

## L'accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées

Valérie Wolff et Emmanuel Jovelin

---



**Édition électronique**

URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3085>

DOI : [10.4000/hommesmigrations.3085](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3085)

ISSN : 2262-3353

**Éditeur**

Musée national de l'histoire de l'immigration

**Édition imprimée**

Date de publication : 1 janvier 2015

Pagination : 97-104

ISBN : 978-2-919040-30-8

ISSN : 1142-852X

**Référence électronique**

Valérie Wolff et Emmanuel Jovelin, « L'accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées », *Hommes & migrations* [En ligne], 1309 | 2015, mis en ligne le 01 janvier 2017, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/hommesmigrations/3085> ; DOI : [10.4000/hommesmigrations.3085](https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.3085)

---

# L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET SANITAIRE DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRÉES

par VALÉRIE WOLFF, chargée de recherche et de développement, École supérieure en travail éducatif et social de Strasbourg (ESTES), maître de conférences associée, laboratoire Dynamiques européennes (UMR U7367 UNISTRA/CNRS), et EMMANUEL JOVELIN, professeur des universités, université de Lorraine, Laboratoire lorrain des sciences sociales (2L2S) et Centre Pierre-Naville (université d'Évry-Val d'Essonne).

Les travailleurs sociaux sont en première ligne dans l'accueil et le soutien des migrants âgés et de leur famille. Ils sont parmi les premiers à faire face à la méfiance de cette population fragile, qui conduit au non-recours aux droits sociaux et aux soins. Pour remplir leur rôle de prévention et d'assistance, ces acteurs sociaux doivent développer leurs compétences culturelles tout en se gardant d'essentialiser les personnes, au risque de les enfermer dans une origine sociale ou culturelle stéréotypée et inopérante.



La prise en compte du vieillissement des personnes immigrées est encore un phénomène récent dans la société française, longtemps organisée autour d'une logique d'immigration temporaire. Cette brusque prise de conscience des pouvoirs publics suscite un certain nombre de questionnements qui se traduisent notamment dans les préoccupations des professionnels chargés de l'accompagnement sanitaire et social des personnes âgées immigrées. Ces éléments sont pris en compte par les acteurs chargés de la conception et de la mise en œuvre des politiques publiques, notamment l'ex-Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté (DAIC) du ministère de l'Intérieur. En réponse à un appel à projet financé par le Fonds européen

d'intégration et par la Direction de l'accueil, de l'accompagnement des étrangers et de la nationalité (DAAEN, ex-DAIC), l'Institut social de Lille, l'École supérieure en travail éducatif et social de Strasbourg et trois autres centres de formation en travail social (l'Institut régional de travail social de Lorraine, l'Association régionale pour la formation, la recherche et l'innovation en pratiques sociales de Lyon et l'Institut méditerranéen de formation et recherche en travail social de Marseille) ont développé une initiative alliant formation et recherche à destination de plus de 700 professionnels travaillant auprès des personnes âgées immigrées dans les secteurs de la santé, du social, du médico-social, du logement et du maintien à domicile et

de plus de 750 étudiants en soins infirmiers et travailleurs sociaux. À travers cette recherche, conduite dans six régions de France (Nord-Pas-de-Calais, Alsace, Lorraine, Rhône-Alpes, PACA et Vaucluse) auprès d'un corpus d'étudiants et d'intervenants pluridisciplinaires et plurisectoriels, il s'agit de mieux comprendre les dynamiques à l'œuvre dans l'accompagnement des personnes âgées immigrées.

L'analyse d'entretiens individuels et collectifs menés avec les professionnels permet de modéliser les problématiques rencontrées dans le champ de l'accompagnement du public. Elle contribue également à identifier les logiques sociales au fondement des pratiques professionnelles mises en œuvre.



### Répondre à la précarité des situations

En premier lieu, les professionnels chargés de l'accompagnement des migrants vieillissants manifestent leurs préoccupations face à des situations jugées complexes et précaires. Comme en témoigne le rapport de la mission d'information sur les immigrés âgés<sup>1</sup>, nombre d'entre eux connaissent une condition sociale fragile. Les personnes venues soutenir l'expansion économique de la France pendant les Trente Glorieuses ont répondu aux besoins de main-d'œuvre dans le secteur du bâtiment, des services et de l'industrie. Elles connaissent aujourd'hui des pensions de retraite inférieures à la moyenne, une intégration imparfaite à la société, un mal-logement manifeste, une santé fragile et un accès aux soins défaillant<sup>2</sup>. Bien souvent, le rapport au pays d'origine est complexe. Avec l'avancée en âge, le sujet immigré doit réinventer avec plus ou moins de succès sa présence<sup>3</sup>. Face à ces situations, les professionnels chargés de leur accompagnement

se sentent démunis et se disent parfois impuissants. Ces ressentis s'expliquent en partie par la grande précarité de certaines situations, mais aussi et surtout par l'interrelation des difficultés repérées. En effet, les migrants âgés accompagnés présentent des problématiques à la fois sociales et de santé liées au parcours migratoire et au vieillissement. Ce faisant, ils confrontent les professionnels du secteur sanitaire et social à la limite de leur champ de compétences respectifs. Ils frappent les esprits et brouillent les repères établis. Les intervenants sociaux sont confrontés aux problèmes de santé et au vieillissement précoce des usagers qui ont connu des conditions de vie et de travail difficiles. Quant aux professionnels du secteur sanitaire, ils soulignent la précarité sociale et économique de leurs patients migrants vieillissants. Dans ces situations, l'impact de la perte d'autonomie est majoré par une faible socialisation au-delà de la famille et de la communauté.

En réalité, l'association des difficultés liées à la vieillesse et au parcours migratoire révèle les limites de la spécialisation des dispositifs et des champs de compétences. Au sein d'une offre sanitaire et sociale fragmentée et insuffisamment articulée<sup>4</sup>, la complexité des problématiques rencontrées par les immigrés âgés semble s'opposer à la vocation spécifique des professionnels et de leur structure de rattachement. La difficile adaptation des foyers de travailleurs migrants confrontés à la perte d'autonomie de leurs résidents en est sans doute l'illustration la plus marquante.



### Déjouer les difficultés d'accès et de non-recours aux droits

Une autre problématique rencontrée par les professionnels dans l'accompagnement des personnes âgées immigrées est liée au non-recours aux droits

1. Alexis Bachelay, "Rapport d'information au nom de la mission d'information sur les immigrés âgés", enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 2 juillet 2013. 2. *Ibid.* 3. Philippe Nubukpo, Paola Revue, Cecil Herrmann, Jean-Pierre Clément, "Ethnopsychiatrie et sujets âgés", in *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement*, vol. 7, n° 3, septembre 2009.

4. Pour plus de précisions à ce sujet, voir notamment : Conseil supérieur du travail social, "Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social", Paris, Broché, 2006 ; Marcel Jaeger, *L'Articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 2012 ; John Ward (dir.), *Santé : Intervention sociale*, Paris, Masson, 1997.

sociaux et aux aides. Le non-recours concerne les personnes qui n'obtiennent pas les prestations et ne bénéficient pas des services publics auxquels elles pourraient prétendre. Il est mesuré par la différence entre les populations potentiellement éligibles aux prestations et les populations effectivement bénéficiaires<sup>5</sup>. Si les difficultés d'accès aux droits peuvent provoquer le non-recours, elles s'en distinguent dans la mesure où une personne peut faire face à des obstacles pour bénéficier d'une prestation tout en la percevant. Pour les travailleurs sociaux œuvrant auprès de personnes âgées immigrées, le non-recours aux droits du public s'explique par cinq facteurs principaux.

Avant tout, les professionnels soulignent la complexité du système de protection sociale français et la difficulté des démarches nécessaires à l'ouverture et au maintien des droits. L'expression "parcours du combattant" est particulièrement significative à cet égard. Elle désigne la multitude d'obstacles et les délais nécessaires à la constitution puis à l'examen des dossiers permettant l'accès aux droits de retraite, de prestations sociales, etc. Les intervenants remarquent que ces difficultés s'imposent à tout un chacun, mais que les migrants vieillissants les plus isolés et maîtrisant mal la langue française se trouvent particulièrement désavantagés dans ce type de parcours. D'où le développement d'une offre d'assistance dans les démarches administratives régulièrement proposée à ces publics par les travailleurs sociaux. Certaines associations destinées spécifiquement au public migrant vieillissant offrent des espaces de type "café social". Au-delà de la dimension de socialisation du public, une attention particulière est portée à l'information sur l'accès aux droits et aux renseignements sur le fonctionnement du système de protection sociale.

En outre, les textes de loi qui régissent les statuts et les conditions de circulation des migrants âgés font peser sur eux un lourd soupçon de fraude, notamment dans le cas des publics qui effectuent de fréquents allers-retours entre le pays d'origine et

la France. Les professionnels témoignent de multiples contrôles aux prestations sociales, notamment auprès des résidents isolés en foyer dont la famille est installée au pays d'origine. Les travailleurs sociaux insistent sur leur rôle en matière de prévention et d'assistance. Ils veillent à avertir de l'incidence des allers-retours sur le droit aux prestations et assistent les personnes dans la réponse aux contrôles qui leur sont imposés.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux soulignent la large part d'appréciation laissée aux agents des guichets administratifs dans l'évaluation des critères ouvrant droit au bénéfice des prestations sociales. Ce processus d'euphémisation de l'ordre juridique est bien connu des sociologues qui s'intéressent à la régulation du droit "par le bas"<sup>6</sup>. S'il peut s'avérer favorable aux usagers rencontrant des agents soucieux de représenter une "administration médiatrice", il peut aussi, dans le cas contraire, constituer un obstacle à l'accès aux droits. En conséquence, certains travailleurs sociaux proposent un accompagnement direct des personnes âgées immigrées auprès des guichets de services administratifs. Ils s'inscrivent alors dans une position de médiation visant à soutenir la situation de l'utilisateur auprès de l'administration. Plus généralement, l'absence d'information des usagers est une des causes majeures du non-recours aux droits selon les professionnels. Ils relèvent la situation de nombreuses personnes éligibles à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et aide à la complémentaire santé (ACS) ou à une couverture maladie, qui ignorent la possibilité de bénéficier de ces prestations. L'information faite par les caisses de protection sociale s'avère à la fois insuffisante et inadaptée selon les intervenants interrogés. Certaines caisses régionales ont mis en place des permanences et des journées d'échanges et d'informations en langue étrangère pour s'adapter aux

Avant tout, les professionnels soulignent la complexité du système de protection sociale français et la difficulté des démarches nécessaires à l'ouverture et au maintien des droits.

5. Ministère des Affaires sociales et de la Santé et ministère délégué chargé des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, "Le non-recours aux prestations sociales, état des lieux", rapport du gouvernement sur la pauvreté en France, décembre 2012. 6. Alexis Bachelay, *op. cit.* 7. Voir, par exemple, Vincent Dubois, *La Vie au guichet*, Paris, Economica, 1999 ; Gilles Jeannot, *Les Usagers du service public*, Paris, PUF, 1998 ; Philippe Warin, *Les Dépanneurs de justice*, Paris, LGDJ, 2002.

besoins des migrants vieillissants sur leur territoire. Les travailleurs sociaux louent ce type d'initiatives qui permet souvent une meilleure transmission d'informations et qui est l'occasion de développer des réseaux d'entraide et de solidarité autour de la question de l'accès aux droits.

### Manque de confiance et déficit de supports

Enfin, les intervenants constatent une posture d'humilité des immigrés âgés qui, malgré de longues années de présence en France, *“ne se sentent toujours pas chez eux”, “ont peur de gêner”, “n'osent pas demander”*. D'autres remarquent que le public a pu développer une méfiance vis-à-vis des administrations. Le rapport de la mission parlementaire affiche les mêmes constats : *“Même s'ils ne sont pas en infraction, de nombreux immigrés âgés redoutent de l'être et hésitent à se manifester”*<sup>8</sup>. Les anciens épisodes de séjours irréguliers ou le statut (juridique et symbolique) d'étranger peuvent nourrir certaines craintes. Les modalités d'accompagnement des travailleurs sociaux poursuivent un objectif de réassurance pour permettre d'instaurer un lien de confiance entre les migrants âgés et l'administration.

D'un point de vue sociologique, il semble que le public immigré vieillissant soit limité dans sa quête de l'accès aux droits par la faiblesse de ses supports. D'après Danilo Martuccelli, la capacité d'action de l'individu provient de supports externes, malléables. Précisément, pour Martuccelli, *“les supports désignent un ensemble de facteurs, matériels ou symboliques, proches ou lointains, conscients ou inconscients, activement structurés ou passivement subis, toujours réels dans leurs effets, et sans lesquels, à proprement parler, il ne pourrait y avoir d'individu”*<sup>9</sup>. Si les personnes âgées immigrées possèdent des supports au même titre que tout individu, la faiblesse de leurs

Réunion d'information organisée par l'association La Commune libre d'Aligre. Chaque chibani fait part de ses besoins en meubles et en électroménager pour son nouveau logement, 31 mars 2015.  
© CAMILLE MILLERAND

ressources matérielles et symboliques, ainsi que les difficultés des conditions de vie en exil, peuvent limiter leurs possibilités d'action pour la reconnaissance de leurs droits. D'où le sentiment, pour certains travailleurs sociaux, de représenter les seules personnes ressources existantes pour permettre aux personnes âgées immigrées d'accéder à leurs droits.

### Déjouer les difficultés de non-recours aux soins et à l'aide à domicile

Outre le non-recours aux droits sociaux, les professionnels témoignent de situations de non-recours aux soins de santé et aux aides permettant de pallier la perte d'autonomie. Les causes avancées sont en partie les mêmes que celles identifiées

8. Propos tenus par les travailleurs sociaux interviewés. 9. Alexis Bachelay, *op. cit.*, p. 90.

10. Danilo Martuccelli, *La Société singulariste*, Paris, Armand Colin, 2010, pp. 56-57.

précédemment : manque d'informations, attitude de "non-demande", etc. Mais les professionnels rencontrent aussi des situations de renoncement aux soins pour raisons financières, comme dans le cas des personnes les plus démunies ou de celles qui veillent à économiser leur argent dans l'objectif d'envoyer un pécule à la famille restée au pays d'origine.

Certains professionnels émettent également l'hypothèse de l'influence du facteur culturel dans la propension à recourir aux soins et aux aides. Par exemple, l'une des causes avancées pour expliquer le non-recours aux aides à domicile est liée au postulat de l'existence d'une tradition d'aide familiale préférentielle chez les immigrés âgés. Pourtant, le témoignage d'autres intervenants nuance cette hypothèse lorsqu'ils relayent la demande d'aide professionnelle formulée par les enfants de personnes âgées immigrées. Comme le souligne Claudine Attias-Donfut, auditionnée dans le cadre du rapport de la mission parlementaire : *"Face au vieillissement des parents, les familles d'immigrés ne prennent pas forcément tout en charge, comme on aurait pu le croire : elles font ce qu'elles peuvent, comme toutes les autres familles"*<sup>11</sup>. Le rapporteur poursuit : *"en particulier, elles ne se montrent pas davantage réservées que les autres à l'égard des professionnels extérieurs et les aidants finissent par accepter d'être assistés"*<sup>12</sup>.

En somme, l'hypothèse du facteur culturel dans le non-recours aux soins ou aux aides doit être avancée avec prudence pour éviter les risques de généralisation et de catégorisation. En témoigne le terme de "surinvestissement" souvent employé par les professionnels pour désigner le travail des aidants familiaux auprès des personnes âgées immigrées. Ce terme traduit l'existence d'un cadre professionnel et culturel normatif. Dans les discours des professionnels interviewés, il est souvent employé pour évoquer l'idée selon laquelle l'aide offerte à leurs aînés par les descendants des immigrés serait plus importante que celle offerte par les familles françaises, en raison de facteurs culturels et traditionnels.

En réalité, de nombreux facteurs jouent sur le recours aux aides : la situation financière et professionnelle des membres de la famille, le type de besoins rencontrés, l'accès à l'information, les conditions de vie et de logement, etc. Il n'existe pas à ce jour d'enquête statistiquement significative permettant de comparer la propension de recours aux aides pour les familles françaises et immigrées aux profils et aux besoins comparables. S'il convient de ne pas nier la possibilité d'une spécificité culturelle, il importe de ne pas généraliser cette hypothèse et de se préserver du risque d'un stéréotype susceptible de représenter un nouvel obstacle à l'accès aux aides et aux soins. Ces considérations nous amènent directement à la troisième problématique majeure rencontrée dans le champ de l'accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées : l'appréhension de la dimension interculturelle.



## Appréhender l'interculturalité

La dimension interculturelle de la relation peut être source d'obstacles dans une relation d'aide ou de soin. À travers leurs pratiques culturelles, les migrants vieillissants confrontent parfois les professionnels qui les rencontrent à l'incompréhension et au risque de malentendus. Dans ces situations, les intervenants ressentent les effets d'un choc culturel<sup>13</sup>. Il s'agit d'une réaction de dépaysement, d'une expérience émotionnelle ou intellectuelle qui apparaît chez ceux qui se trouvent engagés dans l'approche de l'étranger. Dans ces circonstances, les professionnels, soucieux de trouver des solutions, semblent manifester une demande d'information mal définie. Ils s'interrogent sur des spécificités culturelles et tentent de mieux les saisir : *"Quelles sont les pratiques alimentaires typiques ?"*,

L'hypothèse du facteur culturel dans le non-recours aux soins ou aux aides doit être avancée avec prudence pour éviter les risques de généralisation et de catégorisation.

11. Claudine Attias-Donfut, citée in Alexis Bachelay, *op. cit.*, p. 179. 12. *Ibid.* 13. Margalit Cohen-Emerique, *Pour une approche interculturelle en travail social. Théories et pratiques*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011.

“Quels sont les dogmes religieux à respecter ?”, “Est-il vrai que les soins intimes ne peuvent être pratiqués par une personne du sexe opposé ?”, etc. Ces questions traduisent le souhait de trouver des réponses précises, des répertoires de type “prêt à penser” pour appréhender les situations d’interculturalité dans leur généralité. Mais comprendre la culture d’un groupe d’individus appelle également à considérer la diversité. Il s’agit de s’ouvrir au vécu personnel des normes culturelles. Par exemple, dans le cadre d’une situation de conflit culturel, chaque individu est susceptible de développer ses propres stratégies d’adaptation et d’arrangement pour gérer les tensions ou les éventuels antagonismes identitaires<sup>14</sup>. L’intégration des valeurs culturelles relève aussi bien de normes communautaires que de l’interprétation qui en est faite par l’individu. Elle varie en fonction de ses choix, de ses interactions et de son histoire personnelle.

Les désaccords relevés en entretiens de groupe entre les professionnels, eux-mêmes issus de l’immigration, semblent particulièrement significatifs de cette diversité. Nombre d’intervenants immigrés ont souhaité souligner l’atout de leurs origines

dans l’instauration d’une relation empathique avec les usagers migrants. Mais, alors que certains se sont révélés soucieux de répondre aux questionnements interculturels en explicitant des pratiques spécifiques, d’autres, partageant les mêmes origines et les mêmes croyances, ont pu révéler des

opinions différentes sur des sujets identiques. Par exemple, le rapport de genre entre le soignant et le soigné dans le cadre des soins intimes des migrants vieillissants est un sujet qui occasionne des prises de position et des interprétations différentes des normes religieuses et traditionnelles. Cette question, qui engendre de nombreux débats dans le secteur sanitaire et dans celui de l’aide à domicile,

occasionne régulièrement une demande d’éclaircissement de la part des intervenants non immigrés. Ces derniers tendent à se placer en quête de vérité ou de règles précises pour mieux comprendre leurs usagers. Il semble que, dans ce cas, les professionnels ignorent les enseignements du théorème de Thomas. Selon la célèbre formule du sociologue : “*Si les hommes définissent des situations comme réelles, alors elles sont réelles dans leurs conséquences*<sup>15</sup>.” Autrement dit, l’important n’est pas de savoir ce qui est vrai, juste ou réel dans l’interprétation d’un dogme religieux ou traditionnel. L’important est de savoir ce qui est réel et significatif pour la personne accompagnée. L’omission de cet enseignement explique le fondement des désaccords relevés entre les professionnels. Suivant le théorème de Thomas, les intervenants n’auraient pas vocation à devenir des spécialistes de toutes les spécificités culturelles relatives aux soins, à la vieillesse ou au recours à l’aide. Mais, lorsque la dimension interculturelle intègre l’accompagnement social ou sanitaire, la priorité serait d’interroger avec bienveillance les usagers pour comprendre et accepter la réalité de ce qui paraît significatif à leurs yeux.



## Vers les bonnes pratiques

Plus généralement, les entretiens de groupe avec les professionnels permettent d’étudier les bonnes pratiques repérées et d’explicitier les phénomènes sociaux qui les commandent. Ainsi, la référence aux modèles socio-anthropologiques offre l’occasion de mieux comprendre les actions menées dans les domaines de la pluridisciplinarité, de la mise en place de projets innovants et de l’interculturalité.

Pour déjouer les difficultés relatives au cloisonnement des secteurs et des champs de compétences, les professionnels soulignent l’intérêt du partenariat pluridisciplinaire. Ils mettent alors en œuvre des stratégies de bricolage pour contourner la rigidité et le manque d’articulation des

Pour déjouer les difficultés relatives au cloisonnement des secteurs et des champs de compétences, les professionnels soulignent l’intérêt du partenariat pluridisciplinaire.

14. Carmel Camillieri, “La culture et l’identité culturelle”, in Carmel Camillieri, Margalit Cohen-Emerique (dir.) *Chocs de cultures*, Paris, L’Harmattan, 1989, pp. 21-73. 15. William I. Thomas, Dorothy S. Thomas, *The Child in America, Behavior Problems and Programs*, New York, Knopf, 1928, pp. 553-576.

dispositifs. En témoignent les répertoires personnels et autres boîtes à outils constitués par les travailleurs sociaux, les intervenants de l'aide à domicile ou les soignants, soucieux d'optimiser leurs modalités d'accompagnement. Le terme de bricolage est ici employé au sens de Claude Lévi-Strauss : il consiste à travailler "avec les moyens du bord"<sup>16</sup> dans le contexte contraint d'une offre sanitaire et sociale fragmentée. Ainsi, les pratiques partenariales décrites sont majoritairement fondées sur des dynamiques individuelles dans un cadre peu formalisé. Ce type de partenariat correspond au modèle de relations coopératives interindividuelles identifiées par Philippe Lyet<sup>17</sup>. Il s'agit de relations entretenues par deux intervenants, soit parce qu'ils s'apprécient et se reconnaissent, soit parce qu'ils savent qu'ils ont besoin l'un de l'autre. Dans le champ de l'accompagnement des personnes âgées immigrées, les collaborations entre les professionnels des secteurs de la santé, du social, du logement et du maintien à domicile s'inscrivent souvent dans ce cadre. Ils se contactent régulièrement, se rendent des services ou se transmettent des informations, ce qui leur apporte la richesse de regards croisés face à la complexité des problématiques rencontrées. Des projets plus conséquents naissent parfois de ce type de collaborations.

## Les projets innovants

La mise en œuvre de projets innovants peut permettre de répondre aux difficultés du public migrant vieillissant. On peut citer plusieurs exemples en ce domaine : la municipalité de Strasbourg a récemment développé un projet d'aide aux aidants familiaux des personnes âgées immigrées ; la mairie de Montreuil a mis en œuvre un projet d'accompagnement personnalisé pour l'accès aux soins et aux droits des migrants âgés ; à Lyon,

le réseau Intermed, chargé de la coordination en foyers et résidences sociales Adoma, développe de nombreuses actions à destination des anciens travailleurs immigrés. Nombre de ces projets innovants sont nés des préoccupations des professionnels de terrain confrontés aux obstacles précités dans l'accompagnement des personnes âgées immigrées. On retrouve ici les points forts de la notion d'innovation sociale<sup>18</sup> qui permet de dépasser les limites des dispositifs et des institutions. Précisément, l'innovation sociale est une transgression des normes pouvant déboucher sur une transformation de l'ordre. Elle permet de laisser place à l'autonomie des acteurs pour révéler leur potentiel créateur. Elle offre la latitude nécessaire à l'émergence d'une nouvelle façon de voir et de résoudre des problèmes. C'est en tenant compte des besoins du public âgé immigré que ces nouvelles actions ont pu voir le jour. Progressivement, elles participent à l'ancrage d'un nouveau modèle de développement désormais institutionnalisé qui vise à susciter une prise de conscience globale sur la question du vieillissement des immigrés.

## Pour une éthique de l'altérité

Une autre bonne pratique à développer est celle de l'adaptation à la situation d'interculturalité. Il s'agit de sortir de soi pour s'ouvrir à l'autre et de créer un espace de rencontre respectueux de la personne accompagnée<sup>19</sup>. Il s'agit également de se détacher des biais liés aux jugements ou aux temporalités<sup>20</sup> qui conduisent à catégoriser l'usager. Pour Margalit Cohen Emerique, le choc culturel peut constituer

Une autre bonne pratique à développer est celle de l'adaptation à la situation d'interculturalité. Il s'agit de sortir de soi pour s'ouvrir à l'autre et de créer un espace de rencontre respectueux de la personne accompagnée.

16. Claude Lévi-Strauss, *La Pensée sauvage*, Paris, Plon, 1960, p. 26. 17. Philippe Lyet, *L'Institution incertaine du partenariat. Une analyse socio-anthropologique de la gouvernance partenariale dans l'action sociale territoriale*, Paris, L'Harmattan, 2008, p. 207. 18. Norbert Alter, *Les Logiques de l'innovation. Approche pluridisciplinaire*, Paris, La Découverte, 2002 ; Julie Cloutier, *Qu'est-ce que l'innovation sociale ? Études théoriques*, UQAM, Montréal, 2003. 19. Emmanuel Jovelin (dir.) *Le Travail social face à l'interculturalité, Comprendre la différence dans les pratiques d'accompagnement social*, Paris, L'Harmattan, 2006. 20. Valérie Wolff, "Les malentendus de l'urgence médicale", in *Revue des sciences sociales*, n° 50, université de Strasbourg, 2013, pp. 84-91.



un outil de formation dans cette perspective<sup>21</sup>. Repris et analysé, il permet de dévoiler les représentations culturelles, sociales, professionnelles et personnelles impliquées dans la rencontre, avec les affects, les malentendus et les jugements de valeur qui en résultent. En réalité, dans une situation d'interculturalité, le professionnel se trouve confronté à deux écueils potentiels : ignorer totalement la spécificité culturelle de la personne accompagnée ou catégoriser l'utilisateur par la voie de préjugés ou de stéréotypes.

Face à une demande d'adaptation des pratiques d'accompagnement pour des raisons culturelles, nous avons constaté que les professionnels tendent le plus souvent à répondre en invoquant une éthique de conviction ou une éthique de responsabilité<sup>22</sup> dans la justification de leurs actions. L'éthique de conviction réfère à la primauté des valeurs jugées inconditionnelles. Elle conduit à une recherche de l'adéquation entre le système de valeur défendu et l'action choisie. Dans cette configuration, les conséquences de l'action sont moins prises en compte que les valeurs qui guident cette dernière. À l'inverse, l'éthique de responsabilité donne la primauté aux conséquences potentielles des actes. L'attention est portée sur la visée pragmatique de l'action. Les individus adaptent leurs pratiques dans un souci d'efficacité. L'éthique de responsabilité est ainsi plus encline à la mise en place d'aménagements et de compromis. Pour reprendre l'exemple des soins intimes, nous avons reçu des témoignages de professionnels invoquant la valeur de laïcité des établissements hospitaliers pour refuser systématiquement le remplacement d'un soignant par un collègue du sexe opposé<sup>23</sup>. À l'inverse, d'autres témoignages valorisent une éthique de responsabilité et proposent immédiatement le

remplacement du soignant quand l'effectif l'autorise, dans un souci de rapidité et d'efficacité.

Au-delà de ces deux options, une troisième voie se dessine pour soutenir le développement d'une bonne pratique. Il s'agit d'une modalité de communication en situation interculturelle que nous choisissons de désigner comme une éthique de l'altérité. Elle permet de s'ouvrir au dialogue avec l'utilisateur en trois étapes. La première consiste à comprendre la position de la personne. Il s'agit de la questionner pour mieux la comprendre et d'intégrer ses préoccupations. Cette attitude constitue un premier pas vers une relation d'aide ou de soin permettant de considérer la personne en tant que sujet.

Ensuite, il s'agit d'expliquer la position du professionnel pour resituer son statut et ses missions. On pourra ainsi mettre en avant le statut de soignant, plutôt que celui d'homme ou de femme, et expliciter les missions de prise en charge des patients quel que soit son sexe. Tout aussi indispensable que la précédente, cette étape vise à renseigner sur les droits et les devoirs du professionnel. Elle suppose que ce dernier maîtrise les cadres législatifs, réglementaires et déontologiques de son activité. Ensuite, l'étape de négociation consiste à autoriser l'ouverture aux compromis en fonction des contraintes de l'environnement. La négociation implique la recherche d'un accord fondé sur la compatibilité des intérêts de l'utilisateur et du professionnel. La différence avec d'autres principes réside en ce qu'une éthique de l'altérité veille à décliner chacune de ces trois phases successivement pour créer un espace de rencontre respectueux de l'accompagné, tout en tenant compte du cadre d'intervention de l'accompagnant. Il s'agit d'œuvrer à la reconnaissance d'autrui, tout en respectant le contexte de l'intervention sociale et soignante. ■

21. Margalit Cohen-Emerique, *Pour une approche interculturelle en travail social, Théories et pratiques*, op. cit.

22. Max Weber, *Le Savant et le Politique*, Paris, Plon 10/18, 1995. 23. Cette posture ne prend pas en compte les dispositions de la charte du patient hospitalisé qui précise que les convictions de chacun doivent être respectées (article 8).

Aujourd'hui, le cadre législatif et réglementaire des établissements de santé rappelle le principe du respect des croyances et convictions religieuses de la personne hospitalisée sans porter atteinte à l'organisation du service, des soins et des consultations.