant toute une vie devient incontournable. Le nombre de meubles et de souvenirs qui peuvent être amenés dans le nouveau chez-soi dépend de la taille de l'espace privé ainsi que du règlement de l'établissement. Certains EMS rendent possible l'emménagement de ses propres meubles, tandis que d'autres ne le permettent pas. L'abandon de certains objets personnels constitue une perte

de sentiment de continuité de soi et peut être déstabilisant pour l'identité. Cette perte peut alors être qualifiée de perte de Soi qui dépossède la personne d'une partie de son altérité, de sa singularité et d'un bout de son histoire personnelle (Christen-Gueissaz, 2008).

Tout n'est pourtant pas décidé par l'institution qui donne surtout un cadre dans lequel les résidents ainsi que les professionnels peuvent œuvrer (Mallon, 2004 cite Semprini, 1994). Dans le cadre du possible, les résidents peuvent décorer leur chambre et parfois même les espaces collectifs. L'importance de l'aménagement de ce chez-soi avec des objets transitionnels (Le Guen, 2001) afin de s'approprier le nouvel espace a déjà été mentionné plus haut (cf chapitre 1.4.3). Ainsi, le fait de pouvoir amener certains meubles ou objets de décoration dans le nouvel habitat peut adoucir la rupture avec l'ancien chez-soi. Aménager sa nouvelle chambre ainsi que certaines parties des espaces collectifs peut augmenter, chez le résident, l'envie d'être de ce nouveau monde. Cependant, ceci doit être encouragé par l'établissement et ses professionnels (Freudiger, 2008). Intimidé par l'étrangeté des lieux, nostalgique de son ancien domicile, le nouveau résident devrait être invité à aménager et à co-construire les lieux.

La chambre, espace privé, est en général le lieu le plus fréquenté par les résidents. Elle offre le contrepoint et contrepoids de l'institution. Elle constitue la base arrière où la personne peut préparer ses investissements dans la collectivité et permet de se ressourcer pour ensuite refaire (ou non) le choix de la collectivité. Les espaces collectifs par contre sont le plus souvent qualifiés d'espaces publics où la personne ne peut se sentir pleinement chez-soi (Mallon, 2004).

Ce collectif peut mettre en danger l'**intimité** de la personne qui est un élément fondamental et central de la dignité humaine et sa préservation en institution est de grande importance (Thibaud et Hannicott, 2007). Même si de nombreux établissements se donnent pour but de préserver l'intimité de leurs résidents, cette dernière n'est pas toujours respectée dans les institutions. Entre les soins d'hygiène, le nettoyage des chambres, la réfection des lits, des chambres doubles et des horaires rigides, il est souvent extrêmement difficile, voire impossible, de préserver l'intimité des résidents. La tâche paradoxale de respecter l'indépendance et l'intimité de la personne âgée tout en veillant à ses besoins constitue un défi constant pour les EMS (Le Guen, 2001 ; Christen-Gueissaz, 1994). Le personnel doit donc veiller à rendre l'intrusion -

parfois inévitable dans la sphère intime de la personne - le plus supportable possible en faisant preuve de finesse et de délicatesse (Borloz, 2010). Des études comme celle de Thibaud et Hanicotte (2007) montrent, cependant, que ce n'est « pas du tout » ou « pas toujours » respecté, et que le discours sur le respect de l'intimité et sa réalisation en pratique, diffèrent malheureusement trop souvent.

Duponchelle et Elschner illustrent ce propos dans plusieurs chapitres. Ils décrivent la manière dont Victor vit le fait qu'on vienne faire sa toilette et celle de sa femme (2010, p. 50-51). Des gestes de routine pour le personnel soignant sont endurés difficilement par Victor.

« Faire ma toilette ? J'en rougis jusqu'aux oreilles. A l'hôpital, je suis souvent passé par là, mais ce n'est pas pareil. Ici, les aides-soignantes nous connaissent bien, elles partagent notre vie de tous les jours. On n'a donc pas la même distance. Alors, qu'elles me lavent, entièrement... pas question ! (...) Pour elle bien sûr, c'est la routine. C'est son métier. Mais pour nous, quelle gêne, quelle humiliation ! »

Victor décrit également la pénibilité d'être dérangé dans sa chambre, pourtant censée être le lieu d'intimité, par un professionnel qui entre sans frapper :

« Me sentir chez moi ? Faire ce que je veux ? Alors qu'à tout moment, quelqu'un peut entrer dans ma chambre, entrer dans ma vie, comme dans un moulin ? (...) Viktor n'avait plus le cœur de parler. Finie, notre belle discussion à peine entamée. Notre élan était coupé. Tristement, nous avons vidé nos verres. La prochaine fois, je fermerai ma porte à clef. » (Duponchelle et Elschner, 2010, p. 49)

Ces extraits illustrent bien l'importance du respect de l'intimité physique et psychique de la personne. Le fait de frapper à la porte et d'attendre une réponse positive avant d'entrer dans la chambre. Davantage de pancartes : « Ne pas déranger svp » devraient être mises à disposition ainsi que de chambres individuelles. Enfin, la possibilité de fermer à clé la chambre afin de préserver certains secrets et de choisir ce qui est montré et ce qui est caché devrait pouvoir être systématisé (Le Guen, 2001 ; Freudiger, 2008). Ceci facilite la création d'un espace en institution où le résident peut se sentir libre, valorisé et respecté.

Le sens de l'espace se transforme donc lors de l'entrée en institution et il s'agit d'en faire le deuil afin de se l'approprier à nouveau.

#### *1.4.5.2 LE TEMPS EN INSTITUTION*

Aussi le sens du temps change face à des horaires qui sont préétablis de manière plus ou moins rigide. Il s'agit alors de s'adapter à ces nouvelles contraintes jusqu'alors inconnues ainsi que d'occuper le temps « libre » et de se reconstruire un nouvel emploi du temps (Mallon, 2004).

« - Que voulez-vous, on ne peut pas suivre le rythme de chacun, il n'y a pas que vous ! m'a répondu vertement Christine. Les lève-tôt, les lève-tard... Nous, on suit le couloir ! (...) « Il n'y a pas que vous... » Cette phrase me tourne en rond dans la tête. Pas que moi... pas que moi... évidemment. Mais moi aussi quand-même ! Nous sommes quatre-vingts « moi » sous le même toit. Chacun sa vie, chacun son rythme, son passé, ses désirs, ses problèmes » (Duponchelle et Elschner, 2010, p. 38).

Victor illustre bien le conflit qui le tiraille entre l'envie de suivre son rythme individuel et le fait d'être contraint par l'horaire des professionnels, le privant en partie de son autonomie.

« On nous apporte le petit-déjeuner. On nous nettoie la chambre. On nous lave notre linge. On nous fait à manger. On nous sert le repas. On nous apporte le café. On nous... On nous... Et nous, qu'est-ce qu'il nous reste à faire ? (...) En quittant ma maison, j'ai donné un dernier tour de clef sur mon reste d'activité, mon reste d'autonomie, mon reste d'existence – si petit fût-il. Ma nouvelle porte – chambre 412 – s'ouvre sur un monde où je n'ai plus rien à faire, plus rien à dire, plus rien à penser. Un lieu où je j'ai plus de vie à moi – plus qu'une vie chez eux, une vie de vieux » (Duponchelle et Elschner, 2010, p. 33).

#### *1.4.5.3 ROLES ET UTILITE SOCIALE*

Le fait de ne plus devoir s'occuper du ménage, de la prise de médicaments, du jardin et d'autres tâches qui deviennent plus difficiles avec le temps et qui

peuvent, très probablement, contribuer à la prise de décisions d'entrer en EMS. Par ailleurs, l'arrêt de ces tâches peut être vécu comme une dépossession d'une partie de l'autonomie. N'avoir plus rien à faire peut entraîner une crise ou en tout cas une remise en question de ses rôles et de son statut et donc entamer un deuil de Soi.

Métraux (2011) le souligne aussi : Chacun a une place dans le monde dans lequel il vit et cette place diffère d'un monde à l'autre. Elle est liée à des rôles et statuts sociaux au sein d'une communauté. A l'entrée en institution, la personne connaît en tout cas deux changements de rôles.

Le premier changement est lié à la confrontation avec son propre vieillissement. L'EMS institutionnalise le vieillissement, par le fait de le rendre visible aux yeux de la société (Mallon, 2004). Sa population se définit par la vieillesse, ce qui confronte donc le nouveau résident à son propre vieillissement, qui était encore plus facile à éviter au domicile. A l'entrée en institution, la personne se voit alors attribuer un **rôle de personne âgée** qui connaît au sein de notre société jeuniste un statut dévalorisé. Mallon (2004) parle de deux types de représentations sociales de la vieillesse. Une façon de comprendre la vieillesse, est de lui reconnaître la sagesse, développée au cours de la vie. Cette vision du vieillard sage, vers lequel on se tourne pour obtenir des conseils précieux, est plus répandue en Afrique que dans notre société où la rentabilité et l'efficacité prédominent. En Occident, c'est plutôt les dimensions négatives qui prédominent dans la représentation de la vieillesse. Cette dernière est abordée, par le déficit, et l'accent est mis sur les pertes, plutôt que sur les ressources (Moukouta, 2010).

Un deuxième rôle attribué à la personne est celui de **résident**. Mais quel est donc ce rôle ? En raison du mouvement d'individualisation des institutions, le rôle de résident est peu formalisé et les institutions laissent bien plus de liberté aux résidents que dans les années '70 (Mallon, 2004). Une image répandue est celle du résident passif, dépendant, privé de son autonomie. Cette image représente néanmoins un mythe. Or, « le » résident n'existe pas et le vieillissement en institution connaît de nombreuses formes (Mallon, 2004).

Les institutions proposent en général de nos jours de nombreuses activités qui permettent aux résidents d'établir certaines habitudes et ainsi de se recréer certains rôles. Mais ces habitudes qui occupent plus le temps que de le remplir de sens, ne correspondent à aucune nécessité, ni attente sociale. Ces

rôles changent donc par rapport à ceux qu'avait la personne à domicile - le rôle de propriétaire ou locataire de sa maison, le rôle de voisin, etc. - qui sont connotés, en général, à des obligations et contraintes, mais qui ont pourtant, une utilité pour la personne et/ou son entourage. Les rôles en institutions sont, malheureusement, bien souvent dépossédés de cette utilité sociale et il s'agit alors de leur trouver un nouveau sens.

Mallon (2004) discute ces **dérivées de rôles** qui ne correspondent à aucune nécessité, ni aucune attente, parfois même pas à celle de la personne âgée qui les exécute pour faire passer le temps. Mais ces dérivées de rôles ont néanmoins du poids, car elles permettent d'évoquer de manière concrète, dans les gestes, des rôles auparavant joués. Elles constituent une « forme sociale plastique, qui fond les changements identitaires dans une continuité qui permet à l'individu d'affirmer la permanence de son identité, malgré ses évolutions » (Mallon, 2004, p. 227). Mais lorsque les gestes sont trop éloignés du sens attribué dans l'ancien univers de la personne âgée, ils tournent à vide, et ne peuvent plus soutenir l'identité. Dès lors, ils ne signifient plus rien et ne sont plus que des formes sociales désinvesties et « démotivées » (Mallon, 2004 cite Héran, 1986).

Une façon de retrouver une place à utilité sociale, et donc de faire le deuil de Soi, est celle de se faire une place dans l'organisation de l'établissement. Certains EMS permettent aux résidents de : rendre service, comme par exemple, éplucher des légumes pour le repas de midi, arroser les plantes, etc. Cette participation active favorise l'identification rapide de la personne, qui émerge ainsi de la masse. Ces activités, prises en charge par les résidents, vont à l'encontre de la perception de ceux-ci, comme consommateurs de loisirs et de services. Elles permettent, en outre, de développer la vie collective sur un mode moins formel, moins ségrégué et moins unilatéralement organisé par l'institution

L'occupation signifiante du temps et le sentiment d'utilité favorisent le sentiment de chez-soi. Il faudrait donc laisser la place à l'initiative spontanée et créative chez les habitants, pour que le sentiment de chez-soi puisse se nourrir et que la vie soit moins unilatéralement organisée par l'institution (Freudiger, 2008).

#### 1.4.5.4 ENTRE SOI STATUTAIRE ET SOI INTIME

Le statut de résident étant un élément déterminant de l'identité personnelle, une confusion peut être faite entre le soi statutaire et le soi intime. Le **soi statutaire** décrit le soi en termes de statuts, de places et de rôles. Le **soi intime** correspond à la dimension d'intériorité qui est propre à chaque individu. Il se peut qu'en institution, le soi statutaire investisse le soi intime. Ce phénomène serait caractéristique pour les résidents sans famille, pour lesquels le monde de l'institution devient le seul monde, au lieu d'en constituer un parmi d'autres (Mallon, 2004). Pour ces résidents, le statut dans l'institution sert d'un fort appui dans la reconstruction d'une identité. L'investissement dans la résidence permet de structurer son emploi, sa vie et son identité ainsi que de recevoir un statut à part. « Le soi statutaire peut ainsi devenir récipiendaire du soi intime, parce qu'une partie du passé du résident, dans lequel il se reconnaît toujours, peut s'y manifester » (Mallon, 2004, p. 176). Le soi statutaire, lorsqu'il a été approprié de manière positive, stabilise les dimensions de l'identité mises en exergue par la personne âgée. L'institution constitue alors une fonction de réassurance identitaire.

Par contre, certains résidents s'enferment dans le soi statutaire et *s'assimilent* ainsi à l'institution. L'identité est alors divisée entre le soi statutaire qui soutient l'identité et le soi intime. Ce dernier ne peut alors plus qu'être vécu au passé.

Au-delà du soi statutaire, un soi intime peut être construit grâce aux membres du personnel. Un contact étroit et personnalisé avec ces derniers peut être de grande importance lors de l'absence partielle ou totale de contact familial et facilite la reconstruction du soi intime.

« Lorsque la maison est très investie par les résidents, le partage des espaces engendre une personnalisation des relations entre résidents et personnel. Progressivement une histoire commune se construit, faite d'attachement et de rejets, de confiance et de conflits, où les personnalités des uns et des autres prennent le pas sur leurs définitions statutaires » (Mallon, 2004, p. 183).

#### 1.4.5.5 ENTRE COLLECTIVITE ET SINGULARITE

La reconnaissance des qualités singulières donnant à l'individu un statut à part, et personnalisé, constitue une ressource importante dans la définition de soi, de maintien de l'identité. Ceci, en fondant une continuité avec l'existence antérieure.

Un autre moyen de se distinguer de la masse est celui de déjouer les comportements attendus par la maison, par exemple, par le refus de la prise des médicaments. Ces micro-résistances permettent à l'individu de se construire une identité personnelle qui se distingue de celle de la personne âgée, communément imaginée : dépendante. Par ailleurs, cela permet de constituer un pouvoir agir qui permet de s'opposer aux éléments statutaires de leur identité, qui leur sont renvoyés par les personnels de l'établissement. C'est donc bien souvent par la fuite (ou en recourant à autrui en dehors de l'EMS) que les personnes âgées refusent l'assignation statutaire. Mais le retrait absolu peut se retourner contre la personne qui se perd alors dans les méandres de sa mémoire, sans plus se relier à la vie quotidienne. C'est le plus souvent le cas pour personnes isolées ou désorientées (Mallon, 2004).

#### 1.4.5.6 L'IDENTITE EN EMS

Le maintien de son identité devient alors un défi pour le nouveau résident, qui voit disparaître une partie de ses anciens rôles et statuts, au profit d'un rôle passif et dévalorisé, et qui s'assimile à la masse de « vieux tous semblables » où la personne singulière est souvent oubliée (Dorange, 2005).

« Mais quand elle s'est tournée vers Gisèle en lui disant : « Alors, Madame Durange, on a bien dormi ? On va se lever maintenant ? », j'ai failli exploser. On... on... mais qui est ce « on » ? Est-ce une façon de parler aux gens ? On, c'est personne ! Or Gisèle, ma Gisèle, c'est quelqu'un, et pas n'importe qui ! Même si elle est vieille, même si elle est perdue, même si... (...) J'EXISTE ! Plus vraiment, plus pour longtemps. Mais aujourd'hui... oui... j'existe encore. Et Gisèle aussi. Alzheimer ou pas » (Duponchelle et Elschner, 2010, p. 38).

En EMS, le risque de réduire la personne à son fonctionnement biologique (au sens médical du terme), sans plus tenir compte de sa dimension d'être social,

ni de son histoire personnelle, existe. Il varie bien sûr selon les établissements, et le type de personnel. Fatigue, répétitivité du travail, passivité de certains résidents sont sources de négligence. Plus la distance affective est grande entre les acteurs, plus le risque de rigidité et d'anonymat est élevé (Mallon, 2004).

#### 1.4.5.7 ENTRE MONDE D'ORIGINE ET MONDE D'ACCUEIL

Métraux (2011) insiste sur le fait qu'une personne vivant dans un nouveau monde, n'est pas forcément de celui-ci. Il distingue clairement le fait de vivre dans un monde et le fait d'en être. En effet, ce n'est pas parce que le nouveau résident a rempli tous les papiers d'admission à l'EMS qu'il est de ce monde. S'il n'y a pas de sens co-construit, des années peuvent s'écouler sans qu'il soit vraiment de ce nouveau monde.

Le même auteur (Métraux, 2001, 2011) propose une typologie de la position du migrant dans la société d'accueil, en tenant compte de la valeur accordée à la société d'accueil, respectivement à la société d'origine. Il distingue quatre issues possibles de la migration :

- La **ghettoïsation**, où la personne valorise de manière exclusive sa société d'origine et regrette le monde quitté. Les habitants du monde d'accueil représentent une menace.
- A l'inverse, l'**assimilation** signifie la valorisation exclusive du monde d'accueil au prix de la perte du monde d'origine.
- Le migrant qui reconnaît ses appartenances plurielles, arrive à l'**intégration créatrice** des mondes d'origine et d'accueil.
- Si par contre les deux mondes, d'origine et d'accueil, ne se reconnaissent pas mutuellement, le migrant entre en conflit de loyauté et se trouve dans une situation de **double marginalisation**.

La personne est d'un monde dans les cas de l'assimilation et de l'intégration créatrice. Par contre si elle se trouve dans une position de ghettoïsation ou de double marginalisation, elle ne parvient pas à co-construire une appartenance commune avec le monde d'accueil et vit dans ce monde sans en être.

Si l'on regarde la vie en EMS, ces positions peuvent être retrouvées.

Certaines personnes refusent la collectivité en institution qui apparaît comme une communauté négative de dépendants, et qui est rassemblée non pas en raison d'un projet commun positif, mais en raison d'un handicap plus ou moins important. « Fuir les autres, refuser de les voir est la solution trouvée pour ne pas se reconnaître en eux » (Mallon, 2004, p. 134). Ces personnes, en position de *ghettoïsation*, se barricadent derrière leurs souvenirs du chez-soi quitté, dont elles n'arrivent pas à faire le deuil et auquel le nouveau monde est en permanence comparé. La chambre sert de refuge contre la collectivité et le monde institutionnel. Ces résidents fréquentent peu les alentours car l'espace extérieur n'est pas porteur de sens. Tant que le deuil fossilisé dans la phase de refus dans sa posture des retrouvailles ne peut être dépassé, le résident sera incapable d'être de ce nouveau monde et de s'y enraciner. Ce refus de l'appartenance à ce nouveau lieu de vie, déjà élaboré plus haut (cf chapitre 1.4.5.5), constitue une manière de se démarquer, de se montrer différent des autres qui renvoient une image difficile. Ceci est mis en œuvre afin de préserver son estime de soi.

Pendant que ces personnes là ont encore l'attachement au monde quitté, les résidents qui ne l'ont plus, se trouvent en *double marginalisation*. Il s'agit de personnes dont les deux mondes ne se reconnaissent pas mutuellement et dont les valeurs se contredisent souvent. Ainsi, dans le cas où l'institution exclue les familles ou alors si ces dernières ne reconnaissent pas la résidence comme nouveau lieu de vie de leur proche, la personne âgée peut se retrouver dans un *conflit de loyauté*. Ce dernier lui rend impossible l'investissement de l'un des deux mondes. Quoi qu'il fasse, il aura le sentiment de trahir l'un des mondes. Métraux (2011) élabore le fait que ces personnes, doublement marginalisées et déracinées de leurs deux appartenances, cherchent alors refuge dans un troisième monde qui peut être celui de la délinquance ou de la toxicomanie. Dans certains cas, elles ne trouvent pas de pairs avec qui reconstruire une telle tierce appartenance, et sont alors plongées dans la solitude, dont le suicide n'est malheureusement pas une issue singulière.

D'autre part, certaines personnes *s'assimilent* de façon exclusive à l'institution et délaissent complètement l'ancien chez-soi. Ce fort investissement de l'institution a déjà été développé précédemment (cf chapitre 1.4.5.4). La personne prend sa place dans l'organisation ou la politique de la résidence. Les résidents s'insèrent de manière formelle ou informelle dans l'organisation

de la maison, jusqu'à en devenir des rouages essentiels. Ils retrouvent alors des rôles ayant une utilité sociale ce qui facilite le réaménagement identitaire. L'investissement dans le fonctionnement de l'institution, a pour conséquence, de faire naître un sentiment d'être chez-soi chez le résident. L'institution entière devient alors un monde privé. Cet investissement du nouveau lieu de vie peut être extrêmement bénéfique au bien-être de la personne et permet, à cette dernière, de se reconstruire un monde privé en institution. Par contre, elle court le risque de nier l'appartenance au monde d'origine et de ne plus parvenir à entamer le deuil de sens qui s'est fossilisé en sa phase de refus, dans sa posture de l'oubli. Cette position est souvent trouvée chez des personnes ayant vécu la précarité au niveau professionnel ou familial et pour lesquels, ce cadre stable constitue un lieu où trouver enfin, et parfois pour la première fois, une sérénité (Mallon, 2007). Dans ce cas là, l'institution permet de mettre fin à une vie chaotique, marquée par l'incertitude du lendemain. C'est comme si l'ancien monde n'avait jamais existé. Le sujet ne parvient, alors, pas à l'établissement d'une identité continue en liant son passé à son présent, afin de créer le sens du futur.

Pour éviter l'assimilation à l'institution, la présence de la famille ou d'un réseau de proches est importante. « La présence de la famille permet au résident de conserver son autonomie, et surtout son indépendance par rapport à l'institution » (Mallon, 2004, p. 117). Les familles (réellement présente ou en mémoire) permettent de diminuer la place de l'institution dans la construction de soi. Singly (1993, cité par Mallon, 2004) décrit la famille comme lieu, par excellence, de la reconnaissance de soi. Les résidents qui n'ont plus de famille ou ont perdu le contact avec cette dernière, risquent d'être décrits par l'anonymat ou l'isolement s'il ne parvient à construire des relations avec des autres, suffisamment significatives.

C'est donc grâce à ce contact avec le monde d'avant, que le résident arrive à intégrer de manière créatrice ses deux appartenances. Mêler à la fois les significations du monde d'origine, et du monde d'accueil, implique une transformation de soi. La conscience que l'on est soi-même différent, permet de rester loyal à ses origines, tout en se transformant et en créant du sens dans le nouveau monde (Métraux, 2011). C'est par cette *intégration créatrice* des deux appartenances, que la personne arrive à se construire un futur, en reliant son passé et son présent dans une continuité.

#### 1.4.6 ÊTRE DE CE NOUVEAU MONDE

Pour être du nouveau monde, nous l'avons vu, il faut partager avec les autres membres de ce monde une appartenance commune. Pour ce faire, il faut partager du sens avec autrui (Métraux, 2011).

Mais quel est ce sens commun en résidence ? Les différents noms de ces institutions le disent bien : « établissement médico-social », « résidence pour personnes âgées », « maison de retraite », « maison de repos » ... Les résidents sont liés par le fait d'être âgés, ayant besoin de soins médico-sociaux, vivant en retraite et au repos. Ce sens partagé, mettant l'accent sur le déficit, ne rend guère attrayant le monde institutionnel et explique le fait que de nombreuses personnes ont une image négative des EMS et ne veulent être de ce monde.

En attribuant au monde des résidents la vieillesse, la maladie et la dépendance, la société lui donne un sens qui représente les différences par rapport à son monde, valorisant la jeunesse, la santé et la productivité. Métraux (2011) décrit un phénomène similaire en parlant de l'approche par les déficits par laquelle les migrants sont abordés. C'est souvent par les différences que ces derniers sont identifiés et celles-ci sont en général décrites comme déficitaires. L'auteur propose alors une approche alternative qui met l'accent sur les *similitudes fondamentales*. Tous les êtres humains partagent des similitudes fondamentales telles que le fait d'avoir une langue, de naître d'une mère et d'un père insérés dans des relations de filiation et de conjugalité, ainsi que de naître dans une famille et dans une société exigeant des témoignages de loyauté. Nous avons tous besoin de nourriture, de sens et d'échanges pour survivre. Nous avons un corps, sensible à l'âge et aux maladies et sommes tous des êtres mortels. Nous disposons tous d'un psychisme et de ses vertus (habilité au deuil, imagination créatrice, capacité de jouir et de souffrir, émotions, désirs et agressivité). Nous sommes capables de donner et de recevoir et enfin, nous nous sommes tous créés une définition du bien et du mal (Métraux, 2011, p. 94).

Seule la reconnaissance de ces similitudes fondamentales partagées par tous les êtres humains, peu importe leur origine et leur âge, permet de créer une appartenance commune.

Pour que le nouveau résident puisse alors être de ce nouveau monde, une appartenance commune avec les autres membres de l'établissement doit se

créer. Les similitudes fondamentales doivent être reconnues à tous les acteurs, qu'il s'agisse de résidents, de soignants, de membres de la direction ou d'autres professionnels.

L'institution qui reconnaît ces similitudes fondamentales, devient alors un cadre de référence auquel le résident aura envie de s'identifier (cf chapitre 3)

L'entrée en EMS peut donc, bel et bien, être vue comme une migration au sens de Métraux (2011). Pour des personnes âgées issues de migration (au sens classique du terme), l'entrée en institution peut alors être vécue comme une deuxième migration. Ses spécificités vont être discutées dans le chapitre suivant.

## 2. PERSONNES AGEES MIGRANTES EN EMS

### 2.1 QUI SONT LES PERSONNES AGEES MIGRANTES ?

#### 2.1.1 QUELQUES CHIFFRES

Selon les données de l'OFS (2010a), la population étrangère de 65 ans et plus est surreprésentée par les Italiens qui en constituent 42%. Dans le discours sur les personnes âgées migrantes, les migrants allemands sont souvent négligés. Même s'ils représentent avec 18% un nombre nettement inférieur que les Italiens, ils figurent quand-même à la deuxième position parmi la population étrangère de 65 ans et plus. Des personnes venant d'autres pays européens comme la France, les états de l'ancienne Yougoslavie, l'Autriche et l'Espagne représentent entre 5% et 7% de cette population. La plupart des migrants de cette tranche d'âge vient donc de pays européens. Seulement très peu d'entre eux proviennent d'autres continents : 1.75% sont asiatiques, 1.5% américains et seulement 0.68% viennent de pays africains.

#### 2.1.2 BREF HISTORIQUE DE L'IMMIGRATION EN SUISSE APRES LA SECONDE GUERRE MONDIALE

Ces chiffres peuvent être compris grâce à l'éclairage historique de cette époque d'immigration qui a eu lieu en Suisse après la seconde Guerre mondiale (Piguet, 2004). Dans les années d'après-guerre, les autorités suisses encouragent le recrutement de travailleurs afin de subvenir à la forte demande de son appareil de production qui est liée à la reconstruction européenne puis à la croissance économique des années 1950. La Suisse se tourne vers l'Italie où elle espère trouver de la main-d'œuvre. Un accord de recrutement est signé entre les deux gouvernements en 1948 et marque le début d'une période d'immigration massive. Les travailleurs italiens sont surtout des jeunes hommes qui viennent seuls avec un permis de séjour de type A qui leur accorde le statut de saisonnier et qui leur permet de rester en

Suisse pendant neuf mois sur présentation d'un contrat de travail. La plupart du temps, ils occupent des emplois dans l'industrie et la construction.

Malgré cette surreprésentation des migrants masculins, il y a aussi eu des modèles migratoires spécifiquement féminins (Soom Ammann, 2011). De nombreuses femmes du Sud de l'Europe, mais surtout de l'Allemagne et de l'Autriche, souvent célibataires et jeunes sont venues travailler dans les services domestiques, l'industrie alimentaire et le secteur textile.

L'objectif central de la politique migratoire d'après-guerre est de garder le caractère réversible et transitoire de la migration. On ne veut pas qu'ils s'établissent de manière durable. Une fois gagné un certain montant d'argent, le migrant est supposé retourner dans son pays d'origine. « L'immigrant idéal ne s'attarde pas » (Piguet, 2004, p. 20). Le terme allemand difficilement traduisible de « Gastarbeiter » (travailleur invité) souligne bien le caractère temporaire de cette migration. L'intégration des Italiens dans la communauté nationale n'est ni favorisée ni désirée.

Dès 1958, les Espagnols viennent chercher du travail en Suisse, d'abord en tant que touristes. En mars 1961, un accord pour l'immigration de main-d'œuvre, comparable à celui avec l'Italie, est signé avec le gouvernement espagnol. Cette politique se poursuit jusqu'au début des années 1960. Après une période marquée par la crainte de l'« Überfremdung », d'une menace de surpopulation étrangère, les autorités suisses ont tenté de restreindre l'immigration avec plusieurs initiatives. La plus connue, l'initiative Schwarzenbach, votée le 7 juin 1970 et rejetée de justesse, avait pour but la diminution massive du nombre d'étrangers dans le pays.

Pendant la crise pétrolière des années 1973 et 1974, les étrangers ont été les premiers à être touchés par le chômage et ont été nombreux à devoir quitter le pays à défaut d'un renouvellement de permis de séjour. L'économie suisse se redresse ensuite et, dès les années 1980, manifeste un nouvel intérêt pour l'immigration. C'est maintenant au tour des Portugais et Yougoslaves de chercher du travail en Suisse. Relativement peu qualifiés, ils viennent se substituer aux ressortissants suisses et aux étrangers des vagues migratoires antérieures dans les branches traditionnelles de recrutement de main-d'œuvre, voire l'industrie et la construction.

Ce bref aperçu de l'histoire de l'immigration en Suisse permet donc d'analyser les chiffres, représentant les personnes âgées migrantes aujourd'hui. Ces

personnes venues la plupart du temps durant leur jeunesse, sont aujourd'hui en train de vivre leur vieillesse.

### *2.1.3 PERSPECTIVES FUTURES*

Dans le futur, la forte représentation des Italiens parmi les personnes âgées migrantes va très probablement s'atténuer. Si l'on s'intéresse aux résidents étrangers qui ont entre 40 et 64 ans aujourd'hui, on observe que la majorité est toujours italienne : 19%. Cette proportion est, néanmoins, nettement inférieure à celle des compatriotes plus âgés. Ils sont immédiatement suivis par les Allemands (16%), les ex-Yougoslaves (14%) et les Portugais (13%). Dans cette tranche d'âge, le taux de migrants provenant de pays non-européens est aussi plus élevé que dans celle des migrants plus âgés : 5% d'eux proviennent de pays asiatiques, 4% des Amériques et 3% de pays africains.

La génération des futurs migrants retraités fait déjà aujourd'hui preuve d'une forte hétérogénéité en termes d'origine, de culture et de langue. Cette diversité augmentera encore les années à venir. En effet, si en 1950 il y avait quatre pays d'immigration principaux (Italie, Allemagne, Espagne et Portugal), on en comptait une dizaine en 1990 (Italie, ex-Yougoslavie, Allemagne, Espagne, Portugal, France, Turquie, Etats-Unis, Grande-Bretagne, Autriche). En 2003, les requêtes d'asile déposées en Suisse proviennent principalement de la République fédérale de Yougoslavie, Turquie, Irak, Algérie, Géorgie, Bosnie, Guinée et la République démocratique du Congo. Ce processus de diversification des origines tend donc à s'accroître (Piguet, 2004).

### *2.1.4 PROJETS MIGRATOIRES ET LA QUESTION DU RETOUR*

Le projet migratoire « classique » pour une migration de travail serait celui de venir travailler en Suisse pour gagner et économiser le plus d'argent possible afin de se permettre une meilleure vie dans sa terre natale et de soutenir les proches restés au pays. Ce projet s'achèverait avec un retour au pays d'origine au plus tard à la fin de la vie active et le début de la retraite (Piguet, 2004 ; Bolzman et al., 2002 ; Treibel, 2003). La réalité est néanmoins autre : L'étude de Bolzman, Fibbi et Vial (1997) a démontré que seulement un tiers des migrants italiens et espagnols rentrent dans leur pays d'origine après leur

retraite. Un autre tiers voudrait s'établir définitivement en Suisse et le tiers restant envisage de faire des aller-retour entre la Suisse et son pays d'origine (Bolzman, et al., 1997 ; Höpflinger et Stuckelberger, 1999). Hungerbühler (2004) suppose que ces derniers vont probablement s'établir de manière définitive en Suisse, une fois que leur état de santé rend difficile les nombreux voyages. Les anciens « Gastarbeiter » (travailleurs invités) sont devenus des « Gastrentner » (rentiers invités). Leur présence continue donc à être vue comme anormale (Bolzman et al., 2002). Comme le souligne Soom Ammann (2011), les Italiens, constituant la première grande génération d'immigrés à vieillir en Suisse, ont un rôle pionnier à l'égard du vieillissement dans la migration.

Si Bolzman et al. (1997) ont étudié le comportement de retour des Italiens, des conclusions ne peuvent être tirées pour l'ensemble de la population migrante. Le rapport de l'Office fédéral des migrations (Fibbi et al., 2010) démontre qu'il y a une tendance au retour plus prononcée chez les Portugais. Parmi ceux qui étaient arrivés dans les années 1980, deux tiers sont retournés. Quant aux Allemands, les résultats de l'étude de l'institut « prognos » montrent que le retour est pour la plupart des migrants allemands une option réaliste. 7% des personnes interrogées veulent sûrement rentrer, pour 46% ce serait une possibilité dans l'avenir proche et 47% ne veulent pas quitter le pays d'accueil. Il semble donc que le comportement de retour n'est pas identique pour tous les migrants. Il est ainsi difficile de prévoir le nombre de migrants qui vont affronter un retour au pays d'origine et celui représentant ceux qui prévoient de s'établir de manière durable en Suisse. Il est donc difficile de faire des pronostics sur le nombre et l'origine des futures personnes âgées migrantes.

#### *2.1.5 SITUATION SOCIO-ECONOMIQUE*

Aussi sur le plan de la situation socio-économique les migrants âgés forment un groupe plutôt hétérogène. Néanmoins, il sort de l'enquête nationale sur la pauvreté (Leu et al., 1997) qu'un grand nombre d'étrangers se trouve dans une situation économique précaire. Ils sont surreprésentés dans les tranches disposant d'un faible revenu et ont moins souvent bénéficié d'une formation post-obligatoire. Leurs conditions de vie et intégration sociale seraient nettement en-dessous de la moyenne des résidents suisses. Le taux de chômage de la

population active de nationalité étrangère dépassait avec ses 7.1% largement celui des Suisses (2.7%) en 2007. Touchés plus souvent par la pauvreté que les Suisses, de nombreux étrangers font partie des « working poor », donc des « personnes exerçant une activité professionnelle et vivant dans un ménage pauvre » (OFS, 2010c, p. 4). Pourtant, une grande différence existe au sein de la population étrangère : Seuls 2.8% des travailleurs originaires des pays du nord et de l'ouest de l'Union Européenne font partie des « working poor ». Ce taux s'élève à 12.9% parmi les étrangers, venant de pays du Sud de l'UE et atteint 19.9% pour les étrangers provenant de pays non-membres de l'UE, soit trois fois et demie plus élevé que pour les Suisses (OFS, 2010c). Ce phénomène rend la réalisation d'un projet migratoire qui prévoit l'enrichissement en Suisse, pour ensuite retourner au pays difficile, voire impossible, pour une grande partie d'entre eux.

#### *2.1.6 ETAT DE SANTE*

Cette situation socio-économique, plutôt précaire pour une majorité de notre population, va souvent de paire avec un état de santé déficitaire. Elle causerait un vieillissement prématuré dû à un moindre accès aux soins, lié entre autres à la pauvreté, la pénibilité des tâches professionnelles et une plus grande exposition aux risques. Cette vulnérabilité socio-économique expliquerait donc, en partie, l'état de santé précaire de la population des résidents migrants.

Un grand nombre de personnes âgées issues de migration doit se battre avec des problèmes de santé non négligeables. Selon l'enquête menée par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS, 2002), les migrants âgés souffrent plus souvent de problèmes psychiques et de problèmes physiques que les Suisses de la même tranche d'âge. Parmi les problèmes psychiques, on note, entre autre, une grande fatigue et des sentiments d'angoisse. Des douleurs chroniques dorsales ou de tête constituent le plus grand souci physique de cette population. La recherche explique ces douleurs par des facteurs qui pourraient être des causes probables : un travail physique pénible exercé pendant de nombreuses années, un manque de formation et des expériences migratoires stressantes.

L'étude sur la santé des migrants de l'OFS (2007) indique que 25% des migrants âgés entre 63 et 74 ans qualifient leur état de santé comme mauvais,

contre seulement 4% de la population suisse de la même tranche d'âge. Quant à la santé psychique, les Suisses ainsi que les personnes originaires d'Allemagne, de France, d'Autriche et d'Italie se sentent psychiquement plus stables avec l'âge. Pour les autres groupes de migrants interrogés (ex-Yougoslaves, Portugais, Turcs et Sri lankais), l'équilibre psychique est non seulement moins bon de manière générale, mais il se dégrade en plus avec l'âge. Il est par contre intéressant de constater qu'un mieux-être se fait sentir à partir de la retraite.

L'étude de Bolzman et son équipe (2007) mentionnée précédemment, menée sur des Italiens, Espagnols et ex-Yougoslaves dans les cantons de Genève et Bâle-Ville, confirme ces constats. Ils observent un nombre important de problèmes de santé parmi ces personnes. Ceci est surtout vrai chez les ex-Yougoslaves, mais aussi les Italiens et Espagnols se trouvent généralement en moins bonne santé que les Suisse du même âge. Selon l'auto-évaluation de leur état de santé, 21% des Italiens et Espagnols seraient en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé. Chez les ex-Yougoslaves ce taux s'élève à 33%. Sur l'échelle de bien-être, un quart des Italiens et Espagnols et pas moins que la moitié des ex-Yougoslaves atteignent un score négatif. 14% des Italiens, un quart des Espagnols et 60% des ex-Yougoslaves ont un score particulièrement faible sur l'échelle d'estime de soi.

On parle aussi des « jeunes vieux » comme le remarque Bolzman et al. (2002). Alors qu'au début des vagues migratoires on parlait du « healthy migrant effect », aujourd'hui c'est plutôt le phénomène de l' « **exhausted migrant effect** » qui s'observe. Autrefois, les jeunes migrants devaient être en bonne santé pour pouvoir obtenir un permis de séjour et trouver du travail. Ils se voient aujourd'hui privés de leur bonne santé d'autre fois et se battent contre des problèmes physiques et/ou psychiques.

Il semble alors que les personnes âgées migrantes forment un groupe, en moyenne plus vulnérable, et vivant plus en précarité sur le plan social, économique et sanitaire. Mais il est important de ne pas généraliser à l'ensemble des personnes âgées migrantes qui forment, malgré tout, un groupe fortement hétérogène sur tous les niveaux.

## 2.2 LES MIGRANTS EN EMS

### 2.2.1 QUELQUES CHIFFRES

Quant au nombre de migrants vivant en EMS, très peu de données sont publiées. Selon les rapports « Statistique des institutions médico-sociales », 0.28% en 2006 (OFS, 2008) et de 0.27% en 2010 (OFS, 2012b) des résidents sont de nationalité étrangère. Ce taux est très bas et semble être resté stable au cours de ces dernières années. Il faut dire que les personnes naturalisées ne figurent pas parmi ces chiffres et que donc pas toutes les personnes démontrant un parcours migratoire ne sont pris en compte.

L'étude de Christen-Gueissaz et al. (2011) menée dans 14 EMS vaudois et genevois relève en moyenne un taux de résidents migrants de 13%. Les chercheurs comptent entre 5 et 13 résidents migrants par établissement dont près de deux tiers sont d'origine italienne. Quant au sexe, il y a deux fois plus de femmes que d'hommes parmi les résidents migrants.

Si l'on regarde la situation en France, on peut observer que 3% des migrants de plus de 60 ans (soit 40'000 personnes) vivent aujourd'hui en institution pour personnes âgées. L'âge moyen est de 83 ans, alors que la moyenne des résidents nés en France est de 86.5 ans (Bartkowiak, 2008). Cet écart n'est guère surprenant, si l'on tient compte de l'état de santé de la population migrante âgée (cf chapitre 2.1.6).

Les trois études citées ci-dessus mesurent chacune des variables différentes dans des contextes divers. Il est donc difficile d'en tirer des conclusions. Des chiffres des années précédentes ou pronostics ne sont pas publiés pour le moment. En tenant compte du nombre croissant des migrants âgés, on peut néanmoins supposer une augmentation du taux de migrants, dans les établissements accueillant des personnes âgées. Ces institutions qui se voient déjà aujourd'hui confrontées à une diversité culturelle variée, vont très probablement devoir faire face à une augmentation des résidents migrants en termes de nombre et de diversité dans le futur.

### 2.2.2 DEFINITION DU RESIDENT MIGRANT

Christen-Gueissaz et al. (2011) ainsi que Bartkowiak (2008) soulèvent le fait que le résident migrant est souvent défini par les problèmes qu'il pose :

« Les professionnels interviewés (...) ne considèrent pas forcément comme migrantes toutes les personnes venues s'installer en Suisse. La durée du séjour en Suisse, la maîtrise (ou non) de la langue française, ou encore les difficultés rencontrées avec certains résidents d'origine étrangère interviennent dans la définition des migrants par les professionnels – alors que le parcours de migration, en soi, ne leur apparaît pas comme une caractéristique des résidents migrants » (Christen-Gueissaz et al., p. 22).

Aussi le pays d'origine et la durée de séjour en Suisse ont une influence sur la définition du résident migrant :

« Si les personnes originaires des pays méditerranéens (notamment d'Italie et d'Espagne), venues chercher du travail en Suisse lorsqu'elles étaient jeunes, sont les plus nombreuses actuellement dans les EMS vaudois et genevois qui ont participé à cette recherche, ce sont aussi celles qui passent les plus inaperçues. La durée de leur séjour en Suisse ainsi que leur « intégration », voire leur « assimilation », participent à une minimisation du facteur migration. Elles ne seraient plus vraiment des migrantes, par contraste avec celles arrivées plus récemment » (Christen-Gueissaz et al., 2011, p. 22).

Ce constat est intéressant si l'on repense à l'attitude plutôt xénophobe réservée à ces « personnes originaires des pays méditerranéens » il y a encore quelques décennies auparavant et aux fameuses initiatives pour les faire sortir du pays (cf chapitre 2.1.2).

Aujourd'hui, la préoccupation des directeurs d'établissement se focalise plutôt sur l'accueil d'un nombre croissant de résidents musulmans, ces prochaines années (Christen-Gueissaz et al., 2011). Leurs pratiques religieuses, alimentaires et leurs potentielles difficultés d'adaptation susciteraient des réflexions teintées d'inquiétude. Ceci souligne donc bien le fait que le résident migrant existe par les difficultés qu'il pose ou qu'il pourrait causer.

Un autre flou de définition du résident migrant peut être constaté par rapport à la religion. Christen-Gueissaz et al. (2011) ont remarqué qu'il y a souvent amalgame entre origine et religion. L'appartenance religieuse, autre que catholique ou protestante, apparaîtrait souvent comme un signe distinctif des

résidents migrants. Ainsi, il serait arrivé au cours de l'enquête que les interlocuteurs mentionnent des résidents « bouddhistes » ou « musulmans » au titre de migrants.

Ces définitions floues des résidents migrants témoignent d'une apparente méconnaissance des sujets. Ce phénomène va être abordé, de manière plus approfondie dans le chapitre 3.3.

Selon Bartkowiak (2008), les résidences pour personnes âgées, ne sont pas conçues pour adapter la prise en charge aux personnes migrantes. Elle souligne le fait que la seule caractéristique sociale mise en avant en EMS est l'âge, ne laissant aucune place aux autres caractéristiques, comme par exemple l'origine des résidents. L'adaptation aux besoins culturels des résidents migrants serait donc difficile.

Cette vision pessimiste est certes excessive et ne s'applique guère à tous les établissements. Il y a de plus en plus de dispositifs qui sont mis en place pour s'adapter à la population pluriculturelle accueillie. Quelques-uns de ces dispositifs vont être présentés dans le chapitre 3.1.

### *2.3 QUELQUES CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES RESIDENTS MIGRANTS*

Dans le chapitre précédent, le vécu de la personne entrant en EMS a été élaboré. En s'appuyant sur la littérature, certaines spécificités aux personnes âgées migrantes par rapport à ce tournant de vie ont pu être dégagées.

#### *2.3.1 ETAT DE SANTE DES RESIDENTS MIGRANTS*

L'état de santé plutôt précaire des personnes âgées migrantes a été analysé au chapitre 2.1.6. Il est alors probable que ces personnes sont plus contraintes à entrer en établissement médico-social.

En institution, un mauvais état de santé peut entraîner une dépendance plus importante envers les professionnels. Il devient, par la suite, plus difficile de préserver son espace intime dans le monde institutionnel. Cela peut avoir des conséquences négatives sur l'équilibre identitaire et le bien-être de la personne. De plus, son accès aux activités d'animation sera probablement

limité, ce qui rend la réinstauration de nouvelles habitudes et de rôles à utilité sociale plus difficile. La prise en compte de ces difficultés, pour les personnes plus dépendantes en institution, est extrêmement importante et le personnel doit s'efforcer de lui garantir la plus grande autonomie possible. Il est imaginable, que cela soit encore plus difficile si le résident ne parle pas ou s'exprime mal dans la langue parlée en EMS.

### *2.3.2 QUESTION DE LA LANGUE*

Faute de données précises, il est difficile de décrire de manière précise les compétences linguistiques des migrants âgés (Buri, Manchen Spörri et Vögeli Sörensen, 2008). Encore moins de chiffres sont connus sur les capacités linguistiques des migrants vivant en EMS.

Le sondage de Lopes (2005) mené dans le canton de Genève compte 50 parmi les 166 résidents migrants qui ne parlent pas le français ou qui ont des difficultés pour s'exprimer dans la langue locale. Ce nombre n'est pas négligeable et il s'agit donc de prendre en compte cette population qui risque de se retrouver à l'écart de la vie institutionnelle.

Certaines études (Martin, 2003 et Hungerbühler, 2004 cités par Buri et al., 2008) indiquent que les circonstances d'immigration rendaient difficile l'apprentissage de la langue d'accueil. En effet, faute à une politique d'intégration avant les années 1960, l'apprentissage d'une langue locale n'était guère encouragé par l'Etat. Les longues heures de travail souvent dures et fatigantes, où il n'était pas rare de parler la langue du pays d'origine ou une autre langue étrangère, dû au taux d'employés étrangers élevé (Piguet, 2004 ; Soom Ammann, 2011), ne contribuaient guère à l'apprentissage de la langue locale. De plus, les personnes venues lors de la migration après-guerre, avaient souvent un niveau d'éducation faible et travaillaient dans des secteurs où une plus haute éducation n'était pas nécessaire (Wanner, Sauvain, Guilley et Hussy, 2005).

Un autre facteur à considérer est le fait que 42% des migrants de plus de 65 ans sont d'origine italienne (OFS, 2010a). Parlant l'italien, idiome qui fait parti des langues officielles en Suisse, il est tout à fait possible de se débrouiller dans la vie de tous les jours sans apprendre la langue de sa région d'accueil. L'étude de Buri et al. (2008) souligne néanmoins le fait que la barrière

linguistique se fait sentir dès qu'on veut dépasser le simple « pouvoir fonctionner » pour exprimer des choses plus subtiles qui permettent de s'affirmer soi-même. A l'entrée en institution, où la personne peut se trouver dépendante du personnel, loin de sa famille et de son réseau, cette barrière peut alors devenir un poids et restreindre la personne dans sa liberté d'expression.

Les personnes âgées migrantes d'aujourd'hui font donc partie d'une génération qui a été particulièrement défavorisée sur le niveau de la langue. Si l'on tient compte de la politique d'intégration de plus en plus élaborée, on peut supposer que cela concernera moins les générations de migrants âgés futurs. Cela ne rend toutefois pas moins important la problématique aujourd'hui et même les générations futures ne seront pas complètement à l'abri de cette question de la langue.

Un autre facteur important qui n'est pas lié au contexte de la migration est à prendre en considération. Il s'agit de la démence, suite à laquelle certaines personnes peuvent oublier la ou les langues étrangères apprises au cours de leur vie (Wenger, 2009 ; Müller, 2009). L'étude de Christen-Gueissaz et al. (2011) relève la cause fréquente de troubles cognitifs expliquant une perte de la langue apprise. Donc même si la personne a appris la langue locale de sa terre d'accueil, ce n'est pas une garantie que cette capacité lui restera jusqu'au grand âge.

Le rapport de Christen-Gueissaz et al. (2011) met en évidence les conséquences de cette barrière linguistique entre résidents migrants, qui ne parlent pas, ou plus la langue locale, et les professionnels ou les autres résidents. « Les difficultés à comprendre la langue de l'autre et à se faire comprendre sont synonymes de problèmes, d'un sentiment d'impuissance chez les professionnels et de détresse chez les résidents migrants » (p. 31). Elles limitent l'accès du résident aux prestations offertes par l'EMS, par exemple aux animations ou aux services spirituels. Ceci « peut engendrer un sentiment d'exclusion chez les résidents et leur souffrance peut se manifester sous forme d'agitation ou de ce qui est parfois désigné, à tort, comme « trouble du comportement » » (p. 35). Du côté des aides-soignants un sentiment de frustration et d'impuissance peut s'installer.

Pour éviter de genre de scénarios, il s'agit de trouver des alternatives, afin de dépasser la barrière linguistique pour contribuer au mieux-être des résidents,

mais aussi des professionnels et des proches. Certains aides-soignants développent ainsi des modes de communication alternatifs et se concentrent davantage sur les aspects non-verbaux de la communication, en lisant l'expression faciale, par exemple. Ces adaptations témoignant d'une grande créativité et de beaucoup d'empathie, sont malheureusement encore loin d'être appliquées systématiquement. Une autre ressource précieuse citée dans l'étude de Christen-Gueissaz et al. (2011) est constituée par la famille et d'autres proches qui adoptent alors un rôle de traducteur. Bien que constituant une ressource importante, cette manière de communiquer avec les résidents est limitée par la disponibilité des proches. Pourtant, celle-ci semble être plus importante si le résident a des difficultés sévères à se faire comprendre. Comme autre possibilité, le recours à une aide externe telle qu'un interprète communautaire a été proposé. Cette alternative n'est que très rarement utilisée dans les établissements faisant partis de l'enquête.

Le fait de ne pas pouvoir communiquer dans une même langue peut donc être source de difficultés, à la fois du côté des résidents, et des professionnels. La perte de la langue, porteuse de sens, lors de la migration entre deux mondes, peut être qualifiée comme signifiante (Métraux, 2011). Cette perte peut entraîner des difficultés, pour la personne âgée, à se repérer dans cette communauté qui ne partage pas le même sens.

Pouvoir parler dans une langue commune apparaît important pour le bien-être de la personne. Mais même pour les résidents migrants qui parlent bien la langue locale, le fait de pouvoir parler dans sa langue maternelle peut constituer une ressource précieuse permettant à la personne d'affirmer son origine et de rester en lien avec celle-ci. Au chapitre 1.4.5, l'importance de cette intégration de ses origines a été abordée de manière plus approfondie. De plus, le fait de pouvoir parler sa langue maternelle avec ses proches, permet la distinction d'un espace privé par rapport à l'espace public où l'on parle la langue locale.

L'étude de Müller (2009) menée en Louisiane dans un EMS, accueillant une majorité de personnes de langue maternelle française, qui parlent pourtant tous un anglais courant, souligne le fait que parler dans sa langue maternelle permet de montrer une certaine loyauté envers ses origines. L'intégration des différentes langues peut ainsi empêcher une *double-marginalisation* de la personne qui a la possibilité de se montrer loyale envers ses différentes

appartenances et favoriser son *intégration créatrice* dans le nouveau monde en s'appuyant sur ses repères du monde quitté.

### 2.3.3 CADRE CULTUREL ET RYTHME DE VIE

A l'entrée en EMS, les personnes doivent s'adapter à la culture institutionnelle. Ce propos a été développé de façon plus soutenue dans le premier chapitre. Cette adaptation est pertinente pour tous les résidents. Mallon (2004) souligne néanmoins le fait que l'adaptation est d'autant plus difficile lorsque le nouveau rythme de vie diffère beaucoup du rythme d'avant. Dans le cas des résidents migrants, on peut supposer un écart de rythmes de vie plus prononcé entre la vie institutionnelle et la vie à la maison, sans pour autant vouloir généraliser. L'écart des rythmes de vie n'est pas uniquement lié à des caractéristiques culturelles, et pourtant, elles ne restent probablement pas sans influence.

### 2.3.4 ALIMENTATION

Les différentes études mettent surtout en exergue un élément qui semble avoir de l'importance : celui de la nourriture (Lopes, 2005 ; Christen-Gueissaz et al., 2011 ; Bartkowiak, 2008). Cette dernière, chargée de sens, est fortement liée à la culture et sa différence se fait remarquer à l'entrée en institution. Si au domicile, la personne s'occupait en général soi-même de l'achat et la préparation des aliments, cette tâche est laissée à l'équipe de cuisine de l'établissement. Celle-ci doit préparer des mets qui conviennent à la majorité des résidents et qui est souvent limitée dans sa possibilité de tenir compte des préférences individuelles. Les études notent que certains résidents regrettent la cuisine de leur pays, ou même de leur canton d'origine (ceci montre de nouveau qu'il ne faut pas traverser des frontières nationales pour se sentir migrant) (à ce propos cf chapitre 1.3). Malgré tout, les enquêtes démontrent également que très peu de résidents migrants se plaignent en demandant des changements au niveau alimentaire. Christen-Gueissaz et al. (2011) relèvent le fait que ces personnes paraissent souvent suradaptées et que leur retenue témoigne plus d'une peur de déranger que d'une indifférence.

### 2.3.5 RELIGION

Quant à la religion, l'enquête de Christen-Gueissaz et al. (2011) relève une participation des résidents migrants aux services religieux plus fréquente que pour les résidents nés en Suisse. Lopes (2005) remarque une importance relativement faible attribuée à la participation aux services dans leur lieu de culte habituel. Il observe des convictions religieuses importantes parmi les sujets, mais qui ne se manifestent pas impérativement dans leur pratique. Leur foi ne semble pas être très influencée par le lieu de culte, ni par la nature des célébrations religieuses. Le partage de leur foi, lors de célébrations œcuméniques, semble plus important que la relation à la communauté religieuse d'origine. Les deux études soulèvent le souci de la non-maîtrise de la langue par rapport à la participation aux cultes.

Il est important de soulever que religion n'est pas synonyme à l'origine et que le flou entre ces deux notions doit être éclairé (cf chapitre 2.2.2).

### 2.3.6 ANIMATION

L'importance des activités d'animation qui peuvent faciliter l'installation de nouvelles habitudes et de rôles en institution a été proposée dans le chapitre 1.4.5. L'étude de Christen-Gueissaz et al. (2011) a démontré une très faible participation des résidents migrants à ces activités d'animation, malgré l'ennui parfois exprimé. Cette non-participation peut être expliquée par différentes raisons : manque de propositions, fatigue, problèmes sensoriels ou de langue, ou une volonté de ne pas participer. Comme dans le domaine culinaire, les demandes de la part des résidents sont exceptionnelles et les professionnels s'interrogent rarement sur les attentes ou besoins spécifiques des résidents migrants. Les activités en lien avec la culture des résidents migrants sont quasi inexistantes et se limitent en général aux chaînes de télévision du pays. Les chercheurs supposent de nouveau une suradaptation des résidents migrants ainsi que de leurs proches comme étant à l'origine de la faible demande concernant des activités liées à leur culture d'origine.

Le choix des résidents de ne pas participer aux activités d'animation doit, bien sûr, être respecté. Mais une interrogation sur les causes, ainsi qu'une adaptation de l'offre, devrait être entreprise par les établissements afin d'éviter l'isolement des résidents migrants, ce qui peut avoir des conséquences

graves sur leur bien-être et constituer une source de souffrance importante. D'ailleurs, il en va de même pour les résidents autochtones isolés.

### 2.3.7 SENS DONNE AU VIEILLISSEMENT

A l'entrée en EMS, la personne se voit confrontée à son propre vieillissement. Ce point a été abordé au chapitre 1.4.5.3. Ceci entraîne également une interrogation sur le sens de son vieillissement. Ce sens donné à la vieillesse et aux personnes âgées est fortement imprégné par le contexte socio-culturel et historique (Moukouta, 2010). « Vieillesse et mort sont ressenties et assumées de façon différente selon les univers culturels » (p. 111). Qu'est-ce que cela signifie alors pour les personnes âgées qui vieillissent dans un contexte culturel différent du leur ?

On peut supposer un certain écart entre le sens donné au vieillissement dans la société d'origine du résident migrant et celui qui lui attribue la société d'accueil. Moukouta (2010) évoque l'exemple du « vieillard honoré en Afrique (qui) se voit presque rejeté en Occident » (p. 111). Dans cet exemple, le sens attribué à la vieillesse diffère donc largement et on peut supposer une *perte de sens* (cf Métraux, 2011) pour la personne entrant en institution et qui se voit confrontée à ce nouveau sens.

Il est cependant difficile d'estimer l'importance de cet écart de sens dans d'autres contextes culturels et de généraliser cette perte de sens. De plus, le sens attribué à la vieillesse comporte également une variable individuelle ainsi que temporelle. Il ne dépend pas uniquement du contexte culturel. De plus, ce n'est très probablement pas uniquement à l'entrée en EMS que la personne se voit confrontée à son vieillissement et au sens que lui attribue la société d'accueil. Pour des personnes ayant vécu de nombreuses années en Suisse, ce changement de sens se fait probablement de manière moins violente et n'entame, par conséquent, pas forcément un *deuil de sens*. La rupture serait vraisemblablement plus violente pour des personnes âgées qui arrivent dans la société d'accueil à un âge déjà avancé.

Le sens du vieillissement constitue donc une variable dont il est difficile de tenir compte. La conscience de l'existence de cette variable semble néanmoins importante dans tout travail avec des personnes âgées, venant de contextes culturels différents.

Le sens de la vieillesse, changeant aussi au cours du temps (Moukouta, 2010), il est fort probable que même pour les personnes âgées autochtones ce sens ait changé un moment ou un autre. Métraux (2011) parle à ce sujet de *migration temporelle*. Cette dernière constitue un changement de sens signifiant au cours du temps. Ce n'est donc pas seulement pour les résidents migrants que la question du sens du vieillissement doit être prise en compte.

### 2.3.8 PROJETS MIGRATOIRES ET LA QUESTION DU RETOUR EN EMS

Une autre *perte de sens* peut être envisagée lors de l'entrée en EMS. Cette perte serait liée au projet migratoire initial de la personne migrante, lors de sa venue en Suisse. Comme décrit précédemment (cf chapitre 2.1.2), la plupart des personnes qui sont venues dans les années d'après-guerre, pour des raisons économiques, avaient prévu de repartir au plus tard à l'âge de la retraite (Piguet, 2004 ; Bolzman et al., 2002 ; Treibel, 2003). Pour un bon nombre d'entre eux, ce projet ne s'est pas tout à fait réalisé de la sorte et ils sont nombreux à être restés en Suisse, une fois la vie active terminée. Ayant fait partie des « working poor », l'idée de repartir au pays avec un certain confort financier n'a pas pu se réaliser dans la plupart des cas. Des études (Christen-Gueissaz et al., 2011 ; Soom Ammann, 2011) mettent en exergue d'autres facteurs comme la qualité des soins, les prestations sociales, ainsi que la proximité des enfants comme raisons principales expliquant le choix de vivre sa vieillesse en Suisse. L'idée du retour persiste néanmoins dans les têtes de nombreux migrants et apparaît comme une possibilité d'action future (Soom Ammann, 2011). Ce **mythe du retour** permet de prévenir l'échec du *projet migratoire* et témoigne d'une certaine loyauté envers son monde d'origine qu'il s'agit de ne pas décevoir par le non accomplissement du *mandat migratoire*.

A l'entrée en EMS, en général dernier lieu de vie, cette question du retour est de nouveau mise à l'épreuve, et ceci souvent pour la dernière fois. La personne doit alors accepter qu'elle ne retournera plus au pays. Cette prise de conscience peut être vécue comme échec du *projet migratoire* et donc comme *perte de sens* (Métraux, 2011). La personne doit donc trouver un nouveau sens à son séjour dans la société d'origine, afin de pouvoir faire ce *deuil de sens*. Aussi Moukouta (2010) souligne l'importance du projet migratoire pour l'inscription de l'identité dans le présent et l'avenir. S'il y a un écart entre le

projet migratoire et la réalité, ceci peut entraîner un réaménagement identitaire.

Ce réaménagement ne doit, par contre, pas se manifester forcément sous forme de crise et se fait souvent de manière plus graduelle que brusque. Le *projet migratoire* s'est en général déjà transformé au cours du séjour et ne correspond plus nécessairement à celui que le migrant avait initialement. En effet, le projet migratoire parvient à sa fin lors du passage à la retraite et la question de sa **légitimité** se pose alors. Les propos de Maria Dietzel-Papakyriakou (1993, p. 145) vont dans ce sens :

« Pour la société de résidence, avec la retraite vient à manquer la légitimation structurelle du prolongement du séjour des vieux migrants ayant quitté la vie active, devenus de simples facteurs de coûts. L'acceptation sociale s'effrite. Le prolongement du séjour viole la convention à l'origine de l'engagement, qui était fondée exclusivement sur l'emploi (...). Dans les interactions avec la société de résidence, les immigrants ne reçoivent rien d'autre que la confirmation de leur inutilité et de leur incompetence. Pour les individus eux-mêmes la migration perd son sens dès qu'elle ne peut plus s'orienter vers la réalisation des objectifs de la migration. »

Il s'agit donc de retrouver une légitimité dans la société de résidence alors que l'activité professionnelle laisse place à la retraite. La présence de la famille et, en particulier, des enfants donnerait sens et justifierait la prolongation du séjour en Suisse. Les enfants permettent d'avoir accès à une place dans la société dans laquelle l'immigré a passé la plus grande partie de sa vie d'adulte (Bolzman et al., 2001).

Mais aussi d'autres facteurs – comme par exemple les amis, l'affiliation à des associations, les habitudes de vie, etc. - peuvent attacher les migrants à leur terre d'accueil. Cette dernière serait alors devenue un, voire même « le » chez-soi au cours des années, même s'ils n'ont pas d'enfants en Suisse.

L'entrée en institution peut alors être vécu comme échec du projet et du mandat migratoire entraînant un *deuil de sens*, mais ceci ne doit pas être le cas pour tous les résidents migrants. Influencé par une multitude de facteurs, il n'est guère possible de généraliser ce phénomène. Ce qui importe, est la reconnaissance de la possibilité d'un deuil de sens lié au projet migratoire par

le personnel, qui devrait être sensibilisé à ce genre de questions.

### 2.3.9 LA FAMILLE

Le rôle de la famille dans la décision de rester en Suisse lors de la retraite vient d'être abordé. Lors de l'entrée en EMS, la famille constitue une ressource importante pour toutes les personnes vivant en institution. Ce propos a déjà été analysé au chapitre 1.4.2.2.1. Quant à la fréquence des visites des proches, les études soulignent certaines différences par rapport à la population autochtone. Les résultats de ces enquêtes divergent par contre.

Ainsi, Christen-Gueissaz et al. (2011) notent l'importante présence des familles des résidents migrants. Trois quart des sujets interrogés reçoivent de la visite au moins hebdomadaire de leurs proches, la plupart du temps d'une fille ou un fils, et plus rarement des petits-enfants, voire d'une amie. Chez les résidents suisses, la moyenne des visites régulières se limite à 55%. Les chercheurs expliquent cette présence élevée des familles en partie par l'origine italienne ou espagnole de la moitié des résidents interrogés. Les familles du sud de l'Europe seraient plus cohésives que les familles suisses.

Bartkowiak (2008), au contraire, expose un état de faits inverses. Selon elle, les migrants autochtones recevraient plus de visite (86%) que les résidents migrants (80%).

Il est important de retenir que ces deux études ont été réalisées dans des contextes différents (l'équipe de Christen-Gueissaz a mené sa recherche en Suisse romande, tandis que Bartkowiak se réfère au contexte français) et que probablement les critères de mesure divergent également. Il est donc difficile de comparer ces résultats.

Les deux études vibrent, par contre, à l'unisson concernant un aspect : l'importance de la présence de la famille. Cette dernière constitue un repère important qui permet de retrouver un équilibre identitaire en institution. Pour certains résidents issue de la migration, l'écart entre le chez-soi et le monde institutionnel est probablement plus important que pour les résidents autochtones (cf chapitre 2.3.3). Cet écart rend le travail de retrouver un équilibre au sein de ce nouveau monde d'autant plus difficile. La présence de la famille comme moyen d'appui devient, par conséquent, d'autant plus précieuse.

Dans l'étude de Christen-Gueissaz et al. (2011), il ressort que pour les directeurs d'établissements, cette présence est importante dans la transmission d'informations et donc pour l'intégration du résident, surtout si ce dernier ne parle pas la langue locale. Pour les résidents migrants eux-mêmes, la famille permet de maintenir un lien avec la culture d'origine. Que ce soit le fait de parler avec le résident dans sa langue maternelle (cf chapitre 2.3.2), de lui apporter des plats typiques du pays (cf chapitre 2.3.4), de parler de souvenirs ou des actualités du pays, le contact régulier avec les membres du monde d'origine permet de garder le lien avec ce dernier. Ceci constitue ainsi une ressource précieuse et fournit des repères identitaires pour le résident, vivant dans le monde institutionnel.

#### *2.4 LA MIGRATION COMME RESSOURCE*

Les spécificités des résidents migrants ne sont pourtant pas uniquement composées de pertes, de deuils et de difficultés. Cette population possède aussi certaines ressources spécifiques par rapport aux résidents autochtones.

La migration, en tant que telle, est souvent abordée comme un facteur de risque qui constitue une vulnérabilité pour la personne migrante. Maria Dietzel-Papakyriakou (1993) va à l'encontre de cette « approche par le déficit » et adopte plutôt une « **approche des compétences** » se basant sur le modèle de Kruse (1987, cité par Dietzel-Papakyriakou, 1993). Selon elle, les migrants feraient partie d'une population qui a été confrontée à de nombreuses nouvelles circonstances et qui a fait des expériences spécifiques. La migration signifierait une prise de responsabilité, l'organisation de la vie en tenant compte de l'engagement pris, l'acceptation de certaines bornes, faire des compromis pour atteindre un certain objectif et aborder des situations nouvelles, parfois accablantes. Ces circonstances particulières permettraient à ces personnes de développer certaines compétences spécifiques. Ainsi, les migrants peuvent être perçus comme des sujets dotés de qualités supplémentaires, grâce, notamment, à leur expérience migratoire qui constituerait une source d'expérience précieuse, pouvant être utile lors de nouveaux défis d'adaptation.

Si l'on applique cette « approche des compétences » au contexte de l'EMS, on peut alors supposer que les migrants ont un certain avantage par rapport

aux résidents autochtones qui n'auraient pas, ou en tout cas moins pu développer ces compétences spécifiques d'adaptation. Le fait d'avoir déjà migré d'un monde à un autre et de s'y être adapté peut alors constituer une ressource précieuse qui aidera la personne lors de ce nouveau passage. On pourrait alors émettre l'hypothèse que les résidents migrants s'habituent mieux à vivre dans ce nouveau monde en comparaison des résidents autochtones. Ces compétences spécifiques permettraient, en tout cas, de compenser les difficultés supplémentaires auxquelles cette population doit faire face (cf chapitre 2.4). La validité de cette hypothèse reste à explorer. Les choses ne se déroulent probablement pas de manière si linéaire et simpliste.

La question de la validité de cette approche reste à être explorée par rapport aux nouvelles générations de migrants présentant des trajectoires migratoires différentes que celles des Italiens étudiés par Dietzel-Papakyriakou (1993). Les origines des étrangers vivant et vieillissant en Suisse se diversifient de plus en plus. Après la vague d'immigration de travail qui n'a pas seulement été marquée par les Italiens, mais où aussi de nombreux Allemands, Portugais et Espagnols sont venus travailler en Suisse. Les années 1990 en Europe ont été marquées par la guerre en ex-Yougoslavie et la Suisse a accueilli un certain nombre de réfugiés provenant de ces pays en guerre. Ainsi, le profil du migrant se diversifie peu à peu et il en découle que les personnes âgées migrantes font aussi partie d'un groupe de plus en plus hétérogène en termes de provenance, de projet et de vécu migratoires (Piguet, 2004). Il reste à se demander si une migration forcée en temps de guerre peut constituer une même ressource qu'une migration choisie librement à des fins économiques. Même si certains facteurs tels que l'adaptation à de nouvelles situations restent peut-être les mêmes, d'autres facteurs comme la violence vécue au pays d'origine et les circonstances de la migration et de l'arrivée en Suisse influencent la manière de vivre la migration. Il s'agira de les prendre en compte.

Néanmoins, cette « approche des compétences » permet d'adopter une vision plus optimiste de la migration pour éviter ainsi sa focalisation sur le caractère vulnérabilisant, stigmatisant les migrants en tant qu'êtres déficitaires.

## 2.5 L'ENTREE EN EMS COMME DEUXIEME MIGRATION

Pour les personnes âgées ayant vécu une migration au cours de leur vie, l'entrée en EMS peut donc constituer une deuxième migration.

Comme mentionné plus haut, la migration peut à la fois constituer une vulnérabilité et une ressource pour la personne. Dans le cas où deux, voire plusieurs migrations se succèdent, l'interaction entre ces migrations est difficilement prévisible. Il est probable qu'une première migration « réussie », donc celle qui aurait permis d'intégrer les appartenances aux différents mondes auxquels s'affilie la personne, aura un effet positif sur la manière de vivre l'entrée en EMS. Au contraire, une première migration, mal vécue ou traumatisante pour le sujet, n'ayant ensuite pas réussi à intégrer ses appartenances, à être à la fois du monde quitté et du monde d'accueil, aura probablement une influence plutôt négative sur le vécu en institution.

Mais les choses ne se déroulent vraisemblablement pas de manière aussi linéaire et simple. Aucune migration n'est égale à une autre. Des facteurs socio-économiques, culturels, historiques et individuels influencent la façon de vivre chaque migration dont l'effet sur la deuxième reste à être explorée. Entre une première et une deuxième migration, il est fort probable que certains de ces facteurs aient changé. Ainsi, la situation socio-économique d'une personne qui migre pour la deuxième fois, ne doit pas être la même que la première fois. Aussi, le contexte historique change très certainement d'une migration à l'autre. Comme décrit précédemment (cf chapitre 2.1.2), la politique d'immigration en Suisse a changé au cours de ces dernières décennies et influence de manière non négligeable le vécu migratoire des personnes. Il en va de même pour les contextes culturel et géographique. Enfin, le facteur individuel, comme par exemple les ressources personnelles changent au cours de la vie et, probablement, aussi d'une migration à l'autre. Par exemple, la capacité d'adaptation diminue avec l'âge (Maerker et al., 2008). Une migration, événement qui demande justement des capacités d'adaptation à l'âge avancé, serait alors, par conséquent, plus difficile à vivre à un certain âge.

Le nombre de facteurs qui influence le vécu d'une migration est infini. L'interaction entre deux ou plusieurs migrations est, en conséquence, difficile, voire impossible à prévoir.

# 3. PERSPECTIVES POUR L'ACCUEIL DES PERSONNES MIGRANTES EN EMS

Dans le précédent chapitre, la diversité croissante de la population résidente en EMS a été analysée. Quelles sont alors les adaptations que les établissements pourraient entreprendre afin de pouvoir faire face à ce phénomène.

## *3.1 DIFFERENTES PROPOSITIONS D'ADAPTATION POUR LA PRISE EN CHARGE DES RESIDENTS MIGRANTS*

En général, la diversité culturelle croissante des résidents ne semble pas, ou en tout cas peu, être prise en compte. Etant en général peu demandeurs, souvent en minorité et atteints dans leurs capacités cognitives, les résidents migrants sont peu « visibles » aux yeux des professionnels pour susciter la mise en place d'une véritable politique institutionnelle de prise en compte de leur altérité. C'est plutôt une pression institutionnelle à la conformité qui se fait sentir. Cette pression ne laisse que peu de place à l'affirmation des différences culturelles des résidents.

La recherche de Christen-Gueissaz et al. (2011) a pu observer une certaine ambivalence dans le discours des directeurs. Ces derniers montrent, d'un côté, un intérêt pour la thématique et, d'autre part, une banalisation de la diversité ethno-culturelle des résidents. « Leur discours sur l'individualisation des soins masque une minimisation des spécificités liées à l'origine culturelle et au parcours de vie des résidents migrants » (p. 93).

Malgré cette faible prise en compte du phénomène, certains projets d'adaptation ont été mis en œuvre. Bartkowiak (2008) souligne le fait qu'il s'agit, en général, d'initiatives locales et associatives qui sont souvent induites par une situation urgente à laquelle il faut faire face. Les divers dynamismes dépendent beaucoup de volontés individuelles et de personnes sensibilisées, plutôt que de mesures durables. Ces mesures ne sont donc pas constitutives d'une politique publique.

Ainsi, de manière plutôt ponctuelle que systématique, certains établissements font appel à des interprètes lors de moments clés dans la prise en charge des résidents ne parlant pas, ou très peu, la langue locale. Mais le recours aux interprètes communautaires formés reste rare. Plus souvent, il s'agit de membres de famille ou de l'équipe professionnelle qui parlent la langue du résident (Christen-Gueissaz et al., 2011) (cf chapitre 2.3.2).

Certains établissements ont recours à des « personnes-ressource » sensibilisées au sujet des migrants ou des réseaux de bénévoles pour pallier l'isolement de la personne âgée migrante (Bartkowiak, 2008).

En Suisse, l'association ADENTRO est active. Le projet est issu d'une initiative d'associations de parents espagnols vivant en Allemagne. Ayant connu beaucoup de succès dans le pays voisin, il a ensuite été repris en Suisse, notamment à Zurich. Son but est de sensibiliser et de préparer les migrants d'origine espagnole à l'entrée en EMS. Ils organisent des séminaires en collaboration avec d'autres institutions sur les thèmes en lien avec cette population spécifique. Le but de départ était de créer un foyer de jour pour les personnes âgées migrantes, un espace orienté vers l'écoute, l'animation, l'échange et l'organisation de conférences, afin d'améliorer l'intégration de ces personnes. Les membres de l'association rendent aussi visite à leurs compatriotes, vivant en EMS, et organisent des activités à l'intérieur de ces institutions avec les retraités espagnols. L'association est active au niveau national et international (Lopes, 2005).

Depuis 2008, l'EMS « Domicil Schwabgut » à Berne-Bümpliz a réservé un étage destiné à l'accueil de résidents d'origine italienne. Sur cet « étage méditerranéen » on parle l'italien, des plats du pays d'origine sont mangés et d'autres valeurs culturelles et religieuses sont conservées. Le documentaire « Die Italiener vom 9.Stock – Ehemalige Gastarbeiter im Altersheim » réalisé par le « Schweizer Fernsehen » (SF Reporter, 8 août 2011) montre une atmosphère chaleureuse caractérisée par un riche échange entre les résidents et le personnel. Ce dernier, ne parlant pas ou peu l'italien a pris l'initiative d'organiser des cours de langue au sein de l'institution. Cette disposition montre l'intérêt pour les personnes accueillies et permet un échange basé sur la *reconnaissance mutuelle* des acteurs. Un autre exemple d'accueil de résidents italiens peut être trouvé à Zurich dans l'EMS « Erlenhof » (SF Schweiz Aktuell, 14 février 2005). Malgré leur apparent succès (les listes d'attente pour avoir une chambre dans un tel établissement

étant longues), ces deux projets sont des cas isolés d'établissements qui proposent un accueil spécifique aux personnes âgées migrantes.

Ce modèle de soins ethno-spécifiques est sujet de controverses. Du documentaire (SF Reporter, 8 août 2011) il ressort, d'une part, la grande satisfaction des résidents qui ont pu avoir une place sur cet étage et des professionnels qui y travaillent. Cependant, des avis critiques mettent en avant l'effet pervers de ghettoïsation. Le directeur du « Domicil Schwabgut », Hans-Jörg Surber, rétorque à cette critique avec l'argument suivant : ces personnes seraient, au contraire, ghettoïsées dans un environnement qui ne leur permet pas de s'exprimer dans leur langue maternelle où ils seraient condamnés à l'isolement. Il parle aussi du fait que de tels dispositifs seraient superflus pour les deuxièmes générations qui auraient appris la langue et qui seraient plus enracinés dans la culture suisse que leurs parents. En effet, ces derniers n'ont parfois vraiment réussi à s'intégrer dans le pays d'accueil (cf chapitre 2.1.2).

Evidemment, la focalisation sur l'unique variable de l'origine est douteuse. Le fait de se centrer sur une seule caractéristique a déjà été critiqué dans le premier chapitre où la limitation à la variable âge a été mise en avant. Par contre, si l'on tient compte de l'apparent retour positif à la fois des résidents et des professionnels, il est, néanmoins nécessaire de s'interroger sur la raison qui explique le succès de ce genre d'accueils ethno-spécifique. Certains professionnels interrogés dans le documentaire rapportent même que l'ambiance sur « l'étage méditerranéen » est souvent meilleure que sur les autres étages. Est-ce juste l'origine commune qui en est la cause ou y a-t-il d'autres variables en jeu ?

On pourrait tenter d'émettre l'hypothèse que ce serait plutôt d'autres variables qui entrent en jeu. Par exemple, le fait de pratiquer certains rituels. Ces derniers sont probablement plus présents que sur d'autres étages et renforceraient le sentiment d'appartenance commune (Moukouta, 2010). Dans ce cas là, ce concept pourrait être appliqué à d'autres institutions, peu importe l'origine de leurs résidents, afin de favoriser le sentiment d'appartenance commune et, ainsi, de tenter de prévenir l'isolement. La question de savoir comment ces accueils ethno-spécifiques fonctionnent serait intéressante à explorer dans de recherches empiriques futures.

### 3.2 « PRISE EN CONSIDERATION » PLUTOT QUE « PRISE EN CHARGE »

Pour Bartkowiak (2008), l'importance consiste à dé-stigmatiser les migrants dont le « vieillissement ne doit pas être considéré comme un « problème » mais comme un fait social mettant en valeur la diversification de la nation actuelle et la nécessité d'adaptation de la société en mouvement » (p. 74). Afin de prévenir les deux dérives attenantes à la différence culturelle, il s'agit, d'une part, d'éviter d'ignorer ou de sous-estimer les déterminants culturels et, d'autre part, de les surinterpréter et de s'enfermer dans un culturalisme excessif. Selon elle, « l'ethnisation des soins et de la prise en charge n'est pas un antidote, mais plutôt une tentative pour intégrer, dans l'histoire globale de l'individu, les composantes culturelles au même titre que les conditions sociales, économiques et psychologiques » (Bartkowiak, 2008, p. 75). Il s'agit de respecter la personne dans son intégrité qui s'inscrit, comme la valorisation de sa citoyenneté, dans le respect de la différence culturelle. Cette prise en charge globale et individualisée doit donc s'appliquer à tout résident, peu importe son origine.

« En définitive, l'ajustement de l'institution à la population immigrée tient plus de l'adaptation de la prise en charge de n'importe quelle personne âgée en tant qu'individualité que d'une politique en faveur d'une population ciblée. (...) Le résident est une personne à plusieurs facettes qui participent chacune à la définition des besoins et au bien-être : l'âge est un trait identitaire parmi d'autres. Une véritable individualisation de la prise en charge des personnes accueillies réhabiliterait l'individu dans sa globalité, et reconnaître la multiplicité de ses caractéristiques identitaires sans se limiter à celle de l'âge » (Bartkowiak, 2008, p. 107).

Au lieu de parler de « prise en charge », il faudrait alors adopter une logique de « prise en considération » de l'individu dans sa totalité.

### 3.3 MALADIE DE LA (RE)CONNAISSANCE

Cette prise en considération de l'individu avec ses multiples facettes requiert une *connaissance* véritable du sujet. Des différentes lectures ressort, par contre, l'apparente méconnaissance des différents acteurs en institution

(Christen-Gueissaz et al., 2011 ; Bartkowiak, 2008). Ceci semble être vrai, à la fois, pour les résidents migrants et pour les résidents tout-venants.

Le fait que les résidents migrants sont souvent définis de manière floue et plutôt par les problèmes qu'ils causent, ou qu'ils pourraient causer en raison de leur origine, a été analysé au chapitre 2.2.2. Ce constat est très inquiétant et confirme la méconnaissance de ces personnes.

Bartkowiak (2008) souligne cette absence de connaissance des acteurs en EMS. Elle souligne le fait que les codes culturels sont souvent ignorés, plus par méconnaissance que par volonté consciente. Ainsi les rites alimentaires des musulmans ou les cinq prières quotidiennes sont des éléments culturels ignorés par la plupart des agents. En outre, la couleur blanche qui est référence musulmane au linceul d'un défunt, n'est pas identifiée comme telle. En France par exemple, elle est associée à l'hygiène hospitalière. Les draps des tous les établissements y sont blancs.

Selon l'équipe de Christen-Gueissaz (2011), une certaine inhibition se manifeste quant à l'opportunité de parler de son pays et de sa culture en EMS. Ceci pourrait être expliqué de plusieurs manières : il y a peu de sollicitation du personnel, en général très occupé. Par ailleurs, le souci des résidents de ne pas déranger et le sentiment que cela n'a pas d'intérêt ressort également comme cause valable pour expliquer le phénomène. Enfin, l'envie de vouloir préserver ces informations dans la sphère privée, ou au contraire, de vouloir les oublier, vient compléter l'explication. Ce phénomène ne favorise, bien sûr, pas la connaissance des personnes en institution.

Ce manque de connaissances ne se retrouve pourtant pas uniquement chez les résidents migrants. Un manque de connaissances mutuelle général semble exister dans les résidences (Christen-Gueissaz, et al., 2011). Le risque de réduire le résident à son âge, son fonctionnement biologique ou à son rôle de personne âgée passive (cf chapitre 1.4.5.6) témoigne, également, d'une méconnaissance des sujets. Cette dernière ne semble donc pas être due uniquement à la distance culturelle et la barrière linguistique.

Dans les deux cas, la personne est réduite à une seule variable au détriment des autres caractéristiques individuelles.

Christen-Gueissaz et al. (2011) ont constaté que les professionnels qui sont plus proches des résidents, dans leur travail (aides-soignants vs.

responsables d'animation vs. directeurs), généralisent moins et identifient les résidents de manière plus différenciée. Cette proximité semble alors favoriser la connaissance et la prise en compte du sujet dans sa totalité, sans le réduire à une seule caractéristique.

### 3.4 A TRAVERS LA RECONNAISSANCE MUTUELLE...

#### 3.4.1 LA VOIE DE LA RECONNAISSANCE SELON MÉTRAUX

Selon Métraux (2011), pour arriver à une véritable connaissance d'un individu, il faut d'abord instaurer une *reconnaissance mutuelle* avec ce dernier. L'auteur propose une *voie de la reconnaissance* pour les professionnels travaillant avec des personnes dans une relation d'aide, qui serait d'autant plus importante s'il s'agit d'individus en précarité.

« Ce n'est pas en connaissant davantage autrui que nous parviendrons mieux à l' « aider » ; au contraire, c'est en établissant avec lui une relation de vraie réciprocité que nous pouvons espérer mieux le connaître » (p. 236)

Métraux parle du fait que la relation entre professionnels et migrants est souvent asymétrique. Ces derniers font part de leurs parcours de vie, souvenirs intimes, de leurs souffrances et peurs et offrent ainsi au professionnel des *dons précieux*. Ce dernier les prend, et ceci souvent sans se rendre compte de la valeur des paroles et sans remercier la personne qui les lui a offertes (au sujet du « don » cf Métraux, 2011, Chapitre VI). Pour instaurer une véritable relation d'aide, qui va permettre à la personne de se sortir de sa vulnérabilité sociale, les deux acteurs doivent se *reconnaître mutuellement*.

En se basant sur le parcours de la reconnaissance de Paul Ricoeur (2005, cité dans Métraux, 2011), Métraux propose trois formes de reconnaissance :

##### 3.4.1.1 LA RECONNAISSANCE MUTUELLE

Pour arriver à une *reconnaissance mutuelle*, le professionnel doit approuver l'autre « comme membre à part entière de la communauté humaine » (p. 223). Cette **approbation** peut se manifester de manière explicite ou implicite. En

montrant les émotions que le récit de l'autre suscite en nous et en affirmant que l'on croit en la véracité de ce récit, on approuve l'autre de manière explicite. L'approbation implicite pourrait être manifestée par la participation à des cérémonies rituelles comme, par exemple, un mariage ou des funérailles.

Ensuite, il s'agit d'exprimer sa **gratitude** envers les dons précieux offerts par l'autre, sous forme de don de souffrance, d'impuissance, d'incompétence, de récits de vie ou de souvenirs. Cette gratitude est « l'affirmation d'une humanité partagée où la parole a la valeur de don » (p. 224) et forme le socle de l'empathie, indispensable dans une relation d'aide.

La **reconnaissance des droits d'autrui** est, également, essentielle à la reconnaissance mutuelle. Il faut reconnaître de manière explicite le droit des communautés, des familles et de leurs membres en précarité à se défendre ou du moins reconnaître explicitement l'injustice subie.

Enfin, il faudrait faire preuve d'**estime sociale** pour arriver à une reconnaissance mutuelle avec autrui. En percevant et en mettant en valeur leurs facultés, ainsi qu'en reconnaissant explicitement leur déficit d'estime sociale et du mépris subi au sein de notre société, le professionnel fait don de preuves d'estime à la personne en précarité.

Cette reconnaissance mutuelle est la condition *sine qua non* à la deuxième forme de reconnaissance, celle de soi-même.

#### 3.4.1.2 LA RECONNAISSANCE DE SOI-MEME

Pour arriver à cette forme de reconnaissance, la personne doit **pouvoir se raconter**, pour pouvoir relier les divers moments de son existence afin de les inscrire dans un récit de vie cohérent et continu. Ceci afin d'être à même d'arriver à une identité narrative pleine. Le récit a une double-dimension individuelle et collective. La co-construction d'un récit conçu, à la fois par l'histoire individuelle et collective, nourrit la loyauté aux origines et prévient la précarité ainsi que la *double-marginalisation*. Le fait de pouvoir recourir à sa langue maternelle est primordial. Ce constat est de grande importance pour l'accueil des personnes âgées migrantes et souligne le fait que l'interprétariat dépasse la simple fonction de la transmission d'information.

Les **pouvoirs agir** et **dire** constituent d'autres formes de pouvoirs nécessaires à la reconnaissance de soi-même. Etre *capable d'agir* signifie être acteur de sa vie, de mener quelque chose à terme ou de mettre quelque chose en mouvement. Le *pouvoir dire* permet à la personne d'exprimer son avis ou ses émotions, mais aussi de se taire. Plus haut (cf chapitre 2.3.4), les résidents migrants ont été décrits comme étant plutôt discrets, ne faisant pas beaucoup de demandes spécifiques, par peur de déranger. Il est probable que ce phénomène décrit une certaine faiblesse du pouvoir dire. En établissant une relation basée sur la reconnaissance mutuelle avec la personne, le professionnel pourra aider cette dernière à retrouver ce pouvoir afin de s'affirmer dans le monde institutionnel. Métraux décrit, de plus, que l'inhibition des pouvoirs agir et dire peut susciter des comportements violents ou auto-exclusifs. Dans le contexte de l'EMS, des comportements comme le refus de la prise de médicaments ou d'autres « troubles de comportement » ont été décrits au chapitre 1.4.5.5. Ces comportements font donc, dès lors, sens. Ils permettent à la personne de retrouver un certain pouvoir agir et le sortent de son rôle passif qui lui est attribué.

Il faut alors **reconnaître les compétences** d'autrui au lieu de se focaliser sur ses incapacités. Ceci n'est pas toujours facile, surtout si l'essence d'une certaine compétence est ignorée. Ceci est souvent le cas pour des personnes migrantes venant de contextes culturels différents et qui sont dotées de compétences spécifiques inconnues dans la société d'accueil. Il est intéressant de noter que les personnes âgées autochtones peuvent, également, se voir privées d'une véritable reconnaissance de leurs compétences. Le risque de se focaliser sur leurs déficits a déjà été analysé. Ceci se passe souvent au détriment des compétences spécifiques de la personne âgée qui ne représentent pas forcément les valeurs de productivité et d'activité. Dans les deux cas, le professionnel doit reconnaître ces compétences afin de permettre à la personne en précarité de les percevoir elle-même. C'est ainsi que la « spirale de l'impuissance » peut être rompue (Métraux, 2011, p. 230).

Le sujet doit, ensuite, reconnaître ou être amené à **reconnaître ses responsabilités** afin de se savoir « auteur de ses choix » (Métraux, 2011, p. 230). Ceci implique la conscience préalable d'un pouvoir agir et dire.

Enfin, il reste la **promesse du lien** indispensable à la création d'une relation d'aide, un lien à la fois professionnel et social entre les acteurs. Cette

promesse permet « d'inscrire ces liens dans une temporalité orientée par un pacte initial et un horizon d'attentes » (Métraux, 2011, p. 231).

#### 3.4.1.3 LA RECONNAISSANCE PAR IDENTIFICATION

La dernière forme de reconnaissance est la *reconnaissance par identification*. Selon, Ricoeur (2005, cité par Métraux, 2011), il s'agit de la « capacité d'identifier dans son environnement quelque chose ou quelqu'un de précédemment connu » (p. 212). C'est par exemple le cas lorsque l'on rencontre quelqu'un qu'on a déjà vu auparavant dans la rue et que l'on reconnaît. Pour arriver à une telle forme de reconnaissance, Métraux parle de l'importance de se reconnaître soi-même pour ensuite se donner à connaître à autrui. L'autre pourra alors la re-connaître ensuite dans le sens d'identifier. Donner à connaître est un don précieux. Le professionnel qui cherche alors à connaître l'autre, devrait d'abord **reconnaître sa propre ignorance et méconnaissance** et l'admettre envers l'autre, pour ainsi mériter à ce don précieux.

Ensuite, il s'agit de **reconnaître les similitudes fondamentales** que nous partageons tous en tant qu'être humains. Cet aspect a déjà été élaboré au chapitre 1.4.6. Cette reconnaissance de ces similitudes fondamentales, permet alors de construire une appartenance commune avec autrui.

Et enfin, **reconnaître la souffrance** d'autrui. Une reconnaissance de ses propres souffrances, au préalable, est une condition nécessaire pour les reconnaître chez l'autre. Si ceci n'est pas possible, le professionnel devrait alors, au moins, reconnaître de manière explicite le mépris que son vis-à-vis a enduré et de lui faire part de sa propre méconnaissance. C'est ce genre de don précieux qui rend le professionnel digne de recevoir les dons de paroles de la personne en précarité.

Pour arriver à la *reconnaissance mutuelle* selon Ricoeur (2005, cité par Métraux, 2011), il faudrait d'abord passer par la reconnaissance comme *identification* et ensuite la *reconnaissance de soi-même*. Métraux, lui-même, souligne, par contre, le fait que la reconnaissance comme identification impliquerait une *connaissance* préalable du sujet. On ne peut re-connaître quelqu'un par *identification* si on ne l'a pas connu avant. L'auteur invite donc à

inverser la séquence proposée par Ricoeur. Les professionnels, travaillant avec des personnes dans la précarité, devraient d'abord *connaître* leurs propres souffrances passées, leur finitude et leur incomplétude. Ils devraient ensuite se *reconnaître soi-même* comme des êtres capables de se raconter, de dire et d'agir ayant des responsabilités et des compétences spécifiques. Ceci de manière à, enfin, arriver au sentiment d'approbation et à la reconnaissance de leur estime sociale et de leurs droits. C'est ainsi qu'ils arrivent à une *reconnaissance* mutuelle avec autrui et que la co-crédation d'appartenance commune et de sens commun peut se faire. Ensuite, le processus bascule. Le professionnel arrive alors à aider l'autre à se *reconnaître soi-même* et à se donner à *connaître par identification*. C'est ainsi qu'on arrive à une *connaissance* véritable du sujet, basée sur la *reconnaissance mutuelle* et un sens partagé avec autrui.

#### 3.4.2 LA RECONNAISSANCE EN EMS

Dans un contexte comme celui de l'EMS où des acteurs aux origines, statuts et rôles divers se rencontrent, cette *reconnaissance mutuelle* est primordiale et ne doit nullement se limiter aux résidents et professionnels. Le nombre des acteurs impliqués est bien plus grand.

##### 3.4.2.1 ENTRE RESIDENTS ET PROFESSIONNELS

Dans la dyade résident-professionnel une méconnaissance dans les deux sens a été détectée par Christen-Gueissaz et al. (2011). Afin d'arriver à une *reconnaissance mutuelle* entre les résidents et les professionnels, les deux devraient *s'approuver* mutuellement comme membre de la communauté humaine, que ce soit de manière explicite ou implicite. Ainsi, par exemple, le fait participer à des fêtes d'anniversaire ou d'exprimer ses condoléances au cas du décès d'un proche constitue un don précieux qui doit être reçu avec *gratitude*. Les résidents tout comme les professionnels ont certains *droits* qui doivent être reconnus et respectés. Et enfin pour arriver à la reconnaissance mutuelle, l'expression explicite de l'*estime sociale* envers l'autre.

Ensuite, il s'agit d'aider l'autre à se *reconnaître soi-même*. Pour arriver à cette forme de reconnaissance, l'adoption d'une approche communautaire pourrait être favorable afin de reconnaître le résident en tant que membre actif de

l'institution. Cette approche replace l'individu et les communautés au cœur de l'action. Au lieu d'être perçue comme étant passive et dépendante, la personne est incluse dans l'action comme membre indispensable. En ayant une part active dans la vie institutionnelle, le résident peut faire usages de ses compétences spécifiques. Ceci lui permet de préserver ou de développer son *pouvoir dire* et *agir* afin de se sentir membre à part entière ayant un rôle à utilité sociale et dont l'identité ne se limite pas à la vieillesse et la passivité. Ses compétences sont alors reconnues et on lui accorde certaines responsabilités au sein de l'institution. Le résident pourra alors se sentir utile.

Enfin, la *promesse du lien* est importante entre résidents et professionnels. Ces derniers doivent parfois faire intrusion dans l'intimité de la personne âgée, dépendante, et la promesse d'un lien à la fois professionnel et social basé sur le respect peut aider à rendre moins violente cette intrusion. Bien sûr, ceci est souvent difficile, en pratique, vu le grand nombre de soignants travaillant en EMS et les rotations de personnels fréquentes.

La relation de travail entre résidents et professionnels devrait alors être basée sur la *reconnaissance des similitudes fondamentales* où le soignant est capable de *reconnaître ses propres méconnaissances et souffrances*.

Cependant, le sens inverse de la reconnaissance ne doit pas être négligé. Aussi les professionnels doivent être reconnus par les résidents. Cet aspect pourtant indispensable à la mutualité serait souvent négligé. Le rapport de Christen-Gueissaz et al. (2011) trouve qu'un grand nombre des résidents migrants interviewés ne connaissent pas les pays d'origine des aides-soignants qui s'occupent d'eux.

#### 3.4.2.2 ENTRE LES DIFFERENTS RESIDENTS

Ensuite, la *reconnaissance mutuelle* doit aussi s'instaurer entre les différents résidents. C'est ainsi que peut se créer un sentiment d'appartenance commune et faciliter la cohabitation en institution. Ce propos de l'appartenance commune va être élaboré dans le chapitre 3.5.

#### 3.4.2.3 ENTRE FAMILLES ET INSTITUTION

Un autre acteur, souvent négligé, est la famille du résident. La *reconnaissance mutuelle* entre l'institution et la famille est de très grande importance. Si les deux ne se reconnaissent pas, le résident risque de se retrouver dans un *conflit de loyauté*, tiraillé entre son nouveau chez-soi et ses origines. Ce conflit, décrit plus en détail au chapitre 1.4.5.7 est à éviter, à tout prix.

Ainsi, les familles devraient reconnaître les fonctions, les droits ainsi que les limites de l'établissement d'accueil et *l'approuver* comme nouveau lieu de vie de leur proche. C'est ainsi que l'institution aura la possibilité d'assurer entièrement ses tâches et *d'assumer ses responsabilités*.

L'établissement à son tour, devrait chercher à intégrer la famille dans son fonctionnement et travailler en collaboration plutôt qu'en concurrence avec cette dernière. La famille n'est pas automatiquement dépossédée de toute compétence de s'occuper du proche et ses compétences, droits et responsabilités doivent toujours être reconnues par l'établissement. L'entrée en EMS peut provoquer certaines souffrances chez les membres d'une famille. Ces derniers doivent être compris et être écoutés dans l'institution.

#### 3.4.2.4 ENTRE RESIDENTS ET LEURS PROCHES

La *reconnaissance mutuelle* doit, également, se retrouver entre les résidents et leurs proches. Ceci ne se limite, bien sûr, pas au contexte de la personne âgée vivant en EMS. Cette reconnaissance se construit tout au long de la vie. Pourtant, on peut supposer que l'institution joue un rôle non négligeable dans cette reconnaissance entre les résidents et leurs proches. La non-reconnaissance entre institution et familles pourrait probablement influencer de manière négative la reconnaissance mutuelle entre familles et résidents qui se retrouveraient alors dans un conflit de loyauté.

#### 3.4.2.5 ENTRE LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS

L'EMS est un lieu où de nombreux professionnels de rôles, de statuts et de spécificités divers. La reconnaissance entre ces différents professionnels est, également, indispensable à la création d'un monde commun auquel on aura envie d'appartenir en tant que résident (et professionnel). C'est,

vraisemblablement, la direction qui pourrait favoriser ce genre de *reconnaissance mutuelle* entre les acteurs et essayer de créer un climat de travail, basé sur le respect et la valorisation du travail de tout un chacun.

#### 3.4.2.6 ENTRE L'INSTITUTION ET LA COMMUNAUTE

Enfin, il doit y avoir une *reconnaissance mutuelle* entre l'établissement et la communauté. Une collaboration étroite avec le monde extérieur permet d'éviter l'isolement et la marginalisation de l'EMS et ainsi des résidents qui y habitent. Varini (2004, p. 20, cité par Bartkowiak, 2008) cite quelques exemples à ce sujet. Ainsi, certains établissements ont ouvert des crèches, un salon de coiffure, une cantine scolaire, une annexe de la bibliothèque municipale, une laverie automatique, une banque, un restaurant ou encore une salle d'exposition. Les idées sont multiples pour relier l'institution à « la vie civile ».

### 3.5 ...VERS UNE APPARTENANCE COMMUNE

A travers cette *voie de la reconnaissance*, les différents acteurs sont amenés à co-créeer une appartenance commune au monde de l'EMS. C'est en se reconnaissant mutuellement qu'ils arrivent à construire un sens partagé. Ce sens nourri par tout un chacun – résidents, professionnels, membres de famille, communauté - dépassera la réduction des résidents de l'établissement médico-social à la vieillesse ou à leur nationalité, dans le cas des résidents migrants. Les différents sujets pourront être reconnus dans leur totalité et en tant qu'individus faisant partis d'un monde commun et riche de sens.

La tendance des prises en charge dans les EMS va clairement dans le sens des soins individualisés (Mallon, 2004). En se focalisant, par contre, uniquement sur l'aspect individuel, on court le risque de créer un monde qui est constitué par des individus isolés qui n'ont rien en commun à part leur lieu de vie et le fait d'être âgé et dépendant. Il n'y a alors pas de monde au sens partagé auquel le nouveau résident peut appartenir. Au lieu de se focaliser uniquement sur d'uniquement l'individualisation de la prise en charge des résidents, l'importance de l'appartenance commune doit être reconnue.

Ensuite, l'individu doit pouvoir se sentir d'« être de ce monde » et d'être reconnu comme membre à part entière, pour qu'il puisse s'y déployer et se recréer un chez-soi. C'est dans ce contexte rassurant et stable que le résident, migrant ou non, pourra élaborer ses *deuils de Toi, de Soi et de sens* et qu'il pourra retrouver ses repères identitaires perdus lors de l'entrée en EMS. Ainsi, la migration que représente l'entrée en EMS peut être achevée, le nouveau résident pourra être de ce nouveau monde tout en intégrant son passé afin de pouvoir s'y créer un futur.

## 4. CONCLUSION

Tout au long de ces pages, l'entrée en EMS a été discutée comme une forme de migration. Le parcours migratoire du domicile à l'institution a été élaboré dans le premier chapitre. La personne âgée vit dans un premier temps dans un monde, un chez-soi, dans lequel elle partage un sens avec les autres membres de la communauté. Ensuite la personne quitte ce monde. Dans le cas de l'entrée en EMS, la personne est souvent contrainte à quitter son domicile par faute d'autres solutions adaptées. La personne qui migre est en général munie d'un projet et d'un mandat migratoires qui donnent alors un sens à la migration et la justifient. Lors de l'entrée en EMS, l'élaboration d'un projet migratoire est un défi particulier. Car à l'heure d'entrer dans son dernier lieu d'habitation, il est souvent difficile pour la personne de se projeter dans le futur et de construire des projets de vie. Le projet migratoire vient alors souvent à manquer, lors de l'entrée en EMS, et rend d'autant plus difficile la création d'un nouveau chez-soi. Le passage du chez-soi à ce nouveau monde, constitue souvent une sorte d'entre-deux pour la personne pour laquelle les appartenances aux deux mondes peuvent se mélanger. Après ce passage, la personne âgée entre enfin dans ce nouveau monde institutionnel dont elle a tant entendu parler, mais qui reste, malgré tout, encore inconnu. Elle vit ensuite dans ce nouveau monde, mais ne partage pas forcément le même sens et l'appartenance commune avec les autres résidents. Lors de ce passage, la personne subit un certain nombre de pertes significatives qui entraînent alors des *deuils de Toi, de Soi et de sens* (Métraux, 2011). Ce n'est qu'en élaborant ces deuils que la personne arrivera à se recréer soi-même comme membre de la nouvelle communauté dans laquelle elle pourra ensuite partager un sens et une appartenance commune avec les autres membres. C'est ainsi qu'elle cesse, uniquement de vivre dans le nouveau monde et commence à en être.

Pour les personnes âgées issues de migration, le passage en EMS pourrait être vu comme une deuxième migration. Cette dernière est, certes, de nature très différente en comparaison d'une migration d'un pays à un autre. Ce que ces migrations ont, par contre, en commun est ce passage d'un monde à l'autre, entraînant des pertes significatives. Dans la deuxième partie de ce travail, les spécificités de la vie en EMS pour les personnes âgées migrantes

ont été analysées plus en détail. De nos jours, cette population est la plupart du temps issue de l'immigration de travail qui a eu lieu en Suisse, dans les années après la seconde Guerre mondiale. L'absence d'une politique d'intégration, la perception de l'immigration comme transitoire et des travaux souvent durs ne permettant pas de mettre de côté suffisamment d'argent pour réaliser le projet migratoire initial (Piguet, 2004 ; Soom Ammann 2011). Conséquemment, ces personnes font, aujourd'hui, souvent parties d'une population plus vulnérable vivant dans la précarité. Beaucoup d'entre eux n'ont pas pu apprendre la langue ou ont perdu leurs capacités linguistiques suite à une démence. Ces facteurs peuvent rendre d'autant plus difficile une entrée en EMS, qui est, de toutes façons, une période difficilement vivable et accompagnée de nombreuses pertes. Ce nouveau monde, qui devrait être le nouveau chez-soi, est représentant de la société d'accueil avec ses valeurs et sa culture dont le sens et l'appartenance ne sont pas toujours partagés. Si à domicile la personne avait encore ses propres repères identitaires qui pouvaient lui faciliter la vie dans la société d'accueil, elle les perd alors, au moins en partie, lors de l'entrée en EMS. Faute de moyens ou de sensibilité, les institutions ne permettent souvent pas de laisser une place aux origines de leurs résidents migrants qui se voient alors coupés d'une partie de soi. En se focalisant sur les déficits et la vulnérabilité des résidents, la reconnaissance de leurs compétences est malheureusement souvent négligée. Dans un tel environnement, où la personne n'est pas reconnue dans sa totalité et comme disposant de capacités, de droits et de responsabilités sociales, et où la personne est coupée de beaucoup de ses repères identitaires, l'élaboration des différents deuils est difficile. Il est alors important d'approcher les personnes âgées migrantes, vivant en EMS, par leurs compétences et non pas par leurs déficits. Ces derniers auraient même certaines compétences supplémentaires, par rapport aux résidents autochtones, car ils auraient pu développer ces capacités d'adaptations à des nouvelles situations grâce à leur parcours migratoires (Dietzel-Papakyriakou, 1993). Cependant, les résidents autochtones doivent, également, être reconnus comme des individus dotés de capacités plutôt que d'être réduits au déficit, l'âge et à leur handicap.

Certaines mesures d'adaptation ont été mises en place dans des institutions accueillant des personnes âgées migrantes. Elles ont été présentées au troisième chapitre. Malheureusement, elles restent souvent locales et sont encore loin d'être appliquées de manière systématique. En général, la

focalisation est mise sur les différences entre les résidents migrants et les autochtones. Les différents dispositifs essaient de répondre aux différences culturelles, de linguistiques et/ou religieuses.

De manière générale, la prise en charge des personnes âgées en EMS tend vers l'individualisation de l'accueil et des soins. On s'efforce de répondre aux besoins individuels de tout un chacun. Cela constitue un progrès énorme par rapport aux institutions totalitaires décrites par Goffman, où les personnes étaient traitées de manière collective au détriment de leur individualité (1968, cité par Mallon, 2007). Par contre, cette individualisation, de la prise en charge des résidents, semble négliger l'aspect communautaire et court alors le risque de créer une communauté constituée par des êtres isolés qui ne partagent rien à part l'adresse et le fait d'être âgé. Le but devrait alors être celui de créer un monde dans lequel les membres partagent un sens et une appartenance commune et co-construite, un monde auquel les résidents auront envie d'être.

A travers la *voie de la reconnaissance*, décrite au troisième chapitre, un tel monde, où chacun est reconnu dans sa totalité et spécificité, peut se créer. Il s'agit alors de se focaliser d'avantage sur les ressemblances fondamentales plutôt que sur les différences apparentes qui risquent de *ghettoïser* ou de *marginaliser* les individus.

C'est dans un tel monde que le nouveau résident pourra élaborer ses nombreux deuils et reconstruire une identité qui intègre et reconnaît ses multiples appartenances aux différents mondes.

Dans le cadre de ce travail, j'ai opté pour une approche théorique, que j'ai essayé d'enrichir par des témoignages (Duponchelle & Elschner, 2010) et mes propres expériences professionnelles dans le milieu des EMS. Cette méthode impose malheureusement de nombreuses limites et ne permet pas d'exploiter le sujet de manière exhaustive. Dans le futur, il serait intéressant de mener une recherche empirique et d'interroger des résidents migrants, leurs familles ainsi que des professionnels confrontés à la diversité culturelle en EMS, afin de chercher des réponses aux questions soulevées dans ce travail.

La diversité culturelle en EMS est un sujet important dont l'ampleur actuelle et future doit être reconnue et explorée, tant sur le plan théorique, qu'empirique. Ainsi, l'accueil des personnes âgées migrantes peut être adapté et amélioré afin de leur offrir un dernier lieu de vie duquel elles auront envie d'être.



# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bartkowiak, N. (2008). *L'accueil des immigrés vieillissants en institution*. Rennes : Presses de l'EHESP.

Bolzman, C. et Fibbi, R. (1993). Les immigrés face à la retraite: rester ou retourner?, *Revue suisse d'Economie politique et de Statistique*, 129(3), 371-38.

Bolzman, C., Fibbi, R. et Vial, M. (1996). La population âgée immigrée face à la retraite: Problème social et problématique de recherche. Dans: H.R. Wicker, J.-L. Alber et al. (dir.), *L'altérité dans la société: migration, ethnicité, état* (p. 133-142). Zürich: Seismo.

Bolzman, C., Fibbi, R. et Vial, M. (1997). Espagnols et Italiens proches de la retraite: structures et fonctionnement du réseau familial. Dans: P. Bédard et C. Bolzman (dir.), *On est né quelque part mais on peut vivre ailleurs: familles, migrations, cultures, travail social* (p. 159-183). Genève : Les éditions IES.

Bolzman C., Fibbi R. et Vial M. (2001). La famille: une source de légitimité pour les immigrés après la retraite? Le cas des Espagnols et des Italiens en Suisse. *Revue européenne de migrations internationales*, 17(1), 55-78.

Bolzman, C., Fibbi, R. et Vial, M. (2002). *La situation des personnes âgées immigrées dans le contexte urbain Suisse: l'exemple de Genève*. Récupéré le 11 avril 2012 sur le site de Millénaire 3 [http://www.millenaire3.com/uploads/tx\\_ressm3/textes\\_bolzman\\_2.pdf](http://www.millenaire3.com/uploads/tx_ressm3/textes_bolzman_2.pdf).

Bolzman, C., Poncinoni-Derigo, R. et Vial, M. (2003). Switzerland. Dans N. Patel (dir.), *Minority Elderly Care in Europe: Country Profiles* (p. 193-217). Leeds: PRIAE Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity.

Bolzman, C., Poncinoni-Derigo, R. et Vial, M. (2007). *Personnes âgées immigrées en Suisse: Conditions de vie, accès aux soins et à l'aide socio-gériatrique*. Récupéré le 11 avril 2012 sur le site du CEDIC [http://www.cedic.ch/pxo3\\_02/pxo\\_content/medias/cahier\\_du\\_cedic\\_no\\_1.pdf](http://www.cedic.ch/pxo3_02/pxo_content/medias/cahier_du_cedic_no_1.pdf).

- Borloz, N. (2010). *Sexualité des personnes âgées en EMS. Un tabou dans les soins: quelle prise en charge? Une revue de la littérature* (Mémoire de Bachelor, HES-SO infirmiers, Valais, Suisse). Récupéré du site du Réseau des bibliothèques de Suisse occidentale : <http://doc.rero.ch/record/18145?ln=fr>
- Buri, B., Manchen Spörri, S. et Vögeli Sörensen, T. (2008). *Sprachliche Kommunikation, Alter und Migration*. Récupéré le 31 mai 2012 du site de la Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW) <http://pd.zhaw.ch/hop/1922214877.pdf>.
- Christen-Gueissaz, E. (1994). *Miroir social, estime de soi au temps de la retraite*. Paris: L'Harmattan.
- Christen-Gueissaz, E. (2008). Enjeux identitaires pour les personnes âgées en institution. Dans E. Christen-Gueissaz (dir.), *Le bien-être de la personne âgée en institution*. Paris : Seli Arslan.
- Christen-Gueissaz, E., Cochand, S., Cornuz, N. et Martinet, E. (2011). *Enjeux de la diversité culturelle dans l'interaction entre résidents migrants et professionnels de l'accompagnement. Rapport de recherche à l'attention de la Fondation Leenaards. Dossier de recherche no 1189.2*. Récupéré le 4 juin 2012 sur le site de l'Unité de recherche et d'intervention en gérontologie (UNIGER) [http://uniger.ch/Rapport\\_enjeux\\_complet.pdf](http://uniger.ch/Rapport_enjeux_complet.pdf).
- Darnaud, T. (2007). L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques. *Gérontologie et Société*, 122(3), 91-105.
- Dietzel-Papakyriakou, M. (1993). *Altern in der Migration. Die Arbeitsmigranten vor dem Dilemma: zurückkehren oder bleiben?*. Stuttgart: Enke.
- Dorange, M. (2005). Entrée en institution et paroles de vieux. *Gérontologie et société*, 112(1), 123-139.
- Duponchelle, A. et Elschner, G. (2010). *Pages de vie en maison de retraite. Témoignage et réflexion*. Lyon : Chronique sociale.
- Fibbi, R., Bolzman, C., Fernandez, A., Gomensoro, A., Kaya, B., Maire, C., ...Wanner, P. (2010). *Les Portugais en Suisse*. Berne: Office fédéral des migrations.

- Hervé, H. (2003). *Pour un accueil de qualité en maison de retraite. La valorisation de l'identité de la personne âgée. Résidence de l'Abbaye – Dol de Bretagne* (Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, Rennes, France). Récupéré du site de l'ENSP: <http://ressources.ensp.fr/memoires/2003/dess/herve.pdf>
- Höpflinger, F. et Stuckelberger, A. (1999). *Vieillesse – Alter - Anziani : Principaux résultats et perspectives du Programme National de Recherche PNR32*. Berne : FNRS.
- Hungerbühler, H. (2004). Altern in der Migration: Folgen der Lebens- und Arbeitsbiographie. Dans: Schweizerisches Rotes Kreuz Departement Migration (dir.), *Migration – Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen* (p. 221-242). Zürich: Seismo.
- Le Guen, J. P. (2001). Un lieu de réengagement maison de retraite – résidence pour personnes âgées. *Gérontologie et société*, 96(1), 153-162.
- Leu, R. E., Burri, S. et Priester, T. (1997). *Lebensqualität und Armut in der Schweiz*. Berne: Editions Haupt.
- Maerker, A., Forstmeier, S., Enzler, A. Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C. et Ehlert, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 113-120.
- Mallon, I. (2004). *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- Mallon, I. (2007). Entrer en maison de retraite : rupture ou tournant biographique ? *Gérontologie et société*, 121(2), 251-264.
- Métraux, J. C. (2001). *Adolescents du sud malades de l'échange inégal*. *Revue médicale de la Suisse romande*, 121(7), 551-554.
- Métraux, J. C. (2004). *Deuils collectifs et création sociale*. Paris : La Dispute.
- Métraux, J. C. (2011). *La migration comme métaphore*. Paris : La Dispute.
- Moukouta, C. S. (2010). *Vieillesse et migration en France : Approches psychopathologique et interculturelle*. Paris : L'Harmattan.

- Moulia, R. (2007). Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique. *Gérontologie et société*, 121(2), 227-249.
- Müller, N. (2009). Aging with French: Observations from South Louisiana. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 24(2), 143-155.
- Office fédéral des assurances sociales OFAS (2002). *Longévité – défi de société et chance culturelle: Contribution de la Suisse aux débats de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 2002*. Berne: OFCL.
- Office fédéral de la statistique OFS. (2006). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005-2050*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique OFS (2007). *Qu'est-ce qu'on sait de l'état de santé des populations migrantes? Les principaux résultats du «Monitoring de l'état de santé de la population migrante en Suisse»*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique OFS (2008). *Statistique des institutions médico-sociales 2006 – Tableaux standards*. Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique OFS (2010a). *Population résidante permanente et non permanente étrangère selon la nationalité par pays et l'âge, en 2010*. Récupéré le 11 avril 2012 sur le site de l'OFS <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/data/01.html>.
- Office fédéral de la statistique OFS (2010b). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2010–2060*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique OFS (2010c). *Travailler et être pauvre. Les working poor en Suisse. Ampleur du phénomène et groupes à risque d'après l'Enquête suisse sur la population active 2003 (ESPA)*. Neuchâtel: OFS.
- Office fédéral de la statistique OFS (2010d). *Statistique des institutions médico-sociales 2010 – Tableaux standards*. Neuchâtel : OFS.
- Office fédéral de la statistique OFS (2011). *Personnes âgées dans les institutions. Entrée en établissement médico-social en 2008/09*. Neuchâtel: OFS.

Office fédéral de la statistique OFS (2012a). *Base de données STAT-TAB*.  
Récupéré le 12 avril 2012 sur le site de l'OFS  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/onlinedb/stattab.html>.

Office fédéral de la statistique OFS (2012b). *Statistique des institutions médico-sociales 2010 – Tableaux standards*. Neuchâtel : OFS.

Piguet, E. (2004). *L'immigration en Suisse - Cinquante ans d'entrouverture*.  
Lausanne: Presse polytechniques romandes - Collection "Le Savoir Suisse".

Prognos. (2007). *Gründe für die Auswanderung von Fach- und Führungskräften aus Wirtschaft und Wissenschaft*. Berlin : Prognos.

SF Reporter (réalisateur). (8 août 2011). *Die Italiener vom 9. Stock – Ehemalige Gastarbeiter im Altersheim* (émission télévisée). 8.6.2011.  
Récupéré le 2 février 2012 sur le site de Schweizer Fernsehen Video Portal <http://www.videoportal.sf.tv/video?id=bedd95f4-737c-49f0-83d1-cd74aec0875a>.

SF Schweiz Aktuell (réalisateur). (14 février 2005). *Italienisches Altersheim in Zürich* (émission télévisée). Récupéré le 2 février 2012 sur le site de Schweizer Fernsehen Video Portal <http://www.videoportal.sf.tv/video?id=c4de06cd-68ef-4ee7-9137-47d59b1dd39b>.

Soom Ammann, E. (2011). *Ein Leben hier gemacht : Altern in der Migration aus biographischer Perspektive – Italienische Ehepaare in der Schweiz*. Bielefeld : Transcript Verlag.

Thibaud, A. et Hanicotte, C. (2007). Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants? *Gérontologie et société*, 122(3), 125-137.

Treibel, A. (2003). *Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht*. Weinheim/München : Juventa.

Wanner, P. (2004). *Migration et intégration : Populations étrangères en Suisse*. Neuchâtel : OFS.

Wanner P., Sauvain C., Guilley E. et Hussy, C. (2005). *Âges et Générations. La vie après 50 ans en Suisse*. Neuchâtel : OFS.

Wenger, S. (2009). *Compétences transculturelles dans le secteur de la santé. Explorer, rencontrer, comprendre, intégrer, construire...* Récupéré le 3 mai 2012 sur <http://upload.sitesystem.ch/E262A04C9D/32430F2248/E75CCBCE50.pdf>.

Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard.