

Mobilisations pour favoriser l'accès aux droits et à la santé des immigrés âgés dans deux communes de Seine Saint Denis

Marie France Couilliot

► **To cite this version:**

Marie France Couilliot. Mobilisations pour favoriser l'accès aux droits et à la santé des immigrés âgés dans deux communes de Seine Saint Denis. [Rapport de recherche] Institut de recherche Interdisciplinaire sur les Enjeux Sociaux (IRIS) 2016. hal-01556840

HAL Id: hal-01556840

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01556840>

Submitted on 5 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IRIS Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux
EHESS, CNRS, Inserm, 'Université Paris 13, Paris, F-75006, France

Decembre 2016

Mobilisations pour favoriser l'accès aux droits et à la santé des immigrants âgés dans deux communes de Seine Saint Denis

M-F Couilliot [MCU PH de Santé Publique]
avec la participation de :
Gloria Frisone [doctorante en anthropologie]

Ce travail a été mené pour partie en accueil pour mission temporaire de recherche auprès de l'*Equipe de Recherche sur les Inégalités Sociales (ERIS)*, (CNRS/EHESS/ENS), à l'Ecole Normale Supérieure de Paris, entre novembre 2014 et mai 2015.

Cette recherche - action en santé publique, croisant les problématiques du vieillissement et de l'immigration ainsi que les inégalités de santé s'inscrit dans les thèmes de recherche de l'équipe ERIS aussi bien que dans ceux de l'IRIS.

Le projet de recherche portait sur une analyse des politiques publiques, dans le département de Seine Saint Denis, pour améliorer l'accès aux droits et aux soins des immigrés âgés.

Mes remerciements vont tout particulièrement à François-Xavier Schweyer et Isabelle Parizot pour tout le temps qu'ils m'ont accordé et les conseils qu'ils m'ont prodigués ainsi qu'à Serge Paugam qui a bien voulu m'accueillir au sein de l'ERIS pour le temps de ma mission.

Table des matières

I Introduction	3
II Problématique	3
III Que sait-on de la santé des immigrés âgés.....	3
IV Une enquête	6
1 Objectif.....	6
2 Méthodologie.....	6
3 Contexte	6
• <i>La population immigrée en Seine saint Denis</i>	6
• <i>Les Foyers de Travailleurs Migrants en Seine Saint Denis</i>	7
4 Résultats.....	8
• <i>Les politiques d'aide à l'accès aux droits et à la prévention au niveau départemental</i>	8
• <i>Monographies de deux villes : les actions en faveur des immigrés âgés dans les contrats locaux de santé 1ere génération 2011-14</i>	11
5 De l'effectivité du droit ? Bilan des actions en faveur des migrants âgés	18
✓ Prise en compte du vieillissement des immigrés en France et traduction en actions dans les FTM 18	
✓ Obstacles à l'accessibilité à la santé.....	18
✓ Importance de la médiation pour accéder au droit commun ... et à la santé	20
✓ Le rôle de la solidarité	22
✓ L'accès à la santé par la prévention : les actions collectives.....	23
6 ...et les immigrés en habitat diffus ?	26
✓ Un accès inégal aux dispositifs gérontologiques ?	26
✓ L'invisibilité des immigrés âgés en perte d'autonomie	28
Conclusion : effectivité du droit à la santé ?.....	31
Bibliographie.....	32

✓

I Introduction

La France terre d'accueil de vagues migratoires successives, voit cette population vieillir. Le constat est fait qu'un certain nombre de personnes âgées immigrées, méconnaissent et n'accèdent pas à leurs droits sociaux et sanitaires. Le département de la Seine Saint Denis se caractérise par l'importance de sa population immigrée, ainsi que par des inégalités sociales et territoriales fortes, mais aussi par des mobilisations professionnelles et associatives actives. L'étude porte sur la mobilisation des acteurs, professionnels ou non, en faveur de l'accès à la santé des immigrés âgés.

II Problématique

Cette étude pose la question de l'accès à la « santé » des immigrés âgés et des inégalités par rapport à la population native sous l'angle des mobilisations pour faciliter cet accès et réduire les inégalités. Quelles sont les politiques publiques au niveau départemental ou communal, les acteurs et institutions locales, qui cherchent à améliorer leur accès aux droits et à la santé ? Qu'en est-il de l'effectivité du droit ?

III Que sait-on de la santé des immigrés âgés

Nous rappelons que suivant l'INSEE, est immigrée toute personne étrangère, née à l'étranger qu'elle soit ou non naturalisée par la suite. ¹

Dans les années 80-90, l'état de santé des immigrés apparaît meilleur que celui de la population française en terme de mortalité et de morbidité et ceci même après ajustement sur l'âge et la CSP. [1; 2]

Les hypothèses avancées sont alors, d'une part d'une sélection à la migration des hommes en bonne santé, nommée dans la littérature anglo saxonne de « healthy migrant effect » [3] et d'autre part du « biais du saumon » relatif au retour au pays des immigrés âgés et /ou malades. [4]²

Cependant, dans les années 2000, des travaux français mettent en évidence le moins bon état de santé des immigrés, comparativement à la population non immigrée, à âge et profession identiques.

L'Enquête *santé protection sociale* (ESPS) 2000- 2002 , atteste d'une dégradation de l'état de santé des étrangers [5], et l'enquête décennale santé de 2002 et 2003, celle des immigrés, naturalisés ou étrangers, même après ajustement sur l'âge et les conditions socioéconomiques. [6]. Il s'agit d'enquêtes en population générale portant sur des échantillons d'assurés sociaux vivant en ménage ordinaire, elles excluent donc les immigrés vivant en collectivité, notamment en foyers de travailleurs migrants.

¹ D'après les données de 2012 en Seine Saint Denis environ 50% des immigrés de la tranche d'âge étudiée sont naturalisés français (recensement de la population (2012 INSEE) ADISP Centre Maurice Halbwachs)

² Caractéristiques que l'on ne retrouve pas chez les immigrées femmes

Un peu plus tard, des travaux portant spécifiquement sur les immigrés, comme l'enquête « *Passage à la retraite des Immigrés* »(PRI), confirment ces résultats, quel que soit l'âge et le sexe. L'enquête PRI fait aussi apparaître de fortes disparités de santé perçue, selon le pays d'origine pour les personnes de moins de 70 ans. [7] Après contrôle par leur situation sociale, ce sont les personnes originaires d'Europe du Sud et du Maghreb qui déclarent plus fréquemment un mauvais état de santé que les personnes nées en France (enquête décennale santé 2002-03) [8]. L'enquête « *Trajectoires et origines* » TEO de 2008³ confirme ces résultats. Une fois neutralisé l'effet d'âge, la sur-déclaration d'une santé altérée se maintient notamment chez les immigrés originaires du Maghreb, alors que chez les immigrés d'Afrique subsaharienne, seules les femmes se déclarent significativement davantage en mauvaise santé que les femmes de la population majoritaire [9]. Un article de Berchet fait une synthèse des travaux français en 2012. [10]

Les études européennes confirment ces résultats. L'enquête SHARE, menée dans 11 états européens, montre que les migrants ont généralement un plus mauvais état de santé, que ce soit en terme de santé perçue ou en limitation d'activité, que la population native, ajoutant que le « healthy migrant effect » apparaît peu évident au-delà de 50 ans. [11]

Dans la littérature, on ne retrouve pas d'étude portant spécifiquement sur la santé des immigrés âgés. Des études ont cependant montré que, après ajustement des caractéristiques socio démographiques, l'état de santé des immigrés tend à se détériorer à mesure que leur durée de résidence s'accroît sur le territoire français [12], ce qui est confirmé par l'étude TeO [9] selon laquelle les immigrés étrangers, présents sur le territoire depuis plus de 30 ans, se déclarent en plus mauvaise santé. De même des études au Canada et en Australie, suggèrent le même phénomène de détérioration au cours du temps et d'écart avec les natifs, dus aux barrières à l'accès aux services de santé, aux facteurs environnementaux et aux barrières culturelles auxquels s'ajoutent de nouveaux facteurs de risque à l'image de la société majoritaire (alimentation, ...) [3]. Les femmes seraient d'autant plus touchées par une dégradation rapide de leur santé dans le contexte migratoire du fait que leurs origines et leur statut de femme s'intriquent au détriment leur état de santé, physique et mentale. [13]

Diverses enquêtes ont été menées en Foyers de Travailleurs Migrants (FTM) concernant la santé des immigrés vieillissant et ont fait l'objet de rapports internes (ADOMA, COALLIA).

³ Trajectoires et origines. Cette enquête, représentative de la population vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine, réalisée en 2008 par l'Ined (Institut national d'études démographiques) et l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) auprès d'un échantillon d'environ 22 000 personnes âgées de 18 à 60 ans.

- **Les études portant sur le non recours aux droits et aux soins des immigrés**

Des études ont montré un moins bon accès aux services de soins, mais ces études portent sur des populations plutôt jeunes et souvent sur des primo arrivants [14]. Cependant l'enquête décennale santé, menée en population générale, fait apparaître qu'après ajustement sur les conditions socioéconomiques, seul subsiste un accès moins fréquent à certains dépistages [8].

- **L'accès aux dispositifs gérontologiques**

La population âgée, immigrée ou non, vit majoritairement à domicile, avec des besoins médico-psycho-sociaux croissants liés aux maladies chroniques et, pour un certain nombre avec une perte d'autonomie progressive. Pour faire face à ces problèmes, de multiples acteurs interviennent dans les champs du sanitaire et du social, dans les secteurs de la psychiatrie et de la gériatrie, à l'hôpital ou en ville. Le manque de lisibilité de cette offre multiple a été dénoncé. [15]. C'est pour coordonner ces acteurs et fluidifier le parcours que des dispositifs de coordination ont été progressivement mis en place, Centres Locaux d'information et de Coordination à caractère gérontologique (CLIC) dans les années 2000, réseaux gérontologiques, enfin dispositifs de prise en charge « intégrée » sur un modèle anglo-saxon (integrated care) portés par les MAIA avec des gestionnaires de cas.⁴ ⁵ La diversité des dispositifs génère une complexité certaine. Les professionnels constatent qu'un certain nombre de personnes âgées (et/ou de leurs aidants), particulièrement vulnérables, n'accèdent pas, ou en retard, aux aides, à la prévention et aux soins et échappent à ces dispositifs de coordination. Les personnes immigrées seraient particulièrement concernées [rapport Bachelay 2013].

Plusieurs études anglo saxonnes rapportent un retard au diagnostic des immigrés âgés atteints de démence. Mukadam et ses collègues du département de sciences de santé mentales de l'University College de Londres proposent une revue systématique de la littérature pour comprendre pourquoi les membres des minorités ethniques atteints de démence se présentent plus tardivement aux services spécialisés de diagnostic et de soins. Ses propres enquêtes le mènent aux mêmes conclusions [16- 18].

Pour C Attias–Donfut [19], la réticence des migrants âgés et de leurs familles à recourir aux services et aux droits sociaux s'expliquerait parfois par un phénomène de « renoncement », c'est-à-dire par le fait de ne pas se sentir suffisamment légitime pour avoir le sentiment « d'avoir le droit » ce qui rejoint les travaux de Warin et Le- Borgne sur des populations françaises [20,21].

⁴ Mesure phare du plan Alzheimer la MAIA est aujourd'hui « Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

⁵ Dans le département de Seine Saint Denis, on trouve 7 CLICS, deux réseaux gérontologiques, et des MAIA couvrant l'ensemble du département

IV Une enquête

1 Objectif

L'étude cherche à analyser les politiques publiques à l'échelon communal et départemental visant à améliorer l'accès aux droits et à la santé des immigrés âgés, notamment via les contrats locaux de santé, dans un département d'île de France : la Seine Saint Denis.

2 Méthodologie

L'étude qualitative repose principalement sur des entretiens menés avec les porteurs et les principaux acteurs qui se sont mobilisés pour favoriser l'accès aux droits sanitaires et sociaux des immigrés âgés en Seine Saint Denis.

Elle s'est plus particulièrement focalisée sur deux villes ayant ciblé les migrants âgés comme population cible dans leurs Contrats Locaux de Santé. (CLS dits de première génération 2011-14)

L'étude, principalement qualitative, a reposé essentiellement sur 22 entretiens semi directifs (26 personnes) auprès des acteurs départementaux ou communaux, élus, professionnels ou associatifs, intervenant dans le champ de la gérontologie, de l'immigration et du social. Les entretiens étaient soit enregistrés soit faisaient l'objet de notes pendant et après. Les entretiens avec les médiatrices se faisaient dans leur bureau en Foyers de Travailleurs et permettaient une observation des pratiques sur une demi-journée, nous sommes allées, ensemble, à la rencontre des résidents du foyer.

Ces entretiens ont été complétés par la participation à différents groupes de travail et rencontres traitant de la question de la santé des immigrés, au niveau départemental ou communal.

De plus, des données statistiques, à partir des données du recensement 2012 (données complémentaires) traitées par l'ADISP⁶ ont été analysées.

3 Contexte

- ***La population immigrée en Seine saint Denis***

Entre 1945 et 1975, la région parisienne voit l'afflux de migrants en provenance d'Europe du Sud (Italiens puis surtout Espagnols et Portugais) et du Maghreb. Les immigrés en provenance du Maghreb et notamment les FMA se partagèrent entre le BTP et l'industrie, surtout automobile. Des villes comme Saint-Denis ou Aubervilliers atteignent des pourcentages de population active ouvrière de 70 % à 80 %. Pour

⁶ Recensement de la population 2012 : Tabulation sur mesure, INSEE [producteur],ADISP-CMH [diffuseur]

beaucoup employés par l'industrie mécanique, aux postes les moins qualifiés et les plus dangereux, ils donnèrent corps à l'image de l'OS dans les fonderies, les presses et sur les chaînes de montage de l'automobile, Ils étaient fortement représentés dans les entreprises métallurgiques, chimiques (coulage du caoutchouc), de manutention, dans les garages et, on l'a vu, dans le BTP. Partout, ils étaient au bas de l'échelle professionnelle. Recrutés comme manœuvres, ils étaient au mieux promus OS ; mais, embauchés comme OS, ils le restaient [22]. Dans les années 1970, alors qu'une politique volontariste mettait fin aux bidonvilles, les cités HLM de banlieue accueillent une quantité croissante d'étrangers. À partir de 1973, la décision gouvernementale de suspendre l'immigration, suivie du rétablissement du regroupement familial après 1976, entraîna l'arrivée de nombreuses familles marocaines, turques puis d'Afrique subsaharienne.

Le département de Seine Saint Denis est aujourd'hui le département francilien qui compte la proportion la plus importante d'immigrés. Les immigrés de 60 ans ou plus, sont au nombre de 93299, ils représentent 38 % de la population de la tranche d'âge, avec un ratio H/F de 1,22. C'est parmi les hommes âgés de 60-75 ans que la proportion d'immigrés est la plus importante : un homme sur deux est immigré. Quant aux 75 ans et plus, ils sont au nombre de 22780, soient 27% de la population de la tranche d'âge. (*INSEE Recensement 2012*)

Ils viennent en majorité de pays hors UE (71 %) et plus de la moitié d'entre eux sont nés en Afrique, du nord ou sub-saharienne, avec un ratio hommes/ femmes de 1,5. (*INSEE Recensement 2012*)

Si l'immigration en provenance d'Afrique est majoritaire, le département compte aussi de nombreuses minorités ethniques (turque, tamoule, chinoise ...), moins présentes cependant parmi les plus âgés.

- *Les Foyers de Travailleurs Migrants en Seine Saint Denis*

Lié au passé ouvrier de la Seine Saint Denis, on y compte le plus grand nombre de foyers de travailleurs migrants (FTM) et Résidences Sociales d'Ile de France⁷. Construits dans les années 60/70 pour la plupart, les foyers de travailleurs migrants ont été conçus pour répondre aux besoins d'hébergement temporaire de travailleurs étrangers, venus en France sans famille et supposés regagner à terme leurs pays d'origine (rapport cour des comptes 2014). Cette double illusion du travail et du provisoire justifie alors la construction de foyers conçus comme « un logement provisoire pour travailleurs "provisaires" » [23]. Mais la plupart des résidents sont restés en France et ont vieilli dans leurs foyers.

Aujourd'hui, dans les FTM de Seine Saint Denis, les personnes de plus de 60 ans représentent environ 40% de l'ensemble des résidents, avec des variations importantes selon les établissements, dans certains foyers, elle peut atteindre presque 80 % des résidents. Ils sont, pour une majorité d'entre eux, immigrés de pays

⁷ Il restait 34 FTM non transformés en résidences sociales en 2016

du Maghreb et d'Afrique sub-saharienne, avec une prédominance de maghrébins chez les plus âgés (données ADEF et ADOMA.)

Les conditions de vie pour les travailleurs âgés y sont très problématiques, dénoncées par des chercheurs et des responsables. « *Les difficultés souvent préexistantes que rencontre la population immigrée (en FTM) liées à de mauvaises conditions de logement, à la faiblesse des revenus ou encore aux problèmes de santé engendrés par la pénibilité des conditions de travail, sont exacerbées au moment de la retraite par l'isolement et la précarité. (...) L'immigré des FTM y vieillit usé, précaire et souvent seul.* » [24]

D'une part, l'état immobilier s'est lentement dégradé et les conditions d'habitat sont dénoncés comme « indignes » avec de réels problèmes d'insalubrité pour certains, d'autre part, elles se révèlent non adaptées à des personnes vieillissantes en perte d'autonomie (absence d'ascenseur, sanitaires non adaptés..).

Pour les gestionnaires, le vieillissement des résidents nécessite donc **une prise en charge globale**. Elle concerne tant l'adaptation de l'habitat que l'accompagnement social.

La dégradation des foyers a justifié le lancement d'un « plan (national) de traitement » en 1997, (...) les objectifs en étaient : la rénovation immobilière des foyers vétustes, et la transformation des foyers rénovés en résidences sociales. (En 2014) Il en ressort que, malgré de réels progrès, la rénovation immobilière des foyers demeure trop lente et de plus en plus coûteuse et la transformation des foyers en résidences sociales se heurte par ailleurs à plusieurs difficultés (.. ,).⁸

4 Résultats

- **Les politiques d'aide à l'accès aux droits et à la prévention au niveau départemental**

Les politiques locales se concentrent sur les immigrés vivant en foyers. Ayant exercé, pour la plupart d'entre eux, des métiers à risque et à forte pénibilité, ouvriers du BTP ou de l'industrie, notamment automobile, les travailleurs immigrés présentent fréquemment des pathologies liées au travail (troubles musculo squelettiques, cancers professionnels...)⁹ et un vieillissement précoce. À cela s'ajoutent des problèmes de santé psychologiques qui souvent apparaissent après cessation du travail, pour ces hommes éloignés de leurs familles.

Les professionnels du sanitaire et du social expriment le sentiment que les immigrés âgés des FTM, méconnaissent et n'accèdent pas à leurs droits, qu'ils rencontrent des problèmes de santé importants et

⁸ Rapport cour des comptes 2014

⁹ On rappelle la « double peine » des ouvriers : une espérance de vie à 35 ans inférieure de 6 ans à celle des cadres supérieurs, avec un nombre d'années vécues en incapacité plus important https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/192/publi_pdf1_441.fr.pdf

qu'ils sont peu présentes dans les actions de prévention primaire et de dépistage. Des enquêtes diligentées par les gestionnaires de foyers entrepris ont objectivé ces difficultés.

En effet la caractéristique des personnes âgées des résidences est souvent de ne pas connaître et ou de ne pas être demandeuses de prestations qui leur sont destinées. Ces personnes âgées ne connaissent pas les dispositifs et les circuits à utiliser et elles ont souvent des difficultés financières liées à de faibles revenus. Par ailleurs elles ont culturellement des difficultés à accepter des aides extérieures. Elles vivent souvent en grande situation d'isolement, la famille étant restée au pays. [ADOMA rapport 2013]. Les gestionnaires se préoccupent donc d'accompagner le vieillissement de leurs résidents.

Cette politique est soutenue par le **Conseil Départemental** de Seine-Saint-Denis (CD93) qui a inscrit dans son 3ème schéma en faveur des personnes âgées 2013 -17, les migrants âgés en FTM comme population cible devant faire l'objet d'une « *politique d'accompagnement adaptée à la situation des migrants âgés en lien avec le projet Départemental d'Intégration 5PDI* ». Le CD 93 anime un groupe de travail inter gestionnaire d'« *Accès aux droits et aux soins des personnes âgées immigrées résidant en FTM ou RS* ». Il réunit les 3 gestionnaires de foyers (ADOMA, ADEF et COALLIA) ainsi que différents partenaires (Clics, réseau gérontologique, service social départemental, CRAMIF ...). Des réunions d'information ont lieu pour les responsables de foyers et les médiatrices sociales avec des professionnels du social, (services sociaux , communaux, hospitaliers) ou du sanitaire (réseau, gestionnaires de cas MAIA, ...) afin de mieux faire connaître les dispositifs existants sur le département .

Un poste d'ADLI ('Agent de Développement Local pour l'Intégration) a été financé en 2014 (mission DDSCS) qui a élaboré un « diagnostic partagé » et fait des propositions pour améliorer la prise en charge [Baldo rapport 2015]

Les trois bailleurs soutiennent une politique visant à favoriser l'accès aux droits sociaux (Allocation Solidarité Personnes âgées ASPA, retraite...), santé (CMU, mutuelle...) et aux aides, des résidents, via la « médiation sociale ». L'objectif affiché est toujours de « *créer des passerelles vers le droit commun* », les modalités de mise en œuvre et les choix prioritaires diffèrent cependant d'un bailleur à l'autre. Les deux plus importants assurent une fonction de médiation dans quasi tous leurs établissements,

La médiation sociale se décline via des temps de permanence dans les foyers afin d'assurer un appui individuel et collectif auprès des résidents pour « *favoriser leur insertion dans la résidence et la cité* ». En pratique, il s'agit de les informer sur leurs droits et de faire un lien vers les services, municipaux ou départementaux, de développer le lien social (insertion), l'accès au logement et la prévention. Les bailleurs insistent tous sur le fait que, *du moins officiellement*, « *ce n'est pas une fonction d'accompagnement* ». Les médiateurs sociaux, presque exclusivement des femmes, s'occupent de tous les résidents quel que soit leur âge. Seul ADOMA a soutenu récemment (2012) la création de deux postes spécifiques de « médiation gérontologique » pour l'ensemble du territoire de Seine Saint Denis, afin

d'assurer le suivi individuel des résidents âgés. Il s'agit d'aller vers les résidents âgés repérés par divers acteurs (responsable de résidence, voisins ...) comme présentant des problèmes de santé et/ou de dépendance¹⁰. Cette mission a été confiée à des associations extérieures (PPV ou ASSFAM). Un problème de financement a réduit cette activité en 2016. Et COALLIA parle de « *médiation renforcée* » pour les personnes âgées « *parfois on est confronté à un tel problème qu'il va falloir accompagner de façon continue cette personne âgée pour éviter qu'elle soit en rupture d'autonomie importante ...d'autonomie au sens large, pas seulement en santé mais sociale, culturelle..* » (Responsable action sociale).

De plus, pour chacun des bailleurs, un ou deux responsables, au niveau régional, ou départemental, sont chargés de trouver des financements pour la médiation ou le montage de projets d'insertion ou de prévention santé ainsi que d'apporter un appui opérationnel aux équipes de terrain pour coordonner des actions d'information ou autre, ou pour traiter de situations individuelles particulièrement complexes. Spécifiquement, pour les plus âgés, ADOMA a créé un poste de coordinatrice sociale vieillissement et plus récemment ADEF un poste de chef de projet vieillissement. L'argumentaire est le suivant :

« On veut favoriser le maintien à domicile dans de bonnes conditions dans les établissements (« améliorer la qualité de vie et les services offerts ») donc la question est le repérage des personnes, et s'appuyer sur les services de droit commun tout en tenant compte des spécificités de ce public (isolement, culture, méconnaissance des droits sans doute une résistance encore plus grande à participer au financement du soutien à domicile, ou les coûts d'accès à la santé (les dents, l'audition ne sont pas prioritaires), une dégradation précoce en raison de carrières professionnelles en dents de scie avec des métiers compliqués, donc il s'agit de comprendre les spécificités de ce public et de diagnostiquer les attentes, d'accompagner les équipes » (responsables action sociale et vieillissement)

Les médiatrices chez ADEF ou COALLIA, ou les responsables d'insertion sociale chez ADOMA, ont aussi dans leur mission le soin de coordonner et de soutenir **des actions collectives** de prévention santé : ateliers d'information le plus souvent (sur l'accès aux droits par ex CRAMIF), ou des actions de dépistage ou des actions de type « bien vieillir » : « *c'est le cœur du métier de médiation, mobiliser les résidents et assurer un suivi* »

Chez COALLIA l'accent est mis sur le droit à l'expérimentation et au soutien aux innovations et la participation des résidents,¹¹ mais les moyens financiers ne permettent pas d'assurer une médiation dans

¹⁰ Au 31 décembre 2013 en 2 ans d'exercice la médiatrice a suivi 131 personnes.

La médiatrices a accompagné les résidents dans 461 démarches. Celles-ci relèvent à 45% du domaine social à 31% du domaine administratif et à 24% du domaine de la santé. *Bilan d'activité annuel - Mission de médiation gérontologique ADOMA Janvier – Décembre 2013*

¹¹ Au CA, 2 sièges sont réservés aux résidents

le temps, les postes sont assurés le plus souvent pour 3 ans, temps qui serait nécessaire à la création de liens avec l'environnement et permettrait de rendre les résidents autonomes pour accéder aux services « de droit commun ».

- *Monographies de deux villes : les actions en faveur des immigrés âgés dans les contrats locaux de santé 1ere génération 2011-14*

En Seine Saint Denis, les premiers **Contrats Locaux de Santé (CLS)** ont été signés avec l'ARS en 2011.

¹² La santé des migrants est rarement identifiée en tant que problématique spécifique. Seules 4 villes ciblent spécifiquement cette population et proposent des actions en direction des migrants en foyers de travailleurs (FTM). Les actions portent toujours sur l'aide à l'accès aux droits sociaux sanitaires (aide à la constitution des dossiers, accompagnement des travailleurs) avec des moyens dédiés plus ou moins importants. De plus, dans 3 des villes, des actions collectives de promotion de la santé et/ou des actions individuelles de prévention secondaire (dépistage de pathologies comme le diabète, le VIH, l'hépatite, l'insuffisance rénale) ont été menées. Nous verrons plus précisément les actions menées dans les deux villes sur lesquelles l'étude porte plus spécifiquement

➤ *la ville n°1*

En 2008 une nouvelle municipalité est élue. « De 2008 à 2014, (on a une) volonté politique de mettre en place une politique de santé tenant compte des inégalités sociales et territoriale fortes sur la ville » (...) et une volonté de cibler les personnes les plus éloignées des services et structures d'aide dont la ville par ailleurs est riche .(élue santé personnes âgées et handicap adjointe au maire) . Des diagnostics santé se succèdent : puis l'atelier santé ville est relancé et un CLS signé avec l'ARS en 2011. Les migrants en foyers de travailleurs sont très vite ciblés comme population prioritaire. « On évoque les FTM systématiquement dans chaque axe » (élue santé)

La ville compte 3 foyers (ADOMA, ADEF et COALLIA) qui se trouvent dans les quartiers prioritaires de la ville, ils hébergent officiellement près de 1000 hommes, majoritairement en provenance d'Afrique subsaharienne (Mali) dans 2 des foyers et du Maghreb dans le 3eme.

La population de la ville en 2011, comprend 15% de personnes de 60 ans ou plus soit plus de 13000 personnes, parmi ceux-ci près de 40% sont immigrés, soit plus de 5000 avec une prédominance d'hommes (sex-ratio de 1,4). En majorité, ils sont nés en Afrique du nord ou en Afrique subsaharienne

¹² La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'Agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (HPST)

(69 % des hommes immigrés de plus de 60 ans). Parmi ceux-ci, Les FTM¹³ abritent d'après le recensement, 278 hommes de plus de 60 ans, soit 13 % des immigrés hommes de la tranche d'âge.¹⁴

Une enquête préalable montre que les résidents ont, pour une grande part, des revenus faibles, qu'ils sont pour beaucoup, âgés et ont besoin d'être accompagnés dans les démarches vers le droit commun. Un certain nombre de ces vieux travailleurs ne maîtrisent ni la langue ni les démarches souvent complexes pour accéder à leurs droits (à la retraite, à l'ASPA, à l'aide à la complémentaire santé..), Par contre ils ont, pour la plupart, un médecin traitant en ville, libéral ou en CMS. (*Étude non publiée-Atelier Santé Ville*)

Deux axes du CLS les concernent principalement. Le premier est l'axe « *favoriser l'accès aux soins, à la prévention et aux droits en santé, des publics les plus vulnérables* ». Cet axe se traduira par des actions spécifiquement montées dans les FTM avec le service santé de la ville et avec l'aide des médiatrices sociales des foyers et diverses associations. Ce seront des actions collectives d'information sur les droits en santé (CMUc, AME, ...) ou sur la santé (ateliers diabète..), parfois suivis de dépistage (VIH, VHC, diabète, tuberculose...), Ces **séances collectives seront suivies d'actions individuelles** pour l'aide au montage des dossiers de demandes administratives (CMUc, ACS, ASPA etc...) ou l'orientation vers des examens de santé. Ce sont des actions « dynamiques » portées par les animatrices dans les foyers et relayées par la ville. On note un investissement personnel important de la responsable ASV, coordinatrice du CLS, qui assure le lien avec les services municipaux de la ville, centres de santé et services sociaux. Comme emblématique de ces actions, on peut citer le dispositif visant à améliorer l'accessibilité aux examens de santé de la CPAM. Pour cela le centre d'examen de santé de la CPAM vient présenter son dispositif dans un foyer, y anime, avec la médiatrice sociale, des ateliers. L'association des femmes relai aide à la traduction. La médiatrice du foyer organise ensuite, pour les résidents intéressés, la visite dans le centre de santé de la CPAM à Bobigny par groupes de 8. La ville fournit le moyen de transport (un mini car). Deux des 3 foyers vont participer à l'action qui concernera plus de 100 résidents « *il y avait environ 15 demandes par mois* » (coordinatrice CLS)

Un autre axe est de « ***promouvoir le bien vieillir, vivre ensemble*** ». L'idée est de faire bénéficier les résidents des foyers des activités de loisirs ou d'aide au maintien à domicile. Si quelques actions seront organisées avec succès, ponctuellement et à petite échelle (ateliers d'activité physique, ou de convivialité, déjeuners etc.). Cet objectif ne sera que très partiellement et difficilement atteint. Les résidents ne participent pas aux activités seniors de la ville et de plus l'intervention des aides à domicile dans les foyers se heurtent à maintes difficultés (conditions de logement non adaptées, reste à charge pour le résident ...).

¹³ Catégorie : mode de cohabitation « collectivité hors ménage » INSEE

¹⁴ Recensement de la population (2012 INSEE) ADISP Centre Maurice Halbwachs

- **En 2015**

En 2013-14, les équipes qui portent le CLS se dispersent, le directeur santé et la responsable ASV quittent leur poste et changent de ville et aux élections de 2014, une nouvelle municipalité est élue. Les choix de la municipalité précédentes et les priorités du CLS1 sont remises en question.

- **Quel impact ont eu ces actions et quelle pérennité ?**

Des actions menées dans le cadre du CLS1, durant les années 2012-14, ont permis que les médiatrices des foyers aient une meilleure connaissance des ressources socio sanitaires, notamment du Clic. C'est le cas de la médiatrice gérontologique ADOMA qui se déplace vers les résidents en perte d'autonomie, assure la médiation vers les services, aide à monter les dossiers retraite, sécurité sociale, mutuelle, assure un suivi,¹⁵ « *j'ai monté mon réseau de partenaires* ». Elle est identifiée par les services sociaux hospitaliers, lors des hospitalisations de résidents de foyers (y compris s'ils ne viennent pas d'un des foyers ADOMA) et elle participe aux réunions trimestrielles de concertation du CLIC/avec le service social de la ville pour des suivis de situations. Si un problème de type psychiatrique trouble l'ordre dans la résidence, ce qui est une des situations les plus difficiles à gérer en règle générale, elle fait appel à l'équipe mobile psychiatrique rattachée à l'hôpital. Elle continue à orienter et à prendre les rendez-vous pour des bilans de santé au centre de la CPAM de Bobigny, mais les résidents y vont maintenant seuls : « *même si ce n'était pas ma mission principale, la règle c'est de diriger vers le droit commun* » (médiatrice gérontologique). L'impact est réel sur l'accès aux droits et aux soins.

S'il n'y a plus de mobilisation des services de la ville vers les foyers, des réponses aux difficultés rencontrées par les résidents âgés peuvent être apportées en concertation entre médiatrice et professionnels de la ville, « au cas par cas » (mise en place d'heures d'aide à domicile, portages de repas, entrée en EHPAD) (responsable Clic). *Mais cela* nécessite toujours la présence d'une médiatrice qui va initier la demande et en l'absence de poste pourvu, les résidents de foyers sont « *perdus de vue* », ce qui est le cas d'un des foyers de la ville. (Responsable CLIC). En effet, un des gestionnaires n'assure plus de médiation sociale ni dans le FTM « totalement insalubre » qui tarde à fermer, ni dans la résidence sociale qui a vu le jour, mais dont l'ouverture a été différée et où les résidents tardent à emménager malgré les bénéfices en terme de confort.

¹⁵ La médiatrice du territoire nord a suivi 179 résidents âgés en 2014 (rapport 2014)

Quant aux actions **collectives**, hors actions de dépistage (tuberculose notamment) organisées par le Conseil général, elles ont périclité. Les raisons en sont diverses, elles tiennent aux choix des gestionnaires des FTM, dont certains recentrent les missions des médiatrices sur l'accès aux droits qui conditionne les capacités à régler les loyers : « *je ne vous cache pas la priorité c'est les impayés*» (médiatrice), mais aussi à la politique de la ville.

Quant à la municipalité son choix est de faire porter les actions de santé en direction des personnes âgées vers le maintien à domicile et les actions de prévention « bien vieillir » dans des lieux de la ville « ouverts à tous » (forums, centres seniors..) sans cibler les personnes immigrées notamment en foyers, laissant les médiatrices sans soutien actif des services de la ville . « *L'accès aux droit et les actions dans les FTM ne sont plus à l'ordre du jour ... et puis, ça ne marche pas* » (responsable santé).

- *La Ville n°2*

La ville numéro 2 a une longue tradition de santé communautaire et une volonté de réduction des inégalités sociales dans le cadre des ASV. Commune ouvrière de longue date¹⁶, elle abrite une population immigrée, ou issue de l'immigration, très importante. On y trouve 7 foyers de travailleurs migrants, soit 1540 places.

Selon les données du recensement 2012, la population de la ville est « jeune » et ne comprend que 13,8 % de personnes de 60 ans ou plus (soit plus de 10 000 personnes, dont plus de 50 % sont immigrées. On note par ailleurs, une prédominance d'hommes (sex-ratio de 1,3) et d'immigrés nés au Maghreb et en Afrique sub-saharienne, ils représentent 54 % des hommes immigrés de plus de 60 ans. Les FTM abriteraient, 274 hommes de plus de 60 ans soit 8,8 % des immigrés hommes de la tranche d'âge, ils sont majoritairement dans la tranche d'âge 60-75 ans.^{17 18} La ville compte également un nombre important de migrants primo arrivants.

- **Dans le CLS1 2011 -2014** , après avoir rappelé l'importance de la précarité sur la ville, « *tous les indicateurs témoignent de l'importance de la population précaire dans la ville, même par rapport au département (cf. ORS etc...) »* ainsi que le déficit en médecins et para médicaux, le CLS fait le choix de développer un travail de réflexion sur les priorités et les besoins et de mener un programme d'accès aux droits et aux soins.

Diverses actions du CLS, en direction des personnes « vulnérables », sont déclinées en FTM (ex prise en charge de patients diabétiques, vaccinations gratuites...), mais de surcroît un axe spécifique « immigrés » est identifié dans un objectif de « prévention médicalisée ». Cet axe comporte deux volets, l'un en direction des migrants sino phones et l'autre en direction des migrants âgés en FTM.

Le choix est de créer poste de coordonnateur destiné à intervenir en complémentarité des médiateurs socio-sanitaires intervenant dans les 7 établissements, dont le rôle consisterait à faire l'interface avec les services de la ville.

Cette volonté de cibler les migrants en FTM n'est pas nouvelle. De 2007 à 2009, un projet municipal inscrit dans le Plan Régional de Santé Publique (qui fixe les priorités de santé) a été mené dans les 7 FTM. Ce projet s'est déroulé en 3 phases, un état des lieux, un « diagnostic santé a été réalisé dans

¹⁶ https://hommesmigrations.revues.org/209_1278 | 2009 Histoire des immigrations. Panorama régional

¹⁷ Recensement de la population (2012 INSEE) ADISP Centre Maurice Halbwachs

¹⁸ Le CLS donne un chiffre plus élevé : sept foyers et résidences sociales de travailleurs migrants, offrant une capacité d'accueil de 1540 places, soit près de 2% de la population de la ville. Sur 1540 résidents hébergés dans les sept FTM, le pourcentage de résidents de plus de 60 ans atteignait, en 2009, près de 40 %. (CLS 2012) les chiffres du recensement indiquent 275 hommes habitant en « collectivité hors ménage »

les différents foyers et a fait l'objet de restitutions publiques. L'enquête a mis en évidence des « situations préoccupantes liées au vieillissement et à la précarité socioéconomique de certains résidents tant du point de vue de l'adaptation du logement que de l'accès aux droits (...) l'importance de certaines pathologies telle que le diabète, une relative méconnaissance des droits et des services. »

Dans le cadre de l'Atelier Santé Ville (ASV)¹⁹, un groupe de travail s'est constitué sur l'accès aux droits sur la ville, les médiatrices des FTM y ont été invitées, ce groupe a permis les échanges d'information sur les droits et un travail de concertation avec tous les gestionnaires pour l'évaluation des besoins, l'identification des enjeux différents selon les foyers et un travail privilégié avec certains.

De façon complémentaire, un autre volet culturel, inscrit dans le contrat urbain de cohésion sociale, fait l'objet de préconisations et d'organisation d'activités culturelles à destination des résidents de FTM.

A la suite de ce premier CLS, des actions de promotion des bilans de santé à la CPAM de Bobigny (avec accompagnement par bus), de dépistage (de tuberculose, maladie rénale, de HIV, du diabète ...) et d'information sur les droits, ont été menés en FTM. Certaines actions ont été « un vrai succès » d'autant que les actions collectives, telles les « forums santé », étaient couplées à des actions individuelles d'aide à l'ouverture de droits. Un travailleur social étant sur place pour initier le droit ou donner un rendez-vous au résident. « *et ça marche* ». Des actions de promotion de la santé sont même organisées dans deux foyers (ateliers de gymnastique douce, lotos nutrition ...). Une caractéristique a été d'essayer d'ouvrir sur la ville, par des visites au Centre Municipal de Santé, ou à la Maison des Pratiques (maison communautaire), laquelle offre également une aide administrative (permanence sociale) pour l'obtention de droits socio-sanitaires.

Il en ressort, d'après les médiatrices et responsables de FTM, que les actions de santé sont bien perçues « *tous (les résidents) ont compris que ça allait dans leur intérêt* », mais qu'elles sont très chronophages à organiser « *il faut relancer, expliquer, accompagner..* » et qu'elles doivent de plus, s'appuyer sur des actions individuelles : « *le collectif sur les droits pose le cadre, ensuite ils peuvent venir frapper à ma porte (...) Il faut la médiation au quotidien elle offre la liberté pour parler d'autre chose (...) Il faut une base relationnelle pour aborder les questions de santé* » (médiatrice).

○ **Devenir des actions : le CLS 2ème génération**

Un nouveau CLS dit *de 2ème génération* a été signé avec l'ARS en 2015. La lutte contre les inégalités sociales et environnementales passe par une participation accrue de la population et l'articulation avec la politique de la ville. Si aucun 'axe spécifique « migrant » n'y apparaît cette fois, les résidents en FTM

¹⁹ Les ASV mis en place en 2000, ont pour mission de conduire des programmes d'actions de santé dans les quartiers de la politique de la ville. Inscrits dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (Cucs), pouvant s'intégrer dans la démarche des contrats locaux de santé (CLS), ils contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé Le département du 93 a été pionnier dans leur déploiement.

sont une des cibles prioritaires de différentes actions (ex prévention du VIH) et les migrants âgés en FTM continuent à être ciblés dans des actions d'amélioration de l'accessibilité aux droits et l'accès à « l'aide à domicile » pour les personnes en perte d'autonomie en FTM devient un objectif spécifique. En effet, les nombreux obstacles à cette aide effective en foyers ont été bien identifiés par un travail concerté avec les gestionnaires et acteurs de terrains qui souligne la nécessité « *d'organiser une démarche partenariale pour élaborer des modalités d'accessibilité aux droits des migrants âgés* ». (Baldo rapport 2015). Le soutien à l'autonomie pour les migrants âgés en FTM, s'inscrit dans une démarche plus générale en direction des personnes âgées de la commune, mais doit faire l'objet d'une réflexion et de propositions adaptées.

Sur le terrain, les responsables « personnes âgées » des 3 gestionnaires et les médiatrices les plus investies, participent aux groupes de travail existants sur l'accès aux droits, lesquels contribuent au développement du partenariat avec les services extérieurs en matière sociale et même de santé. Dans un des foyers, où la médiation n'est plus assurée, le responsable d'hébergement dit n'être ne plus confronté à des « problèmes énormes », les résidents auraient acquis une certaine autonomie et sauraient plus ou moins où s'adresser.

La dynamique favorise l'émergence de nouveaux projets relatifs à l'aide au maintien en foyer des plus âgés en perte d'autonomie. Des contacts avec le CLIC, le réseau gérontologique, les associations d'aide à domicile et les gestionnaires de cas MAIA doivent aboutir à l'élaboration commune de projets de santé. Les services infirmiers (SIAD) et d'aide à domicile municipaux ou associatifs interviennent régulièrement quoiqu'encore très modestement.

On voit combien le succès des projets tient à la coopération entre les services de la ville, une dynamique des professionnels à l'échelon communal et à l'investissement des médiateurs (trices), soutenu(e)s par leur hiérarchie.

5 De l'effectivité du droit ? Bilan des actions en faveur des migrants âgés

✓ Prise en compte du vieillissement des immigrés en France et traduction en actions dans les FTM

Le rapport Bachelay sur les migrants âgés (Bachelay 2013) a bien mien mis en avant les difficultés rencontrées par les immigrés vieillissants. Des actions ont été mises en place pour les travailleurs immigrés en foyers. Dans les FTM, la question du renouvellement du bâti, (« *plan de traitement* » initié en 1977) se conjugue avec une politique en faveur des immigrés vieillissants en perte d'autonomie. La transformation des foyers en résidences sociales (RS) qui apparait nécessaire en raison de la vétusté voire de l'insalubrité des locaux et à leur inadéquation pour des personnes en perte d'autonomie, a toutefois pris du retard (rapport cour des comptes 2014).

Ces résidences représentent une amélioration considérable en terme de confort et facilitent les interventions des services d'aide à domicile (intimité et adaptation de sanitaires), cependant elles ne présentent pas que des avantages pour les résidents. Cette transformation entraîne une hausse des loyers, une limitation beaucoup plus effective des « surnuméraires » (personnes hébergées dans une chambre en sus du ou des résidents « officiels ») et enfin en limitant les espaces partagés, elle a un impact sur la vie sociale : « *On va vers des espaces hyper personnalisés on ne veut plus de la communauté* ». Ce type de logement renforce le sentiment d'isolement. « *Avant on était 6 par chambre, maintenant on se sent seul* », « *avant (quand il y avait des espaces collectifs) on faisait la fête* » déclarent des résidents maghrébins.

Comme le notait le rapport Anthropos de 2014, les résidents se montrent peu enclins, ou à tout le moins préoccupés, par le fait de loger dans des studios individuels et certaines résidences sociales peuvent rester en attente de peuplement malgré le progrès attendu en terme de confort.

✓ Obstacles à l'accessibilité à la santé

○ **Ressentir le besoin - Comprendre pour agir**

Recourir aux soins suppose d'en **ressentir le besoin**, d'en percevoir l'utilité, ceci est particulièrement différenciée socialement. Mais plus encore, le recours nécessite d'avoir la capacité de se procurer et de comprendre les informations concernant la santé et les services pour prendre les décisions adaptées ce que l'on appelle la littératie en santé²⁰. Or on constate une discordance entre les besoins

²⁰La « Health literacy » est définie par l'Institute of Medicine, *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, au Canada la *littératie en santé* est définie comme étant la « *capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de sa vie* » <https://www.nap.edu/read/10883/chapter/1>

identifiés par les professionnels et ceux ressentis par les immigrés « *Parce que (les africains) quand ils tiennent debout et qu'ils marchent ils pensent qu'ils sont en bonne santé* » (responsable associatif). A fortiori, les actions de promotion de la santé ou de prévention, y compris les bilans de santé, ne correspondent pas d'emblée à des besoins ressentis.

Ce sont souvent les problèmes financiers résultant d'une rupture de droits, suite par exemple à un séjour prolongé « au pays », ou d'un évènement grave comme l'hospitalisation, qui vont déclencher une demande de la part du résident. Cette demande rencontre la préoccupation des bailleurs attentifs à réduire les loyers impayés. « *On doit aussi souligner que la rupture ds droits suit des retours au pays prolongés notamment chez les subsahariens* ²¹ *avec rupture des droits et des périodes sans droits. Les maghrébins vivent leur retraite en France et ne font que des séjours courts au pays*» (responsable bailleur).

Devoir régler des frais afférents à une hospitalisation, est une autre situation déstabilisante, en l'absence de complémentaire santé (situation très fréquente chez les résidents). Les résidents âgés souvent atteints de maladie chronique, comme le diabète, sont le plus souvent suivis par un médecin et bénéficient du 100% d'exonération des frais au titre de l'affection de longue durée (ALD), entretenant l'illusion d'une prise en charge à 100% pour toute situation médicale. Pour les personnes à faibles revenus, mais au-delà du seuil d'obtention de la CMUc, les médiatrices peuvent orienter vers le dispositif d'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), mais se heurtent à la réticence du résident en raison du cout résiduel à déboursier pour la complémentaire, même si celui-ci peut être minime. ²² En effet, les envois d'argent au pays ne s'arrêtent pas avec la cessation d'activité et perdureraient souvent au même niveau, malgré des baisses de revenus considérables à la retraite.

- [Connaitre et recourir aux dispositifs](#)

La méconnaissance est un frein qui se retrouve chez beaucoup de personnes âgées. La diversité des dispositifs a justifié la création de structures de coordination spécifiques (Clic, Gestionnaires de cas MAIA, réseaux gérontologiques ...) mais qui interviennent encore peu dans les foyers. On a constaté toutefois que des rencontres entre les bailleurs et les professionnels des dispositifs locaux font progresser la connaissance mutuelle et donnent les moyens d'y recourir dans les situations complexes.

Comprendre les demandes et les procédures administratives est un exercice souvent compliqué et d'autant plus que beaucoup de migrants, parmi les plus âgés, ne maîtrisent pas le français écrit, ce qui nécessite un intermédiaire : « *C'est aussi quasiment un boulot d'écrivain public (...) Beaucoup des résidents âgés ne lisent pas le français* » déclare une médiatrice.

²¹« *En moyenne l'absence serait de 17 mois pour les sub-sahariens des foyers* » (responsable COALLIA)

²² Autour de 100 euros annuel pour un contrat de base

Pour les migrants, s'ajoute une certaine méfiance vis-à-vis des guichets administratifs :

« C'est difficile d'aller vers les services (sociaux de la ville) et de comprendre ce qu'ils demandent, il faut quelqu'un qui peut reformuler ils ont toujours peur de ne pas être compris (...) et puis ils viennent exprimer leur malheur je ne peux pas leur dire : allez prendre rendez-vous avec l'assistante sociale ! » (médiatrice)

- Méconnaissance et appréhension existent du côté des résidents comme du côté des professionnels , certains professionnels de ville interrogés expriment vis-à-vis de ce public des réticences à intervenir en foyer. Lors de séminaires d'échange organisés par COALLIA avant 2014, visant à la construction d'un « réseau dynamique de partenaires », le responsable note « *une énorme méconnaissance (vis-à-vis) du public (des FTM)* ». A la suite, une étude anthropologique est commandée pour mieux comprendre le positionnement des « bénéficiaires » par rapport à la santé et adapter les actions (rapport Anthropos).

- **Constituer un dossier**

Constituer un dossier de demande peut se heurter à des exigences difficilement atteignables pour ces résidents, un exemple en est la nécessité d'obtenir des documents « dématérialisés » (dossiers de demande de retraite notamment), il s'avère donc nécessaire de disposer d'une connexion internet et souvent d'une messagerie électronique, ceci est loin des réalités de la vie des vieux résidents en FTM. Un atout cependant : les documents administratifs sont bien conservés par les résidents : « *Ils gardent tout* » (médiatrice). « A peine classés, les papiers sont ressortis de leur pochette, les migrants les manipulent en permanence, les tournent, les retournent. Je les vois toujours farfouiller dedans. Ça ne reste pas rangé. (...). Les papiers représentent autre chose pour eux, quelque chose de très précieux, comme un trésor qu'on garde toujours à côté de soi » (rapport Anthropos) .

- ✓ **Importance de la médiation pour accéder au droit commun ... et à la santé**

- *Vous avez dit « accompagnement » ?*

Si le discours unanime des bailleurs est : « *on ne fait pas d'accompagnement* », sur le terrain, les choses diffèrent quelque peu. Selon des responsables : « *on leur (médiatrices) rappelle régulièrement que ce n'est pas leur tâche et aux structures partenariales qu'ils remobilisent le droit commun, on sait que les lignes sont régulièrement franchies mais il y a une certaine tolérance, ... il y a les endroits où tous les postes sont vacants (dans les services sociaux),(...) la mobilisation dépend des collectivités locales... la CRAMIF a bien compris la fonction de médiation et certains partenaires ont une dimension presque militante* ». (responsable action sociale)

« Dans ce genre de travail, ... on nous a accusé de faire de l'assistantat mais c'est un passage obligé (l'accompagnement individuel). Si 60 à 80% des personnes sont au courant de ce qui se fait, ils peuvent se prendre en charge, pour les autres ... c'est nécessaire de décoder, éclairer, aider, traduire. Au-delà de la permanence, on va dans les chambres...quand ils acceptent qu'on rentre ...Ecouter, ne pas voir avec ses références à soi, avec son prisme, s'oublier soi-même pour mieux comprendre son raisonnement et utiliser son raisonnement pour avoir accès à la raison, pas simple. On remet ça tous les jours ... ce qui est dit aujourd'hui ... demain... ? » (responsable associatif) « On dépasse nos missions, si on ne le fait pas, personne ne le fera » (médiatrice).

En ce qui concerne l'accès aux soins et à la santé, cela nécessite, de l'avis des médiatrices, de développer en préalable une « relation de confiance, négocier sans brusquer ».(...) *la santé n'est abordée que dans un deuxième temps*». Ceci demande un temps de présence de la médiatrice dans un foyer et une stabilité à ce poste. Hors ces postes reposent sur des financements non pérennes, de plus le turn-over des professionnels n'est pas négligeable.

Pour les résidents en perte d'autonomie, le maintien « à domicile » est « officiellement » le souhait de tous, mais sa mise en œuvre se heurte à de nombreux obstacles, réticences de la part des bénéficiaires comme des services de ville, mis en avant régulièrement par les services comme par les responsables des gestionnaires. L'aide est communément difficile à accepter par les personnes âgées, mais ici le frein est aussi financier, les conditions d'habitat non adaptées en raison du manque d'intimité, de la petitesse de la chambre souvent partagée, des sanitaires communs, tout cela rendant extrêmement difficile des interventions comme l'aide à la toilette et ce, d'autant plus, que ces prestations professionnelles sont assurées par des femmes, le plus souvent, et les résidents, peu enclins eux même à accepter cette intervention, se heurtent au « regard des autres » . « *L'aide-ménagère apparaît comme une porte d'entrée vers des services plus contraignants* » (médiatrice). Mais là aussi, il y a nécessité d'un suivi de la médiatrice pour rappeler... les horaires de passage, par exemple. Les résidences sociales sont beaucoup plus adoptées au maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie.

○ *Efficacité de la médiation et pérennité des actions ? la confiance à construire dans le temps*

L'un des gestionnaires n'a pas les moyens d'assurer des permanences dans tous les foyers, les postes sont ouverts en moyenne pour 3 années. L'idée est que la connaissance des services et des droits a été assurée, le réseau avec les professionnels tissé et les modalités d'interpellation des dispositifs de droit commun connues et mobilisables par les résidents. L'histoire montre que c'est parfois la réalité, au départ du médiateur, « les résidents sont dans l'ensemble autonomes et le responsable de résidence (responsable de la gestion locative) ne voit pas venir à lui des cas « sans issue » mais d'autres fois, tout s'effondre ! D'où l'importance de ne pas faire reposer la dynamique sur une personne mais sur un réseau de partenariat » (responsable COALLIA). L'analyse montre qu'en fait l'accessibilité aux dispositifs de droit commun va reposer sur un ensemble de facteurs qui vont des plus prosaïques (FTM en centre-ville / isolé), à la dynamique locale (professionnels de ville travaillant déjà en réseau ou non, ville investie sur la santé et /ou les migrants) mais aussi à l'organisation des résidents eux même. De l'avis global, « *ces ruptures dans la médiation ont des conséquences très négatives, il faut être présent et soutenir les actions pour qu'elles perdurent* » (médiatrice). Pour pallier l'absence de médiateur ou renforcer le repérage, les bailleurs ont, plus ou moins, investi dans la formation de responsables de résidence et même d'agents de service : « *c'est eux en proximité avec les résidents* », pour aider à repérer les résidents en difficulté et les orienter « *faire des choses simples* ». De l'avis de responsables : « *c'est insuffisant* ». Les instances dirigeantes sont aussi à convaincre du bienfondé de ces actions, « *il faut souvent une action dramatique pour que cela bouge.* » « *Mais on a tous à y gagner, ça a du sens pour moi un service à transmettre un respect pour ces personnes qui sont là depuis si longtemps* » (responsable pôle social bailleur)

✓ **Le rôle de la solidarité**

La solidarité entre les résidents apparaît très variable. Si les intervenants associatifs ou professionnels citent tous des exemples d'aide ponctuelle entre résidents : « *un voisin va amener en voiture la personne handicapée vers le cabinet médical (...) on demande aux jeunes de faire les courses...* ». Ils soulignent aussi que la solidarité entre résidents est loin d'être la règle. Elle varie selon la communauté d'origine et les rapports intergénérationnels. Les rapports entre la jeune génération immigrée « *la génération internet* » et les plus âgés n'est pas toujours facile : « *(les jeunes) ils ont une autre manière de penser, moins solidaire, ils ont compris toutes les combines et veulent de l'argent* ». Ce qui vient en miroir de l'étude Anthropos : « *Au foyer la solidarité n'existe pas avec les jeunes, seulement avec ceux du même âge. Les jeunes s'en foutent des vieux, c'est la liberté, pas de respect* ».

Assez unanimement, professionnels ou associatifs, déclarent que, venant le plus souvent d'une zone géographique limitée, les résidents Maliens reconstituent des solidarités villageoises, avec des rapports que les médiatrices ne comprennent pas toujours. Certains des résidents sont les porte-paroles de la communauté: « *les sub-sahariens ne demandent rien, ils se font prendre en charge par la*

communauté ». Ils développent des stratégies d'aide informelle : « *c'est compliqué, y a une organisation qui permet de survivre ... mais on ne comprend pas bien ce qui se joue* » (médiatrice).

Le cas des foyers à majorité maghrébine est plus complexe, l'immigration est plus ancienne, plus éclatée, on note le regroupement de personnes ayant toujours habité en foyer avec d'autres venus plus tardivement : « *des vieux retraités arabes, qui n'ont « rien » ont atterri là (dans FTM) après éclatement du foyer par exemple ou avec des gros problèmes, ils sont là, ils pourraient être à la rue : y a pas de vie communautaire, ils sont très individualistes* » (responsable associatif)

✓ L'accès à la santé par la prévention : les actions collectives

- *Plus ou moins prioritaires dans les missions, plus ou moins réfléchies avec les résidents*

Les actions collectives se montent essentiellement sur appels à projets, contrairement aux actions individuelles, elles peuvent donc faire clairement l'objet de financements, lesquels cependant, dépassent rarement une année, les actions ne sont donc pas pérennes. Leur montage nécessite une ingénierie de projet et repose aussi sur une forte implication des médiateurs (-trices) pour leur mise en œuvre. Certains des gestionnaires confirment l'importance de ces actions collectives dans les missions des médiateurs sociaux « *c'est le cœur du métier de médiation* ». Certains organismes gestionnaires auraient plutôt tendance à recentrer les missions des médiatrices sur l'accès aux droits (notamment lors de ruptures de droits) qui, chez tous les bailleurs, est une priorité affichée car conditionnant les capacités à régler les loyers. Or la mise en œuvre de ces actions de prévention nécessite l'appui d'un médiateur pour assurer le lien entre les résidents et les intervenants ainsi que la logistique locale, il (elle) est le seul en capacité de mobiliser les résidents.

Dans l'observation que nous avons menée et de l'avis unanime des personnes interrogées, professionnels médiateurs, intervenants associatifs, les actions collectives d'information, pour avoir un impact, nécessitent d'être couplées à des actions individuelles or les financements sont fléchés vers des programmes collectifs. Alors dit un responsable : « *j'ai arrêté de parler d'accompagnement social, de projet individuel j'ai remplacé tout ça, j'ai créé mon projet collectif dans lequel je mets de l'individuel* ».

- *Mais qu'en est-il de l'efficacité des programmes de prévention ?*

Déjà en 2014, les résultats d'une étude anthropologique sur la santé menée auprès des résidents âgés de foyers et résidences sociales en ile de France ²³ avaient choqué les commanditaires de l'étude. A la question « *pourquoi venez-vous aux actions collectives ?* », les résidents avaient répondu : « *pour faire plaisir au médiateur* ». « *Cela a été une baffe phénoménale et c'était vrai aussi pour les*

²³ Etude ANTHROPOS commanditée par COALLIA

intervenants : on fait un test sanguin, on ne sait même pas pourquoi, ils en connaissent ni les raisons ni les motifs ni les conséquences ... () donc la priorité c'est le communicationnel » ajoute le responsable en insistant : « *Il faut quand on fait quelque chose que coûte que coûte ce soit compris ».*

²⁴ La même étude avait noté : « *Quelques exemples, relatés par les professionnels de santé ou les médiateurs lors des observations, montrent clairement la nécessité de revoir les modes d'intervention parfois reproduits de façon routinière mais totalement inadéquate, voire contreproductive, pour tous ».*

Des programmes collectifs, dits « *parcours attentionnés* » à l'attention de publics « fragilisés », se développent depuis peu en FTM, ils sont portés par la CNAV et la CPAM dans le cadre des programmes 2P3A (Plan Proximité Autonomie de l'Avancée en Age). Ces programmes comprennent d'une part des séances d'information sur les droits et d'autre part une série de 7 ateliers du type « bien vieillir », atelier mémoire, activité physique, équilibre alimentaire, bien être.... Ils sont proposés par le PRIF (Prévention Retraite Ile de France) en direction des retraités et mis en œuvre par des associations (*Brain up en ile de France*). Certains s'interrogent sur la pertinence et l'efficacité de ces programmes : « *Au début c'était totalement absurde (le contenu des ateliers) mais ça évolue (...). On y va tout doucement ...* ». Plusieurs responsables soulignent « l'énorme travail » qui a été fait, par et avec le PRIF, pour adapter les programmes (en FTM).

Mais sous-jacente ici aussi, est l'idée qu'il suffit d'informer, d'initier, pour que les personnes aillent ensuite vers les dispositifs existants. Hors, « *il faut pas seulement passer des messages de prévention en aucun cas sensibiliser ne suffit, c'est pas un « one shot » de sensibilisation qui va changer les comportements, ils ne vont pas aller s'inscrire à un club de gym »* au contraire si les actions sont organisées sur site et qu'elles se répètent dans le temps : « *ça marche contrairement à toute attente »* soulignent des professionnels de terrain. Mais on se heurte ici au manque de financement adapté.

Certaines difficultés de mise en œuvre concernent particulièrement les activités en **résidences sociales**, en effet, dans celles-ci, les espaces nécessaires à leur organisation sont réduits. Cette rénovation, en privilégiant des unités de vie individuelles (chambres avec coin cuisine et sanitaires) s'est faite au détriment des espaces collectifs (cuisines et salles de réunion). Même si, au minimum, une salle dite « polyvalente » subsiste, conformément au cahier des charges, laquelle peut être mise à la disposition des résidents, la priorité d'affectation, pour ceux-ci, est souvent d'en faire le lieu de prière. Cette situation est dénoncée avec plus ou moins de force par les bailleurs, en pratique l'utilisation souvent temporaire en lieu de culte nécessite au minimum de négocier un accord avec un conseil de concertation et de désigner un représentant « responsable ». Ceci au dire d'un responsable des bailleurs « *ça marche très bien avec les sub-sahariens mais pas avec les maghrébins, là personne ne souhaite parler au nom de tous* ». D'autres responsables se réfugient derrière « la loi » (le financement public ne pouvant servir à financer un lieu de culte) pour refuser cette affectation et la

²⁴ A la suite de cela, des outils supports de communication ont été élaborés avec les résidents.

prière se déroule alors ...dans les parties communes (couloirs ...). L'unanimité se fait pour insister, conformément au cahier des charges, sur le fait que le lieu de culte ne doit pas être ouvert à la ville, comme c'est le cas dans bon nombre de FTM anciens (à la suite de quoi des plaintes ont été déposées par les riverains), soulignant : « *nous ne sommes pas là pour régler l'absence de salle de prière sur un territoire* ». Quant aux cuisines collectives, elles sont, sauf exception,²⁵ abandonnées lors de la transformation. Certes celles-ci posaient un grand nombre de problèmes, elles étaient un espace complètement hors normes, qu'il s'agisse d'hygiène mais aussi de respect du code du travail, mais la disparition de ce lieu de convivialité est très lourd de sens, celui du plaisir partagé d'une cuisine du pays, aimée depuis l'enfance.

Même lorsque les conditions minimales sont réunies, les **actions collectives** de prévention ou de promotion de la santé restent donc difficiles à monter et à mettre en œuvre. Et cependant, les médiatrices soulignent leur importance pour le bien être des résidents âgés, souvent isolés et vivant dans des espaces réduits : « *les actions de gym douce ou la convivialité autour de repas, l'organisation de « théo santé » ou d'ateliers cuisine (éducation, nutrition) ça crée une vraie dynamique ça mobilise les résidents (...) ça renforce le lien social* ». L'absence de liens est pointée comme cause d'un certain nombre de symptômes : le manque d'appétit, le repli sur soi, la dépression, la tension » [rapport .Anthropos] Et comme le souligne un responsable : « *Ça a du sens on doit le respect à ces personnes qui sont là depuis si longtemps* »

²⁵ Par un des bailleurs dans le cadre de projets de réinsertion

6 ...et les immigrés en habitat diffus ?

✓ Un accès inégal aux dispositifs gérontologiques ?

L'offre sanitaire et sociale est fragmentée et les démarches nécessaires à l'ouverture et au maintien des droits (retraite, ASPA.) compliquées. De fait, au dire des professionnels des champs social et sanitaire et comme souligné par d'autres auteurs [25-26], les personnes âgées immigrées en perte d'autonomie seraient dans des situations particulièrement difficiles et complexes à prendre en charge, en raison de leur parcours migratoire et d'un vieillissement précoce lié aux conditions de travail. L'enquête Handicap Invalidité Dépendance (enquête HID citée par l'Igas) confirme une survenance plus précoce de la dépendance chez les personnes originaires du Maghreb.²⁶

Cependant, il est difficile d'objectiver l'hypothèse selon laquelle celles-ci accéderaient moins bien aux dispositifs de coordination gérontologique que la population native, du fait du manque de données dites « ethniques ».²⁷ Un travail ponctuel de recensement des fiches de prise en charge des personnes adressées à un réseau gérontologique ainsi qu'aux gestionnaires de cas MAIA sur une année dans le nord de la Seine Saint Denis, soit 90 signalements, a montré une proportion de personnes immigrées équivalente à celle de la population générale du bassin, pour la même tranche d'âge (plus de 75 ans), avec toutefois une sous-représentation des personnes issues de l'Afrique subsaharienne. De même, les données de la consultation mémoire d'un des grands hôpitaux du département d'enquête montrent une proportion de personnes immigrées âgées en provenance du Maghreb importante et justifiant une consultation dédiée ainsi que la mise au point de tests de mémoire adaptés à une population multiculturelle de faible niveau socio-éducatif et ne maîtrisant pas la langue française. [27]

Quant à la faible représentation, dans ces dispositifs, des immigrés en provenance d'Afrique subsaharienne, elle pourrait s'expliquer par deux phénomènes. L'un est leur faible nombre lié au fait que les hommes retourneraient souvent au pays après leur retraite, pour de longues durées, contrairement aux Maghrébins âgés. L'autre phénomène est que, en règle générale, leurs femmes, plus jeunes que leurs maris, sont en nombre encore plus réduit dans la tranche d'âge. Les données du recensement montrent que les celles-ci ne représentent que 30% des 60 ans ou plus dans cette population.

²⁶ *Rapport 2002 Bas Théron* <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000107.pdf>

²⁷ Les logiciels de gestion de ces dispositifs (clics, réseaux..) n'enregistrent pas systématiquement la nationalité ni même le lieu de naissance des personnes prises en charge.

La population immigrée née en Afrique et surtout en Afrique sub-saharienne vieillit certes, mais est encore relativement « jeune » par rapport à la population native.

Les données statistiques pour la Seine Saint Denis indiquent un certain nombre de caractéristiques qui les différencient de population native du même âge. Pour les **60 ans et plus**, les immigrées femmes, nées en Afrique (du nord ou sub-saharienne), sont moins nombreuses que les hommes, ce qui diffère de la population native (les femmes, nées en France, sont deux fois plus nombreuses que les hommes dans cette tranche d'âge). Autre différence, parmi ces immigrés, la proportion de personnes très âgées (> 75ans) est plus faible (20 % des hommes et 24 % des femmes) alors que dans la population native, ces proportions sont de 34% pour les hommes et de 44% pour les femmes²⁸

Autre hypothèse, les vieux immigrés sont plus « entourés » que la population autochtone du même âge donc auraient moins recours à l'aide salariée. Les enquêtes sociologiques ont montré que les solidarités déclarées envers les parents sont très présentes dans les discours : 70% des enfants nés de parents africains déclarent qu'il faut accueillir chez soi un parent dépendant. [19]

Les **données statistiques** en Seine Saint Denis pour les immigrés âgés de 60 ans et plus nés en Afrique (du nord ou sub-saharienne) objectivent en effet l'idée que les immigrés âgés vivent plus souvent en famille et avec des enfants.

Dans cette population, le mode de cohabitation majoritaire ²⁹ pour les hommes est celui avec **femme et enfants** (soit 36% des hommes). Ce mode de cohabitation est très minoritaire dans la population du même âge native (6% des hommes). Chez ces derniers, le mode de vie majoritaire est la vie en couple sans enfant, ce qui concerne plus d'un homme sur deux (58%).

Chez ces femmes immigrées, les modes de cohabitation sont plus divers, mais elles vivent à **43% avec des enfants**, en couple avec enfants (19%) , mais aussi seules avec enfants (23%), de plus 13% de femmes vivent avec d'autres personnes qui ne sont pas apparentés au premier degré,³⁰ ce mode de vie est très rare dans la population native. Au contraire, les femmes natives vivent très majoritairement seules (48%), (femmes veuves notamment), ce mode de vie concerne 24% des femmes nées en Afrique, ce qui représente tout de même près d'une femme immigrée venue d'Afrique sur quatre.

²⁸ Recensement de la population 2012 : Tabulation sur mesure, INSEE [producteur],ADISP-CMH [diffuseur]

²⁹ Selon l'INSEE on considère 6 modes de cohabitation : ménage avec enfant, ménage sans enfants, seul, monoparental (seul avec enfant), hors famille et hors ménage

³⁰ En « ménage hors famille » selon les catégories de l'INSEE

Malgré l'importance des Foyers de Travailleurs Migrants en Seine Saint Denis, le pourcentage d'hommes immigrés de cette tranche d'âge vivant donc en « collectivité » n'est que de 8%, sauf pour les subsahariens de 60 à 75 ans chez qui ce mode de vie concerne un africain sur 5. Les femmes immigrées ne relèvent pas de ce type de d'habitat (elles ne se retrouvent ni en foyer ni en maison de retraite) ³¹ (Données ADISP CMH INSEE 2012)

✓ L'invisibilité des immigrés âgés en perte d'autonomie

Dans les entretiens, la question des immigrés âgés en habitat diffus a été systématiquement évoquée auprès des politiques, des associatifs, des responsables santé, des professionnels des Clics ou de responsables santé : or la conclusion est que dans les structures dites de droit commun, les immigrés âgés sont le plus souvent « invisibles », ils fréquentent peu les lieux de socialisation de la ville et ne participent qu'exceptionnellement aux activités « seniors ».

On retrouve les hommes âgés, comme ceux des foyers, dans les jardins, sur des bancs publics, dans les centres commerciaux, certains cafés, les femmes au marché. Les plus âgés ne fréquentent pas les associations de quartier non communautaires, même les associations de femmes relai déclarent « *certaines demandent de l'aide pour la constitution de leur dossier de retraite* » après « *on en a un ou deux qui viennent* ». Les associations de femmes-relai soulignent cependant le besoin d'accompagnement des femmes, plus jeunes, venues retrouver leurs maris et plus particulièrement de celles venues d'Afrique sub-saharienne : « *Tu as besoin d'être accompagné au départ ..., c'est pas tout le monde... mais c'est tellement compliqué, tellement difficile, elles n'ont pas appris la langue, leur place est à la maison. Ce sont les enfants qui font la traduction* » Et dans les activités extérieures « *elles ne se sentent pas à l'aise, elles n'osent pas ...* » « *Toi c'est différent tu es « une blanche* », dit l'une d'entre elles à la médiatrice ...venue de l'Afrique des grands lacs ! On retrouve les mêmes réticences à « sortir » que chez les résidents des foyers. Quelques femmes, relativement âgées, quand les enfants qui servaient de traducteurs ont quitté le domicile, viennent sur le tard aux ateliers socio linguistiques. Les activités ne ciblent jamais les personnes âgées et les actions du type « bien vieillir » ne sont pas organisées. Les politiques municipales ne ciblent pas cette population, partant du postulat que celles organisées en ville sont ouverts à tous (et à toutes). On a vu aussi que les financements reposent sur des appels à projets ce qui nécessite une ingénierie de projet dont ne disposent pas les petites associations.

Mais qu'en est-il lorsque les personnes vieillissantes perdent leur autonomie ou développent des troubles liés à des pathologies de type Alzheimer ?

³¹ Recensement de la population (2012 INSEE) ADISP Centre Maurice Halbwachs

La génération des filles ³² fréquente les centres sociaux, mais aussi les associations de Femmes Relai, elles participent à des ateliers cuisine, couture, mais surtout elles viennent trouver une oreille attentive « *pour parler de tout et de rien* ». Les femmes relai font de la médiation vers les services sociaux ou sanitaires, elles « traduisent » prennent des rendez-vous, au service social, à l'hôpital : « *cela les rassure* » ; mais ces femmes ne parlent jamais des parents, qui à la maison perdraient leur autonomie ou développeraient des troubles du comportement. (*Association femmes relai*)

Comme la littérature anglo-saxonne le suggère, les représentations différentes de la maladie et de la vieillesse selon les cultures, expliqueraient des retards au diagnostic de maladies dégénératives (maladie d'Alzheimer et apparentées) au cours du vieillissement [28]. Peu d'études ont été menées en France. Duchier et Montovani parlent de « l'invisibilité encore plus marquée des migrants âgés atteints de troubles cognitifs et de leurs aidants » [25]

Notre étude est conforme à ces résultats, discutant avec une équipe de femmes relai, elles approuvent toutes la formule « *Tes vieille tu perds la tête c'est normal !* »

- ✓ *Une étude menée en parallèle auprès de migrants âgés en Seine Saint Denis a confirmé ces travaux* ³³

Dans les entretiens avec les migrants âgés, il a émergé que la condition vieillissante est perçue comme un fait naturel de la vie, compatible avec l'ordre du pensable et de l'explicable, sans poser ni des soucis psychologiques particuliers ni des préoccupations morales tenaillantes. En revanche, la maladie est conçue comme une véritable rupture de la vie ordinaire, issue d'une conduite dissolue et d'une manière impropre de vivre. « *Dieu nous a donné la vie mais on peut pas toujours la garder. À un moment donné on devient plus faible, plus fragile. C'est ça, c'est pas une maladie (...). Mais la vieillesse c'est...bah la vieillesse c'est une autre chose ; elle arrive comme ça, naturellement.* » (*Sohra*)

Les paroles des « anciens » confirment leur place prépondérante dans la famille.

Mohamed, homme algérien kabyle de 93 ans, affirme : « *Avoir un vieux à la maison est plutôt un signe de force, de longévité chez toute la famille, voire d'autorité. Il n'y avait pas d'hospices chez nous. Il faut pas du tout éloigner les parents malades*

³² Dans les familles immigrées ° 36% des aidants sont des enfants, essentiellement des filles ou belles filles 57% sont des conjoints (PRI Attias Donfut 2006)

³³ Gloria **Frisone** mémoire de master EHESS 2015

ou ayant besoin. C'est contre l'honneur de la famille, du peuple, du village. Il faut garder les parents à la maison. Surtout le père parce qu'il est comme un reflet de tes ancêtres ».

La différence des représentations de la vieillesse et de la maladie entre patients et professionnels est à l'origine d'un décalage herméneutique qui sépare les interprétations des médecins autour de l'expérience du vieillissement et la manière des patients de concevoir la limite entre le normal et le pathologique (..) Mais, dans la migration, un décalage générationnel profond peut aussi émerger au sein de la même famille du moment où l'expérience migratoire concerne les parents sans toucher les enfants qui sont nés et ont grandi en France. ³⁴

Or les reconstructions familiales se font autour des enfants : *« mon pays c'est mes enfants »*. Ce qui expliquera que, dans les familles maghrébines, ce sont en général les enfants qui induisent l'accès aux prestations d'aide comme l'APA ou à des consultations mémoire quand des troubles se développent. *Ce qui n'est guère différent de la population française de classe sociale identique*. La demande d'aide à domicile passe plutôt par le gré à gré (prestations par la famille, la fille en général) *« en raison du contexte socio-économique du 93 »* plutôt que via des professionnels selon une responsable de Clic. Ce qui est partagé par les enfants et par les parents âgés, est le refus affirmé du départ en maison de retraite : ils sont peu fréquents et longuement négociés avec les services d'aide ou de coordination affirment ces derniers.

D'autre part, même si la proportion de femmes seules est bien moins importante que dans la population native, certaines femmes, venues rejoindre leurs maris, parfois tardivement, quand ceux-ci repartent au pays à la retraite, ou en cas de décès de celui-ci, se retrouvent seules. Le travail domestique ne les a pas intégrées dans la société, certaines parlent très mal le français. Les professionnels et les acteurs associatifs s'interrogent sur l'accès aux droits et aux soins des femmes immigrées âgées veuves et seules : *« Si elles sont en couple et ou avec des enfants ça va mais si elles sont seules..., cela leur demande un effort d'aller vers les institutions, elles n'aiment pas demander de l'aide elles n'osent pas trop et si elles sont mal reçues ... »* (responsable clic). On comprend dès lors, la complexité d'accéder à certains droits comme par exemple aux pensions de réversion et aux difficultés majeures qui se dressent, face aux guichets des institutions ou plus encore, à l'absence même d'interlocuteur, remplacé par un répondeur ou un site internet.

³⁴ Gloria Frisone mémoire de master EHESS 2015

Conclusion : effectivité du droit à la santé ?

Dans les dernières années, on constate l'émergence de politiques publiques d'aide à l'accès aux droits et aux soins ciblant les immigrés âgés vivant en foyers. Ceux-ci, comme le souligne R Gallou, représentent, de fait, des *cas paroxystiques*.

Le dogme est alors d'assurer et donc de financer, pour un temps limité, des passerelles vers le droit commun, le mot « accompagnement » est banni comme politiquement incorrect.

Mais force est de constater que ces politiques se heurtent à des limites que les professionnels se sentent obligés de dépasser pour atteindre une efficacité minimum, participant ainsi à un jeu de dupes. « On » tolère des dépassements aux missions, « *on laisse faire* », car on connaît les obstacles à l'accessibilité aux services et dispositifs de droit commun et puis « *on rentre dans les clous* » pour obtenir les financements, en présentant par exemple des projets collectifs.

Mais qu'en est-il des immigrés en habitat diffus qui semblent oubliés des politiques publiques même à l'échelon local. Ceux-ci, davantage entourés par leur familles, auraient moins de difficultés, mais est-ce si différent ? Quelle est la situation des femmes vieillissant seules ? Ce que beaucoup de ces immigré(e)s âgé(e)s partagent avec ceux des foyers, c'est la nécessité d'un médiateur, professionnel ou familial, qui fasse le lien avec les services et les institutions et autorise la demande.

Et qu'en est-il, des politiques du « bien vieillir » qui se développent dans la cité à destination des immigré(e)s ? Si l'accès au droit commun apparaît inégal et nécessite des passerelles, les conditions d'accessibilité à la prévention sont encore plus problématiques. Les actions semblent le plus souvent décalées, l'offre non adaptée, que ce soient tant en terme de modalités que de financements. Ces hommes et ces femmes, qui ont largement contribué par leur travail au développement de la France des 30 glorieuses, atteignent aujourd'hui des âges élevés et les inégalités de ressources sociales, culturelles, économiques, bien réelles au temps de la vie active, apparaissent encore plus fortes au temps de la retraite. Les réponses politiques qui leur sont adressées, pour qu'ils accèdent à leurs droits en santé, semblent bien modestes.

Abdelmalek Sayad déclarait il y a presque 30 ans : « les immigrés n'existent qu'en tant qu'ils posent problèmes »

Bibliographie

1. Mizrahi A, Mizrahi A, Wait S. *Accès aux soins et état de santé des populations immigrées en France*. Paris CREDES (éditeur), 1993/04, 62 p
2. Khlal M, Sermet C, Laurier D. *La morbidité dans les ménages originaires du Maghreb, sur la base de l'enquête santé Insee 1991-1992*. Population 1998;53(6):1155-84
3. Fennelly K. *The "healthy migrant" effect*. Minn Med.2007;90(3):51-3.
4. Attias-Donfut C, Wolff FC. *Le lieu d'enterrement des personnes nées hors de France*. Population. 2005;60(5):813-36.
5. Mizrahi A et Mizrahi A. *Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger*. J eco med. 2008;26(3):159-176
6. Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. *Inégalités de santé liée à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration*. Revue Économique. 2009;60(2):385-411
7. Attias-Donfut C, Tessier P, Wolff F-C. *Les immigrés au temps de la retraite*. Retraite et société 1/2005 (44) :11-47 URL : www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2005-1-page-11.htm
8. Dourgnon P, Jusot F, Sermet C, Silva J. *La santé perçue des immigrés en France une exploitation de l'enquête décennale santé 2002-2003* Questions économie de la sante 2008 (133) <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes133.pdf>
9. Hamel C et Moisy M. *L'enquête « Trajectoires et origines » (TeO) Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête 2008*. BEH 2-3-4 / 17 janvier 2012 https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19558/dt168_teo.fr.pdf
10. Berchet C et Jusot F. *Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France une synthèse des travaux français* Questions d'économie de la santé n°172 ; janvier 2012. <http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>
11. Solé-Auró A and Crimmins EM. *Health of Immigrants in European countries 2008* working paper http://www.ub.edu/irea/working_papers/2008/200809.pdf
12. Attias Donfut C et Tessier S. *Santé et vieillissement des immigrés*. Retraite et société 2005 ;46 :89-129 <http://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2005-3-page-89.htm>
13. Cagnet M, Hoyez AC , Poiret C. « *Éditorial : Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations* », Revue européenne des migrations internationales,28(2)2012, consulté le 01 mars 2017. URL : <http://remi.revues.org/5861>
14. Boisguérin B et Haury B. *Les bénéficiaires de l'AME au contact avec le système de soins*..Drees Études et Résultats ; 2008 ;645:1-8
15. Bloch M.A. et Hénaut L.(2013) In : *Répondre aux besoins des personnes et des territoires. Enjeux politiques, organisationnels et professionnels de la coordination des soins et services en France*, Paris, Dunod ed, 336p.

16. Mukadam N, Cooper C, Basit B, Livingston G. *Why do ethnic elders present later to UK dementia services? A qualitative study*. Int Psychogeriatr 2011;23(7):1070-7.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21349212.
17. Mukadam N et al. *A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia*. Int J Geriatr Psychiatry 2011; 26(1):12- 20. [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157846](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21157846).
18. Mukadam N et al. "*Why do ethnic elders present later to UK dementia services? A qualitative study* », Int Psychogeriatr 2005, 4/2005 (72):57-77
19. Attias-Donfut C, Gallou R. *L'impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale. Représentation de la solidarité familiale par les immigrés âgés*. Informations sociales 6/2006 (134) : 86-97 URL : www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-6-page-86.htm
20. Warin P. « *Renoncement à des soins et précarité* », In : Bénédicte Boisguerin (dir), Renoncement aux soins, Paris, Drees, coll. Etudes et statistiques, 2012, p.81-89
21. Le Borgne-Uguen F. et Rebourg M. (dir.), *L'entraide familiale. Régulations juridiques et sociales*, 2012, Rennes, Presses universitaires de Rennes, coll. « Des Sociétés », 2012, 326 p.
22. Natacha Lillo, et al *Histoire des immigrations. Panorama régional - Volume 2 Ile-de-France Histoire et mémoire des immigrations depuis 1789*. 2009 <https://hommesmigrations.revues.org/209>
23. Sayad A. *L'Immigration ou les Paradoxes de l'altérité*. Tome 1. L'illusion du provisoire Paris, éditions Raisons d'agir, 2006, coll. "Cours et travaux", 217 p
24. Gallou, R. *Les immigrés isolés : la spécificité des résidents en foyer, Retraite et société*, 44, la Documentation française, 2005.
25. Duchier J et Mantovani J. *Les familles face à la maladie d'Alzheimer*, Hommes et migrations 1309 | 2015 : 87-94.
26. Wolff V et Jovelin E. *L'accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées* Hommes et migrations, 1309 | 2015 :97-107
27. Desi F, Maillet D, Metivet E et al *Evaluation des capacités de mémoire épisodique de sujets âgés illettrés* Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol. 7, n4, decembre 2009
28. Ngatcha-Ribert L. *Migrants âgés et maladie d'Alzheimer : cultures, diversités, identités*. *Hommes et migrations*, 1309 | 2015 : 79-85.
29. Gallou R. *Le vieillissement des immigrés en France. Le cas paroxystique des résidents des foyers*, Politix, 2005/4 n° 72 :55-77. <http://www.cairn.info/revue-politix-2005-4-page-55.htm>

Rapports

- Anthropos (Cabinet). *Etude sur la perception de la santé des personnes âgées immigrées vivant en habitat social adapté*. Rapport pour COALLIA Mars 2014
- Bachelay Alexis. *Rapport d'information sur les immigrés âgés originaires des États tiers à l'Union européenne au Sénat* juillet 2013 <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1214.asp>
- Baldo Lea . *Rapport Santé et dépendance des migrants âgés résidant en Foyers en Seine Saint Denis Diagnostic social partagé ADLI* 93 juin 2015
- IGAS *Rapport sur les immigrés vieillissants* F.Bas Théron et M. Michel,2002 126
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000107.pdf>
- Cour des comptes. *La transformation des foyers de travailleurs migrants en résidences sociales : une politique à refonder* in : Rapport public annuel 2014 – février 2014 p337-365
http://www.copaf.ouvaton.org/rehab/2014cour_des_comptes_bilan_rehabilitation.pdf
- Gallou Rémi. *Vieillesse des immigrés en France Etat de la question* . Rapport pour la CNAV Juin 2001 <http://www.statistiques-recherches.cnaf.fr/images/recherche-vieillesse/Vieillesse-des-immigres-rapport-2001.pdf>

Rapports bailleurs FTM

ADOMA rapport 2013 <http://www.ppv93.fr/wp-content/uploads/2013/01/Bilan-dactivit%C3%A9-annuel-G%C3%A9ronto-ADOMA-2013-final.pdf>

ADOMA http://www.adoma.fr/userdata/c_bloc_file/0/190/190_fichier_puca-rapport-final.pdf

le logement des immigrés à l'épreuve du vieillissement rapport 2009.

ADOMA, *Rapport de la mission Personnes âgées immigrées*, les Cahiers thématiques d'ADOMA décembre 2013.

ADOMA, ACSE, CIRVI, Barbau Régis (dir.) *Diagnostic social au sein des foyers et résidences Adoma de Toulouse. De la situation des immigrés vieillissants aux attentes qu'ils expriment* 2009

ANTHROPOS Cabinet *Etude sur la perception de la santé des personnes âgées immigrées vivant en habitat social adapté*, COALLIA, mars 2014.

COALLIA, *Evaluation du degré d'autonomie des résidents vieillissants. Unité territoriale de Seine-Saint-Denis ouest*, août 2006.

COALLIA, *Evaluation du degré d'autonomie des résidents vieillissants. Unité territoriale de Seine-Saint-Denis ouest*, août 2006.

INSEE

Recensement de la population 2012 : Tabulation sur mesure, INSEE [producteur],ADISP-CMH [diffuseur]

GLOSSAIRE

ACS Aide au paiement d'une complémentaire santé

APA Allocation Personnalisée d'Autonomie

ASPA Allocation Solidarité aux Personnes Agées

CLS Contrat Local de Santé

CMUc Couverture Maladie Universelle Complémentaire

CNAV Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Immigrés personnes nées étrangères à l'étranger (frontières actuelles). Les immigrés constituent le groupe le plus important de la population immigrante (ensemble des personnes nées hors métropole, quelle que soit leur nationalité à la naissance). La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient français par acquisition.

La santé des immigrés en France : sources bibliographiques

DONNÉES

Données disponibles en France

Principales sources	Échantillons et définitions utilisées
• Passage à la retraite des immigrés (Atlas-Donfut et Tessier, 2005)	6 211 immigrés étrangers
• Histoire de vie^a (Lert <i>et al.</i> , 2007)	6 156 Français de naissance 251 immigrés naturalisés 387 immigrés étrangers
• Trajectoires et origines^b (Beauchemin <i>et al.</i> , 2010)	3 781 individus appartenant à la population majoritaire 8 456 immigrés étrangers
• ESPS[*]-EPAS^{**} 2000/2002 (Mizrahi et Mizrahi, 2008)	6 756 Français 296 étrangers
• Décennale santé 2002/2003^a (Jusot <i>et al.</i> , 2009 ; Dourgnon <i>et al.</i> , 2009)	22 891 Français de naissance 897 immigrés naturalisés 1 399 immigrés étrangers
• ESPS[*] 2006 (Berchet et Jusot, 2010)	5 307 Français nés de parents français 564 immigrés de première génération 654 immigrés de première génération
• ESPS[*] 2006/2008^a (Berchet et Jusot, 2009 ; Berchet, 2011)	10 401 Français nés de parents français 2 264 immigrés de première et deuxième génération

^a Différentes définitions d'un immigré peuvent être utilisées pour les analyses multivariées. La taille des échantillons peut également varier selon l'indicateur de santé considéré.

^b Appartiennent à la population majoritaire tous les enquêtés qui résident en France métropolitaine et qui ne sont ni immigrés, ni natifs d'un département d'Outre Mer (Dom), ni descendants de personne immigrée ou descendants de natifs d'un Dom.

* Enquête santé protection sociale.

** Échantillon permanent d'assurés sociaux.

RESUME

La France terre d'accueil de vagues migratoires successives, voit cette population vieillir. Or les professionnels des champs sanitaire et social constatent qu'un certain nombre de personnes âgées, immigrées, méconnaissent et n'accèdent pas à leurs droits sociaux et sanitaires. Le département de Seine Saint Denis se caractérise par l'importance de sa population immigrée, en même temps que par des mobilisations professionnelles et associatives actives. L'étude porte sur les politiques publiques, à l'échelon départemental et communal, cherchant à améliorer l'accès aux droits et à la santé des immigrés âgés sur leur territoire.

La **méthodologie** qualitative repose essentiellement sur des entretiens auprès des différents acteurs (professionnels du soin et du social, responsables santé, élus, associatifs, gestionnaires de foyers, ...). L'étude fait un focus sur deux villes ayant fait le choix de cibler les immigrés âgés comme population cible dans leur Contrat Local de Santé.

Résultats Si l'on constate une mobilisation certaine au niveau départemental et communal vers les résidents de Foyers de Travailleurs, les dynamiques et stratégies de mise en œuvre sont très variables selon les territoires. L'analyse met en exergue un certain nombre d'éléments explicatifs du niveau de mobilisation et de la pérennité ou non des actions. Elle pose la question de l'effectivité de l'accès à la prévention et à la promotion de la santé et met en avant l'importance de la médiation pour accéder au droit commun.

Malgré le constat unanime d'inégalités d'accès à la prévention et aux soins des hommes et des femmes âgées immigrées, on ne constate pas de mobilisation, hors foyers de travailleurs migrants.