

# **Cadre social d'un projet de lieu de vie pour les personnes âgées d'origine turque et marocaine**

**Etude réalisée pour la Maison Médicale du Nord**

**Rapport final**

Bruxelles, novembre 2007

*Dr Vincent Litt*

## Remerciements et préambule

*Je remercie chaleureusement les familles qui m'ont reçu dans l'intimité de leur foyer pour les temps de conversations liés à l'étude et le partage de quelques instants de leurs vies à chaque fois singulières et bien souvent bouleversantes.*

*Je remercie aussi toutes les personnes que j'ai rencontrées et qui agissent et mènent des projets au quotidien à Schaerbeek, Saint Josse et dans l'ensemble de l'agglomération bruxelloise. Merci à celles et ceux qui m'ont transmis des documents, leurs rapports d'activités, les brochures et les dépliants qui détaillent leur engagement et leurs activités auprès des personnes âgées et des familles.*

*Le présent rapport a fait l'objet d'une version provisoire de l'étude réalisée pour la Maison Médicale du Nord entre octobre 2006 et juillet 2007. La version provisoire a été discutée mi-septembre 2007. Une restitution plus large et la diffusion du rapport final sont envisagées pour la fin de l'année 2007.*

*Une lettre de remerciement a été adressée aux personnes rencontrées et aux familles.*

*Je remercie toute l'équipe de la Maison Médicale du Nord pour son accueil, son ouverture et pour l'occasion qui m'a été donnée de glisser avec eux dans le monde des soins de santé, une vision « du social ».*

Vincent Litt, 3 novembre 2007

## Table des matières

<b>VIVRE C'EST VIEILLIR.....</b>	<b>7</b>
<b>VIEILLESSE ET IMMIGRATION .....</b>	<b>9</b>
<b>UNIVERSALISME ET DIFFÉRENTIALISME.....</b>	<b>13</b>
<b>LE SOCIAL, LE TRAVAIL SOCIAL, L'AIDE SOCIALE .....</b>	<b>15</b>
<b>QUESTIONNEMENT DE L'ÉQUIPE DE LA MAISON MÉDICALE DU NORD.....</b>	<b>16</b>
<b>INTERPRÉTER ? .....</b>	<b>19</b>
<b>REFUS DES MAISONS DE REPOS ET RENVOI AUX QUESTIONS QUE L'ON NE POSE PLUS AUX BELGES.....</b>	<b>20</b>
<b>S'OCCUPER DE SES VIEUX : LES ENJEUX POUR LES FAMILLES.....</b>	<b>22</b>
<i>L'attachement au lieu .....</i>	<i>24</i>
<i>Le religieux.....</i>	<i>24</i>
<i>L'argent.....</i>	<i>25</i>
<i>La question du genre .....</i>	<i>26</i>
<i>L'information.....</i>	<i>26</i>
<i>La mort .....</i>	<i>27</i>
<i>Bouleversements .....</i>	<i>28</i>
<i>Continuité .....</i>	<i>28</i>
<b>LA PAROLE .....</b>	<b>29</b>
<b>PLACE D'UN PROJET ET D'UN LIEU.....</b>	<b>31</b>
<b>LES ÉLÉMENTS D'UN LIEU .....</b>	<b>33</b>
<i>Structure générale .....</i>	<i>33</i>
<i>Forme .....</i>	<i>34</i>
<i>Fonctions, services et organisation .....</i>	<i>35</i>
<i>Coordination de soins.....</i>	<i>38</i>
<b>RESSOURCES.....</b>	<b>39</b>
<i>Ingénierie de projet .....</i>	<i>40</i>
<i>Formation des intervenants.....</i>	<i>40</i>
<i>Formation des personnes et des familles.....</i>	<i>40</i>
<i>Prise en charge psycho-sociale .....</i>	<i>40</i>
<i>Médiation interculturelle.....</i>	<i>41</i>
<i>Centres et maisons en projet .....</i>	<i>41</i>
<i>Rôle conseil .....</i>	<i>41</i>
<i>Bibliothèques .....</i>	<i>42</i>
<b>FAISABILITÉ POUR LA MAISON MÉDICALE DU NORD.....</b>	<b>43</b>
<b>MONTAGE DU PROJET .....</b>	<b>45</b>
<b>ETAPES.....</b>	<b>46</b>
<i>Première étape.....</i>	<i>46</i>
<i>Acteurs et collaborateurs.....</i>	<i>47</i>
<i>Deuxième étape .....</i>	<i>48</i>
<i>Troisième étape .....</i>	<i>49</i>
<b>LOBBYING .....</b>	<b>50</b>
<b>CONCLUSIONS : UN PROJET FAISABLE.....</b>	<b>51</b>

<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>53</b>
<i>Ouvrages .....</i>	<i>53</i>
<i>Documents et travaux .....</i>	<i>53</i>
<i>Brochures et revues .....</i>	<i>54</i>
<b>ANNEXE 1 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES .....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 2 : ORGANISMES ET INSTITUTIONS .....</b>	<b>57</b>
<b>ANNEXE 3 : CAHIERS DES CHARGES ET PROFILS DE POSTES.....</b>	<b>59</b>
<i>Cahier des charges pour l'ingénierie du projet.....</i>	<i>59</i>
<i>Tâches du/de la responsable-coordonateur.....</i>	<i>59</i>

## Introduction

En septembre 2006, l'équipe de la Maison Médicale du Nord (MMN) m'a proposé de réaliser cette étude à laquelle elle pensait depuis longtemps. La MMN fonctionne au forfait<sup>1</sup> et est organisée en ASBL. Cette structure lui donne la possibilité d'élaborer des projets et de s'ouvrir à des financements autres que les forfaits payés par les mutuelles pour les soins aux personnes inscrites. Bien gérée, la MMN dégage aussi des ressources qu'elle désire rendre disponible pour de nouveaux projets. Parmi ceux-ci, l'idée d'un projet novateur pour les personnes âgées turques et marocaines germe depuis longtemps. Selon l'équipe, dans les familles, la solitude des personnes âgées émerge et les prises en charge à domicile se heurtent à la disponibilité des familles. Mais les conditions de vie dans les maisons de repos semblent peu acceptables pour les personnes issues de l'immigration. L'équipe de la MMN voulait explorer le sujet, « *faire un peu le tour de ce qui se dit et de ce qui se fait, ou ne se fait pas* ».

J'ai consacré deux mois à ce travail, répartis entre octobre 2006 et juillet 2007. On aurait pu travailler plus longuement sur ce thème, rencontrer d'autres intervenants, d'autres familles, mais je me suis limité à une étude qui donne à son « commanditaire » (une asbl d'une quinzaine de membres ; accueillantes, para-médicaux, assistants sociaux et médecins, tous occupés par les soins à donner au quotidien à plus de 4.000 personnes !) les éléments nécessaires pour s'investir dans un projet concret, à leur taille, progressif et réflexif.

D'un point de vue méthodologique, j'ai structuré l'étude autour :

- de rencontres avec des intervenants sociaux et de santé principalement à Schaerbeek et St Josse (voir en annexe 1 et 2, liste des personnes rencontrées et descriptif des organisations)
- d'interviews auprès de 10 familles préalablement contactées par les médecins de la MMN
- d'interviews des membres de l'équipe de la MMN
- de lectures d'ouvrage, d'actes de colloques et de documents d'étude ou de recherche (voir bibliographie)
- de rencontres de personnes et de professionnels du secteur de la gérontologie

---

<sup>1</sup> « Le forfait » est un des modes de financement de la première ligne par les mutuelles. Chaque mois, la Maison Médicale, structurée en ASBL, reçoit un montant forfaitaire par personne inscrite. L'équipe s'engage à assurer les soins, répondre aux appels, organiser les consultations, les démarches préventives et de promotion de la santé au niveau communautaire. Il n'y a plus de système d'attestations de soins, tout est pris en charge du simple fait de l'inscription.

Les approches utilisées étaient celles de l'anthropologie (de l'ethnographie plus exactement) et dans un deuxième temps, de l'ingénierie de projet. Le point de vue statistique a été mis quelque peu à l'écart. Ces aspects ont été développés en détails dans le colloque « Vieillesse et Immigration » du 19 septembre 2006 (organisé pour la Région Bruxelloise par le Centre pour l'Egalité des Chances), dont la publication des actes sur le site du Centre a été reportée en septembre 2007 (prévue au départ en février).

Au cours de ce travail, je parle autant des familles que des personnes âgées elles-mêmes. A cela deux raisons. La première est que le vécu de ces personnes est indissociable de celui de leurs enfants et petits enfants (arrière petits enfants dans certains cas !). Ensuite, les familles sont les acteurs principaux qui entourent et accompagnent leurs parents. Ce sont les enfants (la « deuxième génération ») qui sont les portes d'entrée dans la famille, ceux que les médecins de la maison médicale ont contactés pour que je puisse les rencontrer, entre autres, pour palier la méconnaissance des langues turques, berbère et de l'Arabe marocain.

Je me suis présenté aux familles et aux intervenants comme « médecin de santé publique ». Ce fut parfois perçu comme un genre de contrôle par « La Santé Publique », autrement dit le Ministère de la Santé (le Service Public Fédéral – SPF, dit-on à présent). Dans ces situations, j'ai tenté d'expliquer ma vision de la santé publique, une discipline « *qui fait le diagnostic et propose un traitement à une communauté* », en référence à la pratique du médecin clinicien qui agit de manière individuelle. J'ai donc tenté de présenter une santé publique bien éloignée « des statistiques », ou d'un représentant du « service public de santé ». Les approches ethnographiques ont fait le reste, pour le mieux !

Le lecteur de ce rapport est dans un premier temps, un membre de la Maison Médicale du Nord, mais ce texte est aussi destiné aux acteurs rencontrés, aux familles et peut-être « au politique ». Certains détails encombreront donc une partie des lecteurs, une autre partie sera peut-être un peu sur sa fin.

Dans ce rapport, j'ai tenté certaines descriptions de l'immigration et de la vieillesse, mêlées de parties plus analytiques qui aident à prendre distance, à voir les choses de manière à la fois plus globale et plus près d'une réalité que le regard quotidien pourrait avoir déformée. Le texte fait aussi des descriptions et des explications des initiatives sociales et sanitaires qui sont menées dans les communes de Schaerbeek et de St Josse. Parmi ces initiatives, j'ai tenté de mettre en évidence celles qui sont porteuses, riches en idée ou s'inscrivant dans une perspective d'éventuelles collaborations ou partenariats. Enfin, ce travail débouche sur des conclusions très concrètes, des propositions pour les grands axes d'un projet.

## Vivre c'est vieillir

Pour réellement réfléchir, il nous faut aussi (ou tout d'abord ?) déconstruire ce qui nous passe par la tête quand nous parlons de vieillesse et d'immigration. Autrement dit, il nous faut passer par un regard sur notre propre ethnocentrisme, non pour s'en défaire, nous le verrons, il est constitutif de notre être, mais pour lui donner une place compatible avec un regard sur la singularité de l'Autre.

« [C'est dire que ...] peu importe mon âge, la temporalisation fait que 'je' suis vieillissement. Si 'être c'est vivre', 'vivre c'est vieillir' d'emblée et d'office et non seulement d'un point de vue biologique, mais métaphysique même. 'Être vieux' n'est pas fondamentalement un état ou une étape qui vient me contrarier après coup, faire obstacle du dehors à mon élan vital. » Ces phrases sont de l'anthropologue Michaël Singleton<sup>2</sup> pour qui « il y a autant de vieillesse que de vieillissants ».

En fait, les préoccupations de la Maison Médicale du Nord vont plus dans le sens de la question du décrochage social que de celle d'un « groupe cible » de plus de 65 ou de plus de 75 ans<sup>3</sup> et donc, socialement, si on revient à Singleton, l'équipe de la MMN a une vision historique et globale de ses patients âgés, qui s'inscrit aussi dans la singularité ; « On n'aime ni ne respecte les vieux en général, mais ses vieux en particulier, c'est-à-dire, dans tel ou tel contexte culturel à tel ou tel moment de son devenir. »

Selon Singleton toujours, il y a beaucoup de cultures dans lesquelles « ont n'est jamais rien, on devient toujours quelque chose ... En vieillissant, on est de plus en plus humain ... » Dans notre société occidentaliste, individualiste, tournée vers le confort et l'accumulation de biens, la vieillesse est nommée à un temps donné (à la retraite le plus souvent), problématisée et considérée comme une rupture avec l'action, la jeunesse ou la beauté. Le respect des vieux s'inscrit alors dans un point de vue, une vision qui les considère en dehors du temps de l'action, de l'utile et qui rappelle la proximité que nous avons avec notre finitude.

Est-il possible, utile ou même légitime de poser notre regard sur les personnes âgées d'origine immigrée avec cette vision et depuis cette position ? Mais alors que faire puisque nous sommes empreint de notre société et donc conditionnés, quoiqu'on dise, par cette manière de voir la vieillesse ? En fait, le sens commun véhicule l'idée de considérer les cultures comme égales, chacune ayant ses valeurs, dans une vision de respect mutuel. Chaque culture ne renfermerait donc que des manifestations particulières des caractéristiques universelles de l'Homme. Néanmoins, cette position universaliste maintient l'idée que nous sommes tous égaux et tous pareils, certes, mais impose aussi sa vision de ce qui est universel et donc une vision fondamentalement uniforme du monde et des personnes.

---

<sup>2</sup> Michaël Singleton, *Devenir vieux, ailleurs et autrement (notes de lecture)*, Document de travail n°16, Département des sciences de la population et du développement, Université catholique de Louvain, juin 2002. [http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ucl/documents/dt16\\_ms-devenirvieux.doc](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ucl/documents/dt16_ms-devenirvieux.doc)

<sup>3</sup> Dr Bernard Vercruysse, Maison Médicale du Nord, réunion de restitution intermédiaire du 16 avril 2007.

Qu'en pensent les personnes âgées immigrées et leur famille ? Pouvons-nous poser un regard belge sur une organisation sociale turque ou marocaine ? Mais y a-t-il une organisation spécifique autour du « problème » de la vieillesse ? De la solitude ? Des soins ?

Si nous poursuivons avec Singleton, celui-ci avance que « Nous partons d'une évidence à la fois spontanée et scientifique : l'incompressible singularité de toute chose. Peu importe le nombre ou la nature des éléments de la matière ou de l'anti-matière, il n'est pas possible qu'un élément soit là où se trouve un autre au même moment. De cette impossibilité matérielle (mais non pas, du moins pas automatiquement, matérialiste) d'une identité absolue entre les choses, surgit la conviction nominaliste portant sur **la singularité située** de tout phénomène . »<sup>4</sup>

Autrement dit, c'est en reconnaissant les cultures comme des Touts, c'est-à-dire en considérant les universalismes sans objet, que l'on peut effectivement considérer l'identité humaine comme singularité située. C'est-à-dire qu'une personne âgée turque ou marocaine parle sa langue, voit ses ami(e)s, va à sa mosquée, à son groupe de prière ou à son café, qu'il organise ses soins du mieux qu'il peut, qu'il va à l'hôpital quand c'est nécessaire, .... mais que cette personne agit de manière singulière, comparable à celle de son frère ou de son voisin, mais pas de la même manière, ni au même moment, ni avec les mêmes personnes.

Que faire alors avec notre ethnocentrisme sinon de le considérer comme un choix, celui d'être ethnocentrique de manière consciente et critique ou non ? Le choix ne se rapporte pas au fait d'être ethnocentrique ou pas, puisqu'il n'y a rien hors culture, et que nous sommes toujours quelque part à un moment donné, et pas ailleurs, le tout, étant d'assumer les limites de notre propre ethnocentrisme et de ne pas croire que l'on peut être partout à la fois, dans sa culture et dans celle de l'autre. La « métabolisation » pour chacun de son ethnocentrisme « congénital » serait alors un élément essentiel de notre propre construction et de la vision d'une (autre) culture comme un Tout, non pas « donné » par notre regard, mais comme un Tout en dehors duquel rien n'est naturellement donné<sup>5</sup>!

Pour aborder un sujet tel que celui *d'un lieu de vie pour personnes âgées d'origine turque ou marocaine*, il est donc nécessaire de revisiter nos « catégories ». Il est peut-être plus judicieux de (re)partir de la singularité de chaque personne et de chaque famille. Appliqué au vieillissement et à l'immigration, le démontage des présupposés est parfois bien utile, comme dans l'intervention de Nouzha Bensalah lors de la « form-action » organisée par la Fédération des Centres de Service Social et la Fédération des Centres de Service Social Bicommunautaires en 2002<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> MiChaël Singleton, *Critique de l'Ethnocentrisme*, Parangon, L'Aventurine, Paris, 2004, p. 113.

<sup>5</sup> Ce paragraphe reprend des idées de Singleton, en des termes qui sont en partie les siens, mais, je pense qu'il m'en excusera, aussi quelque peu re-transposés de manière plus compréhensible pour les lecteurs de ce rapport.

<sup>6</sup> Nouzha BENSALAH, Communauté française – Education Permanente, *Regard d'une sociologue des phénomènes migratoires*, dans *Troisième âge, quatrième âge, les anciens frappent à la porte du social*, Actes du 4ème module de form-action organisé par la Fédération des Centres de Service Social et la Fédération des Centres de Service Social Bicommunautaires en 2002, Les carnets du travail social, Edition Electronique Luc Pire 2004, pp 27-42.



## Vieillesse et immigration

Dans son intervention intitulée « *Regard d'une sociologue des phénomènes migratoires* », Nouzha Bensalah (Communauté française – Education Permanente) commençait en disant que « Dans les faits, les oeillères dont nous dotent nos savoirs, nos expériences et nos évidences nous mènent ailleurs que sur les réalités de cette catégorie de la vieillesse ». Elle parlait des personnes issues de l'immigration.

« Certains diront que hormis quelques cas de marginaux, des vieux exceptionnellement isolés et sans recours auprès de leurs familles et de leurs "communautés", ces immigrés, surtout ceux relevant des migrations méditerranéennes, n'ont pas de problèmes liés à leur prise en charge lorsqu'ils prennent de l'âge. Je répondrai que l'histoire de l'immigration s'est faite sur la multiplication d'événements inattendus, à partir de l'émergence de phénomènes heureux ou malheureux, encaissés à toutes les étapes comme des accidents ; c'est une histoire d'événements inédits qui jalonne le parcours de l'immigration. »

Lors des interviews réalisées auprès des familles d'origine turque et marocaine, la surprise et l'inattendu sont fréquemment évoqués lorsque les personnes de la deuxième génération parlent de l'organisation qu'ils ont dû mettre en place pour la prise en charge de leur(s) parent(s). Certains ont même été « *paniqués* » quand, au sortir d'un des nombreux séjours à l'hôpital, refusant la maison de repos, il s'est agi de prendre le papa ou la maman gravement malade à la maison (si il/elle n'y était pas déjà). S'arranger avec la mutuelle, organiser le passage des infirmières/infirmiers, trouver un lit d'hôpital ou une chaise percée, tout a été improvisé. Puis, il a fallu dans ces familles, faire les toilettes (les infirmières/infirmiers à domicile ne sont pas d'emblée passés tous les jours), changer les protections en cas d'incontinence, garder la chambre propre et sans odeurs, ... bref, toucher le corps du papa ou de la maman, transgresser parfois, inverser les rôles entre les hommes et les femmes. Des épouses se sont mises à soigner leur mari, des filles, leur maman, des fils, leur père, chez eux, parce qu'il « *fallait faire avec* ».

Madame Bensalah pose la question comme suit : « Que faut-il dès à présent mettre en place pour que cette vieillesse des immigrants d'hier puisse se vivre de part et d'autre dans la sérénité, loin de toutes les incertitudes, des peurs, des angoisses qui actuellement la caractérisent ? » C'est aussi, en d'autres termes, la question que se posent les membres de la Maison Médicale du Nord. Pour avancer sur cette question, il faut donc tout d'abord interroger l'imaginaire belge qui semble considérer que la vieillesse des immigrés est une question de traditions ou de culture et qu'elle se situe dans l'idée d'un inévitable retour. « Son existence [l'existence de cette vieillesse] – il serait plus correct de dire son inexistence - est réglée via son appartenance à un milieu familial ou/et communautaire, qui pour l'heure est censé la cerner et la contenir.

**Donc pourquoi en parler, pourquoi s'en préoccuper puisqu'elle serait prise en charge ailleurs et autrement ? »,** poursuit Mme Bensalah.

Par rapport au contexte, il est reconnu, en tout cas pour des personnes comme les membres de la Maison Médicale du Nord, que, pour les familles issues de l'immigration, « la grande famille » n'existe pas ou peu ici en Belgique. Ces familles sont plutôt en situation de familles nucléaires, dans lesquelles tout le monde travaille ou a travaillé. En journée, les personnes âgées peuvent se retrouver seules durant de longs instants. Plus grave, mais plutôt dans le cas des femmes, un veuvage, des enfants qui sont éloigné ou sont décédés mettent des personnes dans des situations d'isolement très pénibles.

L'association « Seniors Sans frontières »<sup>7</sup> mène d'ailleurs un travail d'accompagnement psycho-social avec ces femmes. On y parle de l'immigration et ses échecs mais aussi du positif de la vie en Belgique, de la liberté dont on y jouit, de la considération, de la sécurité et des soins de santé de qualité. A St Josse « Le Foyer » mène le même genre de travail avec les femmes du quartier<sup>8</sup>. Il y a donc du côté belge un genre de double discours, peu propice à l'action et aux décisions. D'une part, tout va bien, puisque les familles prennent tout en charge et d'autre part, s'il y a des problèmes, les services sociaux sont là pour les prendre en charge. Dans ces discours, les difficultés et les surprises des prises en charge à domicile sont évincées, et les souffrances sont érigées en « problèmes » (à résoudre) abordés par des services qui tiennent grâce à l'énergie et la détermination de personnes souvent elles-mêmes issues de l'immigration.

Dans de nombreux cas, probablement la plupart, les familles s'organisent bien. Les personnes âgées (de 70, 75 ans, voir un peu plus) vivent seules ou en couple dans un appartement qui fait souvent partie de la maison où résident les enfants (qui sont des personnes de 45 à 55 ans environ), les petits enfants (20 à 35 ans) et les arrières petits enfants. Si elles ne résident pas dans une maison familiale, la famille est en général assez proche. Mais ce ne sont pas toujours les enfants les plus proches géographiquement qui assurent le plus de proximité.

Dans tous les cas, l'organisation du temps, de l'espace, des soins, de la vie sociale (voyages au Maroc ou en Turquie, visite au voisins, fréquentation de la mosquée, ...) est tout à fait singulière, propre à chaque famille. Certains vieux messieurs vont au café, d'autres n'y vont jamais ou ne bougent pas de l'appartement parce qu'ils sont arrivés il y a quelques années à peine dans le cadre d'un rapprochement familial. Certaines vieilles dames vont visiter leurs voisines, d'autres vont à la mosquée. Certaines préparent à manger, d'autres pas. Certaines bougent et vont chez leurs enfants à l'autre bout de Bruxelles, d'autres organisent la vie de la famille autour d'elles.

Du côté des familles, l'organisation de la vie en prenant en compte celle des vieux parents est aussi extrêmement polymorphe. Il y a d'ailleurs très peu de dialogue entre familles sur cette organisation. C'est quand même le plus souvent les filles ou les belles-filles qui s'occupent des parents. Les garçons sont la plupart du temps en retrait, sauf en cas de coup dur, surtout lorsqu'il s'agit de conduire le papa ou la maman à l'hôpital, de lui apporter à manger dans le service de chirurgie ou de gériatrie. Mais il y a des cas où les fils assurent une bonne part des « permanences » et même des soins.

---

<sup>7</sup> Seniors Sans Frontières, rue de l'Eglise 1060 Bruxelles (St Gilles). Aide psychosociale : Mme Rachida Et Idrissi.

<sup>8</sup> «Le Foyer Poste», rue St François à St Josse. Animation : Mme Zora Otmani

Dans les situations a-problématiques, le ballet des visites, des coups de téléphone, des célébrations familiales se succèdent et s'organisent entre toutes les générations. Si trait culturel il y a, c'est donc du côté du vivre ensemble (de « l'intergénérationnel ») qu'il faut regarder plutôt que vers la « tradition » de prise en charge des vieux à domicile.

En effet, en s'arrêtant sur les récits des personnes âgées (traduits par leurs enfants et petits enfants), en écoutant la manière dont les familles s'organisent aussi bien pour la vie sociale que pour les soins (les aller-retours à l'hôpital sont fréquents !) je me suis rendu compte qu'il n'y a aucun « modèle culturel » ou « traditionnel » qui détermine la manière dont les personnes âgées vivent chez eux ni la manière de s'en occuper. Il y a bien une constante qui est le refus catégorique de la part des familles de placer les vieux dans une maison de repos<sup>9</sup>, mais cet « invariant » est en fait une position par la négative, une réaction à un modèle belge, ce qui n'est donc pas un trait culturel ou un modèle traditionnel.

En avançant dans ce travail, j'ai donc accumulé des constats sur à la fois la multiplicité des types d'organisations familiales autour et avec les vieux parents et sur les situations d'improvisation, de panique, de désarroi qui avaient surgi ça et là dans certaines familles inscrites et suivies à la Maison Médicale du Nord<sup>10</sup>. Après un certain nombre d'observations, il m'est apparu qu'un « trou » existait dans l'histoire des familles qui avaient vécu, pour certaines depuis les années soixante, sans vieux ! J'ai retrouvé ce constat dans le texte de Mme Bensalah :

« J'attire votre attention sur le fait que cette nouvelle génération d'adultes nés et socialisés en Belgique<sup>11</sup> est la toute première à s'improviser dans des responsabilités face à la vieillesse. Elle n'a pas eu, du fait même de l'immigration, l'occasion de voir ses parents à l'œuvre vis-à-vis de leurs propres parents. Outre une expérience familiale de type nucléaire, son évolution sociale et culturelle, ainsi que ses pratiques conjugales et familiales, ne l'inscrivent plus nécessairement dans les mêmes schémas culturels et religieux que ceux de ses parents. »

Il y a donc eu une solution de continuité historique aussi bien pour la deuxième génération (celle qui prend en charge ses parents aujourd'hui) que pour la première génération qui a parfois largement plus de 70 ans. Il a donc fallu improviser parce que, sans exemples, les enfants ne savaient pas comment faire et parce que les vieux parents ne savaient pas forcément ce qu'ils pouvaient attendre.

Mme Bensalah poursuit en disant que « L'exigence qui semble se marquer vis-à-vis d'elle [la nouvelle génération] dans la prise en charge de ses vieux la met en difficulté et ne peut qu'aboutir à de nouvelles ruptures, voire à la culpabiliser quant à ses options et choix de vie ; mais aussi quant à son incapacité à reproduire des traditions, de loin dites bien plus humaines que celles qu'annonce son intégration. »

---

<sup>9</sup> Lors des visites dans les maisons de repos du CPAS de Schaerbeek et d'Ixelles, aucune personne âgée d'origine turque ou marocaine n'y séjournait et n'y avait séjourné dans les mois précédents.

<sup>10</sup> Méthodologiquement, les apports de l'anthropologie et des approches ethnographiques sont essentiels pour arriver à un épaississement empirique tel que les données des récits des familles puissent être transposés en faits.

<sup>11</sup> Celle que nous avons appelé « les enfants », ou la deuxième génération.

On serait donc dans quelque chose de relativement neuf, qui s'organise en laissant une large place à l'improvisation. Sous des dehors interprétés comme culturels par la culture belge et en réaction au modèle belge de maisons de repos, les familles d'origines marocaine et turque (et bien d'autres aussi, peut-on supposer) peuvent être en plein désarroi.

## Universalisme et différentialisme

Un certain décentrage est donc indispensable pour écouter et regarder le quotidien des familles. La mise à distance des modèles culturels d'interprétation du vécu de l'autre est une première approche de décentrage qui a été développée dans les pages qui précèdent. Ainsi, revenir à « l'essentielle singularité » de toute chose nous a permis de situer les solitudes et les désarrois des familles dans une dynamique de recomposition improvisée au cas par cas plutôt que dans une dynamique, bien différente et bien plus imaginaire, d'affrontement entre deux cultures (la nôtre – la leur).

Dans ce sens, un autre « écheveau » à démêler est celui de la différence culturelle, de l'interculturalité et du droit à la différence, notions véhiculées dans notre société sur la trame de fond de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme ! Est-ce que « les étrangers » ont envie d'être en tout différents ? D'être vus pour tout comme différents ? Quelle place accorder à l'identité nationale belge, matérialisée par la carte d'identité belge, qui contrairement à ce qui se passe en France<sup>12</sup>, est partagée par la grande majorité des personnes issues de l'immigration. Quelles sont les attentes ?

Ou bien, vu autrement, s'il s'agit d'être les mêmes, le « même » est déterminé par qui ? Sur fond noir ou sur fond blanc ?

On a beau tourner les choses dans un sens ou dans l'autre, la *différence* énoncée au titre du dialogue et du respect se bute à nos idéaux universels que nous renvoient les immigrés ; ainsi, l'universel énoncé au titre du partage et de l'égalité se bute aux différences « de comportement » de ceux qui, tout compte fait, sont autres. Le but n'est pas ici de parcourir tous les chemins de l'altérité, mais d'éclaircir certaines limites qui s'imposent à nous souvent inconsciemment.

Faisons référence à l'ouvrage d'Emmanuel Todd : *Le destin des immigrés*<sup>13</sup>. L'auteur part de la réalité française, un cas d'école, où les discours racistes de l'extrême droite, plus virulents qu'en Angleterre ou en Allemagne, côtoient paradoxalement une vision de l'homme universel. Todd fait référence aux concepts de l'anthropologie sociale que sont la structure familiale, le statut de la femme et le taux d'exogamie (ou à contrario, d'endogamie)<sup>14</sup>. Les différences anthropologiques se révèlent parfois inacceptables malgré une idéologie qui prône la tolérance. Il y aurait donc, selon Todd, une tension relativement inconsciente entre

---

<sup>12</sup> Référence aux travaux de Omar Samaoli et au séminaire qu'il a conduit à l'Institut de Sociologie de l'ULB le 19 avril 2007 (cycle « Penser les vieillesse », « Immigration et changement, le cas de la retraite et de la vieillesse loin du pays ») : en France, et surtout à Paris, le passé colonial, les guerres de l'époque et la vie de célibataires qu'ont menée les immigrés dans les foyers ont dessinés un contexte bien différent de celui qui s'est construit en Belgique. Omar Samaoli est gérontologue, directeur de l'Observatoire Gérontologique des Migrations et France.

<sup>13</sup> Emmanuel Todd, *Le destin des immigrés. Assimilation et ségrégation dans les démocraties occidentales*, Éditions du Seuil, Points Essais n° 345, octobre 1994.

<sup>14</sup> L'endogamie est la règle qui « force » les gens à se marier à l'intérieur du groupe ou de la société d'appartenance. L'étendue du groupe est bien sûr variable. L'exogamie est la règle, qui prévaut d'ailleurs dans notre société, et qui force à se marier en dehors du groupe d'appartenance.

idéologie et anthropologie : « En France, la force du vote d'extrême droite, signe idéologique d'intolérance, masque le niveau rapidement élevé des taux d'exogamie immigrés, signe anthropologique de tolérance ».

Les pays anglo-saxons signalent et mettent en avant les différences de couleur de peau ou de religions (Allemagne), « le système familial n'est jamais choisi comme essentiel par les peuples qui ont besoin de percevoir une différence. La différence familiale est en revanche parfois considérée comme capitale, et insupportable, par les peuples qui veulent croire en l'universalité de l'homme et en l'équivalence des peuples, cas des Français ». Malgré une vision universelle de l'humain, l'intolérance vis à vis d'une structuration sociétale basée, par exemple sur l'endogamie (fort présente dans les sociétés turques et marocaines), est présente.

Que tirer de tout cela pour notre Belgique, pour Bruxelles, pour St Josse et Schaerbeek ? Il est probable qu'en Belgique nous mélangions savamment les deux modèles – l'*universalisme* et le *différentialisme* – mais ce que ces idéologies, « pures » ou mélangées, induisent c'est « l'existence dans chacune des nations postindustrielles d'une matrice inconsciente spécifique qui décide de la vision de l'étranger et, finalement de son destin. <sup>15</sup>» L'important n'est pas de savoir si « je » suis universaliste ou différentialiste (au niveau individuel, les choses sont encore bien plus nuancées que cela), mais de prendre conscience du fait que ce qui est appelé « trait culturel » ou tradition comporte une part importante de réaction vis à vis du regard posé par notre société sur ses immigrés. De plus, ce regard n'est pas exempt de paradoxe(s), peut-être plus encore dans une société plutôt universaliste comme la nôtre, lorsque cet idéal se heurte à ses limites anthropologiques. Enfin, n'oublions pas que les personnes que nous accueillons ont également leur idéologie vis à vis de l'humain ; l'universalisme est très présent dans les pays du Maghreb !

Les personnes qui vivent ou travaillent en contact avec les immigrés savent qu'en Belgique, ceux-ci ont construit une culture différente de leur culture(s) d'origine. Dans cette culture, il y a bien sûr d'importants aspects d'intégration à la société belge ou d'assimilation des modèles du vivre ensemble, de travailler, de consommer. Mais il y a aussi des prises de position à bases plus anthropologiques, face à l'universalisme et l'individualisme ambiant. Dans le film « Mariage aller-retour », de Mustapha Balci, produit et diffusé par le Groupe Santé Josaphat, un jeune interrogé en Turquie dit « *Ici [en Turquie], chacun sa route mais toutes les routes se ressemblent ; là-bas [en Belgique], chacun sa route.* » Autrement dit, l'espace dans lequel se vit la liberté est beaucoup plus fragmenté en Belgique. La structure plutôt endogamique de la société turque s'exprime dans un contexte tout à fait différent, et au sein d'un quartier turc de Bruxelles, le contrôle social, en particulier sur les filles semble être beaucoup plus fort « qu'au pays ». « *En Turquie, les mariés sont aussi des amis* » dit une femme d'origine turque participant au débat qui a suivi la projection du film. Au travers de cet exemple, on peut donc voir que la structuration d'une communauté issue de l'immigration en Belgique est aussi le résultat d'une recomposition face à la structure d'accueil.

---

<sup>15</sup> Todd, op. cit.

## Le social, le travail social, l'aide sociale

Comme dernière manière de « changer sa caméra de place », il est important de faire une différence entre l'aide sociale, une approche sociale ou *le social* tout court.

En milieu d'influence latine, il semble que le travail social soit plus marqué d'aide sociale que dans les milieux anglo-saxons où le travail social est plus considéré comme un travail sur la société, sur les conditions du vivre ensemble. De plus, dans l'enseignement médical, *le social* n'est évoqué nulle part. Le médecin s'occupe du corps malade, mais n'a pas appris que le corps de l'humain qu'il soigne appartient à un *corps social* qui ne se limite pas à l'enveloppe physique de son corps.

L'être humain est avant tout un être social. « L'homme vit en société et produit de la société pour vivre » (M. Godelier). *Le social*, ce sont les appels et les liens tissés depuis la petite enfance, là où l'humain est entièrement dépendant de l'Autre. Le cerveau d'Homo Sapiens lui permet le langage et donc aussi bien l'imaginaire que la création de sociétés où on échange et on partage des idées communes sur le sens de l'existence. Il est donc nécessaire de situer l'aide dans l'ensemble bien plus vaste qu'est la vie sociale des patients, des personnes âgées, mais aussi des soignants.

Au sujet du travail social, Myriam LELEU du Bureau d'Etudes et de Recherche en Sociologie<sup>16</sup> émet l'avis suivant :

« Le travailleur social est généralement confronté à des visions de la vieillesse autres que celles de super vieux prêts à partir pour un voyage autour du monde. Mandaté par un service social pour venir en aide à une personne âgée en difficulté, dirigé par une logique d'immédiateté, il a tendance à développer une perception plutôt négative de la vieillesse et évoque celle-ci sous la forme d'images " *brutales et urgentes*". »

Il est important d'aider les familles et les personnes âgées. Les lieux sont en cela des éléments essentiels de la vie comme projet, même au grand âge. Mais par ailleurs, l'aide ne peut engendrer que de l'aide, là où les questions de fond sont de l'ordre des transformations sociales à réaliser ou à subir. L'aide exprime un souci de résoudre un problème. Donc, limitée à l'aide, la démarche fait de l'autre un problème et impose d'emblée les conditions les plus difficiles pour une rencontre et un dialogue. Or, derrière le problème construit sous certaines formes de l'aide sociale, il y a des souffrances physiques mais aussi sociales qui requièrent des attentions autres, par exemple de valoriser ou de créer les cadres où peuvent se nommer l'échec ou la solitude.

---

<sup>16</sup> Myriam Leleu (Bureau d'Etudes et de Recherche en Sociologie), *Regard d'une gérontologue*, dans *Troisième âge, quatrième âge, les anciens frappent à la porte du social*, Actes du 4ème module de form-action organisé par la Fédération des Centres de Service Social et la Fédération des Centres de Service Social Bicommunautaires en 2002, Les carnets du travail social, Edition Electronique Luc Pire 2004, pp 13-26.

## Questionnement de l'équipe de la Maison Médicale du Nord

Au départ, l'équipe de la MMN demandait d'envisager le problème de l'hébergement et de lieu de vie pour les personnes âgées d'origine turque et marocaine compte tenu du fait qu'elles disent « *Vos homes ne nous intéressent pas !* » A cela s'ajoutait que « *beaucoup de gens en parlent* », mais quelle était la faisabilité d'une structure?

La Maison Médicale du Nord voulait mettre les avis, les projets, les idées ensemble ; faire le point sur la thématique. Le but était de déboucher sur un projet qu'elle pourrait soutenir par la suite, pourvu que la solution ait du sens pour les gens.

Avançant dans le travail avec l'équipe, il est apparu deux éléments qui ont précisé la demande de départ et par-là, la méthodologie. Tout d'abord, l'équipe travaille depuis plusieurs années à rendre plus globales ses approches vis à vis des personnes âgées en général. La demande pour une étude de faisabilité concernant les personnes issues de l'immigration était une manière d'avancer en créant un projet concret de type maison de repos ou centre de jour interculturel. De manière plus précise, plusieurs membres de l'équipe ont parlé des situations d'isolement et de solitude qu'ils/elles avaient rencontrées<sup>17</sup>. Il y avait donc deux choses distinctes à traiter : d'une part un projet qui contribuerait à une vision humaniste de la société belge vis à vis des immigrés et de leurs parents vieillissants et d'autre part l'apport d'une solution aux situations d'isolement de personnes âgées malades.

MMN : « *L'hébergement en famille, on [les familles] ose pas faire autrement, mais c'est un poids terrible* ». « *Il y a des situations où les parents sont nourris, blanchis, mais n'ont plus de vie sociale, ils vivent dans une pièce à part* ».

J'ai donc tenté de préciser et de documenter ces questions d'isolement et de solitude. Dans un premier temps, attendant que s'organisent les rendez-vous avec les personnes âgées et leurs familles, j'ai rencontré des intervenants médico-sociaux belges d'origine. Il semblait pour eux assez clair que ces situations d'isolement sont exceptionnelles et qu'elles relèvent plus de situation psycho-sociales particulières que d'un problème de société au sein des communautés turque, marocaines ou autres. La solidarité familiale est à l'avant plan et les situations sont couvertes.

Mais « *toute la famille n'a pas la même perception, ceux qui s'en occupent et ceux qui s'en occupent moins, parce qu'il y a la coquetterie [des vieux]* » rapporte une travailleuse sociale.

Les échos belges que j'ai pu avoir du côté de services de gériatrie sont quant à eux affolant. Les communautés n'assureraient plus leur engagement vis à vis de leurs vieux, le shopping hospitalier est impressionnant, la maltraitance par abandon des vieux à eux-même serait une réalité.

---

<sup>17</sup> «Parfois à la limite de la maltraitance» m'a-t-on rapporté.



Lors des interviews dans les familles sélectionnées par l'équipe de la MMN, j'ai pu me rendre compte des difficultés parfois importantes auxquelles les familles devaient faire face. Je n'ai pas rencontré de situation que l'on puisse nommer de la solitude ou de l'isolement, que du contraire. Même dans les récits rétrospectifs (des familles qui me parlaient de leurs parents décédés après une maladie prise en charge à domicile), les détails relatifs à l'organisation des soins, de l'alimentation et de la vie sociale m'ont montré combien les choses étaient prises en main. Il s'agissait de situations dans lesquelles les personnes âgées sont ou étaient malades, soit fort limitées dans leur mobilité ou encore, grabataires. Les générations des enfants et des petits enfants sont là, bien présentes et les vieux ne sont pas laissés à eux-même plus que quelques heures.

Une femmes âgée turque dort seule dans son appartement, mais c'est sa volonté, elle n'est pas laissée seule. Sa fille ou sa petite fille arrive d'ailleurs le matin avec les repas et assurent les soins et nettoyages nécessaires (la personne est peu continente).

Il fallait cependant mettre ces situations en parallèle avec les situations d'isolement décrites parfois par les membres de la MMN.

Au court de ce travail, c'est aussi les situations d'isolement et de solitude des personnes âgées d'origine belge qui ont été évoquées !

On serait donc dans une situation où les familles assument effectivement toutes les prises en charge, avec une très grande dignité. On retrouve « la panique » évoquée précédemment lorsque le papa ou la maman devient grabataire (le plus souvent au sortir de l'hôpital), mais finalement, on s'organise et la MMN est pour cela remarquablement efficace<sup>18</sup>.

Mais tout cela ne va pas sans mal, et c'est peut-être là qu'on peut retrouver ces sentiments d'isolement et « à la limite de la maltraitance » évoqués par la MMN. La prise en charge à domicile du papa ou de la maman (ou des deux !) malades peut être source de conflits. Une belle-fille, qui peut être elle-même malade ou dépressive, a le sentiment de tout faire, pendant que les sœurs de son mari se manifestent peu. Dans une autre famille, les frères qui habitent pourtant tout près de chez la mère, laisse à la sœur qui habite loin, la responsabilité de la prise en charge. Parfois aussi, sans rentrer dans les détails, ce sont des questions d'héritage qui font surface ou des questions foncières ; l'appartement des parents est loué au fils, dans un sens ou dans l'autre, et les autres frères et sœur sont d'accord ou ne le sont pas !

Les familles expriment clairement leur souci de s'occuper de leurs parents, « c'est comme ça », et leur refus d'envisager la maison de repos. Les personnes âgées aussi refusent la maison de repos ; il n'en est pas question ! Le benjamin et son épouse sont là pour s'occuper des parents.

---

<sup>18</sup> Pour Myriam de Spiegelaer, Directrice de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles, la complexité des recours est une réalité que peuvent aussi vivre des personnes belges d'origine et aisées. L'observatoire prépare une revue de littérature opérationnelle sur l'offre de soins pour le maintien à domicile.

Puis, tout se fait dans l'improvisation totale, dans la surprise et parfois le désarroi. Comme évoqué précédemment, l'exemple et l'expérience ont manqué pendant plus de trente ans !

Donc, des difficultés d'organisation qui se résolvent, des tensions familiales parfois bien réelles et une improvisation dans tous les cas très importante.

Les situations que l'on peut véritablement caractériser comme de la solitude ou de l'isolement existent cependant chez les personnes âgées originaires de l'immigration. Elles concernent plutôt les femmes et sont plutôt rapportées dans les milieux marocains. Mais on m'a rapporté le cas d'un homme turc très seul, qui vit chez sa fille – absente toute la journée - qui l'a fait venir en Belgique assez récemment dans le cadre du rapprochement familial. Ces situations, très particulières, semblent de plus en plus fréquentes. On m'a rapporté aussi le cas d'une dame d'origine turque qui vit seule, sans famille.

J'ai remarqué que toutes ces situations d'isolement m'ont été rapportées par des personnes elles-mêmes issues de l'immigration, la plupart travaillant dans les services sociaux, ou « psycho-médico-sociaux » au sens large. Les personnes d'origine belge qui travaillent dans ces services ou ASBL n'ont pas de contact avec ces personnes isolées, bien qu'elles le souhaitent. Dans les services d'aide à domicile (aides-ménagères, aides-familiales), classique comme « La Maison de la Famille » ou plus modulable comme AKSENT, ces situations d'isolement commencent pourtant à se révéler. La plupart des travailleuses sont d'ailleurs issues elle-même de l'immigration. A « La Maison de la Famille », les demandes d'aides à domicile sont faites par des familles turques.

Les problèmes commencent où ? L'isolement, la solitude, la lassitude, ça devient réel à partir de quoi ? « *Quand les deux côtés se plaignent, les vieux et la famille* » répond-t-on à la MMN. Une jeune dame parle de sa grand-mère (en sa présence) qui vit seule, mais qui est visitée tous les jours, plusieurs fois par jours par sa famille. « *Elle ne prend pas ses médicaments* », « *Elle est seule, alors elle parle avec sa tête et elle croit à ce qu'elle se dit ...* ». Mais cette personne veut son indépendance, chez elle. Elle n'a pas connaissance des services d'aide à domicile, puis de toute façon, elle n'en veut pas parce qu'il faudrait payer.

La question de l'isolement et de la solitude des personnes âgées d'origine turque ou marocaine évoquée par l'équipe de la MMN se révèle donc probablement beaucoup plus intense, plus difficile et cachée que les situations que les membres de l'équipe ont pu observer eux-mêmes. J'émettrais l'hypothèse qu'aujourd'hui à Bruxelles, il faut être soi-même originaire de l'immigration pour connaître (et donc reconnaître) ces situations. Même exprimées de façon claire (par une ASBL comme Seniors Sans Frontières par exemple) ces situations d'isolement semblent être aujourd'hui peu amenées au contact des belges. On peut imaginer les sentiments de honte et de culpabilité qui prévalent dans certains recoins des communautés immigrées.

## Interpréter ?

Honte et culpabilité ne seraient-elles pas la version vécue par ces communautés de la « maltraitance » évoquée par certains intervenants belges ?

N'y a-t-il pas aussi cette funeste habitude de « *problématiser l'autre ?* » Comment amorcer un « dialogue interculturel », l'esprit plein de notions pré-construites de malheur, de solitude et de souffrance chez les immigrés ? « *Ne pourrait-on pas travailler à nommer le désarroi, dire qu'il y a une souffrance plutôt qu'un problème* » suggère une intervenante psycho-sociale.

Pour les éducatrices en gérontologie du projet *Mémoire vivante* de La Gerbe<sup>19</sup>, le travail de prise en charge psycho-sociale qu'elles entreprennent auprès des personnes âgées est en partie consacré à « *travailler la pitié et l'inquiétude des demandeurs*<sup>20</sup> », à « *dégonfler l'urgence et aérer le contexte* ». Il s'agit de remettre la personne au centre des préoccupations plutôt que les soins ou le nettoyage (les « besoins » en aide sociale). Cette équipe cherche à promouvoir et partager une éthique qui n'écarte pas une certaine prise de risques pour la personne âgée, ou pour le dire autrement, qui considère aussi que les risques (de chute, de « saleté », ...) font partie d'un ensemble qu'il n'est pas toujours nécessaire de « nettoyer » car ces « problèmes » peuvent aussi être une manière de résister ou de s'opposer à la main mise des intervenants, ou tout simplement de dire quelque chose inexprimable autrement.

Dans la vision ou l'interprétation que nous avons de la solitude de « l'autre », il y a aussi l'interprétation de ce qui peut être ressenti par les intervenants comme de l'ennui ! Dans certains cas, quelle est « la plainte » finalement ? La résignation dont peut faire part une personne âgée, n'est-elle pas aussi parfois une réponse à la question que nous lui posons sur sa solitude ? A question « solitude », réponse « solitude » !

Il faut une proximité (culturelle, ou celle des soignants) pour mesurer plus précisément la « vraie » solitude. En croisant les informations des intervenants sociaux originaires de l'immigration et celles de la Maison Médicales du Nord, il est clair que cette souffrance existe.

---

<sup>19</sup> Rue Thiéfry, 45 1030 Bruxelles

<sup>20</sup> Les voisins, le médecin de famille, d'autres services sociaux, ...

## Refus des maisons de repos et renvoi aux questions que l'on ne pose plus aux belges

Les premiers, les aînés, ceux qui ont travaillé dans les mines et les industries dans les années soixante et septante ne vont pas se laisser conduire dans une maison de repos. Même s'il faut vivre avec 600 euros de pension par mois, on reste chez soi, ou chez ses enfants, c'est à dire la même chose!

Il est assez étonnant de s'entendre dire au cours de cette étude que les prises de position des personnes âgées issues de l'immigration et leur famille renvoie la question aux belges qui semblent trouver « normal » d'ôter à nos vieux tout projet de vie, toute décision, toute ressource et parfois tout vêtement ou tout cheveu. « *On attend la mort* » disent les gens en parlant de ce qu'on fait dans une MR<sup>21</sup> !

« *Quand une personne est placée, la relation change, mais ce doit être et rester relations* » dit une assistante sociale. Mais est-ce toujours le cas ? Est-ce toujours une préoccupation ?

Les personnes âgées originaires de l'immigration refusent les maisons de repos ! Dans les home des CPAS que j'ai visité (Schaerbeek et Ixelles), il n'y a pas de personnes âgées issues de l'immigration comme pensionnaires. Il y a eu une dame d'origine marocaine, mais cela a posé de gros problème à la famille. A Schaerbeek, au Home Vinçotte, il y a parfois des personnes qui y entrent, mais elles repartent après 3 jours au plus.

« *Les maisons de repos, en fait des maisons pour soigner les pauvres ou les isolés, existaient du temps du prophète, avec une prise en charge par la communauté* » m'a raconté un homme marocain.

A la génération suivante, celle des quadragénaires ou des quinquagénaires, la maison de repos n'est pourtant pas exclue. Dans certains cas, elle est même envisagée. On peut penser qu'il ne s'agit pas de n'importe quel établissement. « *Ma mère va tout à fait bien et elle envisage la maison de repos* » me dit une jeune dame de la trentaine, faisant ainsi clairement la distinction avec la maison de repos et de soins, acceptable pour les parents de la première génération (et leur famille !). « *La question de la honte [par rapport au fait de mettre ses parents en maison de repos], ça change. Il faut que l'endroit soit "bien", alors il y aura une demande* » m'a confié un médecin belge d'origine turque.

La Communauté flamande propose aux associations et aux intervenants sociaux le projet OVALLO, une approche en 6 sessions, avec une méthode préparée dans une valisette<sup>22</sup>. Lors de la 5<sup>ème</sup> session, on propose une visite d'une maison de repos. Celle-ci a eu un impact extrêmement négatif sur les pensionnés (majoritairement d'origine turque) de

---

<sup>21</sup> ... et s'il n'y a que ça à y faire, c'est reconnaître et donc nommer la mort avant qu'elle n'arrive. Nommer la mort (et tout autre malheur d'ailleurs), c'est tout faire pour l'attirer !

<sup>22</sup> « Vieillir à Bruxelles : Le Coffre », OVALLO, Leopold II laan 204 bus 1, 1080 Bruxelles. Tél 02 414 15 85.  
E-mail : ovallo@bwr.be

l'association des pensionnés ASEM ! Dans les familles on n'aime pas d'être mis à plusieurs par chambre, de ne plus être chez soi. C'est autant pour être tranquille que pour ne pas déranger les autres, « *pour ne pas faire des problèmes .* »

Il n'est pas fréquent de se voir retourner les questions que nous posons aux « *autres cultures* ». « *Vous êtes toujours à travailler pour comprendre les autres ! Mais c'est quoi la "culture belge" ?* » m'a demandé une aide familiale d'origine congolaise<sup>23</sup> ! Si on applique ce questionnement pertinent aux personnes âgées, sommes-nous, belges, monolithiques par rapport aux maisons de repos et au fait d'y placer nos parents ?

---

<sup>23</sup> Dans le même ordre d'idée, une infirmière guinéenne arrivée en Belgique, son premier séjour en Europe, pour une brève formation a posé cette question à mon épouse : « Pourquoi ici en Belgique on attache les vieux à des chiens ? »

## S'occuper de ses vieux : les enjeux pour les familles

### « On s'en occupe »

Quand tout va bien, les parents vivent leur vie, ils sont le centre de la famille, les anciens dans le quartier, connus, reconnus. Les enfants (la deuxième génération) et les petits enfants jouent le rôle de médiateur entre eux et la société belge, veillent au bien-être matériel, assurent les transports, ... « *Nous sommes 4 générations, on s'amuse bien ensemble ! On se soutient.* » Sans pourtant être fermés sur le monde extérieur, les membres d'une famille vivent parfois même assez fort en fonction les uns des autres, parfois juste « *pour ne pas avoir de problèmes* ».

Quand le papa ou la maman, ou les deux, accumulent les ennuis de santé, qu'il faut faire des aller-retour à l'hôpital, « gérer » des problèmes d'incontinence, organiser les repas, dans la plupart des familles, on s'en occupe. « *C'est à nous de nous en occuper* », « *Les enfants doivent s'occuper des parents, c'est comme ça !* » disent les enfants et les petits enfants. A ce sujet-là, les parents ne disent pas grand chose ; les premiers, les pionniers, ceux qui ont investi les mines, les usines puis les quartiers en ville deviennent dépendants. Je n'ai pas entendu l'expression d'une souffrance de leur part à ce sujet-là, mais elle doit exister, cachée derrière la dignité et bien souvent, l'humour!

L'enjeu est de faire son devoir de fille, de fils, de belle-fille. Ne pas s'en acquitter relève de la honte. On pourrait approfondir cette question en allant voir avec les gens du côté de la dette, d'un point de vue social et religieux. « *Il faut s'occuper des vieux, parce qu'un jour ce sera à notre tour* » dit une jeune femme en présence de ses grands parents malades, dont elle s'occupe avec sa mère.

Dans l'organisation familiale, il n'y a pas facilement la place pour des intervenants extérieurs. On n'aime pas les intrusions dans l'intimité de la famille. Ce n'est pas une question « interculturelle », parce que même les travailleurs sociaux (en particulier les aides familiales et les aides ménagères) issus des mêmes communautés ne sont pas toujours les bienvenus ; ceux-ci sont aussi vus comme des interprètes habiles, et donc inopportuns, des détails intérieurs des espaces de vie. Le fait aussi de s'adresser à des intervenants extérieurs est imaginé par les familles comme potentiellement interprétable par l'entourage (le voisinage) d'une défaillance du devoir de s'occuper des parents.

On ne va pas chercher des solutions en dehors de chez soi. Mais sont-ce des « obstacles culturels » ou des obstacles érigés à l'encontre de la culture belge ? La culture belge a-t-elle toujours été accueillante ? Oui, au début, dans les années soixante, mais dans quelles conditions ? « *Les belges nous appréciaient, ils nous aidaient. Maintenant, moi aussi je les aide* » dit un vieux monsieur d'origine turque arrivé en 1963. « *Mon père a été bafoué* » dit une dame d'origine marocaine, en évoquant les conséquences d'un accident de travail.

Et puis, quand la situation s'aggrave, quand un des parents devient impotent ou grabataire, c'est la panique, l'imprévisible et l'improvisation totale. Les aller-retours avec l'hôpital s'intensifient, jusqu'au jour ou même ces mouvements-là deviennent impossibles ou inutiles. L'enjeu est alors d'organiser l'hôpital à domicile sans aucune anticipation. Il est vrai que dans beaucoup de société, y compris en grande partie dans la nôtre, anticiper sur un malheur, en le nommant avant qu'il ne survienne, c'est le provoquer.

Il n'est pas rare que des personnes âgées d'origine turque ou marocaine soient conduites par la famille dans une maison de repos et de soins (MRS), pour un temps, ou pour la fin de vie. Les familles font une distinction très nette entre la maison de repos et la maison de repos et de soins, la deuxième étant clairement « l'hôpital », en référence à la MRS située « *dans la même cours que l'hôpital* » de Schaerbeek.

A domicile, socialement, du point de vue de l'entente dans la famille, les choses peuvent alors très bien se passer, sans que soient gommés pour autant les aspects pénibles d'une telle organisation. Mais dans certains cas, les tensions familiales sont très fortes, toujours fort masquées aux yeux des intervenants (la MMN en particulier), mais un œil averti ne s'y trompe pourtant pas longtemps. C'est probablement à ce point là de la « trajectoire » de la prise en charge familiale que l'équipe de la MMN perçoit avec le plus d'acuité la charge de tension dans une famille et les conséquences de cette charge sur la vie quotidienne de la personne âgée devenue un enjeu dans sa propre descendance.

Pour l'équipe de la MMN, ces prises en charges lourdes à domicile sont une priorité, « *on y va*<sup>24</sup>, *c'est pas un problème. C'est lié au forfait*<sup>25</sup> *aussi ! Sinon ce serait impossible !* ». Et puis, l'équipe est là pour soigner, soigner c'est des problèmes, alors « *on [les familles] se plaint, mais on se plaint toujours, mais on fait quand même !* » explique un des membres de l'équipe, parlant des familles et de la manière avec laquelle elles s'adressent à la MMN. Par ailleurs, les soignants de la Maison Médicale disent aussi que « *si on était à Uccle, il faudrait 1 ou 2 infirmiers en plus dans l'équipe, rien que pour les soins d'hygiène de base. Dans les familles immigrées, ces prises en charges de bases sont faites par la famille !* »

---

<sup>24</sup> « *On y va* », dans le sens « on s'y lance », « ça nous va », « c'est notre boulot », .... Et pas simplement « on s'y rend ».

<sup>25</sup> « Le forfait » est un des modes de financement de la première ligne par les mutuelles. Chaque mois, la Maison Médicale, structurée en ASBL, reçoit un montant forfaitaire par personne inscrite. L'équipe s'engage à assurer les soins, répondre aux appels, organiser les consultations, les démarches préventives et de promotion de la santé au niveau communautaire. Il n'y a plus de système d'attestations de soins, tout est pris en charge du simple fait de l'inscription.

## L'attachement au lieu

Les personnes âgées et leur famille expriment intensément leur attachement au lieu dans lequel ils résident ; l'appartement, la rue, le banc du square, le fils ou la fille qui habite à côté ou au dessus. Concrètement, il n'est pas question de trouver des solutions en dehors de chez soi, par exemple en faisant recours à une aide familiale, « *sauf si elle est de l'immeuble* ».

L'espace dans lequel les vieux parents circulent est assez restreint ; quelques maisons, un ou deux coins de rue. La mosquée est parfois trop loin et on n'y va plus. Mais on fréquente l'hôpital, conduit dans la voiture du fils. Dans cet environnement « localiste », les espaces sont assez clos, les rayons d'action sont étroits, « *on marche à couvert* » dit B. Vercruysse.

Le lieu, la résidence, la propriété ou l'appartenance au lieu sont des thèmes récurrents dans les récits. « *C'est chez moi* ». « *Je veux être chez moi* ». « *Quand je suis à l'hôpital, je ne suis pas chez moi* ». Ce lieu doit être préservé dans son intimité. On n'y fait pas entrer n'importe qui. Le médecin est la personne de référence, il est quasi le seul externe à la famille à pouvoir proposer une rupture de ce « pacte de non intrusion ». C'est en particulier vrai pour faire entrer un infirmier, une infirmière ou une kinésithérapeute dans la famille<sup>26</sup>.

S'il faut envisager un lieu de vie alternatif à « chez soi », il faut imaginer un lieu dans lequel les gens font ce qu'ils veulent, un lieu centré sur les personnes et non pas sur les soins ou la sécurité, avec toutes les conséquences sur les restrictions et l'infantilisation qu'on impose aux personnes âgées.

## Le religieux

Dans les familles, le déroulement des premières interviews, et mon statut de médecin aussi peut-être, m'ont laissé quelque peu à l'écart du religieux. Pour les interviews suivantes, j'ai tenté de me limiter à 1h30 – 1h45, un temps que j'avais estimé adéquat pour pousser l'intrusion jusqu'où elle pouvait aller. Les questions relatives à la religion étaient « vite réglées ». On va à la mosquée, ou on n'y va pas, et puis on en revient aux soins, aux docteurs de la MMN, au travail dans les mines et les entreprises dans les années soixante ou septante, ... J'emprunte donc à Eléonore Armanet<sup>27</sup>, anthropologue en fonction « au Méridien », quelques éléments qui peuvent permettre de cadrer les enjeux du point de vue religieux, tout en laissant une place prépondérante à la singularité des personnes (on a vu en effet qu'une partie des personnes âgées ne vont pas ou plus à la mosquée) :

---

<sup>26</sup> Ce fut également le cas pour pouvoir procéder aux interviews dans les familles.

<sup>27</sup> Eléonore Armanet, *La notion de quête thérapeutique*, extrait d'un rapport d'activités du « Méridien », 2005.



« On le sait, dans l'Europe d'aujourd'hui, la prise en charge du malheur n'est guère traversée par la référence religieuse. Volontiers synonyme d'occulte (Hirt 1993 : 111), l'invisible ne se trouve pas reconnu comme une pleine dimension de la vie. En Islam, en revanche, la distinction entre religion et médecine n'est pas pertinente : on dit de la guérison qu'elle se trouve "*dans les mains d'Allâh*". Et si l'on soigne, c'est "*dans la religion*", à partir du Coran. LA MALADIE est une contrainte divine. "*Epreuve pour la foi*", elle rapproche d'Allâh "*en faisant sortir le bijou qui est en nous*". Mais elle peut également être punition – "*Allâh n'a pas de mains pour te gifler*", expliquait une maman. Enfin, elle est aussi récompense, "*signe qu'Allâh ne t'a pas oublié, et que tu es des siens*". »<sup>28</sup>

Ceci montre combien la médecine, l'aide sociale ou la conception d'un lieu de vie pour les personnes âgées évoluent dans un univers très distancié par rapport aux vécus de la maladie. Mais toutes les situations ne sont pas non plus des situations de maladie ou de souffrance. Dans la vie ordinaire d'un parent qui prend de l'âge, les questions relatives à la religion sont probablement plutôt liées aux conditions d'exercice de la pratique religieuse. On fera alors référence aux constats et aux analyses classiques dans ce domaine ; ouverture et respect vis à vis de l'Islam, prescriptions et interdits alimentaires, ...

## L'argent

A plusieurs reprises au cours des interviews, la question du coût des maisons de repos a été abordée, en dehors de l'aversion qu'ont les personnes âgées et leur famille vis à vis de la dépossession dont les pensionnaires peuvent parfois faire l'objet. Les pensions de retraite des parents sont peu élevées (600 à 800 euros par mois) et tout à fait incompatibles avec le coût de base d'une maison de repos (1.300 euros par mois) hors CPAS.

Concernant les soins et les aides à domicile, les personnes âgées et leur famille préfèrent faire les choses eux-mêmes plutôt que de payer une aide-ménagère pour nettoyer ou faire les courses.

Dans le même ordre d'idée, les solutions de type centre de jour ne sont jamais envisagées ; en effet, à un coût de 12 à 15 euros par jour, le montant à déboursier serait de 240 à 300 euros par mois (20 jours ouvrables), soit au moins le tiers d'une pension.

Il est difficile de se faire une idée de l'importance du facteur financier en comparaison avec ceux qui relèvent plus de facteurs « culturels », même si on considère la famille turque ou marocaine comme une culture à part entière. Qu'en serait-il si les contraintes financières n'existaient pas ? A Istanbul et à Ankara, il existe des maisons de repos, plutôt des seigneuries d'ailleurs, organisées pour la plupart en résidence et habitées par la bourgeoisie.

---

<sup>28</sup> Eléonore Armanet poursuit son texte en abordant d'autres aspects du monde invisible (les *jnûn*, mot dont la racine renvoie à ce qui est caché, obscur, dérobé au regard, écrit-elle), pour traiter de la santé mentale et des soins qui s'y rapportent.

Dans notre société, on confie de larges pans de notre quotidien à des « experts » ou des groupes d'experts: un bien immobilier est vendu ou acheté par une société immobilière, on confie l'organisation de ses vacances à une agence de voyage, on bronze dans un centre de bronzage, on achète ses confitures, la communication est assurée par une agence spécialisée et ... on va dans une maison de repos. Ces recours se sont érigés en « culture », mais est-elle partagée par tous. Tout le monde en a-t-il les moyens ? Est-ce une valeur en soi ?

## La question du genre

En milieu turc et marocain, une femme ne soigne pas un homme, du moins lorsqu'il y a besoin de contacts étroits pour le faire. Et inversement, un homme ne soigne pas une femme. Ceci dit, Bernard Cochinaux, l'infirmier de la MMN, soigne des femmes et les infirmières des soins à domicile sont amenées à soigner des hommes. Dans les familles, entre mari et femme, ou entre père et fils ces principes sont parfois mis de côté « *parce qu'il faut bien y aller* », parce que le choix de s'occuper des parents est le choix prépondérant.

Lors d'un séminaire à la Faculté de Sociologie dont Omar Samaoli était l'invité<sup>29</sup>, ce sujet a été abordé. Pour ce gérontologue engagé, la question des soins est plus large que le simple fait de séparation homme-femme. Soigner une personne qui n'est pas de la culture du soignant demande des précautions qu'on ignore au départ. Il faut savoir ce qui peut blesser. Tout cela peut s'apprendre et par dessus tout il faut apprendre comment **soigner sans brutaliser**. Jusque dans la grande précarité, la dignité est l'essence de l'identité d'une personne. En cela, le respect de l'intimité et la conscience des possibles intrusions requièrent une attention et une empathie de chaque instant de la part des soignants. C'est dans cet esprit-là qu'il faut situer la préoccupation relative à la question du genre des soignants.

## L'information

« *Il faut connaître les lois* <sup>30</sup> », dit un homme qui a du organiser les soins à domicile pour sa mère en fin de vie. Comme les familles sont en pleine improvisation, elle ne savent rien de ce qui existe à la mutuelle (lits, chaises), des possibilités de compensation de salaire pour une personne aidante ou de l'organisation des soins les WE ou les jours fériés.

Les médecins sont sollicités par téléphone à tout moment, pour des conseils, des informations. Les médecins de la MMN sont d'ailleurs fort appréciés pour cela. Mais ils ne savent pas tout non plus et renvoient alors à l'assistante sociale de la MMN.

Sur les aspects très concrets de la prise en charge des personnes âgées à domicile, il y a un besoin quasi permanent d'informations médicales, financières ou administratives.

---

<sup>29</sup> Voir référence citée au séminaire du 19 avril 2007 à l'Institut de Sociologie de l'ULB.

<sup>30</sup> Les règles, la législation et les droits

J'ai pu voir aussi qu'il y a un besoin très important d'informations/formations techniques et gestuelles des familles, pour arriver à faire une toilette dans de bonnes conditions, soulever et éventuellement asseoir le papa ou la maman. D'autres aspects de la vie courante semble aussi poser question comme la préparation des repas (constipants ou non, adaptés à la dentition, ...).

## La mort

« *Qui va s'occuper de moi quand je serai mort ?* », « *Qui va mettre en terre ?* » C'est la question que posent les femmes qui participent aux activités de Seniors sans Frontières. C'est aussi les questions reçues par une intervenante psycho-sociale. La question est posée là et de cette façon quand les gens se retrouvent seul. L'angoisse est terrible. Omar Samaoli la lit comme la peur de mal mourir, loin des siens.

De manière plus générale, la question des funérailles et de l'enterrement est conçue selon un retour à la terre du pays. Les familles d'origine turque ont un système d'assurance qu'elles ont organisé entre elle depuis le début de l'immigration. Les familles marocaines ont pour la plupart un système d'assurance (pour le rapatriement du corps) lié aux banques marocaines. La solidarité entre les membres de la communauté turque ou marocaine a surtout une base familiale et de proximité. Mais à un niveau plus large, comment la solidarité s'organise-t-elle ? Contrairement à ce que l'on peut croire si on a une vision monolithique des « communautés », on n'est pas toujours au courant que quelqu'un(e) vit seul(e) à quelques rues d'où on habite. Mais quand la mort survient, la solidarité s'étend et sort du quotidien des occupations, du travail.

Les interviews que j'ai menées se passaient en famille et ne se prêtaient pas bien à l'approfondissement de ces questions. Il aurait fallu approfondir les questions liées au retour qui n'a pas eu lieu durant la vie, à ce retour promis à la terre du pays. Il faut aussi savoir qu'en Belgique, même s'il existe des cimetières ou des parties de cimetières, musulmans, l'enterrement dans un cercueil est obligatoire, versus le seul linceul selon l'Islam, un élément difficile à accepter. Les rites musulmans sont assurés par des entreprises de pompes funèbres spécifiques. Il n'y aurait donc pas de problèmes de ce côté, si ce n'est la marchandisation à outrance évoquée par Samaoli dans le cas de la France.

Lorsque des personnes âgées se retrouvent seules, la question de la mort devient centrale. Puis, la peur de mourir seul peut aussi être une des raisons de passer l'hiver en Belgique plutôt que dans le froid des montagnes en Turquie.

« *Quand c'est fini, c'est parti* », m'a dit une vieille dame d'origine marocaine. Qu'en penser ? Que l'instant et la vie valent plus que tout ?

## **Bouleversements**

Les familles et les personnes âgées qui vivent seules font face à des situations qui sortent des schémas standards et des catégories inspirées par les approches culturalistes. Parmi les bouleversements, il y a l'inversion des rôles ; les enfants servent de médiateurs aux parents, puis parfois les rôles se ré-inversent et les parents doivent s'occuper d'un enfant toxicomane ou délinquant.

« *Les gens vivent un temps de crise, un changement de société* » souligne un intervenant. Il y aurait à la fois une sorte de fébrilité et de manque d'à propos.

Il y a aussi les situations des personnes âgées arrivées récemment en Belgique dans le cadre du regroupement familial. En couple ou seul, ces personnes sont très souvent déboussolées et isolées même par rapport aux gens de leur âge qui vivent en Belgique de puis longtemps. Durant mon enquête, je n'ai pas personnellement rencontré ces personnes, mais quelques situations de ce genre m'ont été rapportées par des travailleurs sociaux issus eux-même de l'immigration. Ainsi, un vieux monsieur, veuf, vient d'arriver chez sa fille. Elle et son mari partent travailler tous les jours à 7h. Le vieux reste seul, va un peu au parc, mais il ne connaît personne. Même un centre de jour ou une aide à domicile ne sont pas envisagés, à cause des coûts, puis de l'inconnu pour lui. Les problèmes s'accumulent pourtant pour lui, les voisins se plaignent parce qu'il urine dans le parc. Ce monsieur est un agriculteur de la montagne.

## **Continuité**

Quand les personnes âgées et leur famille font appel à un intervenant ou à service, c'est autant pour l'aide et pour le service que pour la présence, le lien, la relation de confiance qui s'instaure. Nous avons décrit la surprise et l'improvisation, le désarroi et la panique dans certains cas. De la part des familles, s'adresser à quelqu'un pour demander de l'aide n'est pas anodin et n'est pas anonymisé.

On ne s'adresse pas à un service, on s'adresse à quelqu'un. A « La Maison de la Famille » par exemple, les famille d'origine turque qui demande une aide à domicile viennent elles-mêmes à la porte du « service ». Elles n'agissent pas par téléphone. La relation de confiance avec les membres de l'équipe de la MMN est un bon exemple de ce souci de disponibilité et de continuité. Il faut y voir non seulement le fait de pouvoir disposer de services ou d'avantages en permanence mais aussi une réponse à une angoisse par l'investissement dans une relation de confiance. La relation s'inscrit ici dans la durée et dans la continuité.

La présence et la continuité sont aussi importantes que l'aide et le service.

## La parole

A plusieurs reprises durant mes interviews, les gens étaient surpris de pouvoir parler de leur histoire, de l'histoire singulière de leur émigration. Ils ont été heureux de pouvoir parler ou évoquer les tensions familiales révélées à l'occasion de la prise en charge du papa ou de la maman. « *On ne parle pas de ça entre nous* ».

Les intervenants psycho-sociaux m'ont parlé de leur travail parfois fastidieux et chargé d'émotions. Les gens, surtout les personnes qui se retrouvent seules, sont amenés à parler de leur émigration<sup>31</sup>. Quand on se retrouve seule, « *pris au piège* » en Belgique, l'émigration est en partie un échec dont il faut pouvoir parler. Il faut aussi pouvoir parler des bonnes choses de la Belgique, de la démocratie, de la liberté, du statut de la femme. Ces thèmes sont abordés par exemple chez Seniors sans Frontières : « *Les gens se racontent, on parle du positif* »<sup>32</sup>. Mais aux dires de la responsable, il en faudrait encore beaucoup d'autres des lieux comme celui-là !

L'équipe de la « La Gerbe » et son projet *Mémoire vivante*, mène des prises en charge psycho-sociales à domicile. Les éducatrices en gérontologie sont ainsi amenées à dénouer des crises familiales, à « dégonfler » les urgences. Jusqu'à présent, leur travail ne concerne que des familles belges d'origine. Il semble n'y avoir que très peu de recours de la part des familles d'origine turque ou marocaine à ce type de « service ». Pourtant l'organisation des soins du papa ou de la maman, les soucis financiers de ces démarches, les problèmes d'héritage ou les problèmes fonciers sont dans beaucoup de cas sources de tensions familiales importantes.

L'apparition (ou la révélation) de ces tensions n'est pas spécifique aux milieux originaires de l'immigration. Ce qui est spécifique, c'est le fait qu'on en parle pas entre autres parce qu'on a peu le droit de se plaindre. La culpabilité est fort présente et difficile à dénouer.

Mais parfois aussi, « le chat se mord la queue », le fils du père malade est d'accord pour des aides, mais a peur que sa femme (la belle-fille du père malade) refuse. On s'énerve, on croit que l'autre croit que ... et le fils finit par dire « *Mais je n'ai jamais parlé de tout ça comme ça, c'est la première fois.* » Ce n'était probablement pas la première fois (vérification faite auprès de l'équipe de la MMN !), mais c'était peut-être la première fois que cet homme et cette femme parlaient ensemble à un « intervenant » extérieur<sup>33</sup>.

Du côté de la MMN, plusieurs soignants sont très intéressés par le développement de prises en charges psycho-sociales, parce que ce serait « *drôlement utile* » mais aussi « *pour comprendre* » mieux les enjeux dans les familles, la place des soignants dans le « dispositif » familial et le rôle qu'on leur fait jouer.

---

<sup>31</sup> Emigration – immigration, ça dépend qui parle, d'où et de qui !

<sup>32</sup> « Cela m'a fait du bien de parler de moi » m'a confié une dame ... belge d'origine!

<sup>33</sup> C'est aussi parce que je venais au nom de la maison médicale que « l'extérieur » que j'étais a pu entrer dans la famille et y parler.

Un membre de l'équipe m'a confié que « *Le médecin donne un sens à la souffrance plus qu'il ne soigne des maladies* ». Cette réalité-là doit être parfois lourde à porter. Le temps donné à la parole auprès des familles, guidé par des professionnels expérimentés dans ce champ d'action, serait bienvenu pour mettre plus en perspective les réunions des équipes soignantes.

## Place d'un projet et d'un lieu

Il n'y a donc quasi aucune demande pour un lieu de vie pour les personnes âgées d'origine turque et marocaine. De la part des personnes âgées elle-même, il n'y a aucune demande, que du contraire. De la part des familles que j'ai rencontré non plus. « *On s'occupe de nos vieux, il n'y a pas de raison d'aller les mettre ailleurs* », d'ailleurs ce ne serait pas accepté socialement.

L'association des pensionnés ASEM a visité une maison de repos dans le cadre du projet OVALLO. Aux dires du président de l'association, ce fut la stupeur, l'incompréhension totale face à la dépossession que subissent les pensionnaires. Omar Samaoli analyse bien ces réactions de rejets. Effectivement, la dépossession est à l'avant-plan, puis aussi le fait que rien n'est adapté aux personnes originaires de l'immigration. Dans le public belge, on connaît à présent un peu mieux les prescriptions alimentaires de l'Islam ainsi que l'organisation du culte musulman (les 5 prières tourné vers l'Est, la mosquée le vendredi). Mais pas grand chose est possible dans les maisons de repos (MR) à ce sujet. Les précautions à prendre pour les soins à ces personnes ne sont, quant à elles, que très peu envisagées. Plus grave et plus profond, en MR il n'y a pas de place pour mettre ensemble les éléments de l'histoire de la communauté ou, dans l'autre sens, pour travailler des processus de deuil (de la réussite, de celle des enfants, de l'émigration en général, ...). Dans beaucoup de MR, il n'y a plus de projet de vie<sup>34</sup>.

On pourrait donc se dire que c'est autant l'idée de confier à d'autres les soins aux parents qui est inacceptable que les conditions dans lesquelles les choses se passent en maison de repos. Mais plusieurs personnes de la deuxième génération semblaient passer plus aisément au-dessus du premier constat (sûrement pas au dessus du second !), pour leurs parents aujourd'hui autonomes et valides et pour eux-mêmes, dans le temps d'une génération. Ces personnes sont des personnes aisées, qui s'expriment bien en français et qui sont tout à fait intégrées (assimilées) à la Belgique. On peut donc penser que ces personnes agiront efficacement sur les conditions de vie dans les MR, dans quelques années, lorsqu'elles seront elles-mêmes concernées.

Le problème qui reste entier est celui des personnes qui vivent seules ou qui se retrouvent seules durant de longues heures parce que les enfants travaillent, que la personne âgée est peu mobile physiquement ou socialement (cas des personnes qui sont arrivées récemment dans le cadre d'un regroupement familial). Dans ces cas, il pourrait y avoir nécessité d'un lieu de résidence permanente ou de type centre de jour.

A cela s'ajoute un important besoin de prise en charge psycho-sociale, à domicile ou dans un lieu de rencontre. Ces lieux existent (« Le Foyer » de St Josse, « La Gerbe », « Aksent » ou « Senior Sans Frontières »), mais il y a de la place pour d'autres initiatives.

---

<sup>34</sup> Opinion à nuancer. Par exemple au Home Van AA (CPAS d'Ixelles, Chaussée de Bondael) qui accueille 154 personnes, il y a eu de la part de la direction un remarquable travail d'ouverture aux familles et de création d'un lieu de vie aux espaces fluides pour les personnes qui y vivent. Dans ce home, il y a un exemple de ce qu'il est possible de faire malgré les contraintes liées aux lieux et au nombre de pensionnaires.

Puis, en fait l'essentiel de la demande concerne les soins à domicile, l'organisation des soins, l'information sur les ressources disponibles, ...

Comment donc monter un projet qui apporte quelque de chose de plus dans cet échiquier complexe ? Comment participer sans pour autant prendre les initiatives et les responsabilités à la place des gens ?



## Les éléments d'un lieu

### Structure générale

Pour vraiment prendre en compte tous les éléments importants pour les gens, il faut tout d'abord que ce lieu soit conçu comme une *résidence*, où chaque personne est chez elle, dans un espace privé et intime qu'elle puisse investir.

Cette résidence doit être ouverte. Elle ne doit pas être ré-investie par une institution ! Une résidence est d'abord un ensemble d'appartement, un immeuble avec des locataires ou des propriétaires.

Mais pour ne pas remplacer une solitude par une autre, il faut que le lieu soit doté d'espaces communs, bien sûr, mais aussi d'une présence continue, plus résidente que professionnelle.

Dans le même esprit (de ne pas remplacer une solitude par une autre), il faut que les espaces communs de ce lieu soit investis par des activités sociales et promotionnelles (versus des activités « occupationnelles »). Cela veut dire que ce lieu devrait être fréquenté par des gens de toutes les générations et toutes origines, un lieu qui bouge, un lieu vivant.

Ce lieu, cette « résidence » doit être ouverte à toute heure à la famille (comme dans un immeuble à appartements). Par ailleurs, un lieu est d'autant plus ouvert qu'il est partagé avec d'autres associations.

Enfin, « un lieu » peut être plus large qu'un immeuble ; dans les environs d'une résidence ouverte, on peut concevoir des appartements « ordinaires » ou « normaux » qui seraient loués en préférence par des personnes âgées. Celles-ci se trouveraient alors à proximité de l'espace commun et ainsi près du pôle d'activités et d'échanges.

Dans son travail « Où vivre mieux »<sup>35</sup>, la Fondation Roi Baudouin en vient « à s'interroger sur la dichotomie, voire le réflexe manichéen, visant à séparer, éventuellement à mettre en concurrence, domicile et institution et dès lors, à insister sur la nécessité constructive : de dépasser l'opposition intra-muros / extra-muros, de refuser la hiérarchisation domicile et institution afin que soit reconnu tout le positif de l'un et de l'autre, de l'un avec l'autre. »

---

<sup>35</sup> Fondation Roi Baudouin, *Où vivre mieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, novembre 1998, p. 45.

On trouvera également dans ce texte (pp. 64 – 70) les concepts et certains exemples « d'habitats réaménagés ».

## Forme

Un élément essentiel de la forme de cette « résidence » serait son nom. J'ai pu me rendre compte combien cet aspect est important. Par exemple « La Maison de la Famille » est une appellation qui plaît ! Que les gens reprennent à leur compte, s'approprient. Par contre l'appellation « Le foyer des pensionnés », rue St François à St Josse prête à ce lieu un ton qu'il n'a plus depuis longtemps !

Les questions de langue doivent être considérées avec sérieux.

Une des raisons du refus des maisons de repos est leur coût. Cette résidence doit donc être largement subventionnée. Une base du montage financier devrait être que les gens paient un loyer qui soit de l'ordre de grandeur de ce qu'ils paient ordinairement dans les communes de Schaerbeek et St Josse.

Si on se réfère à l'important travail qu'a réalisé la Fondation Roi Baudouin sur le sujet<sup>36</sup>, il apparaît (le texte reprend en fait les conclusions avancées par la Fondation de France) que les petites unités de vie sont à privilégier. Le texte laisse aussi apparaître une préférence pour le modèle de type « Abbeyfield »<sup>37</sup> (pp. 96 – 98), « le chez soi dans le communautaire » basé également sur la solidarité et le volontariat<sup>38</sup>.

Dans ce texte, *La Fondation de France* défend :

« ... une attitude réactive contre :

- l'isolement de la personne âgée au domicile et le sentiment d'insécurité généré par cette situation ;
- les modes de fonctionnement collectifs des établissements laissant peu de place aux choix individuels ;
- l'idée du déracinement de son milieu de vie et de la rupture avec son réseau relationnel ;
- les pratiques de prise en charge standardisées ;
- l'absence de continuité dans l'aide et les soins. »

et cautionne les petites unités de vie qui à des degrés divers selon les structures permettent : « accueil et proximité, atmosphère conviviale, respect de l'individu et de ses choix, aide et soins sur mesure, continuité des soutiens, présence des proches, accompagnement de la dépendance, motivation des personnels. »

---

<sup>36</sup> Voir document cité, page 115.

<sup>37</sup> Idem pp. 96 – 98.

<sup>38</sup> On rejoindrait ici l'opinion et la proposition de bénévolat faite par une jeune dame d'origine turque, mère de deux enfants.

Plus loin encore dans le document de la Fondation Roi Baudouin<sup>39</sup>, est décrite l'approche des *Trois Pommiers* à Etterbeek, « Un habitat groupé intergénérationnel, "familial", (ré)intégratif et protégé : la résidence multi-âges et multiservices ». Parmi d'autres, les questions suivantes sont à la base de la construction de ce projet :

« Pourquoi étiqueter les gens, pourquoi les sortir de la vie normale, et les « placer » selon leur catégorie, leurs malheurs, leurs difficultés ? Pourquoi les assembler selon leurs problèmes ? Chacune(e) a ses problèmes, ses difficultés, son caractère et le fait de vivre ensemble est un bienfait parce qu'on peut partager d'autres soucis, d'autres joies et le cercle ne se referme pas comme un ghetto où l'on tourne en rond. »

« D'où, en 1980, l'option d'une infrastructure non pas objet d'un étiquetage administratif mais **vivoir naturel et souple**... »

## Fonctions, services et organisation

Les fonctions de ce lieu seraient donc de palier la solitude des personnes âgées. Cette solitude peut être « absolue » - des personnes qui vivent seules - ou « relative » : des personnes qui se retrouvent seules de longs moments pendant la journée ou qui sont isolées parce qu'elles sont arrivées récemment en Belgique et ne connaissent personne.

Quatre « configurations » différentes pourraient être possibles pour les gens :

- 1- résidence permanente
- 2- résidence à proximité de La Résidence et de son espace commun
- 3- utilisation fréquente de l'espace commun (« centre de jour »<sup>40</sup>)
- 4- résidence occasionnelle (post-hospitalisation, départ de la famille en congés, ...)

A la fonction de re-socialisation, se couplerait aussi celle des soins « à domicile » dont il faut définir les limites ; attaché à ce lieu, ou à la MMN, il y aurait une fonction de soins à domicile renforcée, avec une composante importante de formation-information des familles.

Les activités organisées dans ce lieu doivent être porteuses de croisements entre les âges et les cultures, par exemple les activités de cuisine.

Les prises en charge psycho-sociales doivent être organisées à partir de là. En individuel sur place, en individuel ou en famille à domicile et en groupe, entre familles pour traiter des thèmes communs sur l'immigration, la solitude, ou plus concrètement aussi sur l'organisation des soins à domicile.

---

<sup>39</sup> Voir document cité pages 127 et 128.

<sup>40</sup> Le terme « centre » signe une vocation spécifique, ce qui n'est pas le but (voir plus loin).

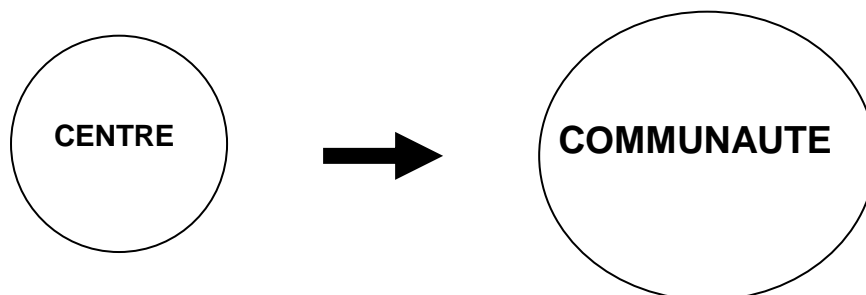
L'organisation du lieu pourrait être largement confiée aux familles elles-mêmes. Chaque personne devrait, par exemple, gérer son appartement ! On peut aussi envisager un système de co-propriété.

Les familles doivent être partie prenante et pour cela, il faut qu'elles aient leur place. Une jeune dame d'origine turque (une petite fille d'une des personnes interviewées) a proposé du bénévolat, et puis que de toute façon, si elle allait voir et s'occuper de sa grand-mère, elle pourrait très bien donner un coup de main à la voisine de palier !

Ainsi présentées, les fonctions de ce lieu paraissent un peu fourre – tout. On y ferait des soins, de la cuisine, pendant que les familles entrent et sortent, et que Senior sans Frontières reçoit des femmes pour une consultation psycho-sociale ou une animation. En fait, c'est peut-être un fourre-tout, parce que la vie et un projet de vie sont faits de tout cela. C'est là que la notion (le « concept ») de résidence est différent de celui de « centre ». La dénomination « centre » signe une vocation spécifique (cf le « centre de bronzage », le « centre commercial », le « centre médical »), dans ce cas, « d'occuper » les vieux. A l'inverse, la résidence – y compris son espace commun – est investie par les personnes (âgées) et leur famille pour toutes les activités, tous les mouvements et toutes les interactions qui font la vie. Il s'agirait quelque part de recréer le village ou le coin de la rue, mais sans illusions et sans non plus d'anticipation excessive qui risquerait de découper artificiellement le temps et l'espace.

Pour aider à comprendre ces organisations différentes (« centre de ... » versus « résidence ») je propose la schématisation proposée par Ariel Perez, un sociologue bolivien responsable de l'association « Construcción y Planificación desde la Comunicación » à La Paz. Perez propose trois types d'interventions ou de projets<sup>41</sup>.

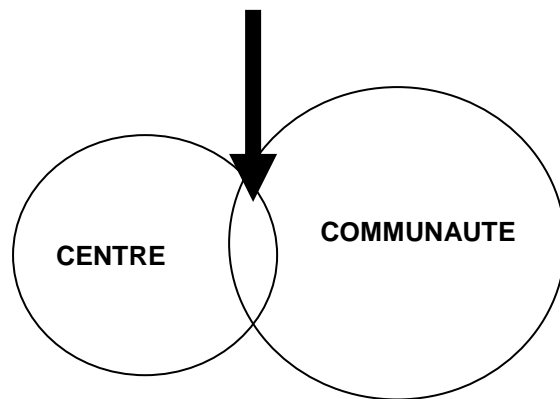
Dans le premier type (le modèle POUR), un « centre » externe à la communauté organise des prestations pour les membres de cette communauté. Dans ce modèle, l'interculturalité, la participation et la communication sont des stratégies d'intervention collées aux objectifs de l'institution d'appui. La communication y est fort verticale. En général la communauté est vue au travers de ses problèmes dont on élabore une définition par les critères du « centre », en position externe. L'intervention basée sur une perception univoque de problèmes est donc plutôt conçue comme une adaptation entre l'offre et la demande de services.



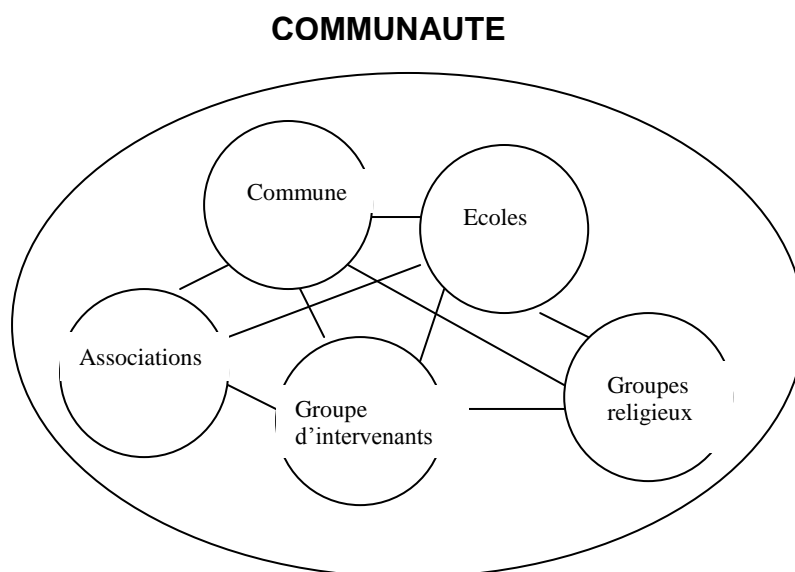
---

<sup>41</sup> Ariel Perz, Principios del CPC-ARU, Construcción y Planificación desde la Comunicación, Documento institucional (texto sintético), 2007

Dans un second type d'intervention (le modèle AVEC), le centre interagit avec la communauté, mais de manière discontinue et quelque peu instrumentale. S'appropriant une partie de la communication, l'intervention vise, par un dialogue participatif, à faire adhérer l'autre à son projet. La communauté est à la fois considérée comme sujet et comme objet ; un point de vue idéologique ambigu.



Dans un troisième type d'intervention (le modèle DANS), le projet ou l'intervention s'insère dans le réseau social existant et participe, avec les autres, à sa transformation, dans une communauté d'action. Les relations interculturelles ou intergénérationnelles ne sont plus vues comme des stratégies d'intervention mais comme un environnement dans lequel peuvent se créer et se renforcer toutes les relations possibles. Ainsi une communication horizontale devient possible parce qu'il y a une communauté dont fait partie le projet, et par là une reconnaissance des savoirs et des pratiques des groupes qui y sont présents. La « communication » y est vue comme un processus continu et une caractéristique qui émerge de la communauté et non pas comme une succession d'actions ou d'instruments pour des objectifs déterminés de l'extérieur.



Le troisième modèle est bien sûr le préféré. En réalité, il est souvent un idéal. Savoir qu'il existe offre plus de chance de tirer les choses vers cet idéal plutôt que de se cantonner à un modèle plus instrumental d'intervention de type offre-demande. Dans le cadre d'un projet centré sur un lieu, cette analyse des types d'interventions possible est utile pour que le nom du lieu, l'agencement de ses fonctions ou son organisation soient le plus possible ni « pour » la communauté, ni « avec » la communauté, mais « dans » la communauté.

## **Coordination de soins**

En résumé, le projet initial était de faire une maison de repos pour personnes âgées dans une optique alternative, c'est à dire interculturelle et intergénérationnelle. L'étude montre qu'il n'y a pas de demande pour des maisons de repos, si « interculturelles » soient-elles. Il y a même du rejet. Ce rejet est en partie dû à l'inexistence d'exemples réussis en la matière.

L'étude a aussi montré combien, face au désarroi, à la panique et à l'improvisation en cas d'aggravation de l'état de santé du papa ou de la maman, des soutiens pour de l'information sur l'organisation des soins à domicile sont nécessaires dans un premier temps. Il y aurait par la suite besoin de soutiens psycho-sociaux structurés face aux tensions familiales que l'improvisation génère.

Ce soutien psycho-social spécifique auprès de famille qui doivent « gérer » un père ou une mère gravement malade devrait avoir une base plus continue et plus « habituelle » vis à vis des personnes âgées en général, de toutes origines.

On ferait ainsi le pont avec le projet personnes âgées que la Maison Médicale du Nord déploie depuis plusieurs années<sup>42</sup>. Ce projet est en évaluation. Les analyses montrent qu'il s'essouffle un peu parce que les prises en charge déclenchées à l'aide des critères objectifs de ce système de « dépistage » sont dans le champ de l'aide à la résolution de problèmes matériels (installation d'une télé-vigilance par exemple) ou relationnels (avec une administration ou une partie de la famille). Mais l'assistante sociale de la MMN est un peu laissée à elle-même pour faire ce travail que les soignants n'ont bien sûr pas le temps de faire. Il y aurait donc besoin que l'assistante sociale dispose des moyens et de l'assentiment de l'équipe pour développer une prise en charge plus globale (plus psycho-sociale), qui donne, rend ou libère la parole de ces personnes de manière structurée et continue. Par ailleurs – et c'est là que l'on ferait le pont entre les perspectives d'un nouveau projet et l'ancien – cela pose la question du suivi continu de ces prises en charges cliniques et/ou psycho-sociales. Plus concrètement, se dessine ainsi la fonction de coordination des soins centrée sur le patient âgé.

Il s'agit d'agencer les différents éléments « qui font soin » pour réaliser ainsi un ensemble cohérent, une couverture des besoins médicaux, de soins, sociaux et psycho-sociaux d'une personne âgée et de son entourage. La cohérence est dans ce cas une question de continuité dans le temps (car rien n'est jamais réglé définitivement), de mettre en

---

<sup>42</sup> Depuis 2002, la MMN a structure une approche de « dépistage » des personnes âgées qui présentent un risque de rupture sociale, d'isolement et de refus des aides à domicile fréquemment observés lorsque la mobilité se réduit ou que l'environnement (le logement en particulier) n'est plus adéquat.

évidence les difficultés des différents intervenants auprès de la personne et de sa famille et d'actionner les mécanismes de compensation pour relancer un aspect des soins ou de la prise en charge, déclencher une concertation entre soignants ou avec la famille. Pour le dire autrement, il s'agit de structurer et d'agencer les collaborations au service d'une personne : prises en charges médicales, infirmières, de kinésithérapie, de prise en charge sociale et psychosociale.

Ce travail de coordination demande un système d'information et son classement (comme il en existe dans les hôpitaux pour l'organisation et le suivi des soins infirmiers).

Cette fonction est actuellement assez valablement assurée par l'équipe de la Maison Médicale, quoique peu anticipée et organisée au coup par coup, ce qui reste une approche valable pour un petit nombre de patients. Si le nombre et la complexité des situations augmentent, entre autres parce qu'on s'organise autour d'un projet spécifique qui élargit le champs d'action, la fonction de coordination des soins au sens large, doit être formalisée et structurée.

## Ressources

Au cours de cette étude, j'ai rencontré un nombre très important de personnes, d'associations et d'institutions qui, à titre individuel ou institutionnel sont prêt(e)s à collaborer, à donner un coup de main ou à participer à ce projet de lieu de vie pour les personnes âgées. « Participer », « partenariat », « collaboration institutionnelle » sont parmi bien d'autres des termes, à plusieurs sens, et parfois en sens unique ! Disons pour simplifier qu'un bon partenariat explicite très clairement les avantages et les plaisirs de l'un et de l'autre partenaire (« win-win, gagnant-gagnant ») et qu'une collaboration institutionnelle, moins personnalisée, est plutôt contractuelle. Entre les deux, beaucoup de cas de figure sont possibles. On ajouterait qu'une Maison Médicale (le secteur des soins santé en général, même s'il y a des nuances dans les tons) est en général plutôt à la recherche de personnes ou d'institutions auxquelles elle peut transférer des patients. Un certain apprentissage du partenariat ouvert sur un ensemble d'aspects (plutôt que sur des tâches spécifiques ou des prises en charges « sécurisées ») serait donc aussi nécessaire.

Les partenariats – collaborations ci-après évoqués sont ceux qui s'appliqueraient au projet de lieu de vie pour personnes âgées d'origine turque ou marocaine. D'autres partenariats sur d'autres thèmes ou projets sont bien sûr possible et/ou existent déjà !

Les dépliants, rapports d'activités et documents de présentation des organisations citées sont rassemblés dans un dossier annexe. Un bref descriptif de ces institutions et leurs coordonnées sont reprises en annexe du présent rapport.

## **Ingénierie de projet**

Concevoir les détails d'un tel projet, le monter, trouver des co-financements, recruter du personnel, lancer et suivre un projet architectural, concevoir une gestion, etc ... relève de « l'ingénierie de projet ».

Pour ce faire j'ai rencontré l'ASBL EVA et l'ASBL Formeville qui toutes deux proposent ce type de service (voir cahier des charges d'un tel partenariat en annexe).

Le Centre Bruxellois d'Action Interculturelle (CBAI) a pour mission de superviser et d'accompagner des projets. Pour le CBAI, ces deux fonctions impliquent aussi également un support à la définition des projets à suivre par la suite.

## **Formation des intervenants**

Pour les intervenants dans le domaine des relations interculturelles, le Centre Bruxellois d'Action Interculturelle (CBAI), propose des formations structurées courtes et longues et des formations « à la carte », pour des groupes ou de thématiques spécifiques.

« Formeville » propose des formations dans les domaines du partenariat, de la communication et de la dynamique de projets urbains.

## **Formation des personnes et des familles**

Pour les personnes du quartier, L'Association féminine Belgo-Turque a une expérience de formation des femmes aux aspects de la vie sociale.

Le service de médiation interculturelle de la rue Mommaerts (Molenbeek) a une longue expérience de travail avec les personnes âgées, notamment avec l'approche et les outils du projet OVALLO.

Cette approche est partagée et offerte aussi par AKSENT et La Gerbe.

## **Prise en charge psycho-sociale**

La prise en charge psycho-sociale se révèle au travers de cette étude un volet très important pour le domaine qui concerne les personnes âgées. Dans les communautés turques et marocaines, il y a une spécificité psycho-sociale quant au vécu de l'immigration, quant à la famille, à la vieillesse et dans certains cas, la solitude. Ceci demande un abord



spécifique également et une expérience de travail individuel (à domicile ou dans un lieu de « consultation ») et collectif.

Les organisations qui mènent ce travail et qui sont ouvertes à un partenariat avec la MMN sont Senior sans Frontière et La Gerbe.

La Gerbe est installée à Schaerbeek, pas très loin de la MMN. Senior sans Frontières est établi à St Gilles ; l'ouverture d'une section Schaerbeekoise et/ou à St Josse pourrait être envisagée.

## **Médiation interculturelle**

Le service de médiation interculturelle de la rue Mommaerts à Molenbeek-St Jean offre une possibilité de collaboration pour dénouer des situations difficiles. Au delà de la simple traduction, les médiatrices sont formées et suivies pour à la fois écouter et « transposer » les récits des gens tout en gardant la distance nécessaire au travail social.

## **Centres et maisons en projet**

ASEM (association de pensionnés) a en projet de réaliser un centre de jour pour personnes âgées à Schaerbeek. Cette association regroupe essentiellement des pensionnés valides, prêts pour des activités récréatives ou des visites. Basée actuellement à la maison Atatürk, Chaussée de Haecht, l'idée serait de recréer une atmosphère similaire à ce lieu où se mélangent les activités, les âges et les passages.

AKSENT est en phase active pour la création d'un centre de jour sur son site rue Liedts.

A St Gilles, l'association Seniors sans Frontières tente depuis plusieurs années d'ouvrir un centre de jour, mais les dossiers n'avancent plus. Mais il y a au sein de cette association une expérience du montage de ce type de dossier.

L'association Formeville est dans la phase de conception également d'un centre de jour sur l'initiative de la Commune de St Josse. Le service prévention de la Commune porte cette initiative également<sup>43</sup>.

## **Rôle conseil**

La quasi-totalité des personnes rencontrées durant cette étude (voir liste en annexe) sont prêtes à donner un coup de main, voire à s'investir dans une collaboration avec la MMN sur ce projet.

---

<sup>43</sup> Ce service a mis en place récemment une action de visite aux personnes âgées isolées. Cette action touche pour l'instant une vingtaine de personnes. Celles-ci sont des personnes âgées belges d'origine ; la responsable, Mme Yahhou Hanane, tente de toucher les personnes seules originaires de l'immigration.

Parmi ces personnes, certaines se sont prononcées plus particulièrement pour encadrer plus activement le processus (par un Comité de pilotage par exemple) ; Mme Nouran Cicekciler du Collectif du Collectif Santé Josaphat, Mme Eléonore Armanet du Méridien, Mme Rachida El Idrissi de Seniors Sans Frontières, Mme Françoise Jacques et son équipe à La Gerbe, Mme Zora Otmani du Foyer Poste ou encore Mme Naïma El Jebari infirmière à la Résidence Laïla.

## **Bibliothèques**

Les bibliothèques et centres de documentation dans lesquelles on peut trouver les ouvrages utiles pour la suite des réflexions et travaux sont (parmi d'autres) disponibles au CBAI, au CLPS de Bruxelles, au COTA, à l'Observatoire de la Santé et du Social et à Culture et Santé.

## Faisabilité pour la Maison Médicale du Nord

La volonté sociale de la MMN est réelle et profonde. Cette volonté est empreinte « d'aide sociale » mais pas exclusivement. Le questionnement est plus large et concerne vraiment l'environnement social des familles, ce qui fait lien ou pas, l'organisation du vivre ensemble. Je pense d'ailleurs que derrière le projet personnes âgées encours depuis 2003, il y a un net refus des situations de déstructuration sociale (« d'anomie »). L'équipe refuse de se laisser à simplement reconnaître les limites habituelles des soignants.

Mais, si d'un côté les soignants n'ont ni le temps ni les compétences de travailler « le social » auprès de ces personnes, il n'est pas non plus possible que ces approches auprès de leurs patients soient entièrement déléguées à des spécialistes du psycho-social sans implication des soignants. Autrement dit, le souhait n'est pas uniquement le fait de confier à d'autres « le social », mais aussi de s'y impliquer, de comprendre, de voir et de pouvoir suivre les ouvertures qui se créent pour les gens.

Le dernier temps de l'étude a donc été consacré à des interviews approfondies de chacun des membres de l'équipe de la MMN. Face au défi lancé par l'idée du projet « lieu de vie », il était important de voir comment chacun se positionnait, comment chacun percevait ou avait expérimenté les réalités des personnes âgées d'origine turque et marocaine par rapport à la vieillesse et l'isolement réel ou potentiel. Il était important aussi de voir ce que chacun était prêt à mettre en temps et en énergie dans ce projet et comment chacun concevait l'appartenance de la Maison Médicale au projet (versus de financer une initiative propre, externalisée comme tel ou dans un partenariat).

L'enjeu de la faisabilité est donc :

Comment s'impliquer dans une initiative sociale en sachant qu'aucun des membres de l'équipe n'a plus de 5 ou 10% de son temps à y consacrer ? Comment rester soignant, s'inscrire dans les objectifs de soins de santé de qualité de la Maison Médicale tout en s'ouvrant au social ? Comment travailler ou faire travailler le social, le lien social s'en en être dépossédé ? Comment réaliser un projet vivant, ouvert et non-instrumental<sup>44</sup> ?

En fait, le fils rouge de la faisabilité est de voir ce qu'il serait réaliste et porteur d'entreprendre pour couvrir au mieux les fonctions décrites d'un tel projet qui « prendrait à bras le corps » les aspects sociaux et de la vie quotidienne des personnes âgées d'origine immigrée.

Au cours des interviews des membres de l'équipe de la MMN j'ai pu me rendre compte que chacun des membres est intéressé par ce projet, mais chacun est prêt à s'y investir en fonction d'aspirations qui lui sont propres : « *actif dans l'ombre* » dit l'un, « *pour la kiné avec*

---

<sup>44</sup> «Instrumental» voudrait dire un projet de maison pour personnes âgées envisagé de l'extérieur (approche « POUR») pour « apporter une solution » au problème, par des bâtiments, une organisation, du personnel et des prises en charge efficaces.

*les femmes » dit l'autre, ou encore « j'aimerais m'impliquer dans la gestion », « j'aimerais m'investir dans l'animation ».*

A la MMN il y a cependant des essoufflements, « *il faut tenir la longueur* » dit-on. On a la crainte de s'éparpiller, on ne veut pas entreprendre ce projet tout seul, il faut quelqu'un d'extérieur pour le mener. A la MMN, on se pose aussi la question de la coordination des soins, en particulier des prises en charges lourdes à domicile. La coordination se met en place, mais au cas par cas et avec succès, mais toujours un peu dans l'urgence et l'improvisation. La médiation interculturelle et « l'activation » plus coordonnée des aides auprès des familles qui gardent et soignent un parent à domicile font partie des besoins à couvrir par le projet.

L'investissement auquel sont prêts les médecins, les paramédicaux, l'assistante sociale, le personnel administratif et les accueillantes est perçu comme très différent. Les soignants sont comblés de contacts avec les patients et de reconnaissance, les autres seraient plus en attente. Les « jeunes » seraient plus porteurs de projets que les « vieux ».

Le projet fait un peu peur aussi à certains : « *un peu fou, encore loin de nous* » ou encore « *les règlements, la gestion, engager des gens, ...* », « *pour faire un centre de jour ou une maison de repos, il faut engager des professionnels, des gens qui ont un diplôme pour ce genre de travail* ».

## Montage du projet

On peut à présent brosser l'idée générale que l'on peut tirer de ces avis, de ces récits ainsi que des besoins mis en évidence auprès des personnes âgées et de leurs familles, des initiatives existantes, des partenariats possibles, des contraintes et des fonctions que pourrait couvrir un lieu.

L'idée serait aussi de procéder par étapes parce que les membres de l'équipe doivent pouvoir s'investir progressivement en mesurant leur disponibilité. D'autre part, on ne sait rien de ces lieux « multiculturels », sous forme de résidence ou de centre de jour, ou les deux. Il y a un véritable travail de recherche opérationnelle à mener, des hypothèses à tester, les approches à confronter pour ne pas figer l'ensemble du projet et sélectionner les « bénéficiaires » du projet sans s'en rendre compte.

Nous appelons provisoirement le projet « lieu de vie et d'activités », une dénomination volontairement inappropriée pour laisser à l'équipe de la MMN et à ses partenaires, le champ libre pour l'invention du nom à donner à ce lieu (voir analyses à ce sujet dans le présent rapport).

## Etapas

### **Première étape**

Cette première étape a pour but essentiel de permettre à la MMN de commencer rapidement une action en réponse aux besoins, avec ses moyens, en grande partie avec ses activités actuelles et sa disponibilité. Cette étape permettra aussi à la MMN de re-configurer sa place de manière réaliste au niveau du social, au sens large du terme, dans les communes de Schaerbeek et St Josse et de mesurer, par l'action, les limites que ce travail impose et de juger si elle peut aller au-delà ou non. Cette première étape se déroulerait sur 2 ou 3 ans.

### **Un lieu Oui ou non ?**

Un lieu, oui, parce que c'est concret, c'est visible. Aussi parce que la MMN peut s'y investir sur la base de ses activités promotionnelles existantes. L'idée est ici de laisser la possibilité aux membres de l'équipe de s'investir dans le projet sur la base de ce qui se fait, sans devoir ajouter du temps ou de nouvelles activités d'emblée. En fait, il s'agirait d'un lieu dans lequel on regrouperait les activités de gymnastique, de groupes d'hommes et de femmes diabétiques, les activités de préparation de repas, les réunions qui vont avoir lieu avec les familles et les intervenants pour la réalisation du projet. La salle de réunion actuelle de la MMN serait alors exclusivement à usage interne.

A ce regroupement des activités existantes, s'ajouterait :

- La mise en place dans ce lieu d'une approche de prise en charge psycho-sociale structurée : consultations individuelles, groupes de paroles et travail à domicile (personnes isolées, familles qui s'organisent pour des prises en charge médicales lourdes à domicile).

- Un(e) responsable de ce lieu en charge plus particulièrement de la coordination des prises en charge des personnes âgées, de l'information aux familles et des appuis à l'organisation des prises en charge à domicile de parents souffrant de graves problèmes de santé, voire grabataires ou en fin de vie. (voir en annexe tâches proposées et profil).

- Un volet de recherche opérationnelle ; dans cette première étape, il s'agira de voir dans quelle mesure ce lieu conjugue une série d'activités et de besoins à couvrir de manière dynamique (versus un « centre de... »), comment il arrive à fonctionner de manière ouverte, comment les personnes âgées et les familles se l'approprient et comment les membres de l'équipe de la MMN arrivent à s'y investir de manière satisfaisante pour eux-mêmes.

En première analyse, ce lieu aurait une surface de 200 à 300 m<sup>2</sup>, avec une salle polyvalente, une cuisine, trois bureaux et des sanitaires. La proximité avec la MMN rue des Palais est bien sûr souhaitable. Il serait à envisager d'y ouvrir aussi un cabinet de soins infirmiers, dans l'optique d'assurer la continuité avec la coordination (et donc la réalisation) des soins à domicile.

## **Acteurs et collaborateurs**

De nouveaux collaborateurs viendraient se joindre à l'équipe de la MMN pour lancer et développer le projet. Pour des questions d'appartenance et aussi pour simplifier le montage administratif du projet, ces personnes feraient partie de l'équipe actuelle de la MMN. Contractuellement, toutes les formules sont possibles (salariés, indépendant par convention, sous-traitance avec une organisation partenaire, ...).

### **Coordinateur-trice du projet et coordinateur-trice des soins :**

#### Fonctions<sup>45</sup> :

Le/la coordinateur-trice est chargé-e

- de la coordination et de la gestion du « lieu de vie et d'activités » de la MMN,
- de construire un projet de vie avec les personnes âgées
- d'organiser, de manière coordonnée et continue, l'ensemble des soins et des prises en charges des personnes âgées pour lesquelles l'équipe de la MMN estime qu'il y a lieu de mener des actions plus large (soins, psycho-social, suivis de diverses interventions) que les consultations ou les visites à domicile médicales.

#### Profil :

Un-e infirmier-ère ayant une expérience en santé communautaire et en gestion de projet. Il/elle collabore avec l'équipe soignante de la MMN et avec l'assistante sociale de l'équipe.

### **Responsable des prises en charge psycho-sociales**

#### Fonctions :

Réalise les prises en charges psycho-sociales individuelles, collectives, sur le « lieu de vie et d'activités » et à domicile. Ces prises en charge sont lancées en concertation avec l'équipe soignante de la MMN et le/la coordinateur-trice du « lieu de vie et d'activités ».

#### Profil :

---

<sup>45</sup> Voir tâches détaillées en annexe

Intervenant social avec expérience de prise en charge psycho-sociale auprès des personnes âgées, en particulier des personnes âgées issues de l'immigration.

### **Chargé(e) d'études et de recherches**

#### Fonctions :

Organiser et mener les études et les recherches nécessaires pour documenter de manière prospective la dynamique et les résultats des activités menées par et au « lieu de vie et d'activités ». Les études et recherches se feront en concertation avec la MMN et la/le coordinateur-trice du « lieu de vie et d'activités ». Elles ont pour but à la fois d'accompagner le projet et d'envisager d'un point de vue social, technique et « managérial » son éventuel passage à une étape ultérieure de type centre de jour ou résidence. Le champ d'étude s'étend à la fois aux personnes inscrites à la MMN, aux membres de l'équipe de la MMN et aux partenaires actifs et potentiels.

#### Profil :

Un(e) professionnel(le) en sciences sociales ayant l'expérience de mener des recherches à caractère opérationnel dans le champ des soins de santé et des prises en charge psycho-sociales.

### **Propositions de partenariats<sup>46</sup> :**

EVA pour l'ingénierie et la mise en route du projet (voir proposition de Cahier des Charges pour une contractualisation),

Seniors sans Frontières pour la mise en place des prises en charge psycho-sociales

La Gerbe pour l'appui méthodologique et l'échange d'expériences en matière de prise en charge psycho-sociale à Schaerbeek.

Le projet serait doté **d'un comité de pilotage** de 5 à 6 personnes, composé d'acteurs sociaux, de membres de la MMN. Ce comité serait chargé du suivi des objectifs du projet, de l'organisation de ses aspects de recherche opérationnelle et d'évaluation, ainsi que de sa cohérence par rapport aux analyses de la présente étude.

### **Deuxième étape**

La deuxième étape serait de travailler à une structure complémentaire de type « centre de jour ». Ce type de structure ne ferait pas partie de la première étape car il faut tout d'abord pouvoir estimer la dynamique du lieu, les interactions qui se passent ou non avec la population et les autres intervenants et la satisfaction qu'en retirent les membres de l'équipe de la MMN.

Trois projets de centre de jour sont actuellement en chantier : à AKSENT, à la Commune de St Josse (avec Formeville) et l'association des pensionnés ASEM. La MMN pourra se rendre compte du développement de ses interactions avec ces acteurs, et d'autres

---

<sup>46</sup> Il s'agit de partenariats pour le développement du projet, qu'il faut bien entendu limiter en nombre, mais qui n'empêche nullement d'autres partenariats d'action, comme c'est d'ailleurs déjà le cas actuellement, avec des structures de soins et d'aide à domicile par exemple.



encore, pour envisager soit un centre de jour spécifique ou un partenariat avec ces autres initiatives.

Le fait de laisser le centre de jour dans une deuxième étape est lié au fait que une telle structure demande de déléguer (de contractualiser ou d'autonomiser) une structure qui demande un investissement professionnel beaucoup plus conséquent que l'espace prévu à l'étape 1.

### **Troisième étape**

La troisième étape serait de créer un lieu structuré de résidence pour personnes âgées.

## Lobbying

La situation actuelle des personnes âgées d'origine turque et marocaine n'est pas vue comme figée par les membres de la MMN. Le projet n'est pas non plus envisagé « *pour résoudre les problèmes des immigrés* ». Les conditions sociales de ces personnes âgées qui ont 70 ans et plus aujourd'hui demandent de la considération, des appuis et des soutiens, mais les personnes issues de l'immigration qui ont aujourd'hui 50 ou 60 ans, et dont une partie s'occupent de leurs parents pour l'instant se poseront (et se posent déjà) la question de leur vieillesse à elles/eux.

A cela s'ajoute – et là dessus, l'équipe de la MMN est très claire – les situations de vie des personnes âgées d'origine belge ; une partie importante de la patientèle. « *Ce n'est pas la culture qui doit faire des situations différentes* » dit-on à la MMN, même s'il faut pour l'instant mener « une démarche de discrimination positive » envers les personnes âgées issues de l'immigration.

Durant la période de cette étude, une situation de vie sociale totalement inadaptée et inacceptable a été mise en évidence dans une maison de repos par une médecin de la MMN. Ce n'est pas la première fois en plus de trente ans d'existence de la Maison Médicale. Une action d'information est en cours auprès des instances chargées de la coordination des maisons de repos. Les faits montrent que ce type de démarche est tout à fait bienvenue, que « le politique » au sens large du terme attend ce genre de « révélation » pour inspecter et agir<sup>47</sup>.

Le lobbying entrepris par la MMN sur les maisons de repos est un soubassement très important aux actions menées auprès des personnes âgées. « *Jusqu'où pouvons-nous laisser faire* » dit une médecin. Ce lobbying va devoir s'étendre aux conditions de vie de personnes belges originaires d'autres cultures. Un bon nombre d'intervenants et d'associations militent d'ailleurs dans ce sens<sup>48</sup>. Il serait pertinent de les rejoindre encore plus concrètement.

Le projet tel que défini dans ce texte, par son aspect d'actions faisables tout de suite en rassemblant et en déployant dans un lieu les activités en cours à la MMN, va permettre à la MMN une présence et une visibilité beaucoup plus concrète. Par l'espace qu'il donne aux membres de la MMN pour s'investir concrètement, le projet donnera ainsi une perception accrue des enjeux qui concernent les personnes âgées et leur famille et donc une meilleure crédibilité. Enfin, par ses aspects de recherche opérationnelle, le projet permettra à la MMN de se maintenir dans une attitude prospective et ouverte à l'évolution de ces enjeux.

---

<sup>47</sup> On est bien ici dans une situation « belgo-belge » puisque les maisons de repos ne concernent pas les immigrés aujourd'hui !

<sup>48</sup> Voir par exemple le colloque « Vieillesse et Immigration » du 19 septembre 2006 / Question Santé, *Regards sur le VIEILLIR en IMMIGRATION*, 2006 / *Troisième âge, quatrième âge, les anciens frappent à la porte du social*, Actes du 4ème module de form-action organisé par la Fédération des Centres de Service Social et la Fédération des Centres de Service Social Bicommunautaires en 2002.

## Conclusions : un projet faisable

Le projet initial était de faire une maison de repos pour personnes âgées dans une optique alternative, interculturelle et intergénérationnelle. L'étude montre qu'il n'y a pas de demande pour des maisons de repos, si « interculturelles » soient-elles. Il y a même du rejet. Mais ce rejet est en partie dû à l'inexistence d'exemples réussis en la matière.

Le concept de « résidence » semble rassembler à la fois les enjeux pour les familles et les travaux entrepris depuis quelques années sur le sujet. Il s'agit cependant d'un secteur d'activité très éloigné des capacités et des souhaits des membres de l'équipe de la Maison Médicale du Nord. Une pareille initiative est radicalement différente dans ses approches, ses réglementations et les ressources requises, du quotidien d'une Maison Médicale. Se limiter à modestement co-financer une pareille initiative serait par ailleurs frustrant, parce que dés-approprié.

Le projet proposé se construirait plutôt dans un lieu plus modeste, sur la base des activités pré-existantes de la Maison Médicale, auxquelles s'ajouteraient les approches destinées à renforcer les appuis auprès des familles à domicile.

L'étude a en effet montré combien, face au désarroi, à la panique et à l'improvisation en cas d'aggravation de l'état de santé du papa ou de la maman, des soutiens pour coordonner les soins et l'apport d'information sur l'organisation des soins à domicile sont nécessaires dans un premier temps. Il y a aussi grand besoin de soutiens psycho-sociaux structurés face aux tensions familiales que l'improvisation génère, et pour sortir du silence et de la résignation les personnes qui en sont arrivées à vivre isolées.

Mais l'équipe ne souhaite pas que les approches auprès de leurs patients soient entièrement déléguées à des institutions spécialisées « dans le psycho-social », sans l'implication des soignants. Autrement dit, le souhait n'est pas uniquement de confier à d'autres « le social », mais aussi de s'y impliquer, de comprendre, de voir et de pouvoir suivre les ouvertures qui se créent pour les gens.

A la MMN, on se pose aussi la question de la coordination des soins, en particulier des prises en charges lourdes à domicile ; la médiation interculturelle et « l'activation » plus coordonnée des aides auprès des familles qui gardent et soignent un parent à domicile font donc aussi partie des besoins à couvrir par le projet.

A la MMN il y a cependant des essoufflements, « *il faut tenir la longueur* » dit-on. On est très occupé au quotidien et on a la crainte de s'éparpiller, on ne veut pas entreprendre ce projet tout seul, il faut quelqu'un d'extérieur pour le mener. Mais d'un autre côté, on ne souhaite pas non plus déléguer d'emblée le projet et l'éloigner des souhaits d'implication concrète des membres de l'équipe. La proposition de projeter une éventuelle structure de type centre de jour dans une étape ultérieure vient de ce souci.

Dans le processus proposé (un lieu plus modeste qui rassemble les activités existantes et étoffe l'appui aux familles), la réflexion continue, l'implication concrète dans les actions, l'argumentation étoffée pour du lobbying et la recherche opérationnelle sont les éléments qui, joints au concret d'aujourd'hui, vont permettre à la Maison Médicale du Nord de se maintenir dans une attitude prospective et ouverte à l'évolution des enjeux.

## Bibliographie<sup>49</sup>

### Ouvrages

ATTIAS-DONFUT, C., *L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*, Armand Colin, 2006.

HESSE, H., *Eloge de la vieillesse*, traduction française, Calmann-Lévy, Le Livre de Poche « biblio », 2000.

SINGLETON, M., *Critique de l'Ethnocentrisme*, Parangon, L'Aventurine, Paris, 2004

TODD, E., *Le destin des immigrés. Assimilation et ségrégation dans les démocraties occidentales*, Editions du Seuil, Points - Essais n° 345, octobre 1994.

### Documents et travaux

SINGLETON, M., *Devenir vieux – ailleurs et autrement (notes de lecture)*, Université catholique de Louvain, Département des Sciences de la Population et du Développement, Document de travail n°16, juin 2002. Document téléchargeable à l'adresse [http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ucl/documents/dt16\\_ms-devenirvieux.doc](http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ucl/documents/dt16_ms-devenirvieux.doc)

Fondation Roi Baudouin, *Où vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ?*, novembre 1998.

GUFFENS, C., (« Le Bien Vieillir », ASBL), *Où vivre ensemble? Etude de l'habitat à caractère intergénérationnel pour personnes âgées*, Publication de la Fondation Roi Baudouin, Les éditions namuroises, juin 2006 (téléchargeable sur le site [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be) de la Fondation Roi Baudouin.)

Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, Institut Bruxellois de Statistiques et d'Analyse, *Atlas des Quartiers de la population de la Région de Bruxelles-Capitale au début du 21<sup>ème</sup> siècle*, N° 42 ; IRIS Editions, 2005.

Commission communautaire commune, Observatoire de la Santé et du Social, *Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale*, 2006.

ARMANET, E., *La notion de « quête thérapeutique » et La perception des soins professionnels*, Extraits d'un rapport d'activités à la Commission communautaire commune, 2005.

Actes du colloque « Vieillesse et Immigration » du 19 septembre 2006 organisé par le Centre pour l'Égalité des Chances pour la Région de Bruxelles-Capitale, à paraître en septembre 2007.

---

<sup>49</sup> Une partie importante des documents consultés ont été sélectionnés par Mr Mourad Benmerzouk du centre de documentation du CLPS de Bruxelles. Les textes disponibles en version électronique ont été rassemblés dans un CD rom, annexe au présent rapport.

PEREZ, A., *Principios del CPC-ARU*, Construcción y Planificación desde la Comunicación, Documento institucional (texto sintético), 2007

SAMAOLI, O., textes précédemment disponibles sur le site Internet [www.gerontologie-migrations.fr](http://www.gerontologie-migrations.fr) :

- *Immigration et vieillesse en Europe*, mardi 14 mars 2006,
- *Les immigrés musulmans devant la mort*, vendredi 10 mars 2006,
- *Brahim de nulle part. Comment on n'est plus un immigré de personne, ni un immigré chez personne et un citoyen de nulle part*, vendredi 10 mars 2006
- *Yesterdays immigrants, today elderly: from the Maghreb, aging in France*, lundi 13 mars 2006.

*Troisième âge, quatrième âge, les anciens frappent à la porte du social* ; Actes du 4ème module de form-action organisé par la Fédération des Centres de Service Social et la Fédération des Centres de Service Social Bicommunautaires, Bruxelles, 2002

EGGERICKX, T., BAHRI, A., PERRIN, N., *Migrations internationales et populations «d'origine étrangère» Approches statistique et démographique*, GÉDAP-SPED-UCL, Initiative Charles Ullens, en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin, 2006.

MALKI, M., (Directeur « Accordages »), *Pour une meilleure prise en charge de migrants âgés*, dans « Diversités culturelles, un défi à relever ensemble, Colloque organisé par l'ADMR, Namur – Belgique, 23 octobre 2003.

*Vieillesse et diversité culturelle*, Bruxelles information sociale (BIS) n° 150, juillet 2002.

SCHANS, D., KOMTER, A., *Intergenerationele Solidariteit en Etnische Diversiteit*, in *Migrantenstudies*, 2006, jaargang 22, nummer 1, pp. 2-21

## **Brochures et revues**

Administration de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale et Administration de la Commission communautaire française, *Centres de Soins de Jour*, Edition 2004.

Question Santé, *Regards sur le VIEILLIR en IMMIGRATION*, 2006. [Brochure téléchargeable sur le site [www.questionsante.be](http://www.questionsante.be) ]

Réseau bruxellois de documentation en promotion de la santé, *Répertoire*, 2006. [[www.rbdsante.be](http://www.rbdsante.be) ]

Vingt-cinq ans d'une autre médecine, « Refonder les pratiques sociales, refonder les pratiques de santé », Actes du congrès de la Fédération des maisons médicales, Les hors-série de POLITIQUE, numéro HS 5, septembre 2006.

## Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées

La liste des familles rencontrées n'est pas jointe au présent rapport mais fait l'objet d'une annexe confidentielle remise à l'équipe de la MMN pour des raisons de respect du secret médical et de la vie privée.

Dr Azzagnuni Mohamed et Dr Marianne Dumont	Service de Gériatrie, Clinique St Etienne	Rue du Méridien, 100 1210 Bruxelles	02 225 91 11
Mme Eléonore Armanet et Mme Pascale Vandendrille	Le Méridien	Rue du Méridien, 68 1210 Bruxelles	02 218 56 08
Mme Shilling et Mme Derclaye	Service social de la Clinique St Etienne	Rue du Méridien, 100 1210 Bruxelles	02 225 91 11
Mme Depoortere	Service hébergement, Commune de Schaerbeek	Rue Thomas Vinçotte, 36 1030 Bruxelles	02 245 60 84
Asina Eken	Association Féminine belgo-turque	10, rue du Méridien 1210 Bruxelles	02 2293825
Mr Azhinat	Médiateur interculturel à la Commune d'Ixelles	Chaussée d'Ixelles, 168 1050 Bruxelles	02 515 61 11
Mr Toone Gailly	Direction des Centres de santé mentale de la communauté flamande	Kanaalstraat, 65 1000 Brussel	02 247 61 50
Mme Cuvelier et Mme Dulieu	Home Van Aa; CPAS d'Ixelles	94 Chaussée de Boendael 1050 Bruxelles	02 641 56 00
Mme Montoisi et Mme Allard	La Maison de la Famille	112 rue de Liederkerke	02 220 26 60 (61)
Monsieur Fikret	Association – Assurance pour les ressortissants turs.	75, Chaussée d'Haecht 1030 Bruxelles	
Mme Hamida Chikhi	Les médiateurs interculturels en soins de santé	Mommaertsstraat, 22 1080 Brussel	02 410 75 81
Mme Naïma El Jebari	Résidence Laïla	Avenue Sleeckx, 24 1030 Bruxelles	02 216 93 25
Mme Nouran Cicekciler	Groupe santé Josaphat	Rue Royale Ste Marie, 70 1030 Bruxelles	02 241 76 71
Mr Ali Ince	ASEM	C/o Maison Atatürk Chaussée d'Haecht 210 1030 Bruxelles	0484 878291
Françoise Jacques	La Gerbe	Rue Thiéfry, 45 1030 Bruxelles	02 216 74 75
Mme Rachida El Idrissi	Seniors sans Frontières	Rue de l'Eglise, 59 1060 Bruxelles	02 544 01 19
Mme Yahhou Hanane	Service prévention	Commune de St Josse Rue de la Limite, 2 1210 Bruxelles	02 223 30 92

Mme Marie-Frédérique Lorant	Centre Bruxellois d'Action Interculturelle	Avenue de Stalingrad, 24 1000 Bruxelles	02 289 70 66
Mme Zora Otmani	Foyer Poste	Rue St François, 49 1210 Bruxelles	02 217 41 86
Mme Micheline Gobert	Ecole de Santé Publique, UCL	30, Clos Chapelle aux champs, 1200 Bruxelles	02 764 32 61
Mme Geneviève Ghyoot	Coordination des soins à domicile	Rue Louis Hap, 56 1040 Bruxelles	
Dr Myriam de Spiegelaer	Observatoire de la santé et du social	Avenue Louise, 183 1050 Bruxelles	02 552 01 89
Dr Gumus Vedat et son équipe	Maison Médicale Sainte Marie	Rue Royale Sainte-Marie, 6 1030 BRUXELLES	02 217.89.19
Mme Linda Struelens	EVA	Liedtsstraat, 27-29 1030 Brussel	02 274 01 90
Mme Eva Cloet	AKSENT	Liedtsstraat, 27-29 1030 Brussel	02 240 71 90
Mr Mourad Benmerzouk	Centre de documentation du CLPS de Bruxelles	Avenue Emile De Béco, 67 1050 Bruxelles	02 639 66 88
Mme Marianne Prévost	Fédération des Maisons Médicales	Boulevard du Midi, 25 1000 Bruxelles	02 514 40 14
Mme Aïda Allouache et Mme Charlotte Rasquin	FORMEVILLE	Rue du Vallon, 22 1210 Bruxelles	02 218 13 75



## **Annexe 2 : Organismes et institutions**

### **Seniors Sans Frontières**

Rue de l'Eglise, 59  
1060 Bruxelles  
Tél : 02 544 01 19

Cette ASBL a développé des prises en charges psycho-sociales destinées en particulier aux personnes âgées issues de l'immigration. Par une approche individuelle et collective, l'association aide ces personnes, souvent des femmes, dont plusieurs vivent en situation d'isolement, à dire ce qu'elles n'osent pas dire ailleurs ou autrement sur leur famille, sur leurs enfants, sur leurs échecs et leurs souffrances. Seniors Sans Frontières est aussi un lieu de parole où s'expriment les bons côtés de la vie en Belgique, un lieu où la parole est vivante.

### **Formeville asbl**

Rue du Vallon, 22  
1210 Bruxelles  
Tél 02 218 13 74  
[www.formeville.be](http://www.formeville.be)

Cette association a pour but de promouvoir les métiers de la ville. Elle forme des professionnels, fait de l'accompagnement de projets et réalise des études. Avec la Commune de St Josse, Formeville fait actuellement un travail sur les femmes relais et sur un centre de jour inter-générationnel.

### **EVA**

Liedtsstraat, 27-29  
1030 Brussel  
Tél : 02 274 01 90  
[secretariaat@evavzw.net](mailto:secretariaat@evavzw.net)

EVA développe des projets d'économie solidaire à Bruxelles (Horeca, formation informatique, crèche, centre de service). EVA « monte » les projets, les lance et assure leur passage à l'autonomie.

### **AKSENT**

Liedtsstraat, 27-29  
1030 Brussel  
02 240 71 90

Aksent est un centre de service qui offre un lieu convivial de discussions, d'échanges et de présence ainsi qu'un service d'aides à domicile complémentaire.

### **Observatoire de la Santé et du Social**

Avenue Louise, 183  
1050 Bruxelles

Dans le domaine des soins à domicile, l'observatoire prépare une revue de littérature opérationnelle sur l'offre de soins pour le maintien à domicile. Il prépare aussi un inventaire des ressources selon les besoins en aides et soins à domicile.

### **Les Médiateurs interculturels en soins de santé**

Mommaertsstraat, 22  
1080 Molenbeek-St Jean  
02 410 75 81

Une dizaine de médiatrice interculturelles (d'origine entre autres turque, marocaine et albanaise) offrent leurs services et travaillent en collaboration avec les hôpitaux, les CPAS, les services sociaux, les mutuelles et sur demandes spécifiques. Ces personnes sont formées à la médiation, c'est à dire non seulement à la traduction mais aussi à la transposition des contextes entre les gens et les institutions. Elles sont capables de distanciation lorsqu'elles sont amenées à entendre les souffrances des gens et qu'elles doivent se positionner de manière la plus objective possible malgré leurs origines culturelles communes.

### **ASEM**

C/O Maison Atatürk  
Chaussée d'Haecht, 210  
1030 Bruxelles

ASEM est une association de pensionnés ouverte aux personnes de toutes origines. Elle compte 45 membres pour l'instant. Elle organise de nombreuses activités (animations en partenariat avec AKSENT par exemple, voyages, visites, séances d'information, ...). ASEM promeut aussi l'entraide et assure des visites aux personnes de l'association qui en ont besoin, par exemple à l'hôpital. L'association a en projet de créer un centre de jour (elle est provisoirement accueillie dans les locaux de la Maison Atatürk), très ouvert et intergénérationnel.

### **La Gerbe**

Rue Thiéfry, 45  
1030 Bruxelles

Ce centre de santé mentale met également en œuvre le projet *Mémoire vivante*, une approche de prise en charge psycho-sociale des personnes âgées, en particulier lors de visites à domicile.

### **Centre Bruxellois d'Action Interculturelle**

Avenue de Stalingrad  
1000 Bruxelles  
[www.cbai.be](http://www.cbai.be)

Le CBAI (outre ses nombreuses activités et la mise à disposition d'un centre de documentation) organise des formations longues (« Agents de développement et de médiation interculturelle »), en 2 ans, courtes (« Initiation à l'approche interculturelle ») et « sur mesure ». Ces formations comprennent, à des degrés divers selon la longueur des cycles, une période de « décentration », de découverte de « l'autre » et de rencontre. L'équipe du CBAI peut aussi superviser des équipes ou accompagner un projet.

## **Annexe 3 : Cahiers des charges et profils de postes**

### **Cahier des charges pour l'ingénierie du projet**

- Définir les objectifs du projet, en concertation avec la MMN et sur la base du rapport d'étude
- Préciser un « cahier des charges » du lieu : salle commune, cuisines, bureaux, voies d'accès, ...
- Rechercher un lieu à acheter ou la louer selon les ressources disponibles
- Concevoir de manière partagée, un nom pour le lieu du projet
- Etablir le cahier des charges des aménagements nécessaires
- Procéder aux consultations nécessaires pour identifier des corps de métier
- Suivre les chantiers et les achats éventuels d'équipements
- Finaliser le profil de poste et procéder au recrutement du/de la responsable du lieu
- Concevoir les activités de prises en charge psycho-sociales avec les intervenants identifiés dans l'étude et les autres intervenants jugés pertinents
- Mettre en place l'accompagnement nécessaire pour les actions de coordination de soins
- Mettre en place avec l'administration de la MMN les procédures administratives et financières du projet
- Lancer le Comité de Pilotage
- Préciser les objectifs, les moyens et les méthodes du volet de recherche opérationnelle

### **Tâches du/de la responsable-coordonateur**

Le/la coordinateur-trice des soins est chargé-e d'organiser, de manière coordonnée et continue, l'ensemble des soins et des prises en charges des personnes âgées pour lesquelles l'équipe de la MMN estime qu'il y a lieu de mener des actions plus large (soins, psycho-social, suivis de diverses interventions) que les consultations ou les visites à domicile médicales.

Le/la coordinateur-trice des soins est également chargé-e de la coordination et de la gestion du « lieu d'activités » de la MMN.

#### Coordination du lieu

- Coordonner les espaces et les heures
- Assurer la permanence
- Coordonner les formations
- Organiser la propreté des lieux
- Recevoir les patients et les familles
- Faire le lien entre les patients de la MMN et les activités
- Assurer le secrétariat du Comité de pilotage
- Faire le rapport d'activités
- Organiser les processus de recherche opérationnelle autour du lieu et son devenir

## Coordination des soins

- Tenir un fichier des patients qui nécessitent une coordination de soins
- Recevoir les patients et les familles
- Coordonner les activités, c'est à dire contacter les personnes-ressources ou les services nécessaires (soins ou aide à domicile, hôpitaux, services sociaux, ...), s'assurer de leurs prestations, de la continuité de celles-ci, d'un feed-back à l'équipe de la MMN, de compléter les besoins auprès des familles,
- Assurer les soins infirmier en compléments et en équipe avec l'infirmier de la MMN