

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

**« LA NEGOCIATION DU CARE DOMESTIQUE DANS LES FAMILLES MIGRANTES :
L'EXPERIENCE DES DESCENDANTS FACE A LA PERTE D'AUTONOMIE D'UN PARENT
VIEILLISSANT »**

Auteure : Mjaïdi Ouda EL MJIYAD
Promotrice : Mme Marie VERHOEVEN
Lecteur·rices : Mr. Thierry DOCK et Mme Geneviève AUBOUY
Année académique 2019-2020
Master en Politique Economique et Sociale

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer mes plus vifs remerciements à l'ensemble des membres de ma commission d'accompagnement mémoire pour leurs conseils avisés tout au long de l'élaboration de ce travail de fin d'études. Ils ont été un soutien tant dans les différents apports théoriques, d'expertises de terrain et méthodologiques que dans la formulation d'encouragements très stimulants. En effet, il n'est pas toujours aisé de maintenir un certain rythme pour continuer non seulement à avancer, mais également à aboutir au terme de cette étude.

Ensuite, tous mes remerciements vont à l'ensemble des membres du corps professoral et administratif de la Fopes qui ont concouru de près ou de loin à la réalisation du mémoire. Je tiens aussi à souligner la présence continue et très enthousiasmante de notre conseillère Fopes, Mme Claudine Drion. Elle a, malgré le contexte de distanciation sociale liée au Covid-19, gardé les liens utiles avec et entre les étudiants pour dispenser ses précieux conseils et bonnes pratiques.

A mes collègues de travail qui m'ont soutenue moralement et ont su faire preuve de patience envers moi lors des moments de doute.

Et enfin, je tiens à présenter toute ma reconnaissance à l'ensemble des membres de toute ma famille :

- à mon époux et mes enfants, leurs encouragements, soutiens et surtout leur patience à mon égard. Car cela a nécessité pour eux, à certains moments, de faire des concessions et de me seconder, voire me remplacer lors de la réalisation de certaines tâches familiales entre autres ;
- à mes sœurs et frères qui ont su, dans les moments les plus difficiles, me remonter le moral et m'encourager à aller jusqu'au bout ;
- et à mes parents qui, en plus de leur soutien indéfectible, ont été une source d'inspiration quant à l'émergence du sujet de ce mémoire.

Acronymes

AEnf :	Aidante enfant
AMéd :	Aidante médiatrice
ASD :	Aide & Soins à Domicile à Verviers
CPAS :	Centre public d'action sociale
CEPES :	Centre d'Etudes Politiques Economiques et Sociales
CODE :	Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant
FEDECHAR :	Fédération des associations charbonnières de Belgique
FWB :	Fédération Wallonie-Bruxelles
GRAPPA :	Garantie de revenus aux personnes âgées
INAMI :	Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
MR :	Maison de Repos
MRS :	Maison de Repos et des Soins
OMS :	Organisation mondiale de la santé
SAFA :	Service d'Aide aux Familles et aux Aînés
UNIPSO :	Confédération Intersectorielle des employeurs du secteur à profit social (non-marchand) en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles
RDV :	Rendez-vous
SHARE	Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (enquête européenne longitudinale, multidisciplinaire et internationale concernant plus de 80 000 européens âgés de 50 ans et plus)

Table des matières

Introduction générale.....	5
I. Éléments de contextualisation.....	10
1. Introduction	10
2. Délimitation conceptuelle des immigrés et de leurs descendants	10
3. L'histoire de l'immigration marocaine en Belgique.....	12
4. Le vieillissement des migrants d'origine marocaine en FWB : bref état des lieux.....	13
5. Les politiques sociales en matière de vieillesse et l'émergence des aidants proches.....	15
5.1. Les politiques sociales en matière de vieillesse : point de vue général.....	15
5.2. Les politiques sociales en matière de vieillesse : la spécificité des minorités ethniques .	18
5.3. L'émergence des aidants proches en Belgique.....	20
II. Le cadre théorique	25
1. Introduction	25
2. Le care et le care domestique.....	25
2.1. Le care dans sa dimension sociologique	26
2.2. Le care domestique.....	27
3. La famille en transformation, les solidarités familiales et intergénérationnelles	32
3.1. La famille en transformation, la famille contemporaine : libres ensemble.....	32
3.2. Les solidarités familiales et les solidarités intergénérationnelles	34
3.3. Configurations familiales historiques et figures-types de l'aide aux parents.....	34
4. Les stratégies identitaires et les stratégies d'acculturation	38
4.1. Les stratégies identitaires.....	38
4.2. Les stratégies d'acculturation	40
5. Reformulation de la problématique de recherche	44
III . Le choix méthodologique et la position subjective de la mémorante	49
IV. Analyse	54
1. Analyse verticale du matériau empirique	54
1.1. Brève présentation de la configuration familiale de l'aidante et de son parent.....	56
1.2. Portraits des aidantes	58
a. Najiba, « la mère de sa mère ».....	58

b. Farah, « la fille unique »	61
c. Chaïma, « le papa roi ».....	65
d. Widade, « la grande sœur »	68
e. Kenza, « les sœurs très soudées ».....	71
f. Naïla, « la maman fusionnelle avec sa fille ».....	74
g. Khalissa, « comment rendre maman heureuse ? »	77
2. Analyse transversale du matériau empirique	80
2.1. Care domestique et grilles d'évaluation de l'état de santé du parent âgé	80
2.2. Solidarité familiale.....	84
2.3. Les modèles familiaux : des familles contemporaines qui recomposent d'autres modèles	85
2.4. Type de configuration familiale : l' « AEnf » et l' « AMéd ».....	87
2.5. Stratégie identitaire et d'acculturation.....	89
Conclusion et mise en perspective.....	93
Bibliographie.....	99

Introduction générale

Cette étude est née d'une réflexion personnelle, issue non seulement d'une situation vécue au sein de ma propre famille mais également d'observations réalisées dans un grand nombre de familles marocaines qui vivent au sein de la région verviétoise, terrain de notre recherche. Les enfants y dispensent de l'aide à un parent (père ou/et mère) âgé dans certains actes de la vie quotidienne. Il s'agit d'enfants adultes qui souvent ne cohabitent plus chez leurs parents et qui les accompagnent (tâches matérielles, affectives, etc.) régulièrement en vue de maintenir une qualité de vie optimale, à domicile. Dans ces situations, il arrive fréquemment que ce soit un **enfant en particulier (ou un petit groupe composé de quelques membres de la fratrie) qui soit considéré comme référent principal pour cette prise en charge**, tant vis-à-vis de la famille (parents et reste de la fratrie) que par les professionnels de la santé qui dispensent les soins à domicile (infirmiers à domicile, aides-soignantes, etc.). Cette observation nous a conduit à nous interroger sur la manière dont cette prise en charge des parents vieillissants s'organisait et sur ce qu'elle venait révéler à propos des dynamiques familiales et sociales entourant le vieillissement, en particulier en contexte migratoire. Dès lors, la recherche menée dans le cadre de ce mémoire s'est centrée sur **les perceptions et les stratégies d'adaptions mises en place par l'enfant d'immigré marocain, lorsqu'il est confronté à la perte d'autonomie d'un parent vieillissant, et est amené à y jouer un rôle clé.**

De manière assez logique dans une société post-migratoire telle que la Belgique, le vieillissement de la population issue de l'immigration est un phénomène en constante augmentation. Si l'on considère plus spécifiquement les personnes plus âgées issues de l'immigration marocaine, ce processus a pris de l'ampleur à partir des années 2000. Dans l'arrondissement de Verviers (terrain de base de notre étude), comme sur l'ensemble du territoire belge, il y a un vieillissement de la population¹. Parmi ces personnes vieillissantes en Région wallonne et verviétoise, on dénombre des retraités marocains mineurs et ouvriers (dans la construction entre autres). Il s'agit majoritairement de travailleurs venus comme main d'œuvre suite à la signature de la convention de travail signée entre le Maroc et la Belgique en 1964. De prime abord, les personnes âgées immigrées marocaines vivent les mêmes situations que les autochtones mais paraissent plus enclines à faire appel aux **solidarités familiales et réticentes à solliciter les aides extérieures. Pour expliquer ce phénomène, on peut formuler**

¹ Selon l'IWEPS, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 25,2% de la population au 1er janvier 2019 contre 21,2% en 2009. L'étude du CEPESS (2016, p. 37 et 43) montre d'ailleurs qu'il y a une augmentation de la proportion des personnes âgées dans la société qui souhaitent rester vivre au sein de leur domicile.

plusieurs hypothèses renvoyant à différents facteurs. Le premier d'entre eux renvoie à l'idée d'une construction sociale différente de la problématique de la prise en charge des personnes âgées, liée à l'origine culturelle du pays d'émigration. Autrement dit, la prise en charge par les membres de la famille proche renverrait à des enjeux identitaires pour les personnes immigrées âgées. Leurs **descendants nés en Belgique ne sont pas en reste, même s'ils sont imprégnés tant par l'héritage culturel marocain de leurs parents que par les normes sociétales « d'individualisation » en vigueur en Belgique**. Dans ce contexte, on peut dès lors, considérer que la prise en charge et le soin apporté aux parents âgés (ce qu'on appelle le « care domestique », développé plus loin), se retrouve en quelque sorte « pris en tenaille » entre deux types d'attentes ou de normes sociales : d'un côté, des attentes davantage familialistes, centrées sur l'entraide et la méfiance vis-à-vis des aides professionnels ; de l'autre, des attentes liées à la société d'accueil et à ses normes, qui valorisent une conception du bien vieillir visant l'indépendance et l'autonomie des personnes.

Dans ce contexte, un certain nombre de questionnements de recherche se sont progressivement dessinés pour nous. Dans les familles immigrées d'origine marocaine comprenant un parent vieillissant en perte d'autonomie, quelles sont les conceptions liées à la prise en charge de ces parents ? Observe-t-on une diversité des conceptions de « care domestique » vis-à-vis des parents âgés ? Nous nous sommes également demandée si ces conceptions variaient selon les « types » de familles ou plutôt de « configurations familiales ». Certaines de ces configurations sont-elles plus propices à des représentations particulières ou à certaines stratégies de prise en charge du parent vieillissant ? Des tensions s'observent-elles à ce sujet, éventuellement liées à des concurrences liées au modèle hérité des parents et à celui du pays d'accueil ? C'est à cet ensemble de questions que notre recherche s'est attelée.

Dès lors, nous pourrions résumer notre question de recherche initiale comme suit : ***« dans les familles immigrées d'origine marocaine comprenant un parent vieillissant en perte d'autonomie, quelles sont les représentations et stratégies de prise en charge du parent vieillissant et à quels modèles familiaux renvoient-elles ? »***

Notre étude comprend quatre parties. La première vise à décrire le contexte dans lequel s'inscrit notre recherche. Nous y présenterons un bref état des lieux de la question de la vieillesse en Belgique et en Wallonie, en nous focalisant spécifiquement sur les immigrés marocains et leurs descendants, une communauté dont nous rappellerons l'histoire (depuis leur arrivée, dans les années 1970, en tant que travailleurs via la convention bilatérale belgo-marocaine). Nous clarifierons au passage les notions d'immigré, d'immigration et de descendant d'immigré. Cette

première partie aborde aussi les politiques sociales en matière de vieillesse en Belgique de leur origine à nos jours, ainsi que l'émergence du public des aidants proches.

La deuxième partie est consacrée à la présentation de notre cadre théorique, qui sera construit autour du concept de « care domestique », qui nous semblait pertinent pour élaborer notre problématique. Ce cadre théorique a en effet l'avantage de décrire, et partant de rendre « visibles », les tâches du care domestique dispensées par la pourvoyeuse principale² à son parent âgé en perte d'autonomie (vulnérable) dans le cadre de la sphère familiale. Pour ce faire, les concepts de solidarités familiales et intergénérationnelles sont mobilisés car ils permettent de comprendre et de caractériser les types d'entraide qui sont mis en place en fonction du type de configuration familiale présent, et qui sont associées à différentes identités d'aidante. Parallèlement, comme nous étudions les descendants d'immigrés marocains qui dispensent cette aide, nous compléterons cette approche en abordant les concepts des stratégies identitaires en contexte d'interculturalité, en lien avec les stratégies d'acculturation. Ces concepts permettent d'appréhender les choix identitaires opérés par les personnes issues de l'immigration au sein de la société d'accueil, à la croisée des modèles valorisés dans cette dernière et dans le contexte d'origine. La conceptualisation opérée nous permettra alors de comprendre la manière dont ces aidantes se représentent leur tâche dans un contexte d'interculturalité.

La troisième partie de notre étude présente notre dispositif méthodologique et précise notre démarche de recherche. Celle-ci s'est construite en appui sur notre engagement personnel et subjectif par rapport à notre objet de recherche, engagement par rapport auquel il nous a fallu prendre un recul réflexif. Sur le plan méthodologique, nous présenterons notre dispositif de recueil de données, soit des enquêtes semi-directives auprès de notre échantillon composé de sept aidantes principales qui accompagnent leurs parents. Ces différents témoignages livrés par les enquêtées nous ont permis de récolter des informations riches et nuancées.

Dans la dernière partie, nous débattons des résultats issus des données récoltées sur le terrain étudié en les mettant en relation avec notre cadre théorique. Nous confronterons les contenus des échanges menés avec nos répondantes aux différents concepts de nos apports théoriques, dans l'objectif d'analyser et de comprendre le sens qu'elles donnent à l'accompagnement de leur parent vieillissant en perte d'autonomie. Afin de saisir la singularité de la configuration familiale et de la perception de l'aide, nous avons d'abord dressé sept portraits d'aidantes que

² Nous privilégions la forme féminine de ce terme car d'une part, le care est culturellement et socialement lié au genre féminin et d'autre part, cette donnée se confirme au vu de notre échantillon, composé exclusivement de femmes.

nous avons ensuite comparés, afin de mettre en évidence les convergences et divergences. Nous finissons notre recherche par une conclusion dans laquelle nous proposerons un certain nombre d'éléments de réponse à notre question de recherche.

PREMIERE PARTIE :

ÉLÉMENTS DE CONTEXTUALISATION

I. Éléments de contextualisation

1. Introduction

Cette première partie vise à dresser le contexte qui dessine les contours de notre objet d'étude. Nous allons d'abord définir les notions de base à travers le prisme des concepts d'« immigrés », d'« immigration » et de leurs « descendants » pour bien comprendre le phénomène et le public dont nous parlons. Nous poursuivrons en nous penchant également sur l'histoire de l'immigration marocaine. Nous exposerons l'état des lieux de la vieillesse en Belgique et en Wallonie des personnes âgées d'origine marocaine. Nous y étudierons divers aspects : Les Marocains âgés et leurs spécificités quant à leur conception de la vieillesse (liés à la culture du pays d'origine). Ensuite, nous verrons aussi leur prise en charge par leurs descendants et l'impact sur la vie de ces derniers. Enfin, nous examinerons les politiques sociales belges en matière de vieillesse, et l'émergence du groupe social des aidants proches. Ceux-ci seront abordés sous deux angles : un point de vue général et celui, spécifique, des aidants au sein de la minorité ethnique d'origine marocaine.

2. Délimitation conceptuelle des immigrés et de leurs descendants

Nous avons évoqué dans les points précédents les notions d'immigration, d'immigrés et de descendants d'immigrés, population que nous étudions. Ces termes méritent une clarification pour bien comprendre de qui nous parlons. Sayad (cité par Cardon, 1991, pp. 79-82) ne donne pas une définition de ces termes mais les traite sous une approche sociologique qui est plus globale, l'immigration étant envisagée comme un processus. Il explique que l'immigré naît et meurt avec le travail. Cette vision nous permet de comprendre le statut de l'immigré à l'âge de la retraite et au-delà. Pour Sayad (cité par Cardon, 1991, p. 79), ce « processus » est à comprendre comme « *conscience de...* ». L'immigration relève d'une illusion collectivement partagée par le pays d'émigration, le pays d'immigration et par les immigrés eux-mêmes, illusion qui se noue par une triple croyance venant remettre en question le phénomène de l'immigration qui :

- aurait un **caractère transitoire** (temporaire au départ mais devenant définitive);

- serait liée et **commandée par l'économie et le travail** (au départ mais devenant familiale et du peuplement) ;
- se **situerait en dehors du politique** (reconnue par la naturalisation).

Cette illusion enferme l'ensemble des acteurs qui y sont parties prenantes et met à jour les formes de démonstration de domination. L'auteur dénonce aussi les mensonges des dominants sur l'immigré ainsi que les mensonges que l'immigré se fait à lui-même. Sayad fait référence à l'illusion de la présence « temporaire » de l'immigré. Cette illusion est censée tomber dans l'oubli et être acceptée tacitement par les parties prenantes. Du coup, le caractère « temporaire » de la présence de l'immigré se transforme implicitement en une présence permanente. Mais dès qu'une crise économique éclate, il y a réactivation du caractère « temporaire » de la présence de l'immigré. Car être immigré et chômeur est un paradoxe non envisageable qui conduit à rendre leur présence illégitime, impactant alors sur la manière dont les politiques seront menées envers eux (Sayad cité par Cardon, 1991, p 80).

Dans son analyse de l'émigré-immigré, Sayad ne considère plus ce dernier comme une force de travail mais comme « *un fait social dans sa globalité* ». Le sujet émigré-immigré est au centre de deux systèmes. Ces deux systèmes sont d'une part, les variables d'origines qui sont les aptitudes socialement déterminées dont le sujet est porteur avant l'émigration et d'autre part, les variables d'aboutissement qui sont l'ensemble des variables qui dans la société d'accueil détermine le devenir du sujet (Sayad cité par Lacroix et al., 2017, pp 2-3 ; Temime, 1999, p. 268).

Et il ajoute qu'« *un immigré, c'est essentiellement une force de travail et une force de travail provisoire, temporaire, en transit... Le séjour qu'on autorise à l'immigré est entièrement assujéti au travail, la seule raison d'être qu'on lui reconnaisse. C'est le travail qui fait naître l'immigré ; c'est lui aussi, quand il vient à cesser, qui fait mourir l'immigré...* » (Sayad, cité par Cardon, 1991, p. 80)

Quant à la « seconde génération », soit les premiers descendants d'immigrés, Santelli explique qu'ils sont déjà une composante de la société dans laquelle ils vivent + Dans l'étude de notre objet de recherche, nous appliquons, par analogie, la même définition aux descendants d'immigrés marocains en Belgique.

Afin de mieux comprendre ce que l'immigration marocaine a apporté à la Belgique, par l'arrivée d'une population de jeunes travailleurs, de 1964 jusqu'à nos jours, un détour sur leur

parcours historique permet de mieux saisir l'enjeu de leur retraite et de leur accompagnement par leurs descendants.

3. L'histoire de l'immigration marocaine en Belgique

En Belgique, les Marocains ont fortement contribué à la croissance démographique. Présents sur l'ensemble du territoire belge, leur concentration est plus marquée en Région bruxelloise. Deux tiers des Marocains résident sur dix communes³ (parmi les 589 existantes en Belgique) dont la ville de Liège. En 2015, les Marocains représentaient plus de 4 % de la population belge.

L'arrivée sur le sol belge de travailleurs marocains fait suite, entre autres, à la catastrophe de Marcinelle en 1956. Elle provoque la mort de 136 mineurs italiens sur les 262 travailleurs, conduisant le gouvernement italien à arrêter l'envoi d'autres ressortissants. Ceci pousse le gouvernement belge à faire appel à d'autres travailleurs migrants. Les gouvernements belge et marocain négocient alors de 1956 à 1964 une convention de travail pour l'immigration d'une main-d'œuvre marocaine. Elle prévoit une simplification des procédures pour recruter des mineurs marocains, âgés de moins de 40 ans, à la demande des entreprises de charbonnage belge (regroupées sous l'acronyme FEDECHAR⁴).

En 1962, un rapport publié par Sauvy et Delpérée⁵ sur la démographie belge met l'accent sur l'enjeu de l'accroissement important de la population vieillissante et de ses conséquences en termes d'appauvrissement pour la population belge. Ce constat amène les autorités belges à prendre en considération les immigrés non plus seulement comme une force de travail mais aussi comme un soutien indispensable à l'équilibre démographique national (Medhoune, et al. 2015, p. 49). Le gouvernement décide de favoriser le regroupement familial grâce à des incitants financiers (par le système d'allocations familiales et la protection sociale) qui avantagent les familles qui comptent au moins trois enfants. En parallèle, le culte musulman est reconnu.

Dans les années 1970, apparaît un ralentissement de l'activité minière et un choc pétrolier qui provoque une récession économique. Celle-ci touche plus durement les travailleurs immigrés

³ Anvers, Malines, Liège et sept dans les communes de la Région bruxelloise dont Bruxelles, Molenbeek Saint-Jean, Schaarbeek, Anderlecht, Saint-Gilles, Forest et Saint-Josse -ten-Noode. Lausberg, 2015, p 114-122.

⁴ L'ensemble des acronymes du présent travail figure en début de ce mémoire

⁵ Cités par Medhoune, Lausberg et al. 2015. L'immigration marocaine en Belgique. Mémoires et Destinées, p. 80

qui basculent de manière plus importante au chômage que les travailleurs belges. La Belgique ferme alors ses frontières en 1974 alors que la cessation de l'accord bilatéral n'est ratifiée qu'en 1977. Elle régularise cependant 9.000 étrangers qui obtiennent un titre de séjour.

Cette récession provoque aussi des tensions à l'égard de cette population jugée comme un fardeau par les autochtones. En parallèle, les descendants marocains, parmi les immigrés, prennent conscience de leurs droits et les revendiquent. Différentes évolutions des législations des politiques migratoires ont lieu à partir des années 1980 jusqu'à nos jours. Des lois font leur apparition comme celles qui sanctionnent les actes et les propos racistes (1981), l'assouplissement des conditions de naturalisation (1984), le droit du sol pour la deuxième génération (1991), le droit de vote aux élections communales pour les étrangers non ressortissants d'un État membre de l'Union européenne (2004) et enfin la loi sur la nationalité (2012), qui durcit d'ailleurs celle de 2000. Dans cette dernière, une présence continue de sept ans d'un allochtone en Belgique était suffisante pour obtenir la nationalité. Elle permettait aussi à tout étranger installé depuis cinq ans de devenir Belge sous deux conditions : prouver sa connaissance d'une des langues nationales (niveau A2) ainsi que témoigner d'une période de travail minimale (468 jours).

4. Le vieillissement des migrants d'origine marocaine en FWB : bref état des lieux

Dès les années 1960, les personnes d'origine marocaine étaient venues jeunes, pour beaucoup, travailler dans des secteurs bien définis tels que les mines, la métallurgie et le bâtiment dans le cadre d'un accord bilatéral du 17 février 1964⁶, signé entre la Belgique et le Maroc. Cette démarche leur a permis de prendre soin des leurs restés au Maroc.

Le projet était, *in fine*, tant pour les jeunes travailleurs marocains que pour les autorités belges, de retourner un jour dans leur pays d'origine. À cette époque, la question du vieillissement des immigrés n'avait pas du tout été envisagée ni même débattue (Perrin, 2009). Le regroupement familial et la naissance d'enfants (la deuxième génération) au sein de ces familles immigrées, sur le sol belge sont venus transformer l'objectif de rester temporairement en Belgique, en un établissement définitif. Cette nouvelle donne va impacter de manière significative non

⁶ Medhoune, A., Lausberg, S., Martiniello, M. et Rea, A., 2015. L'immigration marocaine en Belgique. Mémoires et destinées. Editions Couleur Livres ASBL. 230 pages.

seulement l'accroissement de cette population depuis 1965, mais également le nombre d'immigrés en âge d'être à la retraite ou en passe de le devenir.

Au premier janvier 2004, sur les 102.050 personnes âgées de plus de 65 ans de nationalité étrangère résidant en Belgique, 6,4% soit 6503 étaient ressortissants du Maroc. Pour la Wallonie, cela représente 2.640 individus. En 2006, ils représentaient 7706 marocains âgés. Les Marocains âgés sont principalement regroupés sur les communes de Charleroi, Liège et Verviers au sein de la Région wallonne (Perrin, 2009).

Perrin explique que l'immigré marocain âgé arrivant à la retraite perd toute justification aux yeux de son pays d'accueil car il ne participe plus à l'économie du pays. Il perd sa raison d'être en tant que travailleur salarié. Selon de nombreuses études, la mise à la retraite dans la société belge est synonyme d'une vieillesse « rebut » alors que dans la société d'origine de l'immigré, elle est au contraire respectée (Perrin, 2009, pp. 21-22 et Moulin et al., 2006, pp. 11-23). Le passage à la retraite est donc un événement crucial, perçu différemment selon qu'on est un salarié d'origine belge ou marocaine⁷ (Perrin, 2006, pp 207-208).

Au niveau de l'état de santé, les maladies diagnostiquées au sein du 3ème âge immigré sont quasi celles rencontrées au sein de la population belge (excepté les maladies liées au travail minier). Toutefois, il ressort que leur ressenti subjectif, à propos de leur état de santé, est plus « négatif », entre autres à cause d'un parcours professionnel chaotique (périodes multiples de chômage et d'emplois peu valorisés). La non-maitrise du français constitue un obstacle de taille pour ces populations et notamment pour les femmes qui n'arrivent pas à communiquer (se faire comprendre) avec le corps médical. Certaines de ces frustrations accentuent des symptômes du mal-être. Ce mal-être est exacerbé par les troubles liés à leur exil du pays d'origine, qui déboucheraient sur des graves dépressions. Snacken (cité par Perrin, 2009, pp. 20-21) parle de « *névrose traumatique du migrant* ». Il insiste sur la nécessité pour l'immigré âgé de résoudre certains problèmes d'ordre identitaire.

La personne âgée immigrée de confession musulmane donne une place très importante à la religion⁸ (Perrin, 2009, pp.26-28). En contexte migratoire, elle recouvre une dimension primordiale : le sentiment d'appartenance. Cette appartenance constitue un ciment de leur

⁷ http://www.fh2mre.ma/telechargement/publications/Troisieme_Age.pdf

⁸ Perrin, N., 2009. Les Doyens de l'immigration. Le troisième âge de l'immigration en Belgique. Edition Bruylant – Academia s.a.

attachement à la culture d'origine. Elle définit aussi bien les rituels de passage que les gestes quotidiens qui structurent la vie des immigrés, et ce indépendamment des espaces (frontières).

Moulin et al.⁹ (2006) relatent dans leur rapport que pour faire face à la perte d'autonomie, les anciens d'origine immigrée en appellent aux solidarités familiales (fortes). Bien que des dispositifs d'aide et d'hébergement existent en Wallonie, les familles marocaines ne les sollicitent que modérément. Ils préfèrent mobiliser leur famille, et plus particulièrement leurs enfants, qui en deviennent responsables notamment en vertu de principes religieux et culturels. Ce sont majoritairement les filles qui dispensent l'aide. Cette situation peut amener *« les enfants à se sentir tiraillés entre deux sentiments contradictoires : d'une part l'obligation d'assumer, de prendre en charge car il y a une pression et un contrôle social de la part de la communauté, du voisinage... et d'autre part le souhait de se conformer davantage aux us et coutumes plus occidentaux. »* (Moulin et al., 2006, pp. 45-46). Ce rapport mentionne la présence d'une évolution des solidarités familiales des immigrés marocains. En effet, le modèle de structure familiale « traditionnel » inculqué par les parents âgés immigrés, tend à s'occidentaliser chez leurs enfants : *« l'exemple marocain témoigne de la diminution sensible du poids relatif du noyau familial classique (couple marié avec enfants) et de l'augmentation de l'importance relative des types de ménages plus "marginaux", tels que les monoparentaux et "ménages autres" »* (Eggerickx, Bahri et Perrin cité par Moulin et al., 2006, pp 54-55). En définitive, on observe la coexistence dans ces familles, de plusieurs types de conception du rôle de la femme dans la sphère familiale et dans la société.

5. Les politiques sociales en matière de vieillesse et l'émergence des aidants proches

5.1. Les politiques sociales en matière de vieillesse : point de vue général

Avant de parler des politiques sociales en matière de vieillesse, il est important de souligner qu'il n'est pas aisé à définir la notion de vieillesse. Elle englobe une pluralité de termes tels que les personnes âgées, les vieillards, le troisième âge, le quatrième âge, les aînés, les personnes âgées dépendantes, les retraités, les seniors, etc. En Belgique, la catégorie statistique qui fixe le

⁹ Moulin M., Casman M.-T., Carboneille S., Joly D., (2006), « Migrations et vieillissements », Rapport d'expertise pour la Fondation Roi Baudouin, Novembre 2006, pp 43 – 46.

seuil des personnes âgées est fixé à 65 ans (contre 60 ans, pour l'OMS¹⁰). Pourtant l'âge apparaît comme une caractéristique individuelle, singulière et ancrée dans la réalité biologique. D'ailleurs Bourdieu a soulevé la question en ce sens en disant que : « *La vieillesse n'est pas qu'un mot ?* » (Bourdieu, cité par Caradec, 2015, p. 1). En effet, la vieillesse est un processus et non un état car elle est le fruit d'une construction historique et culturelle dans une société donnée (Caradec, 2015, p.1).

Dans notre étude, nous nous intéressons aux personnes âgées de 65 ans et plus, en situation de dépendance en Belgique¹¹. D'ailleurs ce public suscite déjà l'attention des politiques, qui ont instauré un programme du « Bien vieillir¹² » (2003), orienté vers la prévention de la dépendance.

Au-delà de ces éléments qui permettent de circonscrire la « vieillesse », il est important de cibler le rôle de l'État¹³ dans la mise en place de politiques sociales en matière de vieillesse dont notamment le système de pension légale¹⁴, premier pilier basé sur la répartition, obligatoire à un âge déterminé. Cependant un petit détour historique est nécessaire pour comprendre comment elle s'est construite au départ d'initiatives associatives en matière d'aide sociale dès la fin du 19^{ème} siècle. Celles-ci vont se généraliser lors des années de prospérité jusqu'à la crise de l'État-Providence dans les années 1970.

Après la deuxième guerre mondiale, la famille nucléaire devient le modèle dominant et impacte les solidarités de proximité. Cette réalité va entraîner l'émergence d'initiatives sociales portées par le monde associatif. Une envergure politique est donnée à ces actions entreprises, par le déploiement de l'État-Providence lors des « Trente Glorieuses ». Ces aides vont se structurer grâce à un partenariat entre les services fournis par les associations et les pouvoirs publics, qui contribuent à la création d'un cadre réglementaire et financier (Unipso, 2007).

¹⁰ <https://www.who.int/ageing/events/international-day-older-persons/fr/> consulté le 20/12/2109

¹¹ La définition de la dépendance en Belgique se trouve dans la deuxième partie au point 2.2.4. « La personne vieillissante dépendante avec des capacités d'autonomie »

¹² Le Bien Vieillir. Cahier 1. Le vieillissement sous toutes ses facettes : une société par, pour et avec les aînés, publié par l'Unipso. Consulté en décembre 2019. L'UNIPSO est la confédération intersectorielle et pluraliste des employeurs du secteur à profit social (non-marchand) en Wallonie et en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'UNIPSO représente plus de trente fédérations d'employeurs du secteur public et privé, actives dans les secteurs (comme par ex : Hôpitaux, Accueil et hébergement des personnes âgées, Services de santé, Accueil de l'enfance, Aide et soins à domicile, etc.)

¹³ Ibidem Unipso

¹⁴ http://ep.cfsasbl.be/IMG/pdf/CFS_EP_ANA_système_belge_des_pensions_solidarite_ou_responsabilite_individuelle.pdf. Consulté en février 2020.

En effet, dès 1949 les hôpitaux et les maisons de repos perçoivent un financement public alors que les services d'aides familiales sont eux reconnus (Unipso, 2007). Destinés au départ au soutien des familles nombreuses, en 1954, ce secteur s'ouvre aux seniors. Le statut d'aide aux seniors est créé en 1965. Et en 1973, les services d'aide aux familles et d'aide aux personnes âgées sont fusionnés (SAFA). En ce qui concerne les maisons de repos (MR), elles dépendent de l'obtention d'un agrément à partir des années 1960. C'est le cas pour les maisons de repos et de soins (MRS) en 1973.

Toutes ces évolutions sont à mettre en parallèle avec les transformations sociétales et familiales, comme la présence accrue des femmes sur le marché du travail, la montée d'une revendication d'autonomie dans les relations familiales, le vieillissement démographique, etc. Ces différents facteurs complexifient la prise en charge des parents âgés, et sont source de tensions au sein des familles. Cette responsabilité incombe initialement et majoritairement à des femmes. Les évolutions ont pour conséquence de faire appel de manière plus importante à des services d'aides professionnelles ou au placement en MR & MRS (Van Pevenage, 2010).

Depuis les années 80, des réductions des dépenses publiques de la santé (réduction du temps d'hospitalisation des personnes âgées et encouragement au maintien à domicile) sont réalisées. L'État-Providence fait d'ailleurs l'objet de remises en question. Ces années sont aussi celles de réformes institutionnelles se traduisant par le transfert de certaines compétences de l'Etat fédéral belge vers les entités fédérées. Parmi elles, on retrouve l'aide non médicale à domicile transférée d'abord à la Communauté française en 1980 puis à la Région wallonne en 1994.

Des évolutions différentes des politiques menées apparaissent au sein des Régions quant à la gestion de la « dépendance ». En effet la Flandre privilégie l'aide à domicile (1980) et la mise en place de résidences services¹⁵. Celles-ci répondent davantage à la volonté des personnes âgées de vieillir chez elles, et ce, à un moindre coût. Alors qu'en Wallonie, ce sont les MR qui sont développées jusqu'en 1990. A partir du début des années 90, les différentes entités fédérées priorisent le maintien à domicile des personnes vieillissantes.

¹⁵ La résidence-services est constituée d' « un ou plusieurs bâtiments, quelle qu'en soit la dénomination, constituant un ensemble fonctionnel, géré par une personne physique ou morale, qui, à titre onéreux, offre à ses résidents des logements leur permettant de mener une vie indépendante ainsi que des services auxquels ils peuvent faire librement appel ». Source : <http://sante.wallonie.be/?q=aines/dispositifs/residence-services>, consulté le 08/12/2019

Dans les années 2000, l'autonomie individuelle¹⁶ devient peu à peu la nouvelle norme sociale de référence. Ceci amène les pouvoirs publics à porter attention à la sécurité économique des seniors. Cette attention passe par la mise en place (outre la pension de retraite légale), d'une Garantie de Revenus Aux Personnes Agées (GRAPA¹⁷) pour les seniors disposant de faibles revenus. Leur insertion sociale et de la prévention de leur perte d'autonomie¹⁸ passent par l'arrivée de structures résidentielles, organisées selon le modèle hospitalier, comme les MRS, les résidences services, etc.

L'approche est centrée sur la personne et ses besoins, elle change et influence les projets des structures. C'est le terme d' « accompagnement » qui est privilégié et non plus celui de la « prise en charge » qui met davantage l'accent sur la dépendance et non l'autonomie. La vieillesse est ainsi vue et gérée autrement (par la Région, les intervenants, les personnes vieillissantes). Pour répondre aux besoins des personnes âgées, les services à domicile adaptent leurs horaires. On note également une augmentation de l'offre de formations en gérontologie et gériatrie, etc. (Van Pevenage, 2010).

De nombreux services de soutien à domicile (relevant des secteurs public, privé et associatif) sont créés afin de permettre aux personnes âgées de vivre le plus possible dans leur maison et d'éviter l'entrée en institution. Nous verrons ci-après qu'en parallèle, la question des « aidants proches » émerge elle aussi de plus en plus.

5.2. Les politiques sociales en matière de vieillesse : la spécificité des minorités ethniques

La problématique de l'accueil et de la prise en charge du troisième âge immigré est importante et pourtant peu mise en évidence. Si nous prenons, par exemple, l'accueil de personnes immigrées en MR, nous constatons que respecter les convictions culturelles et religieuses de ces dernières est obligatoire. Une enquête menée en 2003 (Perrin, 2009) a montré qu'aucun établissement n'hébergeait des bénéficiaires d'origine marocaine. D'après les professionnels

¹⁶ « Plus l'individu est autonome, plus il est authentique, créatif, plus il sait trouver en lui les ressources de sa gestion de soi sans se référer à des règles prédéfinies, plus il sera considéré comme socialisé. » (Franssen, 2003, Rapport le « bien vieillir » en Wallonie : regard intersectoriel de l'UNIPSO).

¹⁷ La Garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa) est une prestation octroyée aux personnes de plus de 65 ans dont les revenus sont trop faibles pour assurer leur subsistance. Une Grapa est liée à des conditions d'âge, de nationalité et de résidence. Le montant dépend de la situation financière et familiale. Source : <https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/aide-cpas/aide-financiere/grapa>. Consulté en mars 2020.

¹⁸ Le Bien Vieillir. Cahier 1. Le vieillissement sous toutes ses facettes : une société par, pour et avec les aînés, publié par l'Unipso. Consulté en décembre 2019.

rencontrés, il y aurait très peu de personnes issues de cette population. L'aspect pécunier n'est pas le seul motif pour expliquer ce constat, il y en a deux autres. En effet, les marocains âgés ont une perception des MR, qu'ils comparent à des prisons ou à des mouiroirs. De plus, arrivés à la retraite, il leur semble naturel que ce soient leurs enfants qui assurent leur prise en charge. Dès lors, « finir » en MR pour les immigrés âgés est ressenti comme un échec dans l'éducation de leurs enfants (Perrin, 2009, p. 28).

En France, Samaoli, explique que la quasi-absence des personnes âgées immigrées en MR, doit être comprise au regard de l'enjeu de la solidarité familiale : *« c'est grâce à la présence familiale que le nombre des personnes âgées immigrées dans les établissements qui leurs sont dédiés est encore mince et ne concerne que des personnes isolées ou des personnes aux dépendances sévères nécessitant une prise en charge appropriée »* (Samaoli, 2011, p. 70). Il ajoute qu'il est pertinent d'être attentif aux comportements et aux pratiques sociales des enfants adultes, de ces personnes vieillissantes. Il s'agit : *« des fils et filles de ces personnes âgées qui vivent dans l'immigration et de voir comment et au prix de quelles adaptations ou sacrifices ils s'acquittent de la prise en charge de leurs parents vieillissants. La question serait alors de savoir jusqu'où et de quelle manière leurs attitudes et leurs comportements sociaux épousent leur époque, subissent ses contraintes qui érodent les schèmes culturels les plus bienveillants d'une autre organisation des rapports sociaux entre parents âgés et enfants adultes »* (Samaoli, 2011, p.70). Il est également important de mettre en lumière la chaîne de solidarité qui se crée de manière informelle autour du parent âgé et d'entendre le désarroi que traverse cette nouvelle génération d'adultes quant au devenir de leur parent âgé.

Il existe donc des avancées, tant en matière de politique sociale belge que par la mise en place de dispositifs en matière d'accompagnement des personnes vieillissantes. Pour autant, Merla¹⁹ (2012) explique qu'en ce qui concerne le vieillissement des premières générations de migrants qui se sont installés dans leur jeune âge et qui atteignent et dépassent l'âge de la retraite, il persiste des écarts culturels entre :

- les attentes des migrants âgés et de leurs proches quant à la façon de prendre en charge des personnes vieillissantes ;
- les dispositifs existant en Belgique.

Merla (2012) confirme les propos de Samaoli (2011) en montrant que les migrants d'origine marocaine sont plus réticents à faire appel à des aides à domicile et au placement en MR et

19 Merla, L., 2012. Migrations, vieillissement et interdépendances familiales.

MRS car cela est mal vu par la communauté et perçu comme honteux. Ce décalage tient également à une construction culturelle différenciée de la notion de « bien vieillir ».

5.3. L'émergence des aidants proches en Belgique

Dans le point précédent, nous avons parcouru les différentes évolutions en matière de politique sociale à l'intention des personnes âgées, visant le maintien de leur autonomie. Peu à peu, un nouveau groupe d'acteurs sociaux a émergé : la catégorie des aidants proches.

En Belgique, les aidants proches²⁰ bénéficient d'une loi²¹ actant leur reconnaissance. Depuis 2014, l'article 3§1 précise que « *l'aidant proche est la personne qui apporte une aide et un soutien continus ou réguliers à la personne aidée* ». Un autre article définit les contours de cette aide informelle : « *le soutien et l'aide doivent être continus et réguliers, apportés à une personne en situation de grande dépendance, à des fins non-professionnelles, avec le concours d'un intervenant professionnel et dans le respect du projet de vie de la personne aidée.* »

Cette loi a permis l'émergence en 2015 d'un dispositif pour des aidants proches indépendants. Elle leur octroie des droits et des aides financières²². En ce qui concerne les aidants en statut d'employés, ils bénéficient déjà de congés ou de crédits-temps²³, mais pas spécifiquement liés à leur éventuel statut d'« aidant proche ». Malgré tout, ces indemnités restent encore insuffisantes.

Selon l'analyse de la CODE²⁴ (2017), le rôle de l'aidant proche est d'accompagner, de soutenir de manière régulière et continue un proche en situation de dépendance (comme la maladie chronique, le handicap de naissance ou en fin de vie, etc.). Cette situation touche 10% de la population belge (Enquête sur les ménages SHARE²⁵ 2013). L'accompagnement de l'aidant va

²⁰ Provost, V., Vanormelingen, C., Rapport de la coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) : les aidants proches en Belgique : définition et statut. Analyse - Décembre 2017

²¹ http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2020061607&table_name=loi : loi la plus récente, de 2020 et qui est la mise à jour de celle de 2014 et 2019

²² Il s'agit d'une dispense de paiement de cotisations sociales, assimilation des droits sociaux durant la période concernée.

²³ Il s'agit de congé d'assistance médicale, congé parental, congé pour soins palliatifs, crédit-temps sans motif, crédit-temps avec motif soins ou crédit temps avec motif enfant malade.

²⁴ Provost, V., Vanormelingen, C., Rapport de la coordination des ONG pour les droits de l'enfant (CODE) : les aidants proches en Belgique : définition et statut. Analyse - Décembre 2017.

²⁵ SHARE est une enquête européenne auprès de plus de 80 000 européens âgés de 50 ans et plus. L'enquête est réalisée tous les deux ans depuis 2004 et se déroule désormais dans 27 pays européens. Les données recueillies grâce à SHARE portent sur l'état de santé des répondants et de leurs proches ainsi que sur leur situation sociale (famille, entraide, réseaux sociaux) et économique (emploi, retraite, patrimoine)

des tâches pratiques (cuisine, ménage, etc.), au fait de prodiguer les soins journaliers (toilette intime, habillage, mise au lit, etc.), au soutien émotionnel (encouragements, support moral...). Cet accompagnement comprend aussi les trajets, la gestion du budget, l'administration en lien avec les soins de santé (gestion des médicaments, accompagnement dans les rdv médicaux...), les tâches administratives, une présence. Le rôle de l'aidant est essentiel car il est polyvalent et adaptatif. Pour autant, il reste largement invisibilisé par la société et ses composantes (famille, école, monde professionnel, réseau de connaissances, amical, etc.). Une analyse qualitative autour des seniors dépendants à domicile et de leurs aidants²⁶ (Cès et al., 2016, p. 57), montre que, de manière générale, les aidants enfants ne souhaitent pas s'investir dans les soins d'hygiène pour des raisons de pudeur et d'intimité envers leurs parents et réciproquement.

Selon l'enquête de santé²⁷ (SHARE 2013) sur l'aide informelle, il y a environ un million de personnes qui consacrent entre 10h à 20h par semaine une aide à un proche. Selon Cès (2016) cela se traduit par une moyenne de 4,2 heures par jour. Cela peut-être par altruisme ou parce qu'il n'existe pas d'autres alternatives accessibles financièrement adaptées aux besoins de la personne. Mais selon la CODE (2017, p. 1), l'aide se compte en temps et énergie qui impactent la vie et la famille de l'aidant proche (stress, fatigue, perte financière, arrêt ou réduction temps de travail, diminution du temps pour soi et ses enfants, etc.). De plus, contrairement à une idée répandue, la décision de devenir aidant proche n'est pas « naturelle » mais construite socialement (au départ d'une histoire familiale, d'une culture, etc.). L'aide peut aussi bien survenir après un événement fortuit, que s'inscrire dans une chronicité²⁸. Et plus le réseau familial est grand autour de l'aidé, plus la probabilité est élevée d'une meilleure répartition de la charge entre plusieurs membres (diminution du risque de déséquilibre).

Les besoins d'aide de longue durée des personnes en situation de dépendance sont nombreux et continuent d'augmenter (longévité, manque de structure d'accueil et accompagnement professionnel insuffisant).

D'après l'étude²⁹ de Cès et al. (2016) portant sur les aidants proches des personnes âgées dépendantes, les aidants sont majoritairement les conjoints (73%) et les enfants majeurs (23%).

²⁶ Cès, Sophie ; Flusin, Déborah ; Schmitz, Olivier ; Lambert, Anne-Sophie ; Pauwen, Nathalie ; et. al. Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. (2016) 135 pages

²⁷ Charafeddine R, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 4 : Environnement physique et social. WIV-ISP, Bruxelles, 2015, p. 371

²⁸ Provost, V., Vanormelingen, C., (stagiaire). Rapport de la coordination des ONG pour les droits de l'enfant : les aidants proches en Belgique : définition et statut. Analyse - Décembre 2017

²⁹ Cès, Sophie ; Flusin, Déborah ; Schmitz, Olivier ; Lambert, Anne-Sophie ; Pauwen, Nathalie ; et. al. Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. (2016) 135 pages

La plupart sont des femmes (71%). 45% des aidants proches ont plus de 50 ans ; plus de 55% ont un revenu compris entre 0 et 2000 €. Quant aux aidants proches non-cohabitant, ils représentent 40%. Enfin, l'aidant proche fait économiser un coût mensuel à la société qui oscille entre 267 € à 1.197 €, en prenant en charge des tâches relevant de professionnels de l'aide et/ou du soin.

En résumé, dans l'analyse du CODE³⁰, Provost (2017, p. 3) amène à dégager des dimensions dans la définition de l'aidant proche sont retenues à savoir :

- le lien particulier qui existe entre l'aidant et l'aidé (pas exclusivement familial car l'aide se base sur une relation de confiance) ;
- l'aide apportée à une personne en perte d'autonomie (le soutien par l'aidant doit être nécessaire dans la vie quotidienne de l'aidé) ;
- l'aide est bénévole et non-professionnelle (les motifs du don de temps et d'énergie sont d'ordre affectif, familial, relationnel et/ou solidaire) ;
- un besoin continu ou régulier de l'aide : soit selon la maladie du proche, soit plus intense lorsque les pics de la maladie se succèdent (ex : pathologies en santé mentale).

Conclusion

L'exploration de la littérature nous a amené à dresser le contexte dans lequel notre objet de recherche s'inscrit. De nombreuses études montrent qu'il existe bien des **spécificités** (religieuse, culturelle, santé physique et morale, barrière de la langue, etc.) qui sont liées aux **migrants marocains** âgés et à leur conception de **leur propre prise en charge par leurs enfants**. En effet, il existe des écarts entre les conceptions de la vieillesse de cette population s'appuyant de manière plus importante sur les solidarités familiales, et celles des autochtones. Nous pouvons aussi souligner que ces enfants aidant leurs parents sont pris entre les assignations culturelles héritées (Maroc) et les normes et valeurs véhiculées dans la société d'accueil (Belgique).

Les notions d'**immigration et d'émigré-immigré du travailleur marocain ont été clarifiées**. **La première** fait référence à un processus qui évolue avec le temps dans la société d'accueil (passage d'une immigration de travail à familiale et de citoyenneté par la naturalisation) et la

³⁰ Provost, V., Vanormelingen, C., (stagiaire). Rapport de la coordination des ONG pour les droits de l'enfant : les aidants proches en Belgique : définition et statut. Analyse - Décembre 2017

seconde se situe au centre de deux systèmes qui sont les variables du pays d'origine et d'aboutissement du pays d'accueil, la Belgique.

Quant à la notion d'aidant proche de manière générale (rôle qui est endossé par l'enfant d'immigré dans notre objet de recherche), des études ont permis de montrer que ce rôle est polyvalent et adaptatif. Il n'est pas naturel mais construit socialement, renvoyant notamment à la division genrée du travail domestique. On peut noter que le besoin d'aide est en constante augmentation et que cette aide est assumée aux $\frac{3}{4}$ par le/la conjoint.e (75% dont 71% d'épouses). Les enfants adultes représentent moins d'un $\frac{1}{4}$ (23%) dont la moitié est âgée de 50 ans et plus. La reconnaissance de ce statut est assez récente et n'entrera pleinement en vigueur qu'au 01/09/2020³¹.

Arrivée au terme de cette contextualisation, nous allons à présent présenter la perspective théorique qui va nous permettre d'éclairer notre objet de recherche.

³¹ <https://wallonie.aidants-proches.be/vos-questions> ; <https://wallonie.aidants-proches.be/loi-de-reconnaissance-des-aidants-proches/>

DEUXIEME PARTIE :

LE CADRE THEORIQUE ET LA QUESTION DE RECHERCHE

II. Le cadre théorique

1. Introduction

Nous nous penchons donc sur la manière dont des enfants adultes, d'origine immigrée, organisent l'accompagnement de leur(s) parent(s) vieillissant, souffrant de perte d'autonomie. C'est pourquoi nous mobilisons tout d'abord la notion de « care », pour identifier le processus et les dimensions de cet accompagnement. Ces dimensions sont, selon nous, visibles plus précisément dans le « **care domestique** », auquel nous allons nous référer dans notre enquête.

Ensuite, il est nécessaire de bien comprendre comment les solidarités familiales et intergénérationnelles impactent/influencent les perceptions du care et les stratégies d'adaptation mises en place par la famille (en tant que pourvoyeuse principale du care). C'est pourquoi nous allons dresser un aperçu des transformations subies par la « famille » jusqu'à nos jours (contemporaine) et les types de configurations familiales associées à certaines formes d'organisation sociale de l'aide à la vieillesse, sous forme d'idéaux-types d'aidante. En effet, la transmission peut faire l'objet d'un tri de la part de l'enfant le conduisant à reconfigurer/recomposer l'aide dispensée aux parents âgés.

Enfin, comme nous nous intéressons aux perceptions des descendants de parents immigrés vieillissants d'origine marocaine, le concept des stratégies identitaires et d'acculturation éclairera notre problématique par rapport à la dimension migratoire (en illustrant les potentielles tensions entre les assignations culturelles et les normes sociétales en vigueur).

2. Le care et le care domestique

Le concept du care est originaire des États-Unis où il a d'abord été développé par Gilligan. Son ouvrage « Une voix différente », paru dans les années 80, a ainsi contribué à la deuxième vague du féminisme. Dans les années 1990, c'est Tronto qui déploie le care dans le champ politique, au-delà de la problématique du féminisme et de la sphère domestique (privée), via la publication de son livre « Pour une éthique du care ».

D'autres auteures (Molinier et al. 2009) tentent d'apporter une réponse concrète aux problématiques liées aux besoins d'autrui. Le concept du care a longtemps été défini comme le

souci des autres et une préoccupation spécifique au féminisme. Cependant ce concept relève d'une question politique centrale qui recoupe l'expérience quotidienne et intime de chaque citoyen, à un moment donné ou l'autre de sa vie (tout le monde ayant connu, à un moment ou l'autre de son existence, l'état de « vulnérabilité » auquel le care, le soin, apporte une réponse).

Nous retenons la définition qui intègre l'affection et la responsabilité, qui elles-mêmes préjugent de la qualité du care selon Tronto et Fisher en 1990 comme : « *une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre monde de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie* » (Tronto et Fisher citées par Molinier et al., 2009, p. 37). Il s'agit ici de la perspective du care dans un idéal de changement politique.

La perspective du care comporte une visée éthique et politique. Non seulement tout un chacun est amené à connaître la vulnérabilité (ce que nous avons souligné ci-dessus). Et de plus, en réalité, chaque personne est le centre d'un réseau complexe de relations de care, ce qui montre que chacun.e n'est pas autonome (la personne ne se prend pas en charge seule). En effet, le care n'est pas restreint à l'interaction avec autrui (il existe aussi pour des objets, pour l'environnement), il n'est pas individualiste, ni dyadique (non-restreint à la relation mère-enfant). L'activité du care est culturelle et connaît des variations ouvertes. C'est une activité inscrite dans la durée, qui est de ce fait pratique : ce n'est pas seulement une disposition.

2.1. Le care dans sa dimension sociologique

Tronto (citée par Damamme et Molinier, 2009) vise à déplacer les frontières morales qui barrent toute possibilité d'entendre « une voix différente ». En effet, le care requiert de travailler avec un concept élargi du travail, qui inclut la dimension morale des activités des principales intéressées (pourvoyeuses de soin). Pour dire comment le monde social « tient » en partant d'un travail peu connu, Tronto dote la perspective du care de capacités descriptives. Le care comme processus est donc un enchaînement complexe d'activités visant le soin à autrui dont l'organisation même produit des inégalités diversifiées (d'accès aux soins, mais aussi de

chances, de capacités de vie et de pouvoir). Tronto³² (2008, pp. 248-250) détaille les 4 aspects de l'activité du care :

- **l'existence d'un besoin** (to care about) et de la **capacité** de l'attention portée à ce besoin,
- ensuite de prendre les dispositions pour lui **trouver** une **réponse** (to care for) et de la **capacité** de la responsabilité de celui/celle s'engageant à trouver cette réponse,
- de **donner** directement la **réponse** au soin (care giving) et de la capacité de la compétence (une réponse adéquate et proportionnelle au besoin identifié),
- et enfin la **recevoir** (care receiving) et la **capacité** de réponse et de réceptivité (soit l'évaluation par les différents protagonistes, de la justesse des soins apportés).

Ces quatre étapes constituent les éléments du processus qui peuvent être dissociés et fragmentés. Ces capacités morales permettent une meilleure description que ne le ferait l'usage du terme de « sentiment ». C'est de l'intégration du processus, c'est-à-dire la coordination équilibrée entre les aspects de l'activité (les 4 care), que dépend la réussite de l'action. Autrement dit, la relation dyadique – si elle peut dans des situations extrêmes, regrouper l'ensemble des aspects du processus – n'en est éventuellement qu'un moment, qui, dans tous les cas, implique la coordination entre les activités de protagonistes multiples, situés à l'intérieur de la sphère domestique, ou à l'extérieur (professionnels, auxiliaires, agents d'institutions publiques, etc.).

2.2. Le care domestique

Pour Damamme et Paperman (2009, pp. 136-137), décrire les activités du care dans la sphère domestique permet de rendre visible tout un pan du travail humain qui reste souvent invisible et fait l'objet de préjugés (comme en témoigne le manque de reconnaissance de la charge mentale que représente l'organisation des tâches de care par la pourvoyeuse principale). L'inscription de la perspective du care permet donc de décrire sa dimension pratique dans la sphère domestique (définie comme un espace de relation plutôt que de travail). Il s'agit donc de décrire ce qui « est fait par et dans les familles » : comment les exigences du care sont-elles envisagées et distribuées entre les différents pourvoyeurs du care (familial ? professionnel ?)

³² Tronto, J. (2008). Du care. Revue du MAUSS, 32(2), 243-265. doi:10.3917/rdm.032.0243.

réels et potentiels ? Comment les relations entre les membres de la famille sont-elles travaillées par le care ? Comment s'expriment les divergences sur les manières de faire, les difficultés qu'il y a à délimiter les parts respectives de chacun dans une situation de care familial, mais aussi à s'accorder sur ce qui est nécessaire pour le destinataire (Damamme et Paperman, 2009, pp. 136-137) ?

La description du care domestique inclut la dimension du care rémunéré et non rémunéré, intégrant donc ce qui peut relever à la fois de la sphère familiale et de l'apport de professionnels.

2.2.1. La pourvoyeuse principale du care

Pour décrire l'organisation du travail dans les familles, le terme de « pourvoyeuse principale³³ » de care est défini (Damamme et Molinier, 2009, p. 138) en indiquant que la personne qui prend soin des autres au quotidien se trouve en position de « responsable ». De nombreuses études qualitatives et quantitatives confirment que la responsabilité revient le plus souvent aux femmes même si les hommes s'impliquent également³⁴. D'ailleurs, l'étude de Cès, Flusin et al. (2016, p.32) montrent que 71% des aidants proches non-cohabitants fournissant de l'aide aux personnes âgées dépendantes, sont des femmes. Cette étude précise que « *la pression socioculturelle exercée sur les femmes est plus forte, ce qui explique pourquoi elles sont incontestablement de grandes pourvoyeuses d'aide, que ce soit pour la garde des jeunes enfants ou la prise en charge des personnes âgées.* » (Cès, Flusin et al., 2016, p. 32).

C'est depuis la position de pourvoyeuse principale de care (donner une visibilité de leur point de vue) que se manifeste la pertinence de l'analyse de care (du temps de vie) comme cadre d'analyse qui permet de faire apparaître l'enchevêtrement des différentes faces du care domestique, sans occulter la difficulté d'en délimiter les contours.

Le temps long (privilégiant les relations suivies avec les personnes) s'il permet de détailler l'histoire de vie des familles et de leurs dépendances, n'est pas « accessible » dans le cadre de cette recherche, qui cible un moment « t ». Nous envisageons donc contourner cette difficulté en interrogeant les enquêtées sur le « don » et le « contre-don » du care qu'elles citent toutes,

³³ Pour rappel et étant donné la sur-représentation des femmes dans la littérature du care mais aussi, dans notre échantillon, nous privilégions dans la suite du mémoire, la forme féminine de ce terme.

³⁴ Molinier et al., (2009). Qu'est-ce que le care ? Le souci des autres, sensibilité, responsabilité. p. 269

exprimant que leur aide est un rendu « bien naturel » au vu de tous ce que leurs parents ont consenti, d'efforts et de sacrifices pour elles-mêmes et leur fratrie, étant jeunes.

2.2.2. Le travail du care domestique

Glen³⁵ propose une définition des pratiques de care qui permet une meilleure délimitation de ses enjeux sociaux et moraux. Elle donne trois caractéristiques dont deux sont déjà mentionnées : tout le monde a besoin de care qui ne se limite pas qu'aux personnes âgées, aux enfants et aux personnes en incapacité. Le care est également entendu comme créant une relation d'interdépendance car le travail de care est « *constitué dans et par la relation avec ceux qui donnent et reçoivent le care* ». Elle complète par une troisième caractéristique, en soulignant que le care en tant que tel peut être organisé de différentes façons c'est-à-dire « *que nos manières de concevoir le care le plus adéquat sont façonnées par nos ancrages culturels, sociaux et qu'elles sont donc variées.* » (Glen citée par Damamme & Paperman, 2009, p. 99)

Selon Damamme et Paperman³⁶ (2009) la pourvoyeuse principale a un rôle de coordinatrice des temporalités (ce qui représente une part importante de son temps) indépendamment de son implication dans la fourniture directe des soins. Ce rôle de coordination peut être chronophage.

La diminution/l'aménagement de temps de travail professionnel, voire le changement d'emploi s'impose lorsque le rôle de pourvoyeuse principale le nécessite. Le temps pour soi est primordial pour tenir dans la durée pour la pourvoyeuse du care. L'organisation du care fait apparaître deux activités importantes de la pourvoyeuse du care dans la famille :

- **coordonner les temporalités** entre les protagonistes présents dans la production du care (professionnels tels qu'aides-soignants, infirmiers, aides ménagères, etc. et différents membres de la famille) qui ont généralement des logiques et des points de vue différents ;
- **assurer la continuité des soins.**

³⁵ Damamme, A. et Paperman, P., (2009). Care domestique : des histoires sans début, sans milieu et sans fin. Dans Multitudes 2-3 (n° 37-38), pages 98 à 105

³⁶ Damamme A. et Paperman P. (2009), « Temps du *care* et organisation sociale du travail en famille », *Temporalités* [En ligne], 9 | 2009, mis en ligne le 07 octobre 2009, consulté le 25 octobre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/temporalites/1036> ; DOI : 10.4000/temporalites.1036

Les auteures soulignent que des outils informatiques peuvent être présents et utilisés par les responsables de care pour coordonner les temporalités entre membres de la famille qui s'investissent dans l'aide.

2.2.3. Les bénéficiaires du besoin de care domestique

Toujours selon Damamme et Paperman³⁷ (2009, pp. 153 - 154), le care domestique prend en considération tous ceux qui ne sont pas officiellement « dépendants » en restituant le travail par rapport aux charges multiples de tous les jours. Le care ne se limite à une description de tâches qui seraient marchandables (nettoyage, repas, repassage, etc.). Les relations du care dans les familles signifient entrer dans la vie des agents du care, dans ce qui est « *douloureux et injuste* ». Il peut exister des tensions morales entre les besoins du destinataire (infinis) et les besoins propres à la pourvoyeuse de care. Autrement dit, le besoin de care émanant de ces pourvoyeuses, laisse apparaître des difficultés à maintenir l'équilibre entre les besoins du destinataire et ses besoins propres (notamment en termes d'aménagement du temps professionnel pour dégager du temps pour soi).

2.2.4. La personne vieillissante dépendante et ses capacités d'autonomie

En se basant sur l'Université médicale virtuelle francophone, (S.D.), la définition retenue ici est celle de **l'autonomie** de la personne âgée, soit « *la capacité à se gouverner elle-même qui présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté*³⁸ ». Elle se distingue de la **dépendance**, qui elle, relève de « *l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement*³⁹. »

³⁷ Molinier et al., (2009). Qu'est-ce que le care ? Le souci des autres, sensibilité, responsabilité, pp. 153-154

³⁸ <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>, consulté le 30 octobre 2019

³⁹ Ibidem

2.3. Un outil d'analyse complémentaire : les grilles d'évaluation de la dépendance

Pour compléter notre approche théorique, il nous est apparu nécessaire de pouvoir cibler le niveau de perte d'autonomie des parents âgés des pourvoyeuses de care. C'est pourquoi nous utiliserons deux grilles d'évaluation de la dépendance, en respectant leurs modalités de passation et les consignes d'interprétation des résultats. Le choix des instruments des outils de la dépendance se fait en fonction de la qualité et du but. Pour leur fréquence d'utilisation dans le domaine de l'aide à domicile, nous nous référons aux deux échelles suivantes :

L'échelle de l'activité quotidienne de Katz⁴⁰ : elle permet de déterminer les capacités d'un individu pour les gestes courants intéressant le corps comme les soins corporels, l'habillement, la toilette, le transfert, la continence, l'alimentation. Est considérée comme dépendante toute personne qui n'arrive pas à réaliser au moins deux activités.

L'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne de Lawton⁴¹ (IADL) voit la personne âgée réaliser elle-même l'évaluation de ses capacités, dans le cadre de sa vie à domicile⁴². Il s'agit des activités courantes nécessitant une utilisation des fonctions cognitives « instrumentales » (calcul, élaboration de stratégies exécutives), comme la capacité d'utiliser le téléphone, de faire les courses, de préparer un repas, de faire le ménage, de laver le linge, d'effectuer un voyage ou des transports urbains, de prendre un traitement médicamenteux et de gérer un budget personnel.

L'échelle de Katz (cf. annexe 1) évalue de manière objective six activités de la vie quotidienne alors que l'échelle de Lawton (cf. annexe 2) évalue le comportement et l'utilisation de huit outils usuels.

Ces deux échelles sont mobilisées, en amont de l'entretien avec les pourvoyeuses principales du care domestique sur le terrain. Elles permettent de recueillir, outre les caractéristiques du travail du care domestique, les activités quotidiennes physiques (non morales) réalisées lors de l'accompagnement.

⁴⁰ Référence: Katz S., Downton T.D., Cash H.R. Progress in the development of the index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30

⁴¹ Lawton M., Brody E.M. Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969 ; 9 : 179-186.

⁴² Une vérification auprès des proches peut être nécessaire, voire une mise en situation (préparation des médicaments, utilisation du téléphone, manipulation de la monnaie) pour valider l'auto-évaluation.

Le care domestique est avant tout basé sur une sollicitude, une vigilance discrète et attentive auprès d'une personne vulnérable. Il rejoint en cela les caractéristiques généralement associées à la sphère familiale : interdépendance de ses membres, relations de solidarité illustrées par des dons et des contre-dons. Cependant la « famille » n'est pas un phénomène statique : elle évolue selon les époques, les territoires. Dans les familles se construisent différents types d'identité d'aidants, que nous allons détailler ci-après.

3. La famille en transformation, les solidarités familiales et intergénérationnelles

La question du care, et plus spécifiquement du care domestique, ayant été posée, il nous reste à explorer le contexte de la famille contemporaine au sein duquel ce « care » doit aujourd'hui se déployer.

Dans un premier temps, nous reviendrons donc sur le concept de « famille » et relaterons les différentes transformations qu'elle a connues, depuis le 19^{ème} siècle, jusqu'à nos jours. En effet, nous verrons que ce n'est pas tant dans les structures familiales que ces changements se sont opérés mais plus précisément dans les types de relations entre les différents membres qui composent la famille.

Dans un deuxième temps, nous exposerons différentes configurations familiales issues de ces transformations afin d'analyser le lien qu'elles ont sur les solidarités familiales et intergénérationnelles.

3.1. La famille en transformation, la famille contemporaine : libres ensemble

De Singly donne plusieurs définitions de la **famille** dont « *la famille contemporaine qui se définit moins en fonction de critères formels, structurels qu'en référence à une double exigence : la création d'un cadre de vie où chacun peut se développer tout en participant à la vie des autres ou au soutien des autres* » ; « *la famille contemporaine doit délivrer aux petits et aux grands une reconnaissance de type particulier (...) qui peut prendre la forme du **care** dans le langage de Gilligan et de Tronto.* ». Et « *la famille est caractérisée par ses fonctions spécifiques de reconnaissance, de soin et de solidarité.* » (De Singly, 2017, p.10)

A la fin 19^{ème} siècle, la « famille dite « moderne 1 » est considérée comme moins patriarcale (car découlant de l'urbanisation et l'industrialisation). Elle a permis une 1^o transformation des liens via un approfondissement de l'individualisation, particulièrement au travers du mouvement féministe qui soutient que les femmes ne sont pas que des épouses et des mères. Quant au passage à la « famille moderne 2 » centrée sur l'émancipation de la femme et de la force de l'amour, il a été soutenu par la société salariale (revendication de l'indépendance), l'État-Providence et la force de la scolarisation (capital culturel) dans les années 1960. Le passage d'un type de famille à l'autre illustre un allègement du poids des lignées. Celle-ci est relative car le contrôle de l'État le remplace dans le deuxième type. (De Singly, 2017, p. 16)

La famille conjugale n'est qu'une forme particulière de famille nucléaire composée d'un père, d'une mère et des enfants. L'originalité de la famille moderne se trouve dans son système de relations, c'est-à-dire les interactions entre ses membres. En effet, elles contribuent à créer la personnalité des individus, et non sa structure. Comme les individus ont une individualité propre, l'unité d'un groupe est remise en question. Elle remet en question l'analyse des « stratégies de reproduction » de la famille. Il convient alors d'être attentif à démontrer comment chacun des membres de celle-ci prend en charge ou non, la continuité de la famille en adoptant un rôle de « porte-parole » ou au contraire, en n'étant pas du tout investi.

Il faut distinguer la famille « traditionnelle » ou « communautaire » au sein de laquelle les individus sont au service du groupe, de la famille « moderne », considérée comme « individualiste » au sein de laquelle la famille est au service de chacun de ses membres, à la fin du 19^{ème} siècle (De Singly, p. 27). Les familles, peu importent leurs formes, sont soumises aux mêmes normes, aux mêmes tensions (intérêts contradictoires). De Singly (2017) cite cinq tensions entre :

- la **personnalisation et la socialisation**, montrant que l'identité personnelle est une identité sociale et que la fonction de socialisation de la famille (socialisation primaire) reste importante ;
- la **privatisation et la normalisation** par la loi ou par ses politiques sociales, conduisant l'État à participer à la production de normes familiales ;
- la **fragilité et l'ancrage**, qui permet à la parenté de conserver son rôle de « ressource de construction de soi » qui pourrait être fragilisée par des séparations (ex. : divorce) ;
- la **reproduction et la construction de l'identité personnelle**, qui amène les familles à percevoir l'héritage (économique, culturel, social et symbolique) comme un

renforcement du lien intergénérationnel, qui s'oppose à une vision s'appuyant sur le mérite personnel ;

- la **construction d'un monde commun et le processus d'individualisation** postulant que la vie à deux amène une authentique construction sociale de la réalité.

Deux règles s'imposent dans l'approche sociologique de la famille moderne. La famille n'est pas un groupe (en d'autres termes, il ne faut pas prendre la version d'un des membres du groupe et la généraliser comme étant la vision globale de la famille). Et il s'agit de prendre au sérieux les divergences et convergences entre les versions des conjoints, des enfants et des parents afin de démontrer à la fois, la manière dont le groupe se construit et dont chacun peut affirmer une individualité, ses choix et son épanouissement.

3.2. Les solidarités familiales et les solidarités intergénérationnelles

Si Van Pevenage (2010. p. 8) souligne toute la difficulté de définir la solidarité familiale, elle convient cependant de cette définition : *« au sens large, la solidarité familiale réfère à cette cohésion grâce à laquelle les membres d'un groupe social (famille élargie ou réseau familial) ont à cœur les intérêts des uns et des autres. La solidarité est donc un état des relations entre personnes qui, ayant conscience d'une communauté d'intérêts, la traduisent concrètement dans différentes conduites de communication (sociabilité) ou d'échanges (soutiens). »*

La solidarité intergénérationnelle⁴³ apporte, elle, un éclairage quant aux différentes générations qui participent de cette solidarité et se définit comme : *« un échange entre plusieurs générations : les aînés, les adultes et les jeunes. Chacun de ces acteurs essaie d'obtenir des autres les éléments dont ils ont besoin. Les échanges peuvent être sociaux ou matériels selon le cas. La réciprocité est la base d'une bonne solidarité intergénérationnelle. »*

3.3. Configurations familiales historiques et figures-types de l'aide aux parents

Clément, Gagnon et Roland (2005) proposent trois types de configurations familiales associées à certaines formes d'organisation sociale de l'aide à la vieillesse, sous forme d'idéaux-types.

⁴³ Source : <http://www.economiesolidaire.com/2012/07/11/la-solidarite-intergeneracionnelle/>. Site consulté le 15 janvier 2020.

Dans ce travail de typologie, ils mettent l'accent essentiellement sur les liens sociaux qui s'y construisent, en évitant de catégoriser des individus ou des familles. La première figure typique de l'aidant, appelée l'« héritier », est visible dans les familles plutôt traditionnelles se définissant comme une unité socio-économique. La seconde figure type, appelée par les auteurs l'« enfant », apparaît dans la famille traditionnelle ou moderne qui favorise les rôles d'obligation mutuelle. Enfin, l'identité d'« aidante » se construit dans le cadre de relations individualisées dans lesquelles la dimension affective est centrale et s'observe plutôt en contexte contemporain.

3.3.1. L'héritier ou la transmission du patrimoine

La notion de patrimoine renvoie aussi bien au champ social qu'au champ économique. « *La valeur matérielle engagée dans l'héritage ne constitue qu'une partie d'un ensemble de valeurs liées à la reproduction d'une lignée* » (Clément et al., 2005, p.172). Ce modèle se retrouve en majorité dans le monde rural et ce jusqu'au milieu 20^{ème} siècle. En effet la transmission assure la sécurité matérielle à la vieillesse et amène l'enfant à reprendre l'activité agricole tout en cohabitant avec ses parents âgés. Les héritiers ont appris à ne compter que sur eux et sont réticents à faire appel à des aides extérieures. D'ailleurs l'autonomie de la famille prend le pas sur celles de chacun de ses membres. En général, cela relève souvent d'un fils qui hérite et éventuellement son épouse, qui se mettent au service de la famille qui l'accueille.

Ce modèle a tendance à s'effacer avec les transformations sociétales des dernières décennies comme l'urbanisation, le salariat ou encore l'évolution des relations conjugales. La cohabitation entre les enfants et les parents âgés est délaissée sans pour autant qu'il y ait une rupture des contacts avec la famille. Les formes de solidarité familiale changent et privilégient les valeurs plutôt que la reproduction familiale. Cependant, certains **éléments de ce modèle réapparaissent aujourd'hui** dans les **familles urbaines où l'enjeu de l'héritage est saillant**. Il se concrétise par une compensation financière en échange de la prise en charge d'un parent âgé.

3.3.2. L'enfant, ou la famille et ses rôles

Dans ce modèle, Clément et al. (2005) expliquent que la distribution des rôles des enfants dans l'aide apportée aux parents est bien établie. Ce sont les fils et filles qui ressentent l'obligation de s'occuper de leurs parents allant jusqu'à la cohabitation si besoin est. Les parents n'hésitent pas d'ailleurs à le leur rappeler. Les rôles ne sont pas figés et évoluent tout au long du vécu.

Cette configuration est inspirée du salariat et de l'urbanisation où la famille et le travail ne sont plus liés comme dans la configuration de l'héritier. En ce qui concerne l'aide prodiguée aux parents âgés en difficulté, les politiques sociales en matière de vieillesse peuvent encourager les solidarités familiales où la division genrée des responsabilités est plus importante. En effet les soins relèvent des tâches féminines, de par la position des femmes dans la sphère domestique.

Certains groupes d'immigrés illustrent bien cette configuration comme par exemple les Italiens à Montréal. Fils et filles ressentent tous les deux cette responsabilité. Cependant, les soins restent l'apanage des femmes. On aide ses parents en raison d'une dette de vie (don de la vie, éducation, sacrifice, etc.) et le recours à des aides extérieures n'est pas envisageable car il témoignerait d'une forme d'abandon à l'égard des parents.

D'autres responsabilités familiales, professionnelles, etc. amènent les enfants et plus spécifiquement les femmes à ne plus pouvoir apporter autant d'aide aux parents âgés. C'est pourquoi l'aide apportée aux parents résulte de la disponibilité des enfants qui n'accumulent pas différents rôles : ils sont célibataires ou ne travaillent pas à l'extérieur. Et enfin des tensions peuvent naître lorsque le partage de l'aide dispensée aux parents âgés entre les enfants n'est pas équilibré.

Nous proposons le terme d' « aidante enfant » (AEnf, cf. page suivante) pour rendre compte de cette dynamique.

3.3.3. L'aidante, ou la relation affective

Cette configuration, plus contemporaine que les précédentes, est caractérisée par l'affectif (l'amour) qui est porté par la personne qui aide son père, sa mère ou son conjoint. C'est la famille postmoderne qui privilégie l'individualité et les relations. Ce sont les relations

singulières qui priment sur les liens, qui sont eux-mêmes les éléments centraux de la configuration « enfant ».

L'aidante a la volonté de maintenir l'identité (la dignité et l'image de soi) de la personne âgée fragilisée, par un travail de protection qui vise à préserver l'autonomie individuelle. Le choix de la personne est respecté, comme celui de rester vivre au sein de son domicile. Ce modèle promeut une place centrale à l'affectif. Il repose sur des valeurs d'égalité et de liberté (sous la poussée de l'individualisme) qui sont encouragées par le salariat et les services publics. En parallèle, l'aidante s'accomplit également dans l'aide c'est-à-dire que l'aidante « *s'ouvre à l'altérité en faisant de l'autre (l'aidé) et de sa rencontre le lieu premier de sa réalisation, de sa responsabilité. C'est ce que Ricoeur (1990) appelle la sollicitude.* » (Clément, 2005, p. 180). Cependant cette dualité peut devenir excessive sans le contrôle d'autres membres de la famille ou des services publics pour modérer cette fusion, amenant alors plus de partage quant à cette responsabilité.

Dans ce modèle, l'aide ne découle pas d'une obligation définie et attachée à un rôle : l'aidante décide librement de partager ou non les tâches. En revanche une augmentation de ces obligations se manifeste par un investissement émotif et identitaire découlant de leur individualisation. Des tensions naissent entre liberté et obligation de prodiguer l'aide, et donc, l'affectif est la manière de les réconcilier. Dans cette configuration, la reconnaissance de l'aidante par le reste de la fratrie est primordiale. Nous proposons le terme d'aidante médiatrice pour rendre compte de cette dynamique.

Le recours aux services extérieurs (professionnels) pour certaines tâches est envisagé assez aisément par l'aidante et lui permet ainsi de se centrer sur l'affectif tout en se préservant (en habituant ses vieux parents à ces aides externes). Dans les familles se dégage ainsi une aidante principale au sein de la fratrie, qui prend de plus en plus, avec le temps, de décisions par elle-même, seule.

Clément (2005) conclut que les trois idéaux types font émerger trois facteurs qui impactent les dynamiques familiales de prise en charge des parents âgés en perte d'autonomie : l'héritage, les rôles et l'affectif. De plus ces facteurs sont combinables en fonction des situations, avec une intensité différente selon les configurations familiales.

Clément et al. proposent un modèle « général » d'aidante mais comme dans le cadre de ce travail, nous abordons les configurations familiales et les stratégies identitaires, il nous a paru

pertinent de distinguer ces deux types d'aidantes : aidante enfant (AEnf) et aidante médiatrice (AMéd)⁴⁴. Et ce afin de simplifier la bonne compréhension de ces concepts articulés par la suite.

4. Les stratégies identitaires et les stratégies d'acculturation

Les stratégies identitaires sont contenues dans les stratégies d'acculturation. Les stratégies identitaires sont des opérations mentales et des conduites. Celles-ci contribuent à construire une identité conforme aux normes de la société d'accueil, tenant aussi compte des valeurs de l'individu, qui sont constamment en évolution. Les stratégies d'acculturation sont, elles, l'ensemble des phénomènes émanant de contacts quotidiens entre les groupes d'individus de cultures différentes, qui provoquent des changements importants dans les cultures des deux groupes.

4.1. Les stratégies identitaires

Selon Manço⁴⁵ (2001), les stratégies identitaires actives sont des opérations mentales et des conduites contribuant à la construction d'une identité évolutive, « socialement acceptable » et respectueuse des valeurs particulières de l'individu. Elles correspondent au « *résultat de l'élaboration individuelle et collective des acteurs et expriment, dans leur mouvance, les ajustements opérés, quotidiennement, en fonction de la variation des situations et des enjeux qu'elles suscitent* » (Taboada-Leonetti, 1991 cité par Manço, 2001). Les stratégies identitaires ont pour fonction la (re)structuration et l'articulation des divers éléments de l'identité d'une part, assignés par l'extérieur et d'autre part, souhaités par l'individu.

La gestion identitaire, au moyen de stratégies, assure une transaction positive entre l'individu et son environnement et rend possible la « négociation » de l'acteur avec lui-même (Camilleri et Vinsonneau, 1996, p. 24 cité par Manço, 2001). Elle a une double fonction ontologique (idéal

⁴⁴ Nous remercions deux membres de notre commission mémoire pour la recherche et proposition de ces appellations. A Thierry Dock, pour la proposition du terme de l' « aidante médiatrice » et à Geneviève Aubouy, pour les deux abréviations à savoir : « AEnf et AMéd »

⁴⁵ Manço Altay A. Stratégies identitaires, quelles valorisations ? In: Agora débats/jeunesses, 24, 2001. Les jeunes entre équipements et espaces publics. pp. 107-123; doi : <https://doi.org/10.3406/agora.2001.1840>

de soi, conservation de soi) et pragmatique (négociation de l'influence sociale, etc.) qui répond à deux préoccupations par l'individu.

Manço (2001) explique qu'en contexte multiculturel et inégalitaire, les primo-migrants et leurs descendants ne peuvent adopter le style de vie et les valeurs principales de la société d'accueil qu'à partir de leur position ontologique, autrement dit à partir de ce qu'ils sont, de ce qu'ils ont, de « *leur propre personne* », de leur « *propre identité* », de leurs « *propres ressources car l'inverse n'est pas envisageable* ». (Abou 1981, cité par Manço, 2001, p. 109). Les modes de gestion des questions d'identité comportent plusieurs éléments.

Le 1^o est représenté par les modalités de gestion défensive identitaire qui correspondent à des postures identitaires qui peuvent se décliner en :

Gestion défensive identitaire (mode conformant de gérer les problèmes de dissonance)	
Stratégies offensives : posture d'assimilation conformante	Les conduites d'évitements : posture de différenciation conformante
Construction d'une démarche positive d'ajustement psychosocial dans un contexte peu favorable. C'est une posture valorisant la fonction pragmatique → la personne adopte le cadre de la société d'accueil.	Refus de la confrontation en ignorant les protagonistes/refoulant les termes (défendre l'intégrité de l'identité face aux transformations, angoisses, etc.) → la personne adopte le cadre de la société d'origine.

Le 2^o élément compris dans la gestion des questions d'identité est contenu dans les deux stratégies détaillées ci-dessous :

Stratégies d'assimilation individuante	Stratégies de différenciation individuante
Réponse aux exigences de l'assimilation « pragmatique » dans le pays d'installation, sans négliger la conservation « ontologique » de la culture familiale (souci de préservation-adaptation). Le conflit culturel entre « société d'installation/groupe migrant » est dépassé par diverses tentatives. Elles vont jusqu'à affirmer une supra-identité universelle	Combinaison de la culture d'origine et des normes du pays d'accueil qui donne lieu à une expression culturelle « originale », sans que les expressions « originelles » n'aient disparues. Il s'agit d'une synthèse des deux cultures. Le conflit né de la rencontre des codes culturels différents peut ici être dépassé par divers

transcendant l'appartenance (être européen), une alternance des items identitaires différents pouvant s'opposer (pour diminuer les situations conflictuelles), pour déplacer le conflit par la mobilité sociale (professionnelle) à sublimer par activités créatives (se distinguer).	procédés créatifs, sensés synchroniser les divergences identitaires : • fission : respect de chacun des codes • fusion : réappropriation ou réinterprétation paradoxale : culture à la carte.
---	--

Remarquons que le modèle des stratégies de différenciation individuante est « *paradoxal* » (Benett, 1994 ; Manço, 1999) car il permet de « *tendre vers une unité à partir de la diversité* » ou en d'autres termes, de « *devenir autre en restant soi-même* » (Abou, 1981, p. 94, cité par Manço, 2001). Elle renvoie à une dynamique permanente de personnalisation et d'acculturation.

4.2. Les stratégies d'acculturation

Redfield, Linton et Herskowitz⁴⁶ (1936, p. 149, cité par Vinsonneau, 2012) ont défini l'acculturation comme « *l'ensemble des phénomènes résultant du contact direct et continu entre des groupes d'individus de cultures différentes, avec des changements subséquents dans les types de cultures originales de l'un ou des deux groupes* ». Cette définition privilégie une perspective dynamique qui s'intéresse aux changements psychologiques et culturels originaires de contacts entre personnes porteuses d'une culture différente.

Berry⁴⁷ (1997, cité par Vinsonneau, 2012) propose un modèle théorique largement utilisé. Celui-ci offre des perspectives possibles pour comprendre l'acculturation. Il peut également servir de grille d'analyse pour comprendre les préférences et les attitudes des individus, ainsi que leurs changements comportementaux concrets. Il postule que les membres du groupe sont à même de choisir librement leur stratégie mais qu'elle est « dépendante » du degré d'ouverture à la diversité de la société d'accueil.

Il existe également des caractéristiques en amont de la situation migratoire qui peuvent faciliter ou rendre plus difficile l'adaptation des migrants en mobilité, en déterminant les stratégies

⁴⁶ Vinsonneau, G., (2012). Mondialisation et identité culturelle. 1ère édition, Groupe De Boeck s.a.

⁴⁷ Ibidem

d'acculturation. Ils sont distingués à partir des critères suivants : leur mobilité, leur volonté de contact et la persistance de ce contact. Il existe cinq types de groupes sociaux : les migrants et leurs descendants, les immigrants, les autochtones, les réfugiés, les résidents temporaires. Selon Berry (date), seuls deux groupes (les migrants et les immigrants) sont relativement favorables à l'acculturation car les individus qui les composent sont à l'initiative de leur départ du pays d'origine. Ils épousent donc plus facilement les nouvelles normes du pays d'accueil. (Berry, cité par Vinsonneau, 2012, pp. 111-112).

Les stratégies d'acculturation postulent que les individus en mobilité ont le choix dès leur arrivée dans la société d'accueil entre quatre stratégies possibles d'acculturation :

- L'**assimilation**, c'est-à-dire l'abandon de l'identité culturelle d'origine pour adopter la culture du pays d'accueil ;
- L'**intégration** qui maintient l'identité culturelle d'origine tout en développant une dynamique en vue de gagner la société d'accueil ;
- La **séparation** qui n'autorise pas de relations entre les migrants et les autochtones de manière volontaire (à noter que la ségrégation, elle, est l'absence de relations entre ces deux groupes mais de manière contrainte);
- Et la **marginalisation** qui résulte de la perte de contacts culturels et psychologiques avec les deux cultures d'origine et d'accueil, générant souvent un stress d'acculturation.

Les stratégies d'intégration et de séparation sont collectives alors que les deux autres sont caractérisées par des procédés individuels singuliers. D'ailleurs, la plus courante et adaptative est celle de l'**intégration** qui s'explique par le fait qu'elle fait référence à des facteurs comme la protection, l'accommodation mutuelle, l'absence de préjugés et de discrimination, la participation simultanée aux deux communautés, etc. L'acculturation individuelle ou collective dépend tout autant de la société d'origine, que de la société d'accueil et de l'acteur lui-même (Berry cité par Vinsonneau, 2012, pp. 112-114)

Le stress d'acculturation s'opère à travers des tensions psychologiques que ressenties par les individus lorsqu'ils sont dans des positions inconfortables tant au niveau social, comportemental, qu'économique, dans un système inter-groupes inégalitaire. Il peut avoir des répercussions aussi bien sur la santé mentale (dépression, angoisse, etc.) que s'exprimer par des conflits identitaires. Berry (cité par Vinsonneau, 2012, pp. 115-117) explique que l'émergence de ce stress est davantage un risque qu'une fatalité car il est dépendant du choix de la politique d'acculturation par le groupe dominant et du mode d'adaptation des individus. Certains facteurs favorisent les stratégies d'acculturation et permettent d'éviter les tensions. Il s'agit des

caractéristiques de la société dominante, le type de groupe d'acculturation, les modes d'acculturation, les caractéristiques sociodémographiques et psychologiques de l'individu (Berry cité par Vinsonneau, 2012, pp. 115-117).

Amin⁴⁸ (2012, p. 111) explique que les deux approches (acculturation et identitaire) sont complémentaires. Elles mobilisent la notion de stratégie pour développer les conduites des individus dans les situations interculturelles. La stratégie se définit « *comme des procédures mises en œuvre (de façon consciente et inconsciente) par un acteur (individuel et collectif) pour atteindre une ou des finalités (définies explicitement ou se situant au niveau de l'inconscient), des procédures élaborées en fonction de la situation d'interaction, c'est-à-dire en fonction des différentes déterminations (socio-historiques, culturelles, psychologiques) de cette situation* » (Lipiansky et al., 1990, p. 24, cité par Amin, 2002, p. 111). L'idée étant que les individus sont des sujets-acteurs qui sont capables d'agir sur leur identité. Cependant, dans sa théorie, Amin (2012) fait plutôt référence au modèle de stratégies identitaires de Camilleri (1990), modèle assez proche de celui de Manço (2001) que nous nous mobilisons dans cette étude. Amin propose un tableau qui articule les deux approches et que nous avons adapté au concept de Manço (2001) présenté ci-dessous.

Ces approches partagent aussi l'idée selon laquelle les stratégies d'acculturation et identitaires sont multidimensionnelles car il n'est pas possible de situer l'individu sur une seule dimension à mi-parcours entre les deux cultures en contact. Le modèle de Berry (1997) illustre le croisement de deux dimensions :

- la volonté d'avoir des contacts et des participations avec la société d'accueil et d'adopter ses valeurs (pragmatique) ;
- et la volonté de maintenir sa culture d'origine (ontologique).

Les liens avec le modèle des stratégies identitaires de Manço (2001) correspondent pour la première au pôle pragmatique de l'identité dont la fonction est adaptative (c'est-à-dire qu'elle vise à trouver une place psychologique et sociale admissible). La seconde renvoie au pôle ontologique dont la fonction est intégratrice (c'est-à-dire visant à prémunir son identité culturelle).

⁴⁸ Amin, A. (2012). Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice*, 2(2), 103-116.

Nous proposons d'articuler dans le tableau ci-dessous ces deux approches, en précisant les stratégies identitaires correspondant à chaque stratégie d'acculturation.

		Processus d'acculturation : Maintien de la culture d'origine <i>(Est-il important de conserver son identité et ses caractéristiques culturelles ?)</i> Processus identitaires : Valoriser le pôle ontologique de l'identité	
		OUI	NON
Processus d'acculturation : Contact et participation avec l'environnement socioculturel (<i>Est-il important d'établir des relations avec la société d'accueil ?</i>) Processus identitaires : Valoriser le pôle pragmatique de l'identité	O U I	Attitude d'intégration Stratégies identitaires pour rétablir une unité de sens par la cohérence complexe: tenir compte de tous les éléments culturels en opposition. Logique rationnelle: réappropriation, dissociation, articulation organique des contraires, suspension de l'application de la valeur. 2 Stratégies : - assimilation individuante - différenciation individuante	Attitude d'assimilation Stratégies identitaires pour rétablir une unité de sens par la cohérence simple: résolution de la contradiction par la suppression de l'un de ses deux termes. Survalorisation de la fonction pragmatique: investissement plus ou moins exclusif dans le système d'accueil, primauté de la volonté d'adaptation (opportuniste complet). Postures d'assimilation conformante
	N O N	Attitude de séparation Stratégies identitaires pour rétablir une unité de sens par la cohérence simple. Survalorisation de la fonction ontologique: investissement plus ou moins exclusif dans le système d'origine (communautariste, fondamentaliste, conservateur). Postures de différenciation conformante	Marginalisation Situation ne permettant pas d'éviter le conflit Perte totale de cohérence: délinquance, errance, exclusion (violence, agressivité, drogue...). L'agressivité devient un mode de communication.

Source : Amin, A. (2012). Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice*, 2(2), 103-116.

Conclusion

Ceci clôture la partie conceptuelle de notre travail. Elle nous a permis de mieux situer et de cadrer notre objet de recherche. Nous avons présenté le contexte, défini différentes notions afin de préciser notre objet de recherche, tout en mobilisant des concepts pertinents pour étudier cet objet. En conséquence, nous nous intéressons à la **négociation du care** domestique dans la **famille migrante**. Nous avons ciblé en particulier le **care domestique**, et ses différentes dimensions à questionner. Cette aide (ce care domestique) n'est sans doute pas sans générer des tensions, nées de l'évolution des modèles familiaux (pour aboutir aujourd'hui, à la **famille contemporaine**). Dans ces modèles familiaux, il existe différentes dynamiques familiales produisant elles-mêmes différents types d'identité d'aidante (émergence de facteurs combinables en fonction des situations). Et comme nous avons développé la notion de famille en contexte migratoire, nous avons vu qu'il existe différentes stratégies identitaires. Celles-ci représentent les ajustements opérés par les aidantes (pourvoyeuses principales de care) qui s'inscrivent dans des stratégies d'acculturation. Ces dernières s'intéressent aux contacts quotidiens entre les groupes d'individus de cultures différentes, amenant des changements dans les deux cultures. Nous disposons donc des éléments qui, développés en thèmes d'entretiens et en questions liées, constitueront le socle de notre guide d'entretien.

Nous allons ci-après, détailler la manière dont notre question de départ s'est précisée grâce à ces apports théoriques. Nous formulerons ensuite la question de recherche et les hypothèses issues de notre travail de problématisation.

5. Reformulation de la problématique de recherche

Bien avant de réaliser l'étude du cadre conceptuel, nous avons posé une **question de départ** issue de situations de vie rencontrées dans notre cadre familial et celui d'autres familles marocaines qui vivent en Belgique : « **Quelles sont les perceptions et les stratégies d'adaptation mises en place par l'enfant issu de l'immigration marocaine qui est confronté à la perte d'autonomie d'un parent âgé et est amené à y jouer un rôle clé ?** ».

Notre questionnement concerne les descendants d'immigrés d'origine marocaine qui s'occupent d'un parent vieillissant en perte d'autonomie. Nous avons vu que cette situation émerge de plus en plus : les travailleurs immigrés (arrivés jeunes dans les années 1960 - 1970

en tant que main d'œuvre en Belgique, et plus particulièrement dans la région de Verviers pour ce qui concerne notre recherche) sont aujourd'hui retraités et relèvent du 3^e, voire du 4^e âge. Ils vieillissent parfois en rencontrant d'importantes difficultés. Beaucoup d'entre eux vivent à domicile car pour cette population, il n'est pas envisageable de vieillir dans une MR et MRS. Cela nécessite l'aide et le soutien renforcés de la famille (conjoint.e et enfants) dont un enfant, en particulier, assume un rôle d'aidant.e principal.e. L'enfant, confronté à la situation de perte d'autonomie de son parent âgé, l'envisage d'une manière particulière (en fonction de son éducation mais aussi du fait qu'il est né ou a grandi en Belgique). Selon sa perception, il va développer des stratégies d'adaptation pour dispenser cette aide/care domestique.

La mobilisation du concept de « **care domestique** » permet de traiter le problème soulevé par la question de départ. À travers le regard de la pourvoyeuse principale, nous comptons mettre en évidence sa conception de l'aide apportée à son parent âgé vulnérable. En quoi ce concept de « care domestique » est-il éclairant dans le cadre de notre recherche ?

- Parce que la sphère domestique est le lieu dans lequel les **activités du travail de care** se manifestent ;
- Et ce travail comprend aussi un espace de relations entre les différents protagonistes, intégrant la dimension morale (le soutien émotionnel comme les encouragements, l'écoute active, etc.) des activités des pourvoyeuses ;
- Car la pourvoyeuse peut coordonner aussi des temporalités du care entre les différentes personnes qui font partie de ce réseau (le reste de la famille, conjoint et fratrie), les aidants professionnels extérieurs qui ont des logiques et des points de vue différents ;
- Enfin, parce qu'elle veille également à la bonne continuité du travail du care.

Partant de l'idée qu'il y a donc bien un enfant en particulier qui prend soin d'un parent âgé dépendant, il est important de cerner les motivations, les « ressorts » qui conduisent cette « pourvoyeuse » à prendre soin de son parent âgé.

Notre hypothèse sera donc la suivante : les activités de care domestique sont influencées par la manière dont la pourvoyeuse de care perçoit son rôle, entre un modèle culturel hérité des parents et le contexte actuel dans lequel elle évolue.

Autrement dit quelles sont les raisons, les arguments qu'elle met en avant pour expliquer le care qu'elle prend en charge ? Après l'élucidation de ces raisons, nous nous pencherons ensuite sur la manière dont, concrètement, la pourvoyeuse organise son accompagnement. Par exemple,

nous creuserons les points suivants : comment la pourvoyeuse principale du care coordonne-t-elle l'accompagnement ? Comment distribue-t-elle les tâches ? Dans le cas où la pourvoyeuse principale joue ce rôle de coordinatrice, comment cela se négocie, et en fonction de quoi ? Comment se négocie, le cas échéant, le recours à un care professionnel rémunéré ?

En outre, le care domestique fait appel aux **solidarités familiales et intergénérationnelles** dans lesquelles les relations familiales évoluent. En effet, la famille se transforme au fil des décennies. Elle change de modèle, passant de la famille traditionnelle (qui met l'accent sur la communauté, le groupe) à la famille contemporaine (qui privilégie l'individu et son épanouissement). Nous postulons que ces modèles familiaux sont d'ailleurs à l'origine de la construction de différents types d'identité d'aidantes⁴⁹ : le profil de l'« aidante enfant » (AEnf) centré sur la famille et les rôles qui y sont présents et le profil de l'« aidante médiatrice » (AMéd) centré sur les relations affectives au sein de la famille.

En effet, nous faisons **l'hypothèse que dans les familles migrantes d'origine marocaine, le care domestique reflète des configurations familiales qui sont susceptibles de produire différents types d'aidantes, qui se donnent à voir à travers deux conceptions principales : le profil de l'« AEnf » et le profil de l'« AMéd ».** Nous supposons en conséquence que ces profils peuvent coexister et que cette coexistence est susceptible de générer des tensions.

Nous souhaitons creuser le soutien familial (fratrie, parent aidant) dont bénéficie la pourvoyeuse principale et la manière dont il s'organise par rapport aux tâches du care, et cela par les questions suivantes : quelle est la nature des liens présents entre les membres de la famille ? Quels sont les rôles et tâches endossés par chacun des membres ? Comment cela se passe concrètement ? Et en cas de difficultés, comment y faire face ?

Enfin, étant donné que notre étude s'inscrit dans un contexte migratoire lié à la culture marocaine, notre question de recherche mobilise un éclairage complémentaire : celui du concept de **stratégies identitaires**, elles-mêmes inscrites dans les stratégies d'acculturation. Elles permettent d'identifier les conduites et ajustement opérés entre les deux cultures

⁴⁹ Pour rappel, Clément et al. (2005) proposent un modèle « général » d'aidante mais comme dans le cadre de ce travail, nous abordons les configurations familiales et les stratégies identitaires, il nous a paru pertinent de distinguer ces deux types d'aidantes : aidante enfant (AEnf) et aidante médiatrice (AMéd). Et ce afin de simplifier la bonne compréhension de ces concepts articulés.

(marocaine et belge) par les descendants d'immigrés marocains, quant au care domestique apporté à leur parent vieillissant en perte d'autonomie.

Notre question de départ, enrichie des apports de notre cadre théorique, évolue en une question de recherche que nous formulons de la manière suivante :

« Dans les familles immigrées d'origine marocaine comprenant un parent vieillissant en perte d'autonomie, dont les configurations familiales se construisent à la croisée de plusieurs modèles culturels (pays d'origine/pays d'accueil), quelles conceptions du care domestique observe-t-on ? Ces différentes conceptions créent-elles des tensions, reposant sur la concurrence entre le modèle hérité des parents et à celui du pays d'accueil ? »

TROISIEME PARTIE :

**PRESENTATION DU CHOIX METHODOLOGIQUE ET DE LA DEMARCHE
EPISTEMOLOGIQUE**

III. Le choix méthodologique et la position subjective de la mémorante

1. Le dispositif méthodologique

Notre étude porte sur la compréhension des perceptions et stratégies d'adaptation mises en place par la pourvoyeuse principale du care, issue de l'immigration marocaine, accompagnant son parent âgé en perte d'autonomie. Dans cette optique, l'entretien compréhensif semi-structuré semble le plus approprié. En effet, cette technique de recueil de données permet d'établir la relation de confiance nécessaire afin de collecter de manière approfondie les informations utiles sur l'identité de l'aidante principale, ses perceptions et les stratégies d'adaptations mises en place au sein de la famille (en ce compris, la fratrie et le/la conjoint.e aidant.e) et des aides professionnelles en vue d'épauler un parent âgé vieillissant dépendant à son domicile.

Pour ce faire, nous élaborerons un instrument d'observation indirecte, à savoir un guide d'entretien semi-directif (cf. annexe 3) permettant de recueillir les informations requises par l'hypothèse et prescrites par les indicateurs. En outre, pour compléter le travail du care domestique prodigué, nous soumettrons aux enquêtées, en amont de l'interview, par téléphone ou en version papier, les deux grilles d'évaluation de la dépendance de la vie quotidienne (cf. partie 2, point 2.2.5). Pour rappel, elles scorent les actions relatives à la sphère corporelle (échelle de Katz) et à la gestion courante d'objets et de démarches usuelles (IADL – échelle de Lawton), mais ne disent rien sur l'aspect moral qui entourent ces tâches.

Afin de varier au mieux les points de vue, l'échantillon est constitué de femmes adultes, filles de migrants marocains, non-cohabitantes avec leurs parents, qui dispensent ce travail du care domestique à un parent âgé (≥ 65 ans). D'ailleurs, nous présentons, plus en détail, chaque profil sociologique par la suite de manière synthétique dans des tableaux (cf. annexe 4). Nous ciblons plus particulièrement la personne qui endosse le rôle de pourvoyeuse principale du care domestique coordonnant ou non l'aide apportée à l'aidé.e dont sa capacité à prendre des décisions est préservée. La mise en contexte a montré que ce rôle incombait culturellement et socialement aux femmes. Afin d'explorer l'accompagnement par des hommes, il était prévu initialement de recueillir le témoignage d'un à deux hommes aidants qui sont amenés à assurer ce rôle auprès de leur parent. Mais sur le terrain, il n'a pas été possible d'en interviewer. La raison est peut-être du fait qu'ils se livrent moins ou occupent moins le rôle d'aidant (plus rare donc plus difficile à trouver) ? Par ailleurs et si nous avons bénéficié de temps supplémentaire,

la recherche de profil d'hommes aidants aurait été peut-être été concluante. Cependant, il est utile de souligner que certaines interviewées de l'enquête décrivent le rôle endossé par le frère dans la fourniture d'aide auprès du parent.

Parmi les répondantes, l'une d'entre elle accompagne son parent à distance, en fournissant un care transnational. Cette spécificité liée à la distance géographique nécessiterait la mobilisation d'une littérature scientifique complémentaire (cf. le care transnational⁵⁰ étudié par Merla et al. (2016)) car cela amène une autre situation sociale. Néanmoins nous avons maintenu son apport en raison de l'existence de similitudes avec d'autres témoignages recueillis. Dans ce présent travail, nous le soulignons mais sans pouvoir l'approfondir, étant donné le temps « condensé » de la recherche, rendu encore plus ardu dans le contexte sanitaire de la Covid-19.

La plupart des personnes contactées qui ont participé à cette enquête, sont des descendants d'immigrés marocains appartenant à notre réseau d'interconnaissance (familial, amical, etc.). Cette stratégie d'échantillonnage composée de personnes issues de connaissance a eu un impact (avantages et inconvénients) sur les données produites : cela n'a pas permis une relation d'enquête « neutre », et a parfois limité le type d'informations qui nous ont été livrées mais à l'inverse, cela a sans doute aussi permis une certaine complicité, des moments de partage et d'émotions étant donné cette proximité.

L'enquête s'est tenue sur le territoire verviétois durant les mois de juin et juillet 2020.

2. La position subjective de la mémorante⁵¹

Cette question est née d'une réflexion dans le cadre de ma vie privée. Je suis descendante d'immigrés marocains, enfant de la seconde génération. Je suis née et ai grandi à Verviers. J'ai actuellement quarante ans. Je suis mariée et j'ai quatre enfants. Avant de développer les raisons qui m'ont amenée à m'interroger sur cette problématique de la prise en charge de parents âgés par leurs enfants, un petit détour sur mon histoire familiale est utile pour comprendre ce qui m'a amenée à étudier cet objet.

⁵⁰ Merla, Laura ; Degravre, Florence. Le concept de défamilialisation à l'épreuve du care transnational. L'exclusion des travailleuses migrantes domestiques des politiques de care. . In: Informations Sociales, Vol. 194, no.194, p. 1 (2016)

⁵¹ La position subjective nous conduit, dans cette partie du mémoire, à privilégier la forme du « je »

Mon père, âgé actuellement de 75 ans, est arrivé à Welkenraedt à l'âge de 25 ans dans les années 1970. Il est venu, comme tant d'autres de son village et d'immigrés, pour travailler. Il a d'abord été maçon dans la construction et ensuite coffreur. Il a exercé des travaux physiques pénibles et a fini par tomber en invalidité à trois ans de sa retraite. Quant à ma mère, âgée aujourd'hui de 68 ans, elle a rejoint mon père, à l'âge de 20 ans, par la procédure du regroupement familial au bout de deux ans. Mes parents avaient alors déjà deux enfants nés au Maroc. Ils ont eu ensuite huit enfants nés en Belgique. Notre fratrie est composée de deux garçons et de huit filles, âgés de 30 ans à 50 ans. Tous et toutes ne cohabitent plus avec eux.

Mes parents sont analphabètes, tant dans leur langue d'origine que dans la langue française. Ceci nous a amené, dès notre enfance, à jouer le rôle de traducteurs auprès de différents interlocuteurs (enseignants, personnel médical, etc.) et à fournir une aide administrative. Ce rôle est d'ailleurs toujours d'actualité et est endossé par certains des membres de ma fratrie. On peut dire qu'il y a toujours eu une forme de dépendance mais qui avec l'âge, s'est intensifiée.

Depuis maintenant quelques années, et suite à la dégradation de la santé de mon papa, une aide est apportée par toute la fratrie au niveau des soins physiques et du soutien moral. Elle est répartie en fonction des disponibilités et des compétences de chacun. Les rôles ne sont pas figés et évoluent en fonction des aléas de la vie (géographique, professionnelle, familiale, etc.). Les soins médicaux sont dispensés conjointement par trois de mes sœurs et frère qui sont infirmiers, dont un à domicile. Le recours à de l'aide extérieures n'a de ce fait, pas été nécessaire. Cependant et pour maintenir une cohérence de l'aide globale, une de mes sœurs, considérée comme aidante principale, coordonne aussi les différentes activités. Elle a d'ailleurs créé un groupe social familial sur le réseau social « Viber© ». Il permet de tenir informé le reste de la fratrie non seulement de l'état de santé des parents, mais également de distribuer différentes tâches comme un accompagnement chez le médecin, la gestion des courses, du nettoyage, etc. Malgré son état de santé moyen, ma mère reste celle qui fournit l'aide la plus conséquente à mon père.

Dans mon entourage, ces préoccupations liées à la prise en charge de nos parents âgés, en perte d'autonomie, sont partagées par d'autres descendant.e.s d'immigré.es marocains mais pas uniquement (les Turcs vivent le même phénomène). Beaucoup, en majorité les filles, relatent le poids de cette charge et estiment qu'il est de leur devoir, par un juste retour des choses (le don et le contre don) de s'occuper de leurs parents. Elles s'interrogent également sur la prise en considération de cet accompagnement, par les politiques.

La recherche exploratoire sur cette question m'a permis de dépasser un préjugé quant à l'aide apportée à un parent vieillissant par les enfants « belgo-belges » par rapport à la population marocaine (solidarité forte). En effet, avant d'entamer cette étude, je pensais qu'ils prenaient faiblement en charge leurs parents âgés devenus dépendants (forme d'abandon) et préféreraient les placer en MR et MRS (solidarité faible). J'en avais une perception biaisée car c'est au contraire un moment aussi difficile pour eux. Ils respectent souvent le choix formulé par le parent de rejoindre ou non une MR et MRS. Cette conception fait partie des normes et des valeurs de la société belge, lorsque les aléas de la vie ne permettent pas de s'en occuper (état de santé du parent vieillissant).

QUATRIEME PARTIE :

ANALYSE

IV. Analyse

Dans cette étape, nous avons pour objectif de répondre à la question de recherche qui est la suivante : « *« Dans les familles immigrées d'origine marocaine comprenant un parent vieillissant en perte d'autonomie, dont les configurations familiales se construisent à la croisée de plusieurs modèles culturels (pays d'origine/pays d'accueil), quelles conceptions du care domestique observe-t-on ? Ces différentes conceptions créent-elles des tensions, reposant sur la concurrence entre le modèle hérité des parents et à celui du pays d'accueil ? »* »

Pour ce faire nous avons formulé des hypothèses et avons procédé à des enquêtes semi-directives auprès de notre échantillon. Il se compose de sept femmes d'origine marocaine ou descendantes de migrants marocains, qui aident un parent âgé en perte d'autonomie⁵². Notre objectif est d'analyser les informations recueillies afin de voir si elles confirment ou infirment nos hypothèses de travail, en tout ou partie mais également en faisant apparaître de nouveaux éléments. Nous nous basons donc sur l'analyse des contenus des comptes rendus des entretiens semi-directifs. (Quivy & Van Campenhoudt, 2017, pp. 266 - 300). Cette méthode de recherche d'information permet de dégager les sens de ce qui est présenté. Dans un premier temps, nous procéderons à l'analyse verticale et, dans un second temps à l'analyse transversale du matériau empirique.

Pour rappel, nous avons mobilisé en amont de l'entretien, deux grilles d'évaluation de l'état de santé. Il s'agit de déterminer avec l'aidante principale l'état de santé physique de son parent au travers les cinq activités de la vie quotidienne et les huit activités instrumentales de la vie quotidienne.

1. Analyse verticale du matériau empirique

Il consiste à examiner de façon rigoureuse et exhaustive l'ensemble des matériaux empiriques (à savoir les sept entretiens) collectés. Pour ce faire, chacun des entretiens est examiné à la

⁵² Les prénoms de ces aidantes ont été modifiés, tout comme ceux des autres membres de la fratrie et/ou de leurs parents, lorsqu'ils sont évoqués durant les entretiens.

lumière des catégories ou concepts développés dans le cadre théorique et voit l'identification d'extraits « significatifs ». Dans le cadre de ce travail, nous procédons d'abord à une présentation des « portraits » de chaque enquêtée car nous étudions notamment la configuration familiale (autrement dit, les arrangements qui participent de la charge du care) et pour souligner la singularité de chacune des enquêtées.

1.1. Brève présentation de la configuration familiale de l'aidante et de son parent

Pourvoyeuse principale du care	Présentation de l'enquêtée	Présentation du parent	Présentation de la fratrie
Najiba (au milieu de fratrie)	Mariée, 41 ans, 3 enfants adolescents, femme au foyer, habite Wegnez	Maman, 70 ans, mariée (mari 75 ans retraité mineur), 7 enfants, parle français et habite Andrimont Santé : déchirures des tendons	4 sœurs et deux frères dont 4 habitent à proximité de la maman. Tous mariés avec enfants
Farah. (seule fille)	Mariée, 48 ans, 4 enfants dont 2 adolescents, aide-soignante en MR à Verviers, habite à Verviers	Maman 76 ans, veuve 7 ans (mari 83 ans, retraité maçon), retraitée technicienne de surface, 5 enfants, parle un peu français et habite Verviers Santé : cardiaque et tension	4 grands frères qui habitent Verviers excepté 1 à Liège. La plupart mariés avec enfants
Chaima (la sœur aînée des filles)	En couple, 47 ans, pas d'enfant, aide-soignante en MR à Verviers, habite à Verviers	Maman 74 ans, femme au foyer et papa (78 ans, retraité mineur), 10 enfants et habitent à Verviers Langue : maman sait lire, écrire et parler tandis papa sait parler Santé : maman démente et papa alité, avec Parkinson et diabète	7 grands frères et 2 petites sœurs qui habitent tous à proximité des parents. La plupart sont mariés avec enfants
Widade (aînée)	Divorcée, 52 ans, 1 enfant adulte, cheffe de bureau à Herve, habite Herve	Maman 72 ans, mariée (mari 83 ans, retraité mineur) retraitée technicienne de surface, 5 enfants, parle et lit le français, habite Herve Santé : perte de sensibilité des mains et des jambes	2 frères et 2 sœurs qui habitent Liège. La plupart mariés avec enfants

Kenza. (une des plus jeunes)	Mariée, 41 ans, 3 enfants, employée à Verviers, habite Dison	Maman 76 ans, veuve 4 mois (mari 82 ans, retraité bûcheron), femme au foyer, 9 enfants, parler un peu français, habite Verviers Santé : cancer et diabète	4 grands frères, 3 grandes sœurs et 1 petite sœur qui habitent tous à proximité de la maman. Mariés ? Enfants ?
Naila (fille cadette)	Mariée, 43 ans, 3 enfants adolescents, technicienne de surface (en arrêt-maladie), habite Dison	Maman 71 ans, veuve 2 ans (mari 80 ans, retraité commerçant), femme au foyer, 4 enfants, parle français, habite à Verviers Santé : perte de mobilité des genoux	2 grands frères et 1 grande sœur dont deux vivent en France et 1 frère au Maroc. Tous mariés avec enfants
Khalissa (une des plus jeunes)	Mariée, 38 ans, 4 enfants dont 3 adolescents, femme au foyer, habite Verviers	Maman 78 ans, mariée (mari 83 ans retraité ouvrier), femme au foyer, 7 enfants, ne comprend pas le français, habite en France (Montélimar) Santé : poliomyélite à l'âge 44 ans	2 grandes sœurs qui vivent au Maroc, 3 grands frères et 1 petit frère qui vivent en France. La plupart mariés avec enfants

1.2. Portraits des aidantes

a. Najiba, « la mère de sa mère »

« C'est marrant à dire hein, que c'est elle la mère et c'est moi la mère et elle ma fille en bas âge ! »

Présentation de l'aidante principale et accompagnement du parent âgé⁵³

Najiba se présente : « ... je suis femme au foyer. J'ai 41 ans. Euh je suis sans emploi... ». Elle poursuit en expliquant qu'elle a des loisirs comme le shopping, les sorties entre copines, avec les enfants dans des plaines ou encore regarder des séries. Mariée, elle ajoute : « Sinon j'ai trois enfants ! » : une fille de 21 ans, un garçon de 18 ans et un autre de 11 ans. Elle habite à Wegnez dans l'arrondissement verviétois.

Najiba présente sa maman très brièvement de manière suivante : « Ma mère euh va bientôt avoir 70 ans » pour enchaîner assez rapidement sur son état de santé et sa perte d'autonomie : « Elle a eu des pertes d'autonomie assez tôt. Elle a eu un AVC en 2000... 2005. Premier AVC en 2005, c'était déjà très tôt ! Mais j'avais déjà commencé à l'âge de 22 ans à m'occuper de tous ses soins médicaux, ses rdv. Elle commençait déjà après l'AVC, des grosses tendinites, déchirure du tendon. Donc j'avais commencé déjà à la prendre en charge puis ça s'est enchainé, à chaque fois, chaque année. Après l'AVC, il y avait d'autres accidents ». Depuis elle a du mal à marcher et elle est vite essoufflée.

Nous proposons des questions pour en savoir plus sur sa maman et nous apprenons que cela fait au moins plus de 43 ans qu'elle est en Belgique, qu'elle parle et comprend bien le français, elle n'a pas de loisirs excepté les puzzles surtout pendant la période de confinement liée à la Covid-19. Elle retourne régulièrement au Maroc, tous les trois à quatre mois et revient pour sa santé. Najiba estime que son papa qui reste plus longtemps au Maroc, prend mieux soin de sa santé. En ce qui concerne la fratrie, Najiba dit que : « ... sont tous mariés. Tout le monde a des enfants. (...). La moitié travaille donc l'autre moitié ne travaille pas. »

⁵³ Nous précisons qu'il est possible de consulter l'état de santé des parents de chacune des enquêtées en annexe 4 du présent mémoire.

Najiba raconte que le besoin de care (aide) de sa maman s'est réellement manifesté en 2005 : « ...je me suis rendue compte, c'est quand elle a eu les tendons déchirés, qu'elle devait se faire opérer. Là, je me suis rendue compte qu'il fallait que quelqu'un la suive !... ». En plus de suivre sa maman médicalement par le biais d'un agenda, de faire les courses, acheter les médicaments, de s'occuper de l'administratif, Najiba organise les transports pour aller aux rdv médicaux (taxi). Elle met même son époux à contribution car Najiba ne possède pas le permis de conduire. Najiba se définit comme la coordinatrice de l'aide, par téléphone, mais que ce rôle s'est imposé à elle : « Ça ne s'est jamais négocié, ça m'est tombée dessus comme ça ! ». Najiba, peut compter, dans l'aide apportée à sa mère, sur son grand frère (pour les courses si besoin, et la conduite de sa mère chez le dentiste), sur sa sœur qui habite juste à côté pour lui tenir compagnie tous les jours et sur une autre sœur pour réaliser le ménage de temps en temps Najiba téléphone tous les jours à sa mère et va la voir trois fois par semaine. Elle souligne que sa maman a besoin de la présence de ses enfants, qu'elle les attend impatiemment. Sa mère se plaint le plus souvent à Najiba si elle ne reçoit pas de visite de la fratrie.

Najiba a de très bons liens avec sa fratrie mais avec qui de temps en temps il y a des tensions quand personne ne sait décharger Najiba en cas de maladie ou d'empêchement. De plus, la maman préfère l'aide apportée par Najiba et n'hésite pas à souligner auprès de ses autres enfants, qu'ils ne font pas comme Najiba. Le papa est plus souvent au Maroc. Quand les parents sont ensemble, leur relation est tendue car la maman se plaint beaucoup : Najiba explique qu'ils agissent comme des enfants de maternelle et que, parfois, le papa part au Maroc pour échapper aux reproches de sa femme.

Najiba a concilié l'aide de sa maman avec celle de sa vie familiale sans donner le choix à sa propre famille. En effet, elle voulait soutenir sa sœur qui s'occupait des soins complets de sa ma mère, suite à un incident grave. Najiba dit à ce propos : « ...elle a failli mourir alors je m'en fichais de ma famille ! Ma mère a survécu, c'était le principal ! (...) Donc ma famille à moi, ils étaient en colère car ils me disaient vous êtes 7, on ne comprend pas pourquoi c'est toi ! ». Malgré l'incompréhension des enfants de Najiba qui ont fini avec le temps par s'habituer, l'époux était plutôt compréhensif. Non seulement parce qu'il était orphelin de mère mais également par le fait de sa culture marocaine. D'ailleurs c'est grâce à lui que Najiba sait accompagner sa mère, notamment en lui amenant ses médicaments, en faisant ses courses et ses transports. Parfois même, c'est le fils de Najiba qui aide sa grand-mère en lui tenant compagnie ou pour faire une petite vaisselle.

Au niveau des aides extérieures, mise à part la présence occasionnelle d'infirmières à domicile, la maman n'accepte pas de faire appel à un service d'aide-soignante, d'aide-familiales ou encore d'aide-ménagères. Pour elle, ces tâches relèvent de ses enfants qui ont pourtant essayé de la convaincre notamment en faisant venir l'assistante sociale. Mais la mère a refusé, au motif qu'elle ne voulait pas d'étrangers.

Lorsqu'est évoquée la MR, Najiba s'indigne : « *Jamais ! Je préfère qu'on m'enterre tout de suite vivante ! Jamais !* » et elle ajoute : « *Aucune maison à part la nôtre ou la sienne ! Chez nous il y a pas ça !* ». Elle va même jusqu'à se dire prête à accueillir sa maman chez elle si cela s'avérait nécessaire.

Najiba explique que l'aide apportée à sa maman relève du devoir, de l'ordre du naturel. Mais, elle souligne que son rôle est minimisé par sa maman qui va manifester plus de reconnaissance lorsque ce sont ses deux « frères » qui s'impliquent occasionnellement. Elle dit : « *...mes frères vont faire un tout petit millimètre, elle va être explosive, joyeuse, ils m'ont fait et ils m'ont ramené, m'ont proposé alors que j'en fais des tonnes depuis des années quoi !* ».

En ce qui concerne la prise en charge, Najiba explique qu'elle est plutôt calquée sur le modèle marocain : sa maman ayant perdu son autonomie, c'est elle et sa fratrie qui l'ont prise en charge. Najiba illustre ses propos qui montrent que la prise en charge est le fruit de sa culture marocaine, par une anecdote : « *...elle était en chambre avec des Belges et eux ils étaient fort interpellés. Ils étaient même très très contents parce que quand on allait voir notre mère, c'est comme si on les voyait aussi parce qu'ils avaient personne. Et ils nous disaient : « dans votre communauté vous êtes vraiment... euh fort parent et nous on a perdu ça depuis des années, des années, des années avec la modernité ! »* ». Najiba reconnaît que les soins de santé sont très bien et qu'il serait triste de ne pas les mobiliser. Elle explique qu'étant donné qu'elle-même, sa mère et ses sœurs portent le voile, elle prend le pas de rassurer le corps médical lorsqu'il s'agit d'ausculter sa mère, elle dit même avec humour que « *le cœur ne se trouve pas dans la cheville !* ».

Elle rappelle néanmoins que : « *dans l'Islam, les parents ont une place énorme* ». Au niveau culturel, elle a vu son papa s'occuper à distance de ses parents restés au Maroc. Il envoyait de l'argent tous les mois. Finalement, elle dit qu'elle n'a pas à s'adapter car elle a grandi ici. Pour elle, c'est plutôt : « *un mix des deux cultures, un mélange* ». Najiba regrette de ne pas avoir imposé des aides extérieures à sa maman et va jusqu'à proposer les services d'un psychologue

que sa mère rejette en expliquant que c'est pour les fous. Un service qu'elle-même consulte pourtant car comme elle dit « *cela fait du bien, [ça]soulage !* »

b. Farah, « la fille unique »

« Parce que le moral, c'est beaucoup ! Le moral, il est en dessous des chaussettes des fois jusqu'à te dire « qu'est-ce que je fais sur terre ! ». Quand t'es seule, c'est pas facile. Tu te sens abandonnée, t'as pas le choix ! »

Présentation de l'aidante principale et accompagnement du parent âgé

Farah se présente : *« je m'appelle Farah, j'ai 48 ans, je suis maman de quatre enfants. Je suis aide-soignante au CPAS de Verviers. Euh.... Mes loisirs je n'en ai pas beaucoup vu qu'avec la charge de travail que j'ai, à part passer du temps avec mes amies, se faire un bon resto, les restos et les sorties, voilà. »*. Elle est mariée et a quatre garçons dont deux adolescents. Elle habite à Verviers. Elle fait un 3/5^{ème} temps. Cela fait 10 ans qu'elle travaille comme aide-soignante car au départ elle a fait des études de couture. A 37 ans, elle a repris une formation d'aide-soignante et a été engagée dans une Maison de Repos (MR). Farah aborde directement la question quand elle se présente, en précisant qu'elle *«...s'occupe de[sa] maman quand elle a besoin de moi. »*

Farah expose d'abord les problèmes de santé de sa mère en disant qu'elle a une santé moyenne : *« ...pff, problème cardiaque et euh problème de tension. »* mais qu'elle est indépendante dans la vie de tous les jours avant de la présenter : *« Mina., rue du P. à Verviers. Et elle a comme je dis 76 ou 78 ans. »*. Le papa de Farah est arrivé en Belgique dans les années 1960 pour travailler dans la construction. La mère de Farah : *« ...est arrivée ici en 1973 ou 1974. Elle est arrivée toute seule avec cinq enfants en train. Elle a fait toute la traversée en train avec mon grand frère qui avait huit ou neuf ans. Et elle a fait ça comme une cheffe ! (rires). »*. La maman de Farah est veuve depuis 7 ans et vit seule dans sa maison. Elle ne retourne plus au Maroc alors qu'elle y allait deux à trois fois par an avec son époux. Elle est débrouillarde car elle parle un peu français du fait qu'elle a travaillé en tant que technicienne de surface dans une entreprise de la région. Pour s'occuper, elle cuisine, regarde la télé, sort avec ses amies à l'occasion, etc.

Farah présente sa fratrie très brièvement, sans trop de détails : « *ben voilà j'ai quatre frères. Depuis la mort de mon papa c'est la guerre tout simplement. Euh, sur quatre, il n'y en a plus qu'un qui respecte maman et qui est respectueux de tout ce qui a autour* ». Et elle ajoute : « *elle n'a plus que moi et mon grand frère c'est tout !* ». Nous constatons d'emblée qu'il existe des tensions entre les cinq membres de la fratrie, et ce depuis le décès du papa. Cela impacte la solidarité familiale, notamment en ce qui concerne l'accompagnement de la mère.

Pour Farah, l'existence du besoin de care domestique a toujours été présente : « *Donc je faisais déjà tout ça. Je faisais déjà beaucoup de choses euh à l'époque. Et puis ça continué.* » . Le besoin a augmenté avec la vieillesse de ses parents, et surtout avec le décès du papa comme elle l'explique : « *... le besoin d'aide de ma maman, ben ils ont toujours eu besoin aussi bien quand mon papa était là puisque c'est moi qui m'occupais des papiers et tout ce qui est paperasse et rdv médicaux, prendre des rdv et tout ça, rdv médicaux même quand mon père - « Allah y Lahmo » (« paix à son âme », NDLR) - était de son vivant. Ben ça continué tout simplement. Et maintenant que ma mère est plus âgée, elle se débrouille un peu moins bien toute seule. Des fois, elle a tendance à un peu oublier aussi. Donc c'est moi qui m'occupe de A à Z au niveau des rdv, la prise en charge, la prise de rdv, la conduire et aller la rechercher* ». Elle se définit comme la cheffe d'orchestre, c'est-à-dire l'aidante principale et la coordinatrice de l'accompagnement de sa maman. Rôle qui s'est mis en place spontanément car il n'a jamais fait l'objet de discussion : elle fait dans la continuité de ce qu'elle avait entrepris plus jeune. Elle s'organise au niveau du travail pour pouvoir aider sa mère mais comme elle a parmi ses quatre enfants, deux grands garçons âgés respectivement de 20 et 18 ans, il lui arrive (rarement) de leur déléguer des tâches : « *...la conduire et aller la chercher ou même aller lui faire des courses.* ». Farah Se rend tous les jours chez sa mère qui habite à 800 mètres de son habitation, pour prendre de ses nouvelles. En période de crise sanitaire liée à la Covid-19, Farah passait aussi mais restait sur le seuil. Elle avait peur de contaminer sa maman qui a une santé fragile. Farah dit que sa maman a un besoin aussi bien moral que physique et que les deux sont liés. La maman de Farah, est contente de l'aide apportée par sa fille qu'elle remercie tout le temps. Farah raconte que sa maman « *...est reconnaissante, toujours aux petits soins pour moi. Toujours en train de me remercier et de s'excuser parce que « smah liyah binti* », (« pardon ma fille », NDLR) *pardon, excuse-moi, je te dérange machin bazar. Ben non, c'est mon rôle, comme t'as fait pour moi, je fais pour toi. C'est tout à fait normal, t'es ma mère et t'as pas à t'excuser.* ». Farah ajoute : « *J'abandonnerai mes trucs pour faire les trucs de ma mère, ça c'est sûr et certain.* »

Farah a des liens très forts avec sa mère et un de ses frères, l'aîné. Il est divorcé. Il a un grand garçon de 24 ans et vit seul à Liège. C'est d'ailleurs le seul sur qui Farah peut compter pour la soutenir dans l'aide apportée à sa maman. Farah raconte comment il a agi quand la maman a eu une fracture importante qui l'a immobilisée chez elle : *« mon grand frère est venu et est resté avec elle près d'un an puisque ça a pris du temps avant que ça ne se consolide. Et euh il lui cuisinait, il était là, il était présent. Rien qu'une présence déjà, ça faisait beaucoup. »* Farah souligne que le soutien moral est très important pour la maman, surtout depuis le décès du papa. Farah précise qu'elle n'a plus de relation avec ses autres frères. La maman a également des relations tendues avec eux mais est amenée à avoir des nouvelles d'un de ses fils via sa belle-fille. Elle est déjà venue remplacer Farah, lorsqu'elle était dans l'impossibilité d'aider sa mère.

Farah concilie l'aide apportée à sa maman avec sa vie mais précise que : *« Moi-même je ne le sais pas, je fais voilà. Je vais au petit bonheur la chance. Que je sois débordée ou pas ben voilà, je fais ce que je dois faire. »*. Cependant Farah raconte qu'elle met des limites sinon : *« je me fais bouffer ! Ça, depuis toujours. »* Ainsi, face à certaines demandes de sa maman jugées excessives, Farah met en place des stratégies : *« elle me téléphone par exemple à 8h du soir, je suis en soirée ben je réponds pas tout simplement et le soir. Le lendemain ah ben oui j'ai été là, comme ça je n'ai pas de comptes à lui rendre sur le moment même. Pourtant je ne devrais pas lui rendre des comptes mais le fait que ce soit ta mère, ben voilà. »*. Son mari, qui partage la même culture que Farah, comprend cet état de fait car lui-même accueille sa maman âgée dont il faut s'occuper, avec ses frères et sœurs qui habitent en France. Parmi les enfants de Farah, elle peut compter sur ses deux aînés pour s'occuper de leurs frères plus jeunes (laver, habiller, trajets d'école, etc.). Farah peut aussi s'organiser au travail, si le besoin s'en fait sentir.

Farah et sa maman ne font pas à des appels à des aides professionnelles notamment parce que Farah est aide-soignante. Elle régit donc les soins de santé de sa maman, si besoin est. Le recours à une aide-ménagère s'est vite révélé un échec car la maman de Farah était trop maniaque. Lorsqu'est évoquée l'intégration de la maman de Farah dans une MR, Farah raconte comment elle a réagi à l'interpellation d'une assistante sociale à l'hôpital, dans le cadre de l'hospitalisation de sa maman l'an dernier : *« ...et euh, j'ai eu l'assistante sociale à l'hôpital qui m'a dit : « ben il faudrait peut-être penser à un placement ? » Svp ? « Oui, oui faudrait penser à un placement ? » Je dis non, c'est hors de question qu'il y ait de placement ! Je dis, moi je suis là pour ma mère, je dis au pire si c'est vraiment catastrophique, elle viendra vivre avec moi. Mais hors de question de penser à un placement maintenant puisque moi je travaille en MR et je sais ce que c'est le placement des personnes étrangères en MR c'est un mouvoir*

encore pire que les « guaour » (les « occidentaux », NDLR) je vais dire. ». Farah ajoute que ce n'est pas dans sa culture et que sa mère, elle ne la voit pas dans cet environnement.

Farah voit son rôle d'aidante comme un mélange d'obligation et de choix, qu'elle exprime ainsi : « c'est un mélange de tout, d'obligation, de voilà de... T'es obligée, c'est tes parents. Maintenant un choix, c'est un choix parce que tu pourrais très bien baisser les bras et ne rien faire pour elle comme certains l'ont fait. Et euh, d'épanouissement oui, à partir du moment où tu t'occupes de tes parents et tes parents sont bien. Je pense que quelque part t'es bien aussi. Même si ça joue un peu sur ta vie, mais voilà. Mais obligation, oui. De toute manière ça c'est une obligation parce que voilà ça c'est les parents et euh, ils ont toujours été là pour toi, et je ne vois pas pourquoi ce serait le contraire ». Farah raconte aussi qu'il peut lui arriver de culpabiliser lorsqu'elle postpose une demande de sa maman, car à ses yeux, celle-ci a été abandonnée par le reste de la fratrie.

Farah précise son ressenti face à son appartenance, et dans sa prise en charge : « un peu des deux mais plus marocain, ma culture d'origine marocaine ». Elle identifie des caractéristiques propres à la culture belge, comme le fait de prendre du recul en ne s'investissant pas jusqu'à l'épuisement, le fait de déléguer plus facilement l'aide à des professionnels (aides familiales, aides-soignantes, etc.). Car pour elle, déléguer signifie : « Parce que si je délègue, ben ça veut dire que j'ai pas envie de m'occuper de ma mère ! Et si j'ai pas envie de m'occuper de ma mère, ben ça veut dire que mes sentiments pour elle ne sont plus les mêmes ! Pour moi, pour moi, et je pense qu'elle le verrait comme ça aussi ! Vu la culture que nos parents ont, je pense qu'elle le verrait comme ça aussi ! Le fait de déléguer à un tiers, ben je pense qu'elle se sentirait un peu abandonnée par sa fille, j'en suis sûre ! ». Quant à la culture marocaine, Farah explique qu'elle lui a apportée le respect dû à ses parents, aux personnes âgées et le respect des enfants envers leurs parents. Farah indique qu'elle a grandi ici et qu'elle n'a pas à s'adapter : « J'ai grandi avec ces règles-là, c'est comme ça ! C'est tout ! Ce qu'il y a, c'est que tu fais un melting-pot des deux et tu prends ce qui te convient dans la culture marocaine et tu prends ce qui te convient dans la culture belge et tu fais avec les deux ! C'est tout ! ». Elle ajoute : « On ne fait pas l'un et puis l'autre ! Tu fais un mélange des deux et euh je crois que ça va bien comme ça aussi ! Y a pas de raison que ça ne marche pas. ».

Farah évoque le modèle de prise en charge transmis par ses propres parents vis-à-vis de ses grands-parents. Ce modèle l'a marqué, construite : « c'est spontané ! Je crois que voilà, on a été élevé comme ça et on a vu nos parents s'occuper de leurs parents. Et moi, malgré que mes parents ils étaient loin de leurs parents euh, enfin tout ce que mon père m'a raconté sur son

père et tout ce que j'ai vu de ma mère avec sa mère euh c'est comme ça ! C'est spontané, c'est naturel ! Euh c'est pas calculé, c'est pas... euh. Maintenant, nous on calcule parce qu'on doit s'adapter à notre famille, surtout par rapport à notre travail ».

c. Chaïma, « le papa roi »

« Même si tu te fais même engueuler parce que c'est un caractériel et si c'est un père roi. C'est un papa roi ! Je te jure ! »

Présentation de l'aidant et accompagnement du parent âgé

Chaïma se présente : *« ...c'est Chaïma. J'ai 46 ans. Je vais avoir 47 ans. Je travaille en MR, dans un CPAS de Verviers. Je suis aide-soignante depuis 28 ans. Mon parcours scolaire euh ça été jusqu'à la 6ème professionnelle aide-soignante. »*. Elle travaille à $\frac{3}{4}$ temps. Elle habite Stembert et est en couple depuis quatre ans, sans enfant. Ensuite Chaïma présente ses parents ainsi que leur parcours de vie : *« mon père est venu en 63, ça fait un bail (rire). Euh il est venu tout seul et ma mère est venue le rejoindre deux ans après. Euh ben ils ont fait toute leur vie ici en fait. Mon père était mineur (...) puis il a été invalide et prépensionné, et puis pensionné et puis voilà ! Ma mère euh, elle est, c'est une femme au foyer. Elle a eu dix enfants : sept garçons et trois filles. Maintenant elle a 28 petits-neveux, euh, 28 petits-enfants pardon ! Elle a une arrière-petite-fille. Ma mère a fait sa scolarité jusque ses 6ème primaire je crois. Donc elle sait lire, elle sait écrire, enfin elle a une base. Euh mon père, il sait ni lire, ni écrire mais les calculs, il sait bien (rire). »*. Sa maman est âgée de 74 ans et le papa de 78 ans. Ils vivent dans leur maison située à Verviers.

Elle poursuit en décrivant l'état de santé de ses parents et souligne que ça ne va pas s'améliorer car le père souffre de la maladie de Parkinson et la mère est diagnostiquée « démente » depuis peu. Ils n'ont pas de loisirs en particulier. Auparavant le papa partait neuf mois au Maroc et la maman allait le rejoindre. Mais suite aux maladies chroniques des parents, ils n'y vont plus. Chaïma a sept grands frères et deux petites sœurs qui sont mariés et ont tous des enfants. Ils habitent tous dans l'arrondissement de Verviers.

Chaïma explique que le besoin d'aide est présent depuis longtemps et qu'ils s'organisaient entre eux grâce à : *«... une petite tournante »*. Mais cette tournante est devenue ingérable à cause des rythmes de vie de chacun. Non seulement ils travaillent tous, mais en outre, la maman, qui était

conjointe aidante, a été diagnostiquée démente. S'en sont suivies les opérations et les hospitalisations du père. Chaïma précise qu'à « ...l'hôpital, l'assistante sociale nous a proposé de l'aide. Euh, on a mis tout en place par la mutuelle ! ». Actuellement, ils ont fait appel à des aides extérieures pour déléguer les soins à prodiguer quotidiennement à leurs parents. Chaïma précise, avec beaucoup d'humour, que c'était elle avant qui était la cheffe d'orchestre, avec au niveau de l'accompagnement de ses parents. Mais suite à son emménagement avec son fiancé, Chaïma a dû déléguer ce rôle à Daoud, son frère aîné. Chaïma dit que : « c'est lui qui a repris la main et euh voilà il s'en sort, il s'en sort plus ou moins bien ». Il est d'ailleurs domicilié et vit chez ses parents. Cela s'est décidé à table avec les membres de la fratrie qui participent à l'aide quotidienne des parents. Chaïma décrit son rôle et ceux de son frère Daoud et de ses deux sœurs : « Euh qui est là toute la journée que quand il, enfin entre le travail, est là. Mais il vit, il est domicilié là-bas ! Euh ma petite sœur Nadia qui s'occupe des médicaments et de la prise des rdv. Et euh les paiements, tout ce qui est facturation et tout ça, c'est elle qui s'en occupe. Et euh Zakia et moi, on essaie de passer pour tout ce qui est entretien de la maison, euh, la vie quotidienne. » Chaïma rappelle que la maman participe, malgré sa maladie, à l'aide apportée au papa. C'est la maman qui rappelle la prise de médicament à son mari par un petit jeu de rappel musical configuré dans son iPhone© par Chaïma. D'ailleurs, l'aide est bien acceptée par la maman, moins par le papa. En effet Chaïma explique : « ...mon père, il n'accepte pas trop son état parce que c'est un homme très actif, qui bougeait, qui allait vers les autres et qui ne sait plus bouger quoi ! Ça fait énormément de tension aussi. Ce n'est jamais bien fait comme... il voudrait ». Les enfants ont aménagé le salon comme une chambre d'hôpital toute équipée afin que le papa s'y sente bien.

Chaïma raconte qu'au début, il existait des tensions entre ses six grands frères et les autres membres de la fratrie, quant à l'intensité de l'investissement des uns et des autres. Chaïma avoue qu'elle avait l'impression d'imposer. Elle illustre son ressenti de la façon suivante : « mes autres grands frères, ils ne comprenaient pas la situation parce qu'ils étaient en dehors de la maison. Et euh ils venaient quand tout était fait. Les parents étaient nickel, tu vois. Tu vois, c'était comme s'ils n'étaient pas malades... ». Avec le temps, Chaïma a appris à ne plus se tracasser : « ... Au début c'était ben voilà. C'était tout le temps répétitif. Il fallait dire « n'oubliez pas ceci, n'oubliez pas cela ! » Mais euh maintenant, c'est fait, c'est fait, vous venez, vous venez et si c'est pas fait ben tant pis ! Celui qui sait, ben le fait ! ». Chaïma finit par dire : « je téléphonais à un de mes frères ou quoi, y'en a qui ont jamais rien fait ! Y'en a, on est 10, mais y'en a, ben ils n'ont jamais rien fait ! ». Chaïma fait allusion aussi au soutien du boulanger dans l'aide aux parents, elle explique : « que s'il y avait quoi que ce soit, ben il

avait nos numéros et pouvait contacter ou s'il voyait que ma mère ne venait pas chercher le pain ou quand bizarrement tu vois miskin (« le pauvre », NDLR) il est super ! »

Chaïma a sollicité l'aide de sa fratrie (dont ses deux sœurs et son frère) lorsqu'elle a rencontré son compagnon, il y a maintenant presque 4 ans. Elle passe voir ses parents tous les jours mais elle culpabilise quand elle ne sait pas y aller ou est trop fatiguée. C'est son frère Daoud et ses deux sœurs qui la rassurent en lui disant : *« ...ben écoute, nous aussi on est là. Vis ta vie, profite aussi. Même mon frère Daoud., il me le dit tous les jours. »*. Chaïma précise que son compagnon actuel est Belge et qu'il comprend parfaitement la situation. C'est même lui qui lui suggère de passer voir les parents de Chaïma et prend l'initiative de l'aider si besoin est.

Chaïma a appris, via une assistante sociale, lors de l'hospitalisation de son père, que ses parents pouvaient faire appel à des aides professionnelles. Et que ces aides étaient prises en charge par l'INAMI, au vu de l'état de santé de ses parents. Chaïma a contacté l'ASD⁵⁴ qui propose des infirmières à domicile. Elles viennent plusieurs fois par jour pour réaliser les soins corporels et médicaux des deux parents. Chaïma avoue qu'au début il y avait des réticences, surtout de la part du papa mais que maintenant il s'entend même très bien avec les infirmières. Il n'a pas d'aide-ménagère car cela revenait trop cher. Ce sont les filles qui font le ménage. La MR n'est pas du tout envisagée, ni même discutée par la famille de Chaïma qui allègue que : *« ...c'est dans notre culture, notre tradition tout ça c'est pas, dans l'éducation, il y a pas ça ! »*, en ajoutant que ses parents sont bien à la maison.

Chaïma considère son rôle d'aidante aussi bien comme une obligation que comme un choix. Elle l'explicite en disant que c'est un *« devoir parce qu'ils nous ont mis au monde, ils nous ont élevé, ils nous ont fait devenir ce qu'on est maintenant, et euh, c'est un choix personnel parce que je pourrais dire aussi « voilà j'ai ma petite vie ». C'est euh, je commence ma petite vie aussi depuis 3 ans seulement »*. Elle ajoute qu'elle s'était désignée comme aidante principale à l'époque car l'ensemble de sa fratrie (surtout ses sœurs) avait une vie familiale alors que Chaïma était célibataire et vivait chez ses parents. Ses parents le lui faisaient de temps en temps remarquer, ce qui avait le don de l'exaspérer parfois. Chaïma dit que sa maman la remercie constamment mais Chaïma trouve qu'elle n'en fait pas assez.

Chaïma est partagée entre les deux cultures, belge et marocaine. Pour elle c'est : *« un mix.... Je crois que c'est un peu des deux »*. Elle trouve que faire appel à des aides extérieures, c'est idéal

⁵⁴ Aide et Soins à Domicile, l'un des services professionnels actifs sur Verviers.

pour maintenir son parent en perte d'autonomie à domicile, mais faut-il encore les connaître. Chaïma n'hésite pas à transmettre l'information autour d'elle, à d'autres familles marocaines. Pour elle, ç'a été un soulagement même si au début ses parents étaient réticents. Elle dit même que : *« au début mon père, mon père se sentait pas trop bien. Mon frère lui lavait la toilette intime. Maintenant il discute avec des copines maintenant. Je lui dis « t'as tous les jours des femmes différentes, qu'est-ce que tu veux de plus » (rires). »*. Pour elle, sa génération a fait son possible, mais a également ses limites. Elle finit par dire qu'être entre deux cultures rend compliqué le fait de savoir comment bien faire les choses.

d. Widade, « la grande sœur »

« Tu vois si tu regardes sur ma cheminée, je l'ai pas mis là parce que tu es venue, c'est le bouquin avec mes frères et sœurs, ma famille (elle me montre du doigt la photo et puis se lève pour me l'apporter sous les yeux) »

Présentation de l'aidante principale et accompagnement du parent âgé

Widade se présente : *« Je m'appelle Widade, j'ai 52 ans, non 51 ans bientôt 52. Euh j'ai fait mes études secondaires ici à Herve, euh en travaux de bureau. Et puis j'ai fait ma septième, ma septième. Ensuite euh, j'étais en stage à la Ville de Herve, j'ai été engagée. Ensuite j'ai repris des cours du soir en sciences administratives pour pouvoir évoluer, euh évoluer dans ma carrière. Et donc, je suis actuellement cheffe de bureau de plusieurs services au sein de la Ville de Herve. J'ai une carrière de 30 ans et j'ai un fils (24 ans) ... »*. Widade travaille à temps plein, elle fait du sport et aime surtout les vacances. Widade présente sa maman : *« [elle] va avoir 71 ans. Euh 72 ans pardon, elle a 72 ans »* et *« ... elle est ici en Belgique depuis l'âge de 18 ans. Elle était venue retrouver papa qui avait été engagé pour travailler à la mine de Josée. »* Widade enchaîne assez vite sur son parcours professionnel : *« elle était ouvrière et puis euh alors, il y a eu une carrière de femme d'ouvrage dans un restaurant depuis plus 20 ans et puis euh, en parallèle à l'Administration communale de Herve pour euh, nettoyer les écoles. »*. Cela fait 7 ans que la maman de Widade est retraitée. Elle est autodidacte et parle bien le français. Elle n'a pas de loisirs et depuis cinq ans ne retourne plus au Maroc, contrairement au papa de Widade qui s'y rend plusieurs fois par an. Widade est l'aînée de la fratrie, composée de deux

frères et deux sœurs. Ils sont tous mariés et ont des enfants, excepté une sœur qui a divorcé. Ils travaillent tous.

Widade raconte que le besoin de care de ses parents a toujours existé depuis qu'elle, ses frères et ses sœurs sont enfants : *« ...ça veut dire qu'avant remplir un bulletin de versement pour aller à la banque, ben c'était nous qui remplissions ! Mes frère et sœurs, quand il fallait aller aux réunions de parents et ben c'était l'ainé qui allait à la réunion de parents, donc ça veut dire moi ! Et donc, ces tâches un peu qu'on a maintenant, ben je les ai toujours connues, toujours »*. C'est pour cette raison d'ailleurs que Widade est devenue l'aidante principale de sa maman lorsque la perte d'autonomie s'est manifestée suite à une lourde opération de la tête. Sa mère s'est retrouvée handicapée avec une perte de sensibilité aux mains et aux jambes. Comme elle est restée des mois à l'hôpital, Widade et sa fratrie ont pu aménager la maison en conséquence. A la sortie de l'hôpital de la maman, les enfants - mais principalement Widade, habitant à 400 mètres du domicile de ses parents- réalisent tout l'accompagnement : *« ...au départ ben fatalement, oui c'est nous autres qui nettoyions, c'est nous autres qui la lavions, c'est nous autres qui faisons les courses euh ben tout, à manger, etc. et puis alors on s'est dit « euh un moment donné, il faut trouver l'aide parce qu'on va pas s'en sortir »*. Moi je travaille à temps plein. Mes sœurs habitent Liège. ». N'arrivant plus à concilier le travail, la fatigue, etc., Widade se renseigne auprès de la mutuelle et met en place des aides. Le papa âgé de 83 ans est mis à contribution pour aider son épouse, après avoir été écolé par ses enfants. Bien que Widade s'occupe du quotidien de sa maman, elle a réparti les tâches avec tous les membres de la fratrie, tant pour la gestion financière que pour les rdv médicaux. Widade passe tous les jours et jusqu'à deux fois par jour quand le papa est envoyé au Maroc par ses enfants pour se reposer de sa femme, dont le comportement peut parfois être énergivore. Il arrive que Widade ne sache pas se rendre chez sa maman qui s'en inquiète et la bombarde de questions. Cela peut parfois agacer Widade, qui l'illustre par ce propos : *« Moi à 52 ans, à la limite devoir rendre des comptes euh ! »*. Son rôle n'a pas été négocié et semble arranger la famille, étant donné qu'en plus d'être dans la continuité, Widade est l'ainée, divorcée et a un grand garçon. De plus, elle habite juste à côté. A l'inverse, ses frères et sœurs qui habitent à Liège, ont des enfants en bas âges ou encore, travaillent en pauses (comme sa sœur infirmière). Pour se coordonner efficacement, Widade a créé un groupe « famille » sur l'application WhatsApp©. Cela permet de s'organiser au niveau des tâches à réaliser, des disponibilités, en bref de se coordonner. La maman est toujours en train de remercier Widade : elle est clairement en attente du passage de sa fille.

Widade explique qu'elle s'entend très bien avec l'ensemble de sa fratrie : *« Ben c'est des liens très forts parce qu'on se téléphone plusieurs fois par jour. On s'envoie des messages, plusieurs fois par jour dans le groupe famille et oui, on est très soudés. Voilà on sait qu'on peut compter l'un sur l'autre »*. D'ailleurs, elle ajoute que les filles sont plus proches entre elles que les garçons qui s'investissent autant dans l'aide. Le groupe familial créé sur WhatsApp© leur permet aussi de prendre des nouvelles de chacun, de s'envoyer des photos (par ex. des sorties chez le coiffeur de la maman accompagnée de Widade, etc.). Widade décrit les liens avec ses parents : *« ... de très fort mais on a un lien respectueux. »*. En d'autres termes, elle ne discute pas de tout comme les relations amoureuses ou ne fait pas certaines choses devant ses parents, comme boire un verre de vin. Widade précise que ce n'était pas le cas quand elle était plus jeune. Elle dit que ses parents ont été stricts, l'empêchant de réaliser des études supérieures à Liège mais que, grâce à son caractère rebelle et à sa ténacité, sa maman a dit : *« Oui elle vous a ouvert la porte ! »* à ses petites sœurs qui, elles, ont pu faire des études supérieures.

Widade concilie l'aide avec sa vie privée (elle vit seule et son garçon est grand) mais elle rappelle que si elle avait un compagnon de culture différente, cela pourrait devenir un sujet de tension. Quand elle part en vacances, elle établit un planning avec les membres de sa fratrie afin que la maman ne se trouve pas seule un jour.

C'est Widade qui s'est renseignée à la mutuelle et qui a fait appel à des aides professionnelles, notamment à un service d'infirmières à domicile qui assurent les soins corporels et médicaux. Au niveau corporel, cela n'a pas été une mince affaire, d'amener la maman à y consentir, comme le dit Widade : *« Elle dit « euh moi, montrer mon corps à tout le monde, encore quelqu'un d'autre qui va te laver ! » Moi je lui ai dit « c'est comme ça et pas autrement ». Donc c'est comme ça ! »*. Ces soins, au départ, étaient pris en charge par Widade, en plus du reste, mais, au bout d'un moment, elle a craqué. Widade avait fait appel également à un service d'aide-familiales. Suite aux multiples plaintes de la maman, il a été remplacé par une aide-ménagère d'origine marocaine, qui satisfait la maman comme elle dit : *« ...qui la comprend, qui entre guillemets, lui fait de la compagnie, qui parle avec elle, qui va parler cuisine. »*. Quant à l'évocation des MR, voici ce que Widade répond : *« Parce que c'est pas dans leurs mœurs, c'est pas dans leur culture ! On abandonne pas les parents, voilà ! Je dis bien leurs mœurs et leur culture. »*. Widade tient à préciser qu'elle a déjà averti son garçon par rapport à sa volonté du bien vieillir qui est de ne pas s'occuper d'elle et qu'elle sera plus heureuse dans une MR.

Widade considère son rôle d'aidante principale autant comme une obligation que comme un choix. Elle le justifie en disant : *« ...on est dans les deux, et dans la culture et dans l'obligation*

donc voilà. Et par choix aussi parce que le choix, ben c'est quand même important de bien entourer ses parents... ». Les attentes de sa maman résident dans la présence et l'accompagnement de ses enfants. Pour ce faire, toute la famille se réunit tous les dimanches chez les parents.

Widade exprime qu'elle a deux cultures et souligne également qu'elle a deux religions, de par sa scolarité passée dans une école catholique. Elle dit également qu'il y a qu'un seul Dieu, peu importe la religion à laquelle on croit. Elle explicite le fait qu'elle sépare les deux cultures : *« J'ai vraiment deux cultures ça veut dire que je vais me mettre dans ma peau quand je suis en présence, entre guillemets, d'un Belge ben voilà. Et quand je suis avec des Marocains, je suis marocaine ».* Mais Widade spécifie que sa prise en charge est « marocaine ». Elle étaye par l'exemple d'une collègue belge qui en fait autant qu'elle pour sa maman mais qui lorsqu'elle part en vacances, même si elle culpabilise, place sa maman. Pour Widade : *« ...ça ben nous on connaît pas ! ».* Elle ajoute d'ailleurs que certaines personnes âgées prennent l'initiative de s'inscrire seules dans une MR. Widade spécifie aussi que le respect des adultes est très important dans son éducation, et que la solidarité y est plus forte : *« ...le lien familial est beaucoup plus prononcé grâce à la culture marocaine qu'avec ce que la culture belge comme nous l'avons apprise. Et ça se ressent et je vois avec mes collègues quoi, ils n'ont pas l'approche que nous nous avons, les frères et sœurs, des parents, etc. donc euh on me dit « ah tu vois encore tes frères et sœurs », ben oui, tous les jours ! Y'en a qui se soucie pas des autres mais je suis présente pour eux. Dès que le téléphone sonne, on est tous là quoi ! »*

e. Kenza, « les sœurs très soudées »

« ... Au sinon, nous les filles, on est très soudées ! » et « On est, on est restées, moi, les filles à 5 à ses côtés quand il a rendu son dernier souffle. Voilà » (Kenza est en larmes)

Présentation de l'aidante principale et accompagnement du parent âgé

Kenza se présente : *« Ben moi, c'est Kenza. J'ai 41 ans. Je suis maman de trois enfants âgés de 13 ans, 9 ans et 6 ans. Je suis employée au sein de l'Administration communale de Verviers depuis 2000... ça va faire 10 ans hein, depuis 2009, octobre 2009. Je travaille à 3/5ème temps. J'ai des problèmes de santé. ».* Kenza a peu de loisirs : elle l'attribue au fait que ses trois enfants

lui prennent du temps. Cependant, elle s'octroie tous les 3 à 4 mois des sorties « bien-être » avec son époux. Elle habite Dison. Ensuite, elle présente sa maman : *« Ben ma maman se prénomme Fatima. Elle est âgée de 76 ans. Elle est arrivée en Belgique en 1900... mon papa est arrivé en 72, ma maman est arrivée je pense 2 ans après, 74 ou 73. Juste un an ou deux après »*. Kenza précise que sa maman était très autonome dans les activités de la vie quotidienne avant de contracter un cancer en 2019. De plus, la maman s'occupait de son époux alité à la maison depuis trois ans. Celui-ci est décédé pendant la crise sanitaire liée à la Covid-19. Elle n'est plus retournée au Maroc depuis la maladie de son époux et elle a arrêté l'unique loisir qui l'épanouissait beaucoup depuis son cancer. En effet, elle fréquentait la mosquée pour étudier les versets du Coran deux fois par semaine avec un groupe de femme marocaines. Mais Kenza confie avec humour que sa mère y allait plus pour papoter qu'étudier ! Kenza a quatre frères et quatre sœurs. Ils sont quasi tous mariés et ont des enfants, excepté une de ses sœurs qui vit encore chez la maman.

Kenza raconte que le besoin de ses parents d'avoir une aide s'est manifesté du temps où elle vivait chez eux, surtout pour la gestion administrative et bancaire. Elle le justifie par le fait qu'elle s'est mariée après ses sœurs. Du coup, elle a délégué la gestion bancaire et l'accompagnement de la maman aux rdv médicaux à ses sœurs Zineb et Khamila qui habitent à proximité. Le besoin s'est encore intensifié : son père s'est retrouvé cloué au lit il y a trois ans, et sa mère ayant développé un cancer en 2019. Kenza indique que c'est elle et trois de ses sœurs qui s'occupent des tâches régulières pour accompagner leur maman : petit ménage, cuisiner des plats de temps en temps, prise des rdv chez les médecins ainsi que l'accompagnement, organiser des sorties, etc. Quant aux frères, seuls trois d'entre eux font les courses de temps en temps et rendent visite à la maman à l'occasion. Kenza dit que sa maman : *« ne veut pas déranger. Oui mais par exemple, elle protège ses petits garçons ! Ses petits garçons, c'est euh, ils travaillent. Ils ont une vie de famille mais nous euh, tu dois être disponible ! »*. Bien que l'aide soit répartie sur les 4 filles, la coordination relève de Kenza et de Zineb. Chacune a d'ailleurs créé un groupe « famille » sur WhatsApp© afin de communiquer efficacement. Kenza souligne que sa maman a surtout besoin de parler, et donc elle lui téléphone tous les jours. Elle vient aussi la chercher deux fois par semaine, entre autres pour aller se recueillir tous les vendredis sur la tombe du papa enterré au cimetière à Verviers. Entre la fratrie, il y a enfin une tournante au niveau des visites.

Actuellement et pour améliorer la vie quotidienne de sa maman, Kenza a entamé des démarches auprès de la société de logement social pour que sa maman puisse intégrer un appartement

social : « ...qui sont adaptés à ses problèmes de santé surtout avec ses escaliers » car elle vit dans une maison sociale depuis 43 ans.

Kenza qualifie la relation entre les membres de la fratrie d'assez bonne, surtout avec les filles : « *Azdine. est un taiseux, Halil aussi, Halil n'est pas pour les conflits. Halil il dit ok. Abderaman est plus effacé, en retrait avec son divorce. Ou sinon, nous les filles, on est très soudées.* » Excepté avec leur frère Jamal. : celui-ci crée des tensions lorsqu'il s'agit de réaliser une tâche déléguée par ses sœurs. Jamal râle et va se plaindre auprès de sa maman, allant jusqu'à la faire pleurer. Kenza précise même si Jamal n'est pas toujours d'accord, elle continue à l'impliquer de temps en temps. Kenza illustre, avec beaucoup d'émotion, les liens forts entre ses sœurs lors du dernier souffle de son papa : « *Et je dis à ma mère « papa a rendu son dernier souffle » et les filles étaient autour, pas un seul garçon ! Ils étaient pas là* ». Précisons que les frères étaient bien présents dans la maison mais pas au chevet du papa. Kenza raconte que l'infirmier à domicile et le médecin de famille faisaient état de la solidarité familiale : « ... « *vous êtes une famille très soudée et vous ne l'avez pas placé, ni... et quand il y a le moindre souci, vous êtes tous là !* » Ils étaient étonnés, même le médecin traitant. ».

Kenza peut concilier l'aide apportée à sa maman tout à fait sereinement avec sa vie car comme elle dit, elle : « *délègue, enfin je veux dire, chacun a une part* », ce qui rend l'accompagnement de la maman équilibré. De plus, les situations de vie des sept de ses frères et sœurs sont assez similaires : tous sont mariés, ont des enfants, sont en activité professionnelle. Son époux (qui partage la même culture) et ses enfants la soutiennent, tant moralement que dans l'aide concrète comme préparer le repas, aller chercher la maman de Kenza, etc. Elle explique que son époux est compréhensif et ce, depuis que le papa de Kenza était alité : « *...dès le début il savait bien, même lui il a ses parents. Il sait très bien au niveau religion, être disponible à côté de ses parents. Il sait bien que...voilà. Et euh, il m'aide aussi. Quand il voit que je ne suis pas bien, il va préparer le repas et il va me laisser. Ce n'est pas tout le temps.* ». Pour se ressourcer, elle programme des sorties en couple, entre sœurs ou encore entre amis. Kenza et sa famille ont aussi fait appel à des aides professionnelles dont l'infirmier à domicile, un ami d'enfance, avec qui elle entretient des liens d'amitié. Il dispose des clés de la maison et se rend chez la maman deux fois par jour pour ses soins (injection d'insuline) mais joue également un rôle de compagnie. Kenza lui téléphone tous les jours et souligne son professionnalisme et son soutien lors du décès du papa. C'est lui qui a averti certains des membres de la fratrie, du dernier souffle de leur père, car Kenza en était incapable. Pour le ménage, la maman de Kenza a été tellement exigeante que les enfants ont fini par lui trouver une aide-ménagère d'origine marocaine. Celle-

ci fait aussi office aussi de compagnie pour la maman, selon Kenza. En ce qui concerne la possibilité d'intégrer un jour la maman dans une MR, Kenza est catégorique : « *Non, non hors de question !* » même si des MR musulmanes venaient à voir le jour. Elle explique que ce n'est pas dans la culture, l'éducation et la religion.

Kenza conçoit l'aide apportée comme normale, et un juste retour des choses. Elle dit qu'elle n'en fait pas encore assez pour sa maman et cherche à déménager pour se rapprocher d'elle : « *c'est normal. Moi c'est normal. Ils sont illettrés c'est... moi inchaAllah (« si Dieu le veut », NDLR) mon but est de déménager et d'être un maximum là* ».

Pour ce qui est de son appartenance culturelle, Kenza dit que : « *... je veux dire ok Belge je suis de nationalité belge mais mes origines, je veux dire euh, je suis Marocaine* ». Kenza explique qu'elle reproduit un modèle marocain d'accompagnement transmis par ses parents, qui est celui dans lequel elle a grandi. En effet, malgré la distance, ses parents ont apporté une aide financière et matérielle à leurs parents respectifs restés au Maroc. Le papa a même fait construire une maison pour ses parents. Elle ajoute également que : « *La solidarité et puis les valeurs que l'on a, c'est... Je veux dire la religion, c'est tes parents avant tout.* ». Kenza reconnaît que ce qui est bien dans la société et la culture belge : « *...c'est la mise en place au niveau, niveau INAMI, au niveau aide-familiale. L'infirmier je veux dire avec l'INAMI qui vient à domicile. Ça c'est top quoi, c'est top !* ». Donc elle n'est pas opposée à faire appel à des aides extérieures. Elle finit par dire que c'est : « *Une synthèse des deux* » ou encore : « *Un mix des deux* » cultures, belge et marocaine.

f. Naïla, « la maman fusionnelle avec sa fille »

« *Oui, ça a continué. Moi, je lâchais jamais ma mère quand j'étais petite. Maintenant, c'est mon tour (rire), elle me dit « c'est mon tour. Je te lâche plus » (rires)* »

Présentation de l'aidante principale et accompagnement du parent âgé.

Naïla présente se présente avec humour mais très brièvement : « *Voilà, je me présente, Naïla B., 43 ans bientôt dans 4 jours (rire). Euh je suis une maman de 4 enfants...* ». Elle est mariée. Elle a deux garçons et une fille adolescents. Elle est aide-ménagère mais est actuellement en

invalidité à cause de problème de dos. Elle habite Dison Elle explique qu'à part s'occuper de ses enfants, de son ménage et de sa mère elle a peu de loisirs. Elle aime de temps en temps les sorties entre copines et le shopping. Naïla présente sa maman en commençant directement par son état de santé physique et moral, qui s'est dégradé suite à une opération du genou subie en 2019. Ensuite, elle précise : « *Bouchra. S. Elle est née en 51. Elle a 67, non. Elle est née en 51* ». Elle habite à Verviers depuis 2002 et vit seule dans un appartement depuis le décès de son mari en 2018. Les parents de Naïla vivaient au Maroc et sont arrivés, à l'âge de la retraite, en Belgique en 2002 suite à une demande de prise en charge par Naïla

Celle-ci précise que sa mère était une bonne vivante avant le décès de son mari et son opération. Elle sortait beaucoup avec ses amies, allait rendre visites à ses enfants en France et se rendait plusieurs fois par an au Maroc. Au niveau de la fratrie, Naïla a une sœur et deux frères aînés. Ils sont tous mariés et ont des enfants. Ils n'habitent pas en Belgique : deux sont en France et un frère réside au Maroc. Au total, il y a 10 petits-enfants.

Naïla précise qu'elle s'occupe de ses deux parents depuis 2002. En effet, elle a fait une demande de prise en charge de ses parents restés au pays. Ils ont vécu chez elle pendant sept ans mais non de manière permanente avant d'intégrer un appartement social en 2009. Ils faisaient des allers-retours constants au Maroc et parfois en France. A cette époque, l'aide se déployait dans les domaines médical, financier, administratif et les transports. Ses parents étaient relativement autonomes pour les autres tâches. Naïla souligne qu'elle est toute seule ici pour s'occuper de sa maman mais qu'elle peut compter sur une amie qui : « *...aide de temps en temps quand moi je ne saurais pas, ça, elle m'aide.* ». Donc le besoin d'aide s'est intensifié avec l'intervention médicale subie par la maman qui compte beaucoup sur sa fille. Naïla lui rend visite quasi tous les jours et lui téléphone pour voir comment elle va. A part son amie, Naïla ne peut compter que sur elle pour aider sa maman : « *...si elle a besoin des médicaments, je vais aller lui chercher. Elle a besoin des courses. Je vais la ramener faire ses courses. Et des fois, on va un petit peu faire les magasins. Elle aime bien se promener, ma mère (rire). Elle aime faire les magasins.* ». La maman de Naïla peut parfois se montrer insistante envers sa fille, qui cède alors, malgré sa fatigue ou son programme de la journée déjà établi. Naïla le justifie en expliquant que sa maman est toute seule et n'a personne d'autre.

Naïla décrit des liens très forts entre ses frères et sa sœur, et ce malgré la distance. Ils communiquent tous les soirs sur le groupe « famille » créé sur WhatsApp®. Naïla souligne que cet outil de communication a permis notamment à la maman de voir sa petite-fille : « *...qui vient de naître. Ça fait deux semaines, elle l'a pas encore vu. Heureusement, il y a WhatsApp®,*

ça existe ! ». La maman sait aussi manipuler WhatsApp®. Les frères et la sœur de Naïla viennent régulièrement en Belgique voir leur maman, surtout ceux qui habitent en France. Lors de l'opération de leur mère, Naïla raconte que sa sœur et son frère sont venus, sa sœur est restée une semaine. Naïla a un lien qu'elle décrit comme fusionnel avec sa maman car c'est la petite dernière.

Naïla justifie l'aide apportée à sa maman de la manière suivante : *« Ça passe comme ça franchement. Un jour, un jour, je ne me stresse pas »*. Son mari et ses enfants la soutiennent. Le mari de Naïla est de la même culture qu'elle et vit exactement la même situation avec sa maman qui est dépendante de ses enfants. Ce sont ses sœurs qui s'en occupent. Les enfants sont grands et savent se débrouiller en cas d'absence de leur mère. Elle ne fait appel à aucune aide professionnelle actuellement car sa maman arrive encore à réaliser différentes tâches seules, tandis que Naïla s'occupe de tout le reste. Même pas au niveau médical car cela ne le nécessite pas. La maman a d'ailleurs séjourné après son opération dans un centre de revalidation, puis chez Naïla encore trois semaines avant de réintégrer son domicile. Elle précise cependant que lorsqu'elle travaillait, elle pouvait compter sur son amie pour accompagner sa maman en cas d'empêchement professionnel. Elle dit : *« Oui, elle est toujours présente pour moi, quand je suis pas là, pour les rdv et tout ça, elle va avec elle aussi ! »*. Lors de l'évocation d'une intégration de la maman dans une MR, Naïla répond que cela n'a jamais été évoqué, pas dans la culture et qu'elle fera comme pour son père : *« Je m'occupe de ma mère jusqu'à... comme j'ai fait avec mon papa ! »*

Naïla ne voit pas son rôle d'aidante comme une contrainte, bien au contraire car sa maman n'a personne d'autre qu'elle, qui vit à proximité. Bien que la maman ait des demandes de plus en plus importantes, surtout depuis le décès de son mari, Naïla arrive à mettre de temps en temps des limites : *« ...elle voit que je suis fatiguée. Des fois, elle me dit « si t'as le temps... n'oublie jamais ! Si t'as le temps, tu viens s'il te plaît me ramener là, ramener là ! » Des fois je dis « pff, maman j'ai des trucs à faire, j'ai mon programme, je viens plus tard ! » Ou sinon, je ne saurais pas dire non à ma mère (rires). »*. Naïla, reconnaît elle-même que *« ma mère, je suis obligée de faire ça pour elle ! »*. Naïla confirme aussi que ce n'est donc pas un choix.

Naïla a un sentiment d'appartenance partagé entre les deux cultures qu'elle clarifie en disant : *« On a besoin d'aussi ici, on a besoin aussi du côté d'ici, aussi de belge, c'est pas la même chose ! Plus marocain mais belge aussi, on a toujours besoin ! On vit ici (rires), ben oui. »*. Naïla souligne que dans la culture marocaine, on n'abandonne pas ses parents. C'est pour toute la vie. Mais elle précise quand même que la société belge offre, à celui qui en a besoin, la

possibilité de faire appel à des aides extérieures qui sont en partie supportées par la Sécurité sociale. Ainsi, les services dont le papa a bénéficié quand il était alité à domicile comprenaient des infirmières et des aides-soignantes, qui venaient quotidiennement au domicile des parents.

Remarquons que Naïla a grandi au Maroc et est venue s'installer en Belgique pour vivre avec son époux qui lui a grandi en Belgique. Elle vit ici depuis presque 25 ans.

g. Khalissa, « comment rendre maman heureuse ? »

« Comment mieux, comment rendre ma mère heureuse ! Comment la rendre plus heureuse. Un meilleur confort, qu'elle soit bien quoi, qu'elle soit moralement contente quoi ! Mon frère, il est toujours à aller chercher des fleurs du jardin et aller lui mettre sur son petit pot comme ça. »

Présentation de l'aidante principale et accompagnement du parent âgé

Khalissa se présente : *« Je m'appelle Khalissa. J'ai 38 ans, je viens juste de les avoir (rire) ! Je suis mère au foyer, j'habite (...) à 4800 Verviers. Donc voilà je ne travaille pas, donc je m'occupe de mes enfants. »* Khalissa est mariée et a 4 enfants, 2 garçons et 2 filles âgés de 19 à 6 ans. Elle est née et a grandi en France. Elle est venue s'installer à Verviers pour rejoindre son mari. Elle aime la cuisine, regarder des films et surtout fournir une aide aux personnes de la communauté marocaine qui la sollicitent, en particulier au niveau administratif et médical. Elle présente sa maman : *« ... j'ai ma maman qui s'appelle Sarah qui est née en 1939. Elle est venue en France en 79 fin 79, comme ça. Donc elle est venue, mon papa travaillait, était ouvrier. Elle est venue avec quatre garçons non elle est venue avec trois garçons et deux filles »*. Khalissa précise qu'elle et son petit frère sont nés en France. A la naissance de son dernier enfant, la maman de Khalissa a contracté une poliomyélite la laissant handicapée à 100%. Elle était âgée de seulement 44 ans et s'est retrouvée d'après Khalissa comme : *« ...un légume sur un lit »*. La maman était femme au foyer et n'a pas vraiment eu de loisirs, à part sortir faire des balades avec des voisines du quartier. Elle retourne plusieurs fois par an avec son époux au Maroc depuis que celui-ci est retraité. Agé de 83 ans, il est encore autonome, accompagnant son épouse lors des trajets en avion entre le Maroc et la France. Les parents n'ont plus de domicile propre en France et sont accueillis par leurs enfants de façon aléatoire. La fratrie de Khalissa se compose de 7 enfants dont quatre garçons qui vivent à Montélimar en France et de

deux sœurs qui sont retournées vivre au Maroc. Ils ont tous des enfants et seul un frère n'est pas marié. Ils ne travaillent pas tous. Les parents de Khalissa ont une trentaine de petits-enfants.

Le besoin d'aide concerne surtout la mère de Khalissa ; c'est une situation qu'elle a toujours connue. En effet, son handicap est survenu lorsque Khalissa avait un an. C'était son père qui gérait tout, avec l'aide de sa grande fille. Cependant, petit à petit, la maman a progressivement recouvré une partie de ses facultés motrices, ce qui lui a permis de s'occuper quand même de ses enfants. Le besoin d'accompagnement de la mère s'est manifesté de manière plus importante lorsque le papa, tout juste retraité, a pris la décision de procéder à des allers-retours entre la France et le Maroc, tous les 2 mois. Malgré la distance géographique, Khalissa, a pris en charge l'accompagnement, et surtout, la coordination de l'aide. Khalissa se définit comme la cheffe d'orchestre, gérant, avec son frère aîné Riad, qui habite à proximité, l'aide apportée à la maman. Le père reste cependant un conjoint-aidant incontournable de son épouse. Les enfants se sont réparti les tâches de la manière suivante : Khalissa et Riad s'occupent de l'administratif, de la prise des rdv médicaux, l'aîné des frères du transport et de l'accompagnement chez les médecins. Les deux sœurs restées vivre au Maroc reprennent le relais, notamment par celle qui habite à proximité de chez ses parents. Quant aux belles-sœurs, elles ne sont pas en reste car ce sont elles qui se chargent de prendre soin des parents de Khalissa notamment la femme de son frère Malik. Bien qu'elle travaille comme aide-ménagère, l'une d'entre elles s'organise pour cuisiner, laver sa belle-mère, etc. Khalissa peut compter également sur la sœur de son mari qui habite à proximité pour prêter main forte en préparant des repas par exemple. Le rôle qu'elle occupe n'a jamais été négocié. Elle le justifie ainsi : « *malgré la distance, j'avais plus de temps pour faire ça et j'étais on va dire, plus dégourdie. J'étais la petite dernière qui voilà, la petite sœur, la petite dernière.* ». Khalissa ajoute le fait que les filles sont plus sensibles à la vulnérabilité de leurs parents. Khalissa et ses frères communiquent via WhatsApp® mais elle ne trouve pas nécessaire de créer de groupe « famille ». Elle appelle également ses parents tous les jours comme elle dit : « *Tous les jours j'appelle ma mère, matin et soir !* ». Khalissa dispose de tous les documents utiles à ses parents pour mener à bien l'aide à distance, comme elle l'illustre ici : « *...il m'a donné sa carte bancaire, sa carte bleue avec toutes les données dessus. Et voilà, tout ce qui est copie de sa carte d'identité, copie de sa carte vitale, livret de famille, tous les documents personnels, c'est moi qui les ai. Et donc quand il y a quelque chose, à distance je gère.* ». Khalissa rejoint ses parents surtout pendant l'été : elle en profite pour les accompagner dans les rdv médicaux, mais s'occupe surtout de sa maman,

tant dans les soins corporels que moralement. Elle précise que sa mère a un grand besoin de compagnie pour lui remonter moral car elle vit comme un poids pour sa famille. Cela pousse Khalissa à régulièrement prendre le temps de : « *discuter avec elle, la faire rire, raconter des petites anecdotes voilà, des souvenirs* ». Elle le fait aussi en mode distanciel. D'après Khalissa, sa mère se sent : « *...un peu gênée* », ayant l'impression d'embêter ses enfants.

Khalissa décrit des liens très sereins dans la fratrie, surtout par rapport à l'aide. Il y a malgré tout l'existence de petites frictions entre les deux frères, liées à leurs personnalités. Khalissa dit que : « *tout le monde, oui, met la main à la pâte quoi !* ». Deux de ses frères n'apparaissent pas dans l'aide car l'un est en mission mais appelle régulièrement. Quant au petit dernier, il n'est pas opposé à l'idée d'aider, mais n'a jamais été sollicité. Khalissa explique que si le besoin se présente, ils ne refuseront pas. Khalissa qualifie sa relation avec sa maman de « fusionnelle » et malgré la distance physique, elle voit ses parents tous les jours sur WhatsApp®.

Khalissa n'éprouve aucune difficulté à concilier l'aide qu'elle apporte avec ses parents malgré la distance géographique la séparant de sa maman. Mais selon elle, si elle habitait à proximité, ce serait peut-être autre chose. Elle peut compter sur le soutien de son mari et de ses enfants, notamment quand elle a dû se rendre d'urgence auprès de sa maman pendant quelques jours. De plus, elle ne travaille pas. Elle est plutôt fière de pouvoir s'investir, à sa manière, dans l'aide apportée à sa mère. Les aides professionnelles ne sont pas du tout sollicitées, excepté de temps en temps (intervention d'une infirmière à domicile pour, par exemple, une prise de sang). Khalissa le regrette car pour elle, sa maman a accès à toutes les aides et pourrait donc solliciter les services d'aides-soignantes, d'aides-familiales ou encore d'une aide-ménagère. L'évocation d'une possibilité pour la maman de Khalissa d'intégrer une MR fait réagir Khalissa : « *on s'est dit « jamais ! » On s'est dit « si jamais on la met là-bas, elle va mourir ! » Parce qu'il faut la compagnie...* », c'est-à-dire être entourée de ses enfants. Khalissa l'illustre par une brève expérience malheureuse vécue par la maman pendant la crise sanitaire liée à la Covid-19. En effet, suite à une suspicion de symptômes, la maman a été hospitalisée puis transférée dans un service gériatrique, ce qu'elle a mal vécu. Elle a même accusé ses enfants de l'abandonner. Khalissa relate ce fait avec beaucoup d'émotion et raconte que sa maman leur a tenu les propos suivants : « *zerma prel min srétou bina !* (« *c'est comme si je ne vous manquais pas* », NDLR). *On lui a dit « non c'est pour ton bien* ». ». Ce moment a été vécu très douloureusement par tous, face au désarroi de la maman qui ne comprenait pas la situation.

Khalissa perçoit son rôle d'aidante comme suit : « *normal de s'occuper de son parent. Quand on est petit, nos parents s'occupent de nous. Pour moi, c'est normal de m'occuper de ma mère*

quand elle vieillit ». Mais Khalissa le voit aussi comme : « ...un choix ! C'est moi qui veux le faire ! Ça me fait plaisir de le faire au contraire, je suis contente c'est une fierté d'aider ma mère... ». Pour Khalissa, c'est naturel et non une obligation d'aider son parent. Selon elle, il n'y a pas de question à se poser. Khalissa confie qu'à ses yeux, sa maman ne devrait plus voyager au Maroc vu son état de santé très fragile. Elle préconise d'ailleurs que son père aménage un appartement adapté et recoure aux aides de professionnels, tout en restant entouré de toute la famille. Cependant, elle avoue que sa mère s'épanouit lorsqu'elle part au Maroc où elle profite du soleil, de la campagne de son enfance, de sa famille et surtout, des moments passés avec son mari. Elle décrit ainsi leur complicité : « *Ma mère elle se dit « si ton père il part, ça y est pour moi tout s'effondre* ». *Elle peut pas vivre sans mon père ! C'est son pilier...* ».

Khalissa se sent de nationalité belgo-française étant donné qu'elle est née et a grandi en Europe. Mais elle souligne qu'elle est clairement Marocaine d'origine. Lorsque est évoqué le sujet de l'accompagnement de sa mère, Khalissa répète que cela ne se fait pas dans la culture, la religion et l'éducation de mettre ses parents en MR. Dans la culture marocaine, le respect dû aux parents est présent et est très important. C'est le rôle des enfants de s'en occuper, comme les parents l'ont fait auparavant, et ce jusqu'à la fin de leur vie. Elle souligne que la culture occidentale a apporté de bonnes choses avec le progrès. Notamment en matière de santé et d'aide à domicile pour les personnes âgées. Khalissa trouve que cela est utile et qu'il faut solliciter ces services en cas de besoin. Elle conclut en disant : « ... *je prends ce qui m'intéresse là, et ce qui m'intéresse là, et je le fusionne.* »

2. Analyse transversale du matériau empirique

Après avoir passé en revue les principales caractéristiques de nos enquêtées, nous allons maintenant procéder à une nouvelle analyse. Elle consiste à rapprocher analyses verticales menées ci-avant, et à les comparer de manière transversale, afin de mettre en évidence les éléments significatifs par rapport à notre question de recherche.

2.1. Care domestique et grilles d'évaluation de l'état de santé du parent âgé

Le care domestique, comme processus (constitué de quatre phases) est donc un enchaînement complexe d'activités (physiques et morales) visant le soin à autrui dans la sphère domestique.

C'est à partir de ce cadre d'analyse que pouvons maintenant visibiliser et décrire les activités de care que nos sept « pourvoyeuses principales » prodiguent à leur parent dans le cadre de la sphère domestique. Par ailleurs, pour préciser la dépendance ou l'autonomie du parent, deux grilles d'évaluation ont été soumises à chaque enquêtée avant l'entretien. Pour rappel, il s'agit de l'échelle de Katz (qui score les capacités d'un individu pour les gestes courants liés au corps) et des activités instrumentales de Lawton (qui déterminent les activités courantes nécessitant une utilisation des fonctions cognitives dites instrumentales). Les pourvoyeuses principales du care accompagnent en majorité leurs mamans âgées (dans la septantaine) et l'une d'elles soutient ses deux parents. Bien que globalement, les mamans âgées soient toutes plutôt autonomes dans les activités de la vie courante, elles nécessitent néanmoins une aide au quotidien pour réaliser certaines tâches. Il s'agit d'une aide dans les soins corporels (1^o échelle), et d'un soutien pour les transports, la gestion administrative et bancaire, les courses, le ménage, la gestion des médicaments, etc. (2^o échelle). Quant au papa aidé, il est totalement dépendant dans les activités de la vie quotidienne.

a. Existence d'un besoin (to care about) : l'attention portée aux besoins

Parmi les personnes interviewées, quatre d'entre elles (Farah, Widade, Kenza et Khalissa) fournissaient déjà une aide aux activités instrumentales à leurs parents et ce, bien avant leur perte d'autonomie liée à la vieillesse. Cette aide portait principalement sur les domaines administratif, financière, médicale ou des courses. Une interviewée (Widade), l'aînée de sa fratrie, évoque également un rôle d'intermédiaire, lorsqu'elle assistait aux réunions des professeurs de ses frères et sœurs, en lieu et place de ses parents :

« Adolescente, adolescente. Donc euh voilà j'allais chercher le bulletin, j'allais chercher mes frères à l'école, des choses comme ça. Donc tout ce qui est document administratif, ça toujours été complété, rentré, renvoyé à la poste, on a toujours tout fait. Et donc fatalement, ben les années suivent, les années arrivant ben ça a continué. Parce qu'il n'y a pas de raison qu'elle sache plus écrire à l'âge de 18 ans qu'à 65... »

Cette situation s'explique par le fait que les parents ne maîtrisaient pas le français, surtout au niveau de la lecture. Pour ces 4 pourvoyeuses de care, l'aide plus conséquente qu'elles apportent actuellement résulte d'un processus qui était déjà amorcé depuis bien longtemps. Pour les autres personnes, l'existence du besoin s'est surtout manifestée lors de l'apparition d'une maladie de la maman et/ou du décès du papa.

b. Trouver la réponse (to care for) : assumer la responsabilité

Les sept pourvoyeuses principales ont toutes pris des dispositions pour trouver une réponse aux besoins de leurs parents, en s'engageant comme responsable du care domestique. Six des enquêtées expliquent qu'elles fournissent une aide directe dans les soins dont 4 (Najiba, Farah, Widade et Naila) coordonnent aussi les temporalités entre les membres de la famille et, pour certaines, avec des aides professionnelles. Par contre Khalissa présente une situation inverse à celle des autres enquêtées. Elle coordonne de manière plus importante les temporalités que la fourniture d'aide directe, étant donné la grande distance géographique qui la sépare de sa maman. De manière générale, le rôle d'aidante principale ne s'est pas négocié. La plupart le justifie par le fait d'être la seule fille parmi des frères (comme Farah et Khalissa) ou encore vivant à proximité du parent en perte d'autonomie (Naïla). Deux autres sont dues à la position de sœur aînée parmi la fratrie (Widade) ou encore parmi ses sœurs (Chaïma).

c. Donner une réponse au besoin de soin (care giving) : fournir la réponse adéquate

Les sept pourvoyeuses principales apportent une aide qui répond au besoin identifié de leur parent. Elles s'organisent toutes avec certains membres de la fratrie. L'intensité varie en fonction des liens existants dans la fratrie, et avec le papa pour deux d'entre elle : Widade qui a dû écoler son papa pour aider quotidiennement la maman, et Khalissa dont le papa était déjà investi suite au handicap précoce de son épouse. Elles font toutes appel à leur propre famille pour les soutenir : six d'entre elles font intervenir leur époux/compagnon, voire leurs propres enfants (Farah et Najiba). Khalissa et Farah font appel au moins à une belle-sœur : ce soutien peut être régulier (pour la 1^o) ou occasionnel (pour la 2^o). Naïla qui est la seule fille vivant à proximité de sa maman fait appel à une amie qui l'épaula si besoin et Chaïma peut compter sur le voisin boulanger (informé de la situation médicale des parents), qui prend contact avec elle en cas de besoin. Widade, Chaïma et Kenza font appel à un care rémunéré, c'est-à-dire des aides professionnelles comme des infirmier.e.s à domicile, des aides-soignantes ou encore des aides ménagères pour les soulager dans l'aide apportée à leurs parents.

d. Recevoir une réponse (care receiving) : accueillir et évaluer la réponse

De manière générale les mères âgées remercient leurs enfants pour l'aide apportée tout en s'excusant de les déranger. Certaines mamans voudraient soit une présence plus importante de leur fille (Naïla, Farah, Widade) ou soit l'aide d'une fille en particulier (Najiba). Signalons que deux autres mamans ne veulent pas, soit déranger leurs garçons qui ne s'investissent pas beaucoup dans l'aide (Kenza), ou bien les félicitent de manière excessive pour les tâches qu'ils accomplissent. Ces situations agacent les aidantes principales. Pour ces mamans, les garçons ont une famille dont ils doivent s'occuper et ajoutent que ce n'est pas leur rôle (nous retrouvons là une représentation mentale liée à la culture, qui dédouane les garçons de cette tâche, relevant le plus souvent du rôle de la belle-fille).

Conclusion

Les pourvoyeuses principales de care sont des femmes (découlant de la division genrée du travail domestique) et sont le plus souvent en position de responsables. En effet, elles occupent pleinement ce rôle. Elles prennent soin de leur parent vulnérable de manière plus intense que leurs frères au quotidien. Même si les frères ne sont pas autant investis que les sœurs dans l'accompagnement du parent, ils sont parfois présents (de manière continue comme chez Chaïma et Khalissa et à l'occasion chez Najiba et Farah). Il est intéressant de souligner que le travail du care présente une continuité pour certaines interviewées qui fournissaient un care bien antérieur à la perte d'autonomie du parent. Elles l'expliquent par la non-maitrise de la langue française (écrit et oral) du parent dépendant, mais au-delà, cela témoigne de modèles de care domestique hérités bien spécifiques, où l'attention aux parents est une composante présente de la vie familiale, même en dehors de la maladie ou du vieillissement. De plus, bien que ce rôle ne se soit jamais négocié, la position de la pourvoyeuse de care au sein de sa fratrie, n'est pas déterminante. Elle est davantage liée à la distance géographique la séparant du domicile du parent. En effet, quasi toutes les pourvoyeuses principales habitent à proximité de leur parent (sur une distance allant de 400 m à 10 km). La seule exception est Khalissa, qui assure une aide quotidienne à distance (France). Enfin, si toutes dispensent directement un care domestique, toutes ne gèrent pas autant les temporalités liées au soin.

2.2. Solidarité familiale

a. Liens dans la famille (fratrie et parent)

De manière générale, les pourvoyeuses principales disent avoir de bonnes relations avec les membres de leur fratrie et partagent une relation assez étroite voire fusionnelle pour certaines (Naïla et Khalissa) avec leur maman. Seules Farah et sa maman connaissent des relations tendues avec trois des garçons de la famille. Ces tensions pèsent plus fortement sur Farah qui n'a dès lors pas de répit, pas de possibilité de déléguer régulièrement. Cette situation accroît parfois son sentiment de culpabilité vis-à-vis de sa maman quand elle ne sait pas être présente. Nous observons donc que plus les solidarités familiales sont fortes, plus les tensions entre les membres de la fratrie sont faibles au niveau des soins prodigués au parent en perte d'autonomie.

b. Partage des tâches entre les membres de la famille

Le bilan du partage des tâches au sein des membres de fratrie ne se fait pas de manière équitable entre les filles et les fils. Ce sont généralement les filles qui s'acquittent, en grande partie, de la prise en charge. Les raisons sont diverses : être une femme, être la seule fille de la fratrie, et habiter à proximité (ou non) du domicile des parents sont des éléments qui augmentent l'aide apportée par les filles. Les situations professionnelle et familiale ne semblent pas influencer le partage des tâches. Elles peuvent comme dans le cas de Chaïma (qui s'est mise en couple) changer, ce qui engendre une meilleure répartition dans le partage des tâches. Néanmoins la plupart des pourvoyeuses principales regrettent le manque d'implication de leurs frères qui ne prennent pas suffisamment leur part du care apporté au parent en perte d'autonomie.

Au niveau du partage des tâches, deux quatuors parmi toute la fratrie (dans deux familles de 10 et 9 enfants) se répartissent de manière équilibrée les tâches de care. Ils sont composés pour la première de trois sœurs et d'un frère (parmi sept frères), domicilié avec les parents (Chaïma) et pour la seconde de quatre sœurs (Kenza). Widade semble la seule pour qui toute la fratrie (composée de deux sœurs et deux frères) assure sa part du care par rapport à la maman.

c. Suivi de l'aide

Les enquêtées font un suivi régulier par téléphone quasi tous les jours avec leur parent et font le relais avec les membres de leur fratrie et avec les aides extérieures pour trois pourvoyeuses principales. La plupart rendent visite au parent régulièrement exceptée pour Khalissa en raison de la distance géographique qui la sépare du domicile de ses parents. Trois enquêtées ont créé des groupes « famille » sur WhatsApp® : deux d'entre elles coordonnent toute l'aide apportée à leur mère, avec les membres de leur fratrie (Widade et Kenza). Naïla utilise le réseau familial davantage comme un soutien moral. Chaïma explique qu'il est inutile de créer une communication groupée car il s'agit de tâches répétitives. Elle et sa fratrie aidante utilisent, en plus du téléphone, un système de mots pour s'informer d'une tâche à réaliser sortant de l'ordinaire. Remarquons enfin que le frère de Chaïma habite chez les parents et qu'il est le seul enfant dans cette situation parmi l'ensemble des enquêtées.

2.3. Les modèles familiaux : des familles contemporaines qui recomposent d'autres modèles

a. Concilier le care domestique de la pourvoyeuse principale envers son parent, avec sa vie professionnelle et privée

Nous constatons que la majorité des pourvoyeuses principales de care travaillent en région verviétoise. Widade est responsable à temps plein d'un service de la Ville et Naïla est en incapacité de travail (suite à des problèmes de dos). Deux aidantes sont aides-soignantes à temps partiel dans une MR du CPAS à Verviers. Leur activité professionnelle ne constitue donc pas un frein par rapport à leur investissement/responsabilité dans l'aide mais nécessite une certaine organisation en amont. Autrement dit, tout se passe comme si elles composaient avec différentes normes (de manière simultanée et naturelle) : modernes et traditionnelles.

Six d'entre elles vivent en couple et six ont des enfants dont certains sont assez grands, soit pour s'occuper des plus jeunes, soit pour venir prêter main forte dans l'accompagnement aux grands-parents dépendants. Cinq pourvoyeuses principales de care sont mariées avec des hommes d'origine marocaine partageant leur culture. Cela facilite la compréhension de ce travail de care envers le parent. Ils participent de temps en temps à l'aide dont notamment chez

Najiba, Farah, Kenza. Bien que Chaïma soit la seule qui partage sa vie avec un homme d'origine belge, il s'investit autant que les autres dans l'aide si besoin.

Certaines aidantes avouent qu'il est difficile d'avoir des loisirs réguliers étant donné qu'elles mènent une vie plutôt remplie, dans laquelle l'accompagnement du parent âgé est présent. Cependant, elles s'octroient des petits moments pour souffler avec leur conjoint ou des amies. Pour ce faire, elles n'hésitent pas à mettre des limites au besoin, parfois jugé excessif (introduction de « limites » renvoyant à d'autres normes ou sources de sens pour elles) de leur parent âgé. Les parents le manifestent en allant jusqu'à demander des comptes à leur fille (Farah et Widade). Cette situation amène parfois un sentiment de culpabilité chez l'aidante qui a alors l'impression d'abandonner son parent.

b. L'appel à des aides extérieures

Faire appel à des aides extérieures n'est pas nécessairement un automatisme auquel a recours la pourvoyeuse principale de care, car cela est perçue par certaines comme un abandon. D'autres encore ne l'activent pas parce qu'elles ne veulent pas aller contre la volonté du parent. Seulement trois d'entre elles ont recours à l'intervention quotidienne d'infirmier.e.s à domicile qui administrent des soins médicaux et corporels aux parents âgés et deux à des aide-ménagères. Elles précisent que cela n'a pas été aisé à faire accepter au départ au parent. L'argument qui l'a emporté a été la dégradation progressive de la santé du parent, qui les a rendues incapables d'assumer l'aide fournie jusqu'à présent (pour Widade, Chaïma et Kenza). Elles précisent que c'est suite à l'intervention de l'assistante sociale de l'hôpital qu'elles ont fait appel à ces aides qu'elles connaissaient peu (surtout en matière de remboursement) alors que Widade a pris l'initiative seule pour ne pas « craquer » sous le poids du soin. Ces aidantes sont satisfaites de l'aide surtout en matière de soins corporels, médical et du ménage. Elles ajoutent que ces interventions extérieures renforcent également la motivation de leurs parents à prendre soin d'eux-mêmes (ex. : s'habiller pour la maman de Widade). Ces aides sont enfin une compagnie appréciée (chez Kenza). Remarquons que les enquêtées qui ne sollicitent pas des aides extérieures ont des parents âgés qui sont encore autonomes et/ou ont des compétences d'ordre (para)médical.

c. La possibilité d'intégrer le parent âgé en MR et MRS

Aucune des pourvoyeuses principales de care n'envisagent un jour l'intégration de son parent âgé en MR et ce, peu importe son état de santé du parent. Elles justifient toutes leur position par des raisons culturelles, religieuses ou encore liées à l'éducation reçue. Cependant Widade tout en affirmant respecter la volonté de ses parents, n'est pas opposée à la perspective d'intégrer elle-même, un jour, une MR, l'âge avançant, si cela s'avérait nécessaire. Deux pourvoyeuses principales exercent le métier d'aide-soignante dans une MR : elles expliquent que bien que la prise en charge au niveau des soins soit très satisfaisante, elles ne voient pas du tout leurs parents y séjourner un jour et ce en raison de leur éducation (on n'abandonne pas son parent surtout dans la vieillesse).

2.4. Type de configuration familiale : l'« AEnf » et l'« AMéd »

a. La perception du rôle aidante

La plupart des pourvoyeuses principales de care évoquent autant une « obligation » qu'un « choix » d'aider son parent âgé dépendant. L'« obligation » est expliquée par le fait que c'est normal que les enfants aident à leur tour leur parent âgé qui connaît des difficultés au quotidien. Cette observation confirme en partie le modèle théorique de l'enfant, ou des rôles dressés par Clément et al. (2005). Pour ces auteurs, on aide ses parents en raison d'une dette de vie (don de la vie, éducation, sacrifice, etc.) et le recours à des aides extérieures n'est pas envisageable car il serait synonyme d'une forme d'abandon à l'égard des parents. C'est un modèle qu'on retrouve dans les familles méditerranéennes. Cette affirmation n'est vérifiée sur le terrain qu'en partie. En effet trois aidantes font bien appel à des aides extérieures, parfois d'origine marocaine pour faire accepter le service aux parents, qui les soulagent sans que cela ne soit vécu comme une forme d'abandon. De plus Clément et al. (2005) ajoutent que les enfants-aidants n'accumulent pas différentes responsabilités (professionnelles, familiales) pour rester disponibles auprès du parent. Or, la plupart des enquêtées interviewées accumulent bien ces différents rôles. Bien au contraire, cela ne constitue pas un frein mais peut faire naître des tensions quand l'aide n'est pas bien équilibrée (comme évoqué plus haut au niveau des solidarités familiales).

Le « choix » s'explique car la plupart des interviewées évoquent qu'elles pourraient aussi décider de ne pas le faire, de mener leur petite vie tranquille, comme certains dans leur réseau familial ou amical l'ont fait. Dans le modèle de l'aidante décrit par Clément et al. (2005), la pourvoyeuse principale de care a des relations très étroites avec son parent âgé. Elle décide librement de partager les tâches et elle est souvent reconnue par la famille (cf. le parent qui remercie et la fratrie qui soutient) pour toute l'aide qu'elle apporte. D'ailleurs c'est souvent la pourvoyeuse principale de care qui prend seule, avec le temps, les décisions concernant le parent âgé (ex. : au niveau médical, financier, etc.).

Nous sommes ici dans la combinaison de deux facteurs : l'enfant et l'aidant qui impactent les dynamiques familiales de prise en charge des parents âgés en perte d'autonomie.

b. Attentes des parents et des enfants

Les attentes du parent âgé en perte d'autonomie vont parfois au-delà du strict besoin d'aide dans les activités quotidiennes et instrumentales. Ils souhaitent une présence régulière de leurs enfants auprès d'eux, en particulier celle de la pourvoyeuse principale. Ils expriment donc un besoin de soutien « moral » qui est bien plus conséquent que le besoin physique. Les parents âgés s'excusent de déranger leurs enfants mais, en même temps, peuvent les solliciter de manière importante. Certaines pourvoyeuses principales de care affirment mettre des limites pour ne pas craquer et esquivent certaines sollicitations jugées non essentielles pour pouvoir souffler. Les allers-retours au Maroc des parents semblent également s'avérer être une forme de répit/pause pour l'aidante ou encore... pour le père âgé).

Conclusion

Nous observons que plus les liens familiaux sont forts, plus le partage des tâches de care domestique tend à s'équilibrer. Chacun des membres de la famille qui participe au care, prend en charge des activités en fonction de ses compétences, ses disponibilités et ses affinités. Ces arrangements contribuent à diminuer les tensions que peut connaître la pourvoyeuse principale, dans l'accompagnement de son parent. Malgré tout, le partage tâches paraît assez mitigé : cela relève beaucoup d'un enfant en particulier et cela peut s'étendre à quelques membres de la fratrie (avec une dominante parmi les filles en général). Le suivi dans la prise en soin au parent âgé se fait généralement par téléphone et par des visites à domicile. Cependant, nous constatons

que deux familles utilisent quotidiennement un support social (WhatsApp©) pour échanger et aider le parent âgé de manière efficace.

La pourvoyeuse principale qui concilie l'aide apportée à son parent vieillissant avec sa vie professionnelle et familiale n'en parle pas comme d'un frein, mais cette conciliation lui laisse peu de loisirs. Cette implication auprès du parent semble facilitée par le fait que la majorité d'entre elles, partagent leur vie avec un homme issue de la même culture ou comprenant l'implication de sa compagne. D'ailleurs, ils participent activement au soutien, ainsi que les petits-enfants en âge de le faire. Le fait de déléguer une partie du care domestique (soins médicaux, corporels et ménage) à des aides professionnelles ne fait pas l'unanimité. Les solliciter ne dépend pas toujours que de l'état de santé du parent, mais également de la perception parfois négative que la pourvoyeuse et le parent en ont. En effet, faire appel à une aide professionnelle s'apparente à un abandon. D'autres y seraient favorables mais suivent la volonté du parent/conjoint aidant. Quel que soit le cas de figure, les entrées en MR ne sont pas du tout envisagées par les enquêtées pour leur parent. L'une d'entre elle précise qu'en ce qui la concerne, elle n'y serait pas opposée lorsqu'elle aborderait le grand âge.

Le rôle de la pourvoyeuse principale est donc à la fois perçu comme une obligation et un choix. Pour elles, il s'agit bien du rôle des enfants, et plus particulièrement des filles. C'est aussi un choix car elles pourraient aussi décider de ne pas s'investir autant. Nous retrouvons ici deux modèles, celui de l'enfant et de l'aidante dont certaines caractéristiques de l'une et de l'autre impactent les dynamiques familiales de prise en charge des parents âgés en perte d'autonomie.

Bien que des parents en difficulté s'excusent auprès des enquêtées pour leurs sollicitations, leurs attentes parentales peuvent parfois dépasser les limites. Cela amène certaines d'entre elles à les recadrer en douceur. D'autres encore, trouvent du répit lorsque les parents se rendent au Maroc.

2.5. Stratégie identitaire et d'acculturation

Dans notre recherche, nous avons mobilisé deux approches complémentaires : les stratégies identitaires qui, elles-mêmes, s'inscrivent dans les stratégies d'acculturation. Elles s'appuient sur la notion de stratégie pour développer les conduites et des comportements des individus dans les situations interculturelles.

Lors de nos entretiens, nous avons observé que la majorité des enquêtées adoptent plutôt une posture de stratégies identitaires complexes visant la combinaison de la culture d'origine et des normes du pays d'accueil que Manço (2001) appelle la « différenciation individuante » plutôt qu'à une assimilation individuante (souci de préservation-adaptation). En effet, elles se sentent à la fois ancrées dans la culture belge et la culture marocaine et composent donc avec les caractéristiques de l'une et de l'autre. Pour elles, il n'est pas possible de dissocier les deux : elles l'assimilent à une sorte de *melting pot* qui, au final, fonctionne bien. Cela se voit notamment dans la manière dont les pourvoyeuses perçoivent et accompagnent concrètement leurs parents vieillissants en perte d'autonomie au quotidien. Pour rappel, la plupart de nos enquêtées sont nées et ont grandi en Belgique. Khalissa a grandi en France, Naïla au Maroc, mais toutes les deux vivent depuis de nombreuses années en Belgique suite à leur regroupement familial (> 25 ans).

Une seule enquêtée, Widade, adopte partiellement une posture d'assimilation individuante car elle mobilise la culture belge avec des Belges et la culture marocaine avec des Marocains. Elle fait donc preuve d'un "souci de préservation-adaptation". Par contre, elle affirme que la prise en charge de sa maman en perte d'autonomie est totalement marocaine. Elle précise qu'elle suit la volonté de sa maman âgée et pas la sienne. En effet, Widade est la seule à déclarer qu'elle n'est pas opposée à finir ses propres jours dans une MR.

Toutes soulignent que dans la société belge les soins de santé sont performants et que dans cette même culture, on délègue et on prend plus facilement du recul par rapport au care domestique dispensé à un parent âgé. A l'inverse, la culture marocaine est présentée comme plus respectueuse du parent âgé (on ne l'abandonne pas), et ce quel que soit son état de santé. Autrement dit, la manifestation « marocaine » de solidarités familiales semble plus affirmée que celle de la société belge. Et elle repose sur la reproduction d'un modèle d'aide transmis par leur parent. Au final, tout se passe comme si elles prenaient le meilleur ou le plus fonctionnel des deux systèmes.

Au niveau de l'accompagnement du parent, toutes, sans exception, sont opposées à l'idée de mettre un jour leur parent en MR et MRS. Par contre, plus de la moitié sont favorables à faire appel à des aides professionnelles mais adaptées aux spécificités formulées par le parent âgé en difficulté. C'est le cas de Kenza et de Widade qui se sont tournées vers les services d'une aide-ménagère d'origine marocaine pour faire accepter l'aide à leur maman âgée. Les aide-ménagères ont d'ailleurs noué des relations amicales avec leurs mères. Nous pouvons donc constater que ces deux pourvoyeuses principales font preuve d'inventivité pour dépasser des

divergences identitaires, en réinterprétant une culture à la carte par la "fusion". A l'inverse, d'autres évoquent le respect de chacun des codes par la "fission". Dans tous ces cas de figure, il s'agit de postures identitaires complexes, hybridant les référentiels !

Ce constat rejoint en cela les propos de Berry (1997) qui souligne que la stratégie d'intégration est la plus courante est celle dite « adaptative ». Elle s'explique par le fait qu'elle fait référence à des facteurs comme la protection, l'accommodation mutuelle, la participation simultanée aux deux communautés, etc. Et de Manço (2001) précise que le modèle de stratégies de différenciation individuante est « paradoxal » (Benett, 1994 ; Manço, 1999) car il permet de « tendre vers une unité à partir de la diversité » ou en d'autres termes, de « devenir autre en restant soi-même ». Il ajoute qu'en contexte multiculturel et inégalitaire, les primo-migrants et leurs descendants ne peuvent adopter le style de vie et les valeurs principales de la société d'accueil qu'à partir de leur position ontologique, autrement dit à partir de ce qu'ils sont, de ce qu'ils ont, de « *leur propre personne* », de leur « *propre identité* », de leurs « *propres ressources car l'inverse n'est pas envisageable* ».

Aucune des enquêtées n'a fait état d'attitudes ou de comportements qui font référence aux postures d'« assimilation conformante » et de « différenciation conformante ». La première faisant plus référence à adopter uniquement le cadre de la société d'accueil et la seconde, à l'inverse, à celle de la société d'origine.

Conclusion

La stratégie d'acculturation privilégiée par l'ensemble de notre échantillon est liée à « l'intégration » dans laquelle s'inscrit la stratégie identitaire, celle de la différenciation individuante, qui est d'ailleurs la plus adoptée. Cette stratégie, considérée comme adaptative, prend en compte les caractéristiques des deux cultures des pourvoyeuses principales. Finalement, les tensions liées à la culture sont très peu présentes, voire annulées car les pourvoyeuses principales accommodent simultanément leur care domestique, à la jonction des normes et des valeurs de la société belge et de leurs propres ressources, leur identité.

CONCLUSION ET MISE EN PERSPECTIVE

Conclusion et mise en perspective

Cette recherche découle d'un questionnaire personnel, cherchant à comprendre et à analyser la manière dont les aidantes issues de l'immigration marocaine, confrontées à la perte d'autonomie d'un parent âgé, perçoivent l'aide qu'elles prodiguent, et comment elles la mettent en place, concrètement, au sein du domicile familial. Il s'agit, pour la plupart, de descendant.e.s de migrants marocains vivant actuellement en région verviétoise. Ces migrants aujourd'hui âgés sont venus en tant que jeunes travailleurs en Belgique, dans le secteur des mines, du bâtiment, etc., dans les années 70 le plus souvent. Arrivés à l'âge de la retraite, voire au-delà, les migrants marocains âgés sont davantage enclins à faire appel à la famille et aux solidarités familiales pour les aider dans les activités de la vie quotidienne, plutôt que de recourir à des aides extérieures (professionnelles), caractéristiques des normes de la société d'accueil.

Notre étude, en articulant différents concepts, tentait d'éclairer cette situation en posant la question de recherche suivante : « ***Dans les familles immigrées d'origine marocaine comprenant un parent vieillissant en perte d'autonomie, dont les configurations familiales se construisent à la croisée de plusieurs modèles culturels (pays d'origine/pays d'accueil), quelles conceptions du care domestique observe-t-on ? Ces différentes conceptions créent-elles des tensions, reposant sur la concurrence entre le modèle hérité des parents et à celui du pays d'accueil ?*** »

Cette question a conduit à la formulation d'hypothèses énoncées comme suit :

- Les activités de care domestique sont influencées par la manière dont la pourvoyeuse de care perçoit son rôle et le construit, entre un modèle culturel (marocain) hérité de ses parents et le contexte sociétal (belge) actuel dans lequel elle évolue ;
- Dans les familles migrantes d'origine marocaine, le care domestique est le reflet des configurations familiales qui produisent différents types d'aidante. Ce care se donne à voir à travers deux conceptions principales de ces configurations (le profil de l'« aidante enfant » ou AEnf, centré sur la famille et les rôles qui y sont présents, et celui de l'« aidante médiatrice » ou AMéd, centré sur les relations affectives au sein de la famille). Nous supposons en conséquence que la coexistence de ces conceptions peut générer des tensions.

Notre enquête qualitative s'est menée auprès de sept pourvoyeuses principales de care. Le contenu de leurs discours, analysé de manière verticale et transversale, nous a permis de comparer les résultats entre les hypothèses formulées et le matériau recueilli sur le terrain.

Les activités du care domestique sont influencées par la manière dont la répondante perçoit son rôle, qui est lié à la fois au modèle parental hérité et à celui présent dans le contexte dans lequel elle vit. En effet, ce sont en majorité des filles qui assument le rôle de pourvoyeuse principale de care auprès du parent âgé. Elles sont le plus souvent dans une position de responsable, qui se manifeste soit dans la fourniture directe de soin, soit dans la gestion des temporalités (suivi des soins) ou encore dans les deux. Même si certains frères participent au care, ils restent inférieurs en nombre et le font de manière moins intense (occasionnellement et seulement pour certaines tâches) par rapport à leurs sœurs.

Ce rôle ne s'est jamais négocié car le travail du care présente une continuité pour certaines répondantes qui fournissaient, déjà plus jeunes, un accompagnement à leurs parents, bien avant la perte d'autonomie de ces derniers. Cet accompagnement déjà ancien consistait en l'endossement, par la fille, d'un rôle de « traductrice » (en langue française) auprès de différents interlocuteurs et instances belges, ou encore en réponse à un handicap précoce affectant le parent.

De plus, ce rôle dépend aussi, non pas de la position de l'aidante dans la fratrie, mais de la proximité de son lieu d'habitation, par rapport à celui de son parent. Il arrive que, lorsque la distance géographique est très importante, l'aidante mette en place un système de « care transnational » qui lui permet d'épauler son parent à distance (par exemple, dans certaines démarches administratives, en disposant des documents nécessaires ou en gérant le double de la carte bancaire parentale pour régler des achats). De plus, l'utilisation quotidienne du support social WhatsApp© pour communiquer avec son parent, donne à l'aidante un sentiment de vivre à proximité.

Dans les familles migrantes d'origine marocaine de notre échantillon, on observe **une configuration familiale produisant une identité/un profil d'aidante « hybride », dans sa conception du care domestique auprès du parent dépendant.** En effet, l'aidante adopte les caractéristiques des deux conceptions du care que nous avons pointées. « Aidante enfant » et « Aidante médiatrice » s'imbriquent l'une dans l'autre et fusionnent pour faire apparaître un nouveau profil. En d'autres termes, il n'y aurait donc pas deux modèles qui coexistent ou sont en concurrence, mais plutôt l'émergence d'une nouvelle conception, qui minimise voire annihile l'apparition de tensions, et neutralise les tensions à long terme.

Pour les enquêtées, le rôle de la pourvoyeuse principale est donc à la fois perçu comme une obligation et un choix. Elles précisent qu'il s'agit bien du rôle des enfants, et plus particulièrement des filles. C'est aussi un choix car elles pourraient aussi décider de ne pas s'investir autant.

On constate que certains membres de la famille (composés en général des sœurs et parfois d'au moins un frère) qui participent au care, prennent en charge des activités en fonction de certaines caractéristiques telles que les compétences, les disponibilités et les affinités. Ces arrangements contribuent à diminuer les tensions que peut rencontrer la pourvoyeuse principale, dans l'accompagnement de son parent âgé.

La conciliation de l'aide au parent âgé avec la vie professionnelle et familiale de la pourvoyeuse principale, ne constitue pas un frein mais laisse peu de place aux loisirs. Malgré tout, cette conciliation est facilitée par le fait que les enquêtées partagent leur vie avec un homme issu de la même culture, ou qui comprend leur implication auprès de leur parent, même en étant issu d'une culture différente. Les maris et compagnons sont présents dans la fourniture du care, tout comme les petits-enfants en âge de le faire.

Solliciter des aides professionnelles pour déléguer une partie des activités du care, ne dépend pas forcément que de l'état de santé du parent. Une **perception parfois négative, partagée par le parent et certaines aidantes, est un frein puissant** : externaliser une partie de l'aide s'apparente alors à un abandon. Pour contourner la réticence du parent, certaines aidantes n'ont pas hésité à faire appel à des aide-ménagères d'origine marocaine. Ces dernières jouent un rôle de présence, de confidente auprès du parent. Enfin, certaines aidantes seraient plutôt favorables à une aide extérieure, mais se conforment à la volonté du parent/conjoint aidant qui s'y oppose.

Les entrées en MR ne sont pas du tout envisagées par les enquêtées pour leur parent, et ce, en raison de leur éducation, de leur culture et de leur religion, qui impose le respect dû au parent, d'autant plus lorsque sa vulnérabilité s'accroît avec l'avancée en âge. De plus, certaines aidantes soulignent qu'elles reproduisent un modèle d'aide hérité de leur parent envers leurs grands-parents qu'elles ont pu observer ou dont elles ont entendu parler. Néanmoins, l'une d'entre elle précise qu'en ce qui la concerne, elle ne serait pas opposée à intégrer une MR lorsqu'elle aborderait le grand âge.

Bien que des parents en difficulté s'excusent auprès de leurs filles pour leurs multiples sollicitations, il arrive que leurs attentes puissent parfois dépasser les limites. Cela amène certaines aidantes à recadrer en douceur leur parent, pour ne pas se laisser dépasser par le poids de l'aide, et souffler. D'autres encore, trouvent du répit lorsque les parents se rendent au Maroc.

Enfin, les tensions liées à la culture sont très peu présentes, voire neutralisées car les pourvoyeuses principales accommodent simultanément leur care domestique, à la jonction des normes et des valeurs de la société belge, de leurs propres ressources et de leur identité. Ainsi, c'est la « stratégie d'intégration » (et plus particulièrement celle de la « différenciation individuante ») qui est la plus adoptée car elle permet à l'aidante d'adapter son aide qui elle-même intègre les caractéristiques des deux cultures -belge et marocaine.

Si cette recherche fut riche, comme l'attestent les données ci-dessus, elle ne fut pas pour autant exempte de difficultés. D'une part, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a eu pour effet de ralentir l'avancement de notre mémoire. D'autre part, nous avons été confrontées à des limites, lors du recueil de données auprès de certaines répondantes. En effet, elles ont éprouvé, à certains moments, de la pudeur ou de la gêne à se livrer face à certaines questions lors de l'entretien. Cette rétention d'information nous paraît motivée en partie parce que nous connaissons et côtoyons certaines de ces aidantes. Des imprévus sont aussi survenus : ainsi, deux potentielles répondantes ont annulé l'entretien suite au décès de leur papa, ce qui nous a conduit à nous réorienter vers d'autres personnes.

Enfin, cette recherche impose d'opérer des choix. Il n'en reste pas moins qu'elle ouvre à d'autres perspectives de recherche, d'autres pistes à explorer.

- En visibilisant les besoins de parents âgés, nous avons vu qu'il ne s'agit pas tant d'une aide physique, que d'un soutien moral conséquent. Les parents des pourvoyeuses de care, sont pour la grande majorité, autonomes dans les activités instrumentales de la vie quotidienne, mais nécessitent une présence accrue de leur enfant. C'est pourquoi il serait intéressant de réaliser une étude sur la mise en place de soins adaptés (dans les dispositifs d'aides professionnelles, d'établissements, d'accueil, etc.) et d'activités favorisant les contacts sociaux (organisation de sorties, de voyages, visites, balades, création d'un centre d'activités avec des ateliers thématiques) spécifiques à cette population vieillissante et leurs descendants.
- En outre, il serait positif de se pencher sur les salariées d'origine marocaine, qui fournissent un care rémunéré (surtout en MR et MRS). L'idée serait de creuser et d'approfondir leur perception du « prendre soin » et du « bien vieillir », au vu de la souplesse d'adaptation que nous avons constatée, entre le modèle familial de respect

des aînés et les apports positifs de la société belge, dans le suivi de santé de leurs parents en perte d'autonomie

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

- **Ouvrage :**

Caradec, V., 2015, sous la direction de De Singly, Sociologie de la vieillesse et du vieillissement, Edition Armand Colin.

Clément, S., Gagnon, e., et Rolland, C., 2005. Prendre soin d'un parent âgé. Les enseignements de la France et du Québec. Editions Erès.

De Singly, F., 2017. **Sociologie de la famille contemporaine. 6^{ème} Edition Armand Colin**

Martiniello, M., Réa, A. et Dassetto, F., 2007. Immigration et intégration en Belgique francophone : Etat des savoirs. Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant. Chapitre 3. Perrin, N. : le troisième âge immigré en Région wallonne, p.471- 485 |

Medhoune, A., Lausberg, S., Martiniello, M. et Rea, A., 2015. L'immigration marocaine en Belgique. Mémoires et destinées. Editions Couleur Livres ASBL. 230 pages.

Molinier, P., Laugier, S., Paperman, P., 2009. Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité, Editions Payot et Rivages. Chapitre V. Care domestique : délimitations et transformations (Aurélien DAMAMME, Patricia PAPERMAN), p.133 - 153

Perrin, N., 2009. Les Doyens de l'immigration. Le troisième âge de l'immigration en Belgique. Edition Bruylant – Academia s.a.

Quivy, R., et Van Campenhoudt, L., 2017. Manuel de recherche en sciences sociales. 5^è édition. Dunod.

Vinsonneau, G., 2012. Mondialisation et identité culturelle. 1^{ère} édition, Groupe De Boeck s.a.

- **Articles de revues :**

Amin, A. (2012). Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. Alterstice, 2(2), 103-116.

Attias-Donfut, C., Gallou, R., (2006). « Impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale. Représentation de la solidarité familiale pour les immigrés âgés », in Informations sociales, vol. 6, n° 134, 2006, p. 86-97.

Cardon D., (1991). Sayad (Abdelmalek), L'immigration ou les paradoxes de l'altérité, Bruxelles, De Boeck/Editions universitaires, 1991. In: Politix, vol. 4, n°15, Troisième trimestre 1991. La politique en campagnes, sous la direction de Briquet, J-L., et Déloye, Y., pp. 79-82.

Dauphin, S., Santelli, E., (2017) « Les descendants d'immigrés », collection Repères n° 670, 2016. In: Revue des politiques sociales et familiales, n°124. Dossier « Politiques sociales et familles : perspectives internationales ». pp. 115-117;

Damamme, A., et Paperman, P., (2009). Care domestique : des histoires sans début, sans milieu et sans fin. Dans *Multitudes* 2-3 (n° 37-38), pp 98 à 105

Damamme A. et Paperman, P., (2009) « Temps du *care* et organisation sociale du travail en famille », *Temporalités* [En ligne], 9, pp. 1-12

De Villers, J. (2005). Entre injonctions contradictoires et bricolages identitaires : quelles identifications pour les descendants d'immigrés marocains en Belgique ? Lien social et Politiques, (53), 15–27. <https://doi.org/10.7202/011641ar>

Lacroix, Th. & Lemoux, J. (2017) « D'Abdelmalek Sayad à aujourd'hui : revisiter les « âges » de l'émigration algérienne », e-Migrinter [En ligne], 15, mis en ligne le , consulté le 23 août 2020. URL : <http://journals.openedition.org/e-migrinter/817> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/e-migrinter.817>

Mokounkolo, R. & Pasquier, D. (2008). Stratégies d'acculturation : cause ou effet des caractéristiques psychosociales ? L'exemple de migrants d'origine algérienne. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, numéro 79(3), 57-67. doi:10.3917/cips.079.0057.

Manço, A. (2001). Stratégies identitaires, quelles valorisations ?. In: Agora débats/jeunesses, 24. Les jeunes entre équipements et espaces publics. pp. 107-123; doi : <https://doi.org/10.3406/agora.2001.1840>

Merla, L., 2012. Migrations, vieillissement et interdépendances familiales.

Samaoli, O., (2011). « Vieillesse des immigrées : quelques interrogations d'actualités », 2011/4 vol. 34 / n° 139 / pages 67 à 75, Fond. national de gérontologie.

Santelli, E., (2005). « De la ‘deuxième génération’ aux descendants d’immigrés maghrébins. Apports, heurts et malheurs d’une approche en termes de génération », *Temporalités*, n° 2, p. 29-43.

Tronto, J. (2008). **Du care**. *Revue du MAUSS*, 32(2), 243-265. doi:10.3917/rdm.032.0243.

Van Pevenage, I., (2010/4) (N° 162), La recherche sur les solidarités familiales. Quelques repères. Dans *Idées économiques et sociales*, pages 6 à 15.

- **Autres documents (collections de quotidiens, données statistiques, rapports, brochures, etc.):**

Le Bien Vieillir. Cahier 1. Le vieillissement sous toutes ses facettes : une société par, pour et avec les aînés. 2007 UNIPSO. Révision : 25/03/2010. Source internet consulté en décembre 2019 sur <http://www.unipso.be/spip.php>, rubrique323

Charafeddine R, Demarest S (éd.). Enquête de santé 2013. Rapport 4 : Environnement physique et social. WIV-ISP, Bruxelles, 2015

Cès, Flusin et al. Les aidants proches des personnes âgées qui vivent à domicile en Belgique : un rôle essentiel et complexe. Étude de données. Pour l’Institut de recherche santé et société (IRSS) de l’UCL. N° 3428 Décembre 2016.

Malric-Smith, S., Etude sur une assurance autonomie pour soutenir l’aide et les services a domicile pour un allongement de la vie de qualité. Février 2016.

Moulin M., Casman M.-Th., Carbonnelle S., Joly D. (2006). Rapport d'expertise commandité par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de la mise en œuvre de son programme Justice sociale, GRAVITES-ULB, PSBH-ULg, CDCS asbl, Novembre, 126 pages. Synthèse rédigée par la journaliste Vassar C. (2007).

Perrin, N., 2006. Rapport sur les marocains résidents à l’étranger, le troisième âge marocain en Belgique, chercheuse au Cedem (p. 195 à 217), observatoire de la communauté marocaine résident à l’étranger.

Provost, V., Vanormelingen, C., (stagiaire). Rapport de la coordination des ONG pour les droits de l’enfant : les aidants proches en Belgique : définition et statut. Analyse - Décembre 2017

- **Sites Internet consultés :**

<http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie8/site/html/cours.pdf>, consulté le 30 octobre 2019

http://www.fh2mre.ma/telechargement/publications/Troisieme_Age.pdf
