

PARTIE III

ENQUETE SUR L'ETAT SOCIO-SANITAIRE DES PERSONNES AGEES IMMIGREES RESULTATS ET ANALYSE

Sous la direction de Mohamed EL MOUBARAKI, Directeur de Migrations Santé France et avec la collaboration de :

- l'ensemble de l'équipe de Migrations Santé France,
- les membres du Comité d'orientation scientifique
- nos partenaires conventionnés, Adoma, Coallia et Adef,
- nos partenaires institutionnels, l'Acisé, l'ARS-IDF, la DAAEN, le FEI

Présentation

Mohamed EL MOUBARAKI

Tout d'abord, j'aimerais signaler le travail de proximité qui a été nécessaire pour répondre au mieux aux questionnaires. Les personnes âgées immigrées (PAI) n'étant pas habituées à ce genre d'exercice, il a fallu, parfois, plusieurs séances pour effectuer les entretiens. C'étaient des moments privilégiés pour donner la parole à ces personnes, qui d'habitude ne la demandent pas. Certains ont bien voulu faire le déplacement pour assister à ce colloque et y témoigner et je les en remercie profondément.

J'en profite pour citer Meryem Safwate, la responsable du département Actions de Terrain qui n'a pas ménagé ses efforts pour le bon déroulement de cette enquête, Fatima Akkouche pour la première ébauche de l'analyse des résultats de l'enquête et Ali Ben Ameer qui m'a assisté dans le suivi des intervenants/enquêteurs dans les différentes régions de France :

- Jamil Anouar dans la région Languedoc-Roussillon,
- Zineb Doulfikar à Nice,
- Manuelle Bornibus dans la région Rhône-Alpes,
- Ghani Moussalli à Nantes,
- Zohra Darras et Salah El Manouzi en Picardie.

Le présent rapport est le résultat de l'enquête menée auprès des personnes âgées immigrées dans plusieurs régions de France. Cette enquête a été centrée sur l'état social, sanitaire et environnemental des personnes âgées immigrées. Elle a été réalisée durant le deuxième semestre de l'année 2013. Une première ébauche a été exposée lors de la journée d'étude du 3 décembre 2013. Ici nous présentons le rapport détaillé enrichi par le débat de la table ronde réservée à cet effet lors du colloque « Etat socio-sanitaire des personnes âgées immigrées » organisé par Migrations Santé les 19 et 20 mai 2014.

Le questionnaire semi-ouvert de base concernait six axes :

- La trajectoire de vie ;
- Le logement ;
- L'état de santé, incapacité et recours aux soins ;
- L'accès aux droits et aux soins ;
- Le projet de vie ;
- Les caractéristiques socio démographiques.

Les entretiens ont été réalisés pour la plupart dans la langue maternelle. 300 questionnaires ont été effectués. 26 questionnaires incomplets n'ont pas été comptabilisés. L'analyse de l'enquête s'est basée sur 274 questionnaires retenus qui concernent des personnes âgées de 55 à 93 ans, habitant différentes régions de France : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Ile-de-France et Loire-Atlantique. C'est un échantillon de personnes âgées immigrées majoritairement originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. La majorité des personnes âgées immigrées interrogées habitent des foyers de travailleurs migrants ou des résidences sociales (FTM et RS). Les hommes représentent 69,3% et les femmes 30,3% des personnes touchées par l'échantillon retenu.

Pour appuyer les résultats de l'enquête, des entretiens semi-directifs avec des personnes âgées immigrantes, ainsi qu'avec des professionnels travaillant avec elles ont été effectués dans des FTM à Champigny-sur-Marne, Ivry-sur-Seine, et l'Hay-les-Roses.

Les objectifs de l'enquête étaient de :

- apporter un éclairage sur le vécu de certains migrants âgés ;
- donner la parole aux personnes âgées immigrées et faire entendre leurs témoignages et leurs attentes ;
- consolider des pistes de réflexion et d'actions de partenariat avec les institutions publiques en charge de cette problématique et les acteurs de terrain ;
- réaliser un état des lieux des conditions de vie, de l'état de santé et de l'accès aux soins des immigrés.

L'analyse a abordé plusieurs volets en rapport avec les six axes mentionnés ci-dessus, à savoir :

La connaissance des services selon le niveau d'instruction : les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur (86,7%) ont plus tendance que les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (78,2%), secondaire (57,1%), et non scolarisé (47%) à connaître les services à destination des personnes âgées.

La connaissance et l'utilisation des services : 29,7% de personnes déclarent connaître et utiliser les services d'aide aux personnes âgées. Les personnes qui déclarent connaître ces services sans toutefois y avoir recours représentent 70,3%. Les personnes non scolarisées (53%) ont plus tendance à ne pas connaître l'existence de ces services, que celles ayant un niveau d'instruction primaire (21,8%), secondaire (42,9%), supérieure (13,3%).

Le recours aux différents services concerne : les soins à domicile (27,7%), le portage de repas (20,2%) et l'aide-ménagère (22,7%). Les services les moins utilisés sont le club des personnes âgées (4,2%) et le lavage du linge (4,2%).

Le recours à une institution : les personnes ayant eu recours à un médiateur, institution ou autres professionnels pour le logement, l'ont fait majoritairement car elles ont trouvé que l'offre n'était pas assez adaptée (40%), parce qu'il y avait trop d'attente (42,9%) ou pour d'autres raisons (57,1%). Celles n'ayant pas fait appel à ce service sont majoritairement les personnes habitant en chambre meublée d'hôtel (100%), résidence sociale (84,4%).

L'accès aux soins : les personnes âgées ayant un médecin traitant (53,4%) ont plus tendance que celles n'ayant pas de médecin traitant (12,5%) à consulter un médecin spécialiste. Les personnes âgées disposant des indemnités chômage (78,6%), RSA (65,2%) ou salaire (63,6%) auront plus tendance que celles bénéficiant d'une allocation supplémentaire vieillesse (30,8%), pension de réversion (22,2%), pension d'invalidité civile ou militaire (27,3%) à ne pas consulter de médecin spécialiste.

La couverture médicale : la majorité des personnes ayant CMU + mutuelle complémentaire ou la CMU + CMU C sont celles touchant le RSA, pension de retraite ou préretraite (21%), allocation pour adulte handicapé (22,2%), allocation supplémentaire vieillesse (26,7%), pension de réversion (46,2%).

La perception de l'état de santé : les hommes (34,2%) ont plus tendance que les femmes (26,5%) à se déclarer être en bonne et très bonne santé. Les personnes non scolarisées (34,4%) ont plus tendance que les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (14,3%), secondaire (24,5%), supérieur (26,7%) à se déclarer être en mauvaise ou très mauvaise santé.

Le logement : les PAI résidents dans les foyers (48,6%) sont plutôt insatisfaites de leur logement. que celles habitant en HLM (35,2%), ou dans une maison (12,5%).

L'arrivée en France : Les personnes arrivées en France entre 1957-1970 habitent majoritairement dans les résidences sociales (47,1%), et dans les foyers (23,5%).

Le niveau de satisfaction : Les personnes habitant dans une chambre meublée d'hôtel (66,7%). La tranche d'âge des 55-64 ans (45,4%) a plus

tendance que la tranche d'âge des 65-74 ans (25,9%), 75-84 ans (10%) à déclarer être en très bonne ou bonne santé.

Les addictions : presque autant d'hommes (86%) que de femmes (90%) déclarent ne boire jamais d'alcool. Les femmes (87,8%) sont plus nombreuses que les hommes (57,9%) à déclarer ne jamais avoir fumé.

Le médecin traitant comme référence : Il ressort des entretiens semi directifs réalisés que le médecin traitant est la première personne vers qui se tournent les personnes âgées en cas de problème de santé. : *« Quand j'ai des douleurs la première personne à qui je fais appel c'est mon médecin traitant directement sinon quand c'est grave l'hôpital »* (Madame L. âgée de 60 ans sans emploi Camerounaise).

Un accès aux soins inégal : Les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement de disparités liées aux ressources, logement, alimentation, emploi et travail, qui caractérisent l'état de justice sociale dans un pays ou un territoire à un moment de son histoire et de son développement économique. *« Oui si je n'ai pas les moyens avant j'avais la CMU C quand j'étais au chômage, car on avait des problèmes pour trouver du travail. Mais là c'est trop cher pour me payer une mutuelle. Je ne peux pas aller consulter des professionnels. Plusieurs fois j'ai voulu voir le médecin du digestif, car je ne digère pas beaucoup, mais comme c'est trop cher je ne peux pas le voir »* (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité marocain).

Les freins à l'accès à une couverture médicale : souvent l'accès à la mutuelle complémentaire est difficile pour des raisons financières. *« J'ai une mutuelle qui coûte 80 euros c'est cher, mais c'est obligé »* (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité algérien). *« Je suis venu me faire soigner d'urgence en France »* (Monsieur K. âgé de 65 ans retraité malien).

La prévention santé : à travers l'exemple du dépistage des maladies rénales mis en place par Migrations Santé, dans les FTM et RS, en partenariat avec le RENIF, on peut déduire que l'information sur la prévention ne suffit pas, il faut mobiliser les résidents en allant les chercher dans leur logement notamment les personnes isolées.

La maladie et la trajectoire migratoire : Certaines personnes par le biais d'une visite médicale en France apprennent qu'elles ont contracté une maladie dans leur pays d'origine. D'autres à l'inverse par une visite médicale dans leur pays d'origine, viennent se faire soigner en France. *« À Bamako en 2011 on a su que ma douleur venait des reins. Quand on m'a proposé le dépistage on se dit toujours oh c'est rien ça (rire) on se dit ça »*

c'est de la connerie, mais quand Meryem¹³³ est venue elle nous a convaincus. Quand j'ai vu le papier du dépistage je me suis dit pff c'est de la publicité ça. » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité, Marocain).

L'accès aux soins des personnes âgées immigrées : Santé et trajectoire migratoire. La perception de l'état de santé des personnes âgées immigrées est une santé qu'on définit soi-même, en s'imposant une hygiène corporelle, de l'activité physique et un maintien des relations sociales. « *Ça dépend des personnes donc chacun pense la santé par rapport à lui* » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité algérien). « *Pour être en bonne santé, il faut avoir une bonne hygiène, il faut que tu sois propre, il faut que tu manges bien et il faut bouger, faire du sport* » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité Marocain). « *Les conditions pour être en bonne santé, ne pas être malade c'est trop demandé. Mais avoir des contacts avec les gens, parler, sortir s'amuser, se rencontrer, ça c'est possible* » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

Une santé qui dépend de Dieu : « *On attend Dieu comme on le dit inchallah peut être il va me trouver un rein où je ne sais pas tous les jours, je pense, à ça. De toute façon nous, on a rien à faire. C'est Dieu qui décide, il y a Dieu et il y a les soignants.* » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

Une perception variable : la perception de leur état de santé est variable. Elle n'est pas vue dans sa globalité et s'identifie à une douleur ressentie ou à une pathologie. « *Il y a un jour où la santé est bien un jour où ce n'est pas bien* » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité algérien). « *Oh ça va c'est la vieillesse ! Un peu de douleur, mais ça va* » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité, Marocain).

¹³³ Meryem Safwate, coordinatrice des Actions de Terrain, Migrations Santé

Les interventions des discutants ¹³⁴

Fatima AKKOUCHE ¹³⁵

Je tenais d'abord à remercier Monsieur le Directeur pour m'avoir accordé sa confiance pour la saisie et la participation à l'analyse des résultats d'enquête. En complément de la présentation de Monsieur El Moubaraki, je vais aborder de façon synthétique les entretiens semi-directifs menés avec les personnes âgées immigrées (PAI) dans le foyer Adoma de Champigny-Sur-Marne.

Les entretiens semi-directifs ont soulevé le phénomène de l'isolement de certaines personnes, surtout pour celles qui sont le moins entourées. Une dégradation de la santé liée également à l'éloignement de la famille restée au pays, aux conditions de vie (nuisance sonore, cloisonnement de ces personnes.)

Concernant la couverture médicale complémentaire, les PAI qui en ont une trouvent que cela pèse lourd dans leur budget. Celles qui n'en ont pas ont tendance à ne pas faire appel aux médecins spécialistes, ce qui soulève la problématique de l'accès aux soins.

Par rapport à l'autonomie, comme le montrent les résultats qui vous ont été présentés en dernière partie, il y a une certaine autonomie dans les tâches de la vie quotidienne, ces personnes vivant seules en France depuis longtemps se sont adaptées aux conditions de leur vécu quotidien.

Concernant l'accès à des logements privés, la procédure est longue et fastidieuse, d'où le non recours à cette démarche et l'abandon par conséquent de ce droit. Mettre les personnes âgées immigrées en établissement spécialisé c'est « signer leur arrêt de mort ». Le fait de leur dire qu'ils ne sont plus capables de faire ceci ou cela, le fait de couper le lien qu'ils ont avec les autres résidents, de changer leurs habitudes, leur mode de vie, va les pousser à préférer rester dans le foyer au lieu d'aller dans un établissement spécialisé.

¹³⁴ Nous avons préféré introduire l'apport des discutants à ce niveau, au lieu de le laisser à la fin de l'analyse pour faciliter la lecture de l'enquête.

¹³⁵ Stagiaire à Migrations Santé, Master 2 Sciences de la Société Evaluation Sanitaire et Sociale, Paris Descartes-Sorbonne.

De même, on a constaté que la solidarité entre résidents maghrébins était moindre. Du fait qu'ils se considèrent être dans la même situation il y a peu d'entraide. Contrairement aux Africains subsahariens chez qui l'échange intergénérationnel et l'entraide font partie de la vie en foyer. Les aînés sont respectés et considérés comme des personnes importantes au sein de la communauté.

Les résultats quantitatifs de cette enquête ont soulevé différentes problématiques liées à l'accès aux soins et à la santé, au logement, aux relations sociales et au rapport aux institutions. De même nous avons relevé les problèmes liés à l'isolement, l'autonomie, les trajectoires migratoires, le non recours aux soins et les conditions de vie des migrants.

Concernant l'accès aux soins, avoir un médecin traitant a des effets sur la consultation d'un médecin spécialiste. Ceci s'explique d'une part par le fait que le médecin traitant aura plus tendance à diriger son patient vers des médecins spécialistes avec une lettre de prescription. D'autre part, le revenu conditionne le fait de consulter ou non un médecin spécialiste. Le non recours à un médecin spécialiste concerne les plus faibles revenus et ceux ne bénéficiant pas de couverture médicale prenant en charge certains soins. Le niveau d'instruction influe sur la perception de l'état de santé, plus le niveau d'instruction est élevé plus la personne se déclare être en bonne santé. Aussi, l'âge a un effet sur la perception de l'état de santé, les plus âgés ayant plus tendance à avoir une vision dégradée de leur propre santé.

En ce qui concerne le logement, il y a une insatisfaction du logement pour ceux résidants en foyer et en chambre meublée. Les personnes ayant fait appel à un médiateur, institution ou autres professionnels pour le logement, sont majoritairement celles habitant en foyer, en HLM. Les personnes qui se disent insatisfaites de leur logement ne sont pas celles qui ont le plus recours à des institutions pour l'aide à l'accès au logement. Les personnes âgées ne se sentent pas écoutées par la direction du foyer et leurs demandes ne sont, parfois, pas prises en considération.

Les conditions de vie de certaines personnes âgées peuvent avoir des conséquences sur leur état de santé. Ainsi on constate une mauvaise hygiène de vie, des nuisances sonores, des logements non adaptés. On entend souvent dire que les personnes âgées ne veulent pas quitter le foyer, mais certaines souhaitent accéder à des logements privés et ont fait des démarches de logement à la mairie sans recevoir de réponse alors qu'elles vivent des conditions de vie délétère pour leur santé et non adaptées à leur âge.

Concernant le rapport aux institutions d'aide, les personnes qui déclarent connaître les services à destination des personnes âgées ne sont pas majoritairement celles qui les utilisent. Autrement dit, il ne suffit pas de connaître les dispositifs pour y faire appel. Les personnes ayant un niveau d'instruction satisfaisant, connaissent mieux les services à destination des personnes âgées. Par contre celles ayant un faible niveau d'instruction, elles en ignorent l'existence.

La barrière linguistique constitue un frein à l'accès aux droits communs et au système de santé pour les PAI. En matière d'aide médicale il existe, soit une méconnaissance des droits par les personnes concernées, soit, parfois, une crainte, une honte d'y avoir recours !

Concernant l'autonomie et l'isolement l'enquête a montré que les personnes les plus âgées sont les plus dépendantes pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne. Elles ont souvent besoin d'être accompagnées pour prendre les transports en commun par exemple. Par contre elles sont un peu plus autonomes pour effectuer les petites tâches domestiques. Il a également été relevé que plus la personne est âgée plus elle a tendance à déclarer son incontinence.

Le facteur isolement n'a pas été posé directement dans le questionnaire. La question a été nuancée pour savoir si la personne vit seul ou accompagnée. Beaucoup de personnes âgées déclarent vivre seules suite à un divorce ou un veuvage. Les résultats de l'enquête montrent que l'isolement touche surtout les résidents des FTM, aussi bien les plus âgées que les plus jeunes.

D'après les entretiens menés dans les foyers Adoma, il apparaît une solidarité intergénérationnelle chez les personnes âgées d'Afrique subsaharienne où le vieillard est respecté et gagne en hiérarchie. A contrario, pour les personnes âgées issues du Maghreb, il n'apparaît pas d'entraide entre les résidents qui s'identifient comme étant tous dans la même situation.

En ce qui relève du lien avec les proches du pays, il apparaît que le contact avec les proches restés au pays est quotidien pour certains et reste le seul lien social. Le retraité, pour la famille restée au pays, est reconnu car il continue à être le nourricier, le soutien financier. Ce dernier se préoccupe des besoins de sa famille en premier quitte à négliger sa santé.

Concernant le projet de retour vers le pays d'origine, les personnes qui ont le projet d'aller vivre dans leur pays d'origine au cours des 12 derniers mois écoulés sont majoritairement les plus âgées. Aussi, ce sont les mêmes qui souhaitent être enterrées dans leur pays d'origine.

Rémi GALLOU ¹³⁶

Je vais proposer très rapidement une réaction « à chaud », cela tombe bien puisque les premiers résultats viennent de nous parvenir quasiment en direct et on attend le rapport final avec impatience.

J'ai trouvé très intéressantes la démarche et la méthode consistant à ne pas se cantonner aux migrants résidants des foyers mais de faire aussi l'effort d'aller voir ceux qui vivent dans « le diffus » par les témoignages. Il est important aussi d'aller interroger des femmes et pas seulement des hommes. C'est vrai que cela apporte beaucoup à la richesse du matériau. Sur le plan des axes traités, il est primordial de les envisager en posant des questions sur le passé, mais aussi sur les projets, c'est-à-dire, sur l'avenir. Car effectivement, si vous n'étudiez pas le vécu de la personne, son passé, ses expériences professionnelles, familiales, vous ne comprendrez que partiellement sa situation présente et le pourquoi de tel ou tel projet. Donc ça, je trouve que c'était un très bon point méthodologique.

Cette étude permet de pointer des choses comme la précarité des femmes, notamment. On voit apparaître comme, dans 90% des cas, que les bénéficiaires de pension de réversion sont des femmes et celles-ci sont apparemment détentrices d'une CMU dans 46% des cas, chiffre bien plus élevé que pour les autres catégories, c'est ce que j'ai noté dans vos résultats et c'est quand même un chiffre très important. Sur le décalage homme / femme de la perception de santé, on avait fait apparaître nous aussi dans une étude précédente qu'il y avait une surreprésentation de la bonne santé chez les hommes, parce que se déclarer être en mauvaise santé face à un enquêteur, c'est déjà avouer une certaine faiblesse. Pour certaines personnes, il est difficile de se déclarer en mauvaise santé.

Il y a aussi ce qu'on appelle l'effet de sélection : tout le monde n'a pas les capacités d'adaptation de vivre cette aventure-là, l'aventure migratoire. Donc sans doute, on a parmi les hommes de cette génération qui sont venus dans les années 50, une surreprésentation des hommes résistants, des hommes solides tant physiquement que psychologiquement. Il y a des choses que vous avez soulignées et que l'on a déjà rencontrées dans d'autres études, ce qui renforce la certitude des liens entre la position sociale, le niveau d'instruction et le niveau de santé par exemple. On sait que les comportements et les pratiques face à la santé et aux soins sont différents. Le rapport à la prévention quand on est malade ou les symptômes arrivant, peut varier selon plusieurs caractéristiques sociales.

¹³⁶ Chercheur à la CNAV, Paris.

La question sur l'utilisation de certains services d'aide et de l'information sur ces services relève que moins de 30% des personnes soient au courant des dispositifs d'aide à domicile, cela me semble encore constituer un chiffre très faible. Cela montre qu'il y a encore du travail à faire en termes d'information surtout.

Autre thème, le logement, on voit bien le blocage qui peut exister au sein de certaines zones du parc de logements : le parc HLM et celui du logement privé semblent inaccessibles pour les personnes interrogées. On peut penser que le logement privé est trop concurrentiel surtout dans les grandes villes. Pour accéder à ces logements, les immigrés âgés sont en concurrence avec d'autres publics, plus jeunes et plus aisés. De son côté le logement social est très cloisonné, il est de notoriété publique qu'il est très dur d'y entrer, que les listes d'attentes sont longues ce qui décourage de nombreux candidats. De la même façon, il est difficile aussi d'en sortir puisque certaines personnes, certains ménages savent qu'ils ne pourraient pas trouver à se loger ailleurs qu'en HLM. Certains chercheurs appellent cela une forme de « captivité » dans ces zones de logement, là il y a un point noir sur lequel il faudrait travailler. Il faudrait par endroit, par type de logement, par type de ménage, réintroduire un peu de fluidité de façon à ce que ceux qui le veulent puissent réaliser une mobilité résidentielle. De nombreux rapports ont souligné ce problème de mobilité résidentielle qui constitue en quelque sorte une atteinte à la liberté, en privant les individus d'une partie des territoires. On rejoint ici certaines analyses liées à la ségrégation spatiale et sociale.

Abdessalam KLEICHE ¹³⁷

Déconstruire nos grilles de lecture des chibanis migrants

Les collègues qui m'ont précédé ont apporté beaucoup d'éclairage sur la problématique qui nous réunit aujourd'hui à savoir : état des lieux de la situation des Chibanis.

Cependant, permettez-moi de revenir sur la présentation de l'enquête qualitative réalisée par Migrations Santé, pour souligner un terme qui en faisait le fil rouge. En effet ne perdons pas de vue que dans le cadre du parcours migratoire, les migrants accomplissent une performance.

S'arracher d'un espace géographique et socioculturel pour aller s'installer dans un autre, à priori culturellement différent est une démarche semée d'embûches. D'autant que ces migrants en plus de ne pas posséder les codes culturels de la société d'accueil, étaient souvent doublement analphabètes à la fois dans leur langue d'origine et dans la langue d'accueil.

¹³⁷ Enseignant-Chercheur, formateur à Migrations Santé.

Or cette performance migratoire, si elle est difficile produit un effet dynamique, car le migrant se projette, et étant dans le projet, cela lui permet de supporter les souffrances endurées dans la société d'accueil : mauvaises conditions, problèmes de santé, stigmatisations, invisibilité...

Le vieillissement est une période de transition, où le migrant quitte petit à petit, parfois brutalement la performance du projet migratoire pour entrer dans une phase de basse intensité. Et l'enquête réalisée par Migrations Santé souligne à quel point cette phase déclenche du stress, une perte de repères, un besoin de navette entre les espaces migratoires, la société de départ et le pays d'accueil. Donc la phase de vieillissement est aussi une nouvelle interrogation identitaire.

Le deuxième élément important qui ressort de cette enquête qualitative, est de rappeler que l'espace migratoire est plurilinguistique. L'enquête a permis aux chibanis de s'exprimer dans leur langue de migration qui est un lexique qui appartient à leur histoire et à leur groupe en tant que génération. Par là même, l'enquête a créé les conditions d'une expression aisée du ressenti de la phase de vieillissement. C'est aussi un des apports de Migrations Santé, par son expérience, sa proximité avec cette population qui lui permet une qualité d'écoute rare auprès des chibanis.

Or cette écoute a permis de révéler que si les chibanis peuvent être capable de brasser un flot d'informations, cela ne suffit pas en phase de transition. Non seulement, ils expriment le besoin d'être accompagnés pour traiter les informations qui peuvent être utiles, mais aussi que l'accès aux droits de santé nécessite un accompagnement encore plus spécifique.

Par conséquent il y a un travail important d'accompagnement qui doit être accompli pour à la fois informer les chibanis sur leurs droits, mais également former les prescripteurs qui sont en contact avec cette population pour les réorienter vers les bons circuits.

Et une réorientation de la part de la personne âgée, avec une pédagogie qui lui explique que l'accès à des droits c'est une condition nécessaire pour l'accès à la légalité des soins et donc à la citoyenneté. Cela aussi les personnes âgées immigrées le vivent de manière problématisée.

Un autre point qui ressort de cette enquête est la résistance des chibanis à aller dans les maisons de retraite. C'est une résistance liée au fait que l'espace migratoire a engendré des habitudes et donc un référent identitaire alimenté par une certaine liberté de mouvement. Or souvent les maisons de retraite provoquent un nouveau choc culturel, car elles ne sont pas adaptées interculturellement à accueillir des chibanis. Parfois, ces maisons peuvent même provoquer ou accélérer les maladies neurodégénératives, parce que les maisons de retraite apparaissent comme une fin du projet migratoire.

En conclusion, cette première enquête qualitative, confirme la nécessité d'innover en matière d'approche de l'accompagnement de la population chibanis en rénovant notre grille de lecture. Cela a été rappelé longuement par le député M. Jacquat.

L'un des apports majeurs de cette enquête est de nous inviter à raisonner en termes d'espace migratoire, d'espace de circulation des personnes âgées migrantes. Refuser la coupure drastique entre l'espace d'origine et l'espace d'accueil, c'est refuser d'introduire une césure dans l'imaginaire des chibanis qui est, non seulement dramatique pour leurs référents identitaires, mais se révèle également facteurs aggravant de la détérioration de la santé des migrants.

C'est encore plus dramatique pour les personnes résidentes dans les foyers.

Migration Santé a, dans cette stratégie, ouvert une perspective que d'autres enquêtes pourront utilement compléter dans un travail collectif avec tous les partenaires qui font de la question des chibanis une question de santé publique et surtout une question de citoyenneté et d'égalité de droits.

I - Analyse quantitative des résultats de l'enquête

A - Données socio-démographiques

a1 - Le sexe : 3^{ème} question

	Effectifs	%
1. Homme	191	69,7%
2. Femme	83	30,3%
Total	274	100,0%

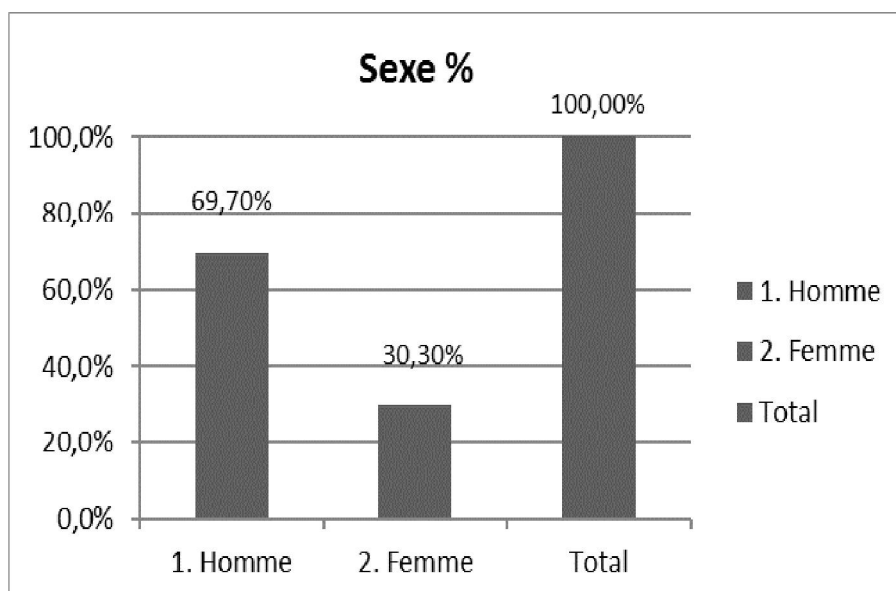


Tableau 1 :

Il montre un pourcentage d'homme de 69,7%. Les femmes représentent seulement 30,3%. Ce qui donne un ratio sexe H/F = 2,29. Le facteur relevant du sexe sera un référentiel pour l'ensemble des données analysées.

a2 – Âge : 146^{ème} question.

	Effectifs	%
55-64 ans	119	43,4%
65-74 ans	109	39,8%
75- 84 ans	40	15,3%
85 et +	4	1,5%
Total	274	100,0%

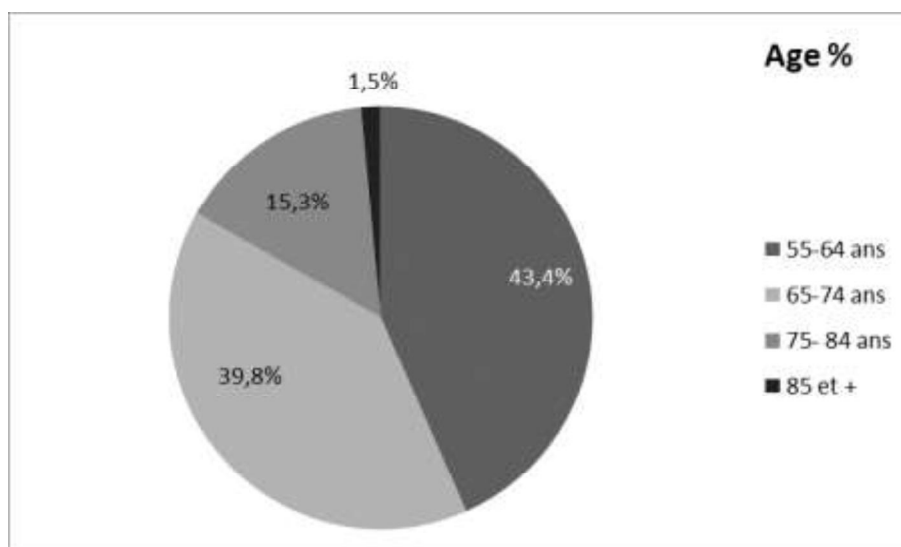


Tableau 2

L'âge moyen est de 67 ans. La proportion de personnes âgées de 75 à 84 ans représente 15,3% de notre échantillonnage.

a3 - Lieu de naissance (pays) : 6^{ème} Question

	Effectifs	%
Algérie	84	30,7%
Bangladesh	1	0,4%
Bénin	1	0,4%
Bosnie	1	0,4%
Burkina Faso	1	0,4%
Cameroun	4	1,5%
Congo	1	0,4%
Côte d'Ivoire	1	0,4%
Égypte	2	0,7%
Espagne	1	0,4%
Ex Yougoslavie	1	0,4%
France	1	0,4%
Guinée	1	0,4%
Liban	1	0,4%
Madagascar	2	0,7%
Mali	32	11,7%
Maroc	104	37,6%
Niger	1	0,4%
Pakistan	1	0,4%

Polynésie	1	0,4%
Portugal	2	0,7%
Sénégal	6	2,2%
Taiwan	1	0,4%
Tchéchénie	2	0,7%
Tunisie	17	6,2%
Turquie	4	1,5%
Total	274	100,0%

Tableau 3

Les personnes interrogées sont majoritairement issues du Maroc (37,6%), d'Algérie (30,7%), du Mali (11,7%), de Tunisie (6,2%), étant donné que les questionnaires ont été distribués dans les foyers de travailleurs migrants et résidences sociales qui rassemblent les premiers travailleurs arrivés en masse des pays du Maghreb et d'Afrique subsaharienne.

Selon les données de l'INSEE de 2010, plus de 80% des immigrés de 55 ans ou plus sont originaires d'Europe ou d'un pays du Maghreb, cette majorité étant due à l'histoire migratoire de la France.

a4 - Lieu de réalisation des questionnaires : 148^{ème} Question

	Effectifs	%
Non-réponse	2	0,7%
Provence Alpes Côte d'Azur	27	9,8%
Rhône-Alpes	73	26,6%
Ile-de-France	92	33,6%
Languedoc Roussillon	55	20,1%
Loire Atlantique	25	9,1%
Total	274	100%

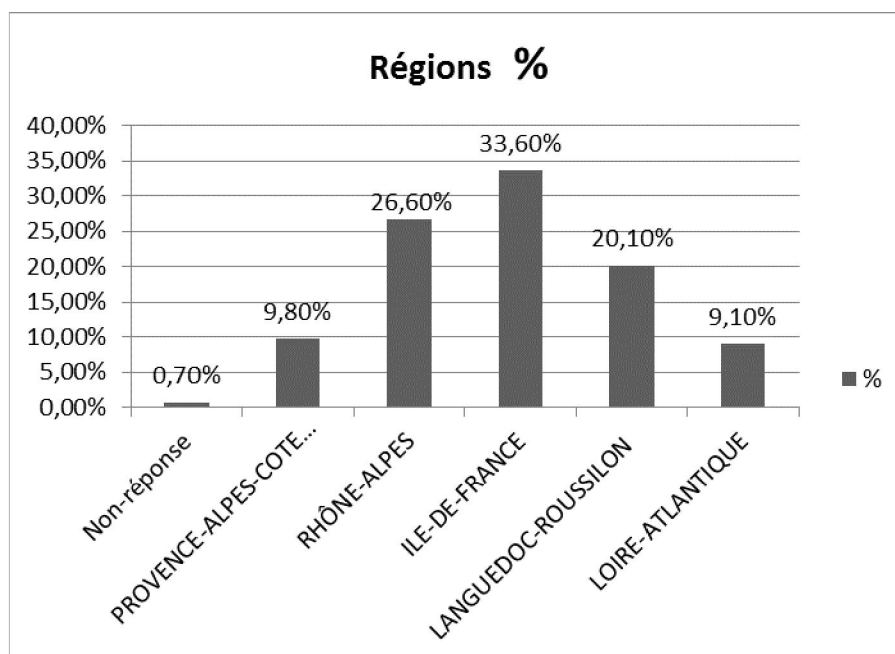


Tableau 4

La majorité des questionnaires a été remplie en Ile-de-France (33,6%), en Rhône-Alpes (26.6%), et en Languedoc-Roussillon (20,1%).

B - La santé des personnes immigrées âgées

1 - Accès aux soins

Hypothèses de départ :

- Les personnes âgées recourent plus à un médecin spécialiste lorsqu'elles ont un médecin traitant
- Plus le niveau de revenu est aisé plus les personnes interrogées déclarent consulter un médecin
- Plus la personne interrogée sera couverte (mutuelle) plus elle consultera un médecin spécialiste

a - Avez-vous un médecin traitant ? : Question 71.

	Oui	Non	Total %
1. Homme	97,4	2,6	100,0
2. Femme	96,3	3,7	100,0
Total	97,0	3,0	100,0

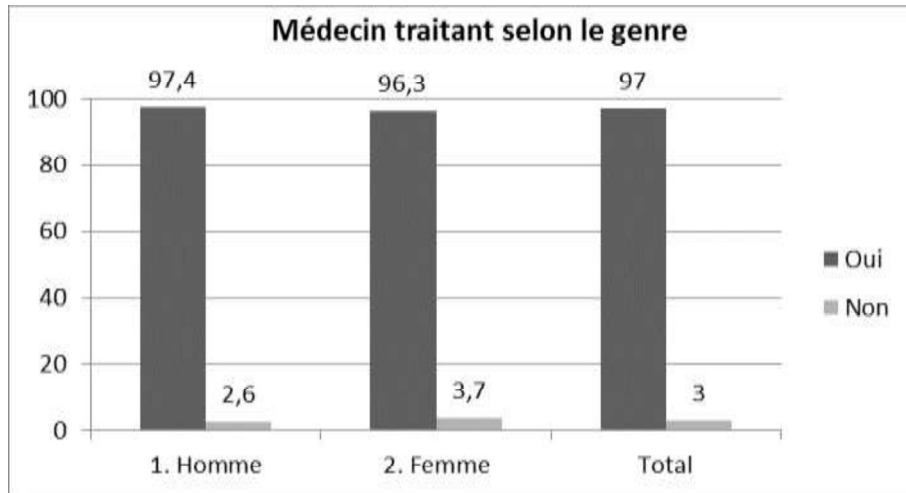


Tableau 1

On observe autant de femmes (96,3%) que d'hommes (97,4%) qui déclarent avoir un médecin traitant.

On constate qu'il n'y a pas d'effet de genre concernant la variable du médecin traitant.

b - Avez-vous un médecin traitant ? Question 71. / . Êtes-vous allé chez un médecin spécialiste ? Question 68

	Oui	Non	Total %
Oui	53,4	46,6	100,0
Non	12,5	87,5	100,0
Total	51,9	48,1	100,0

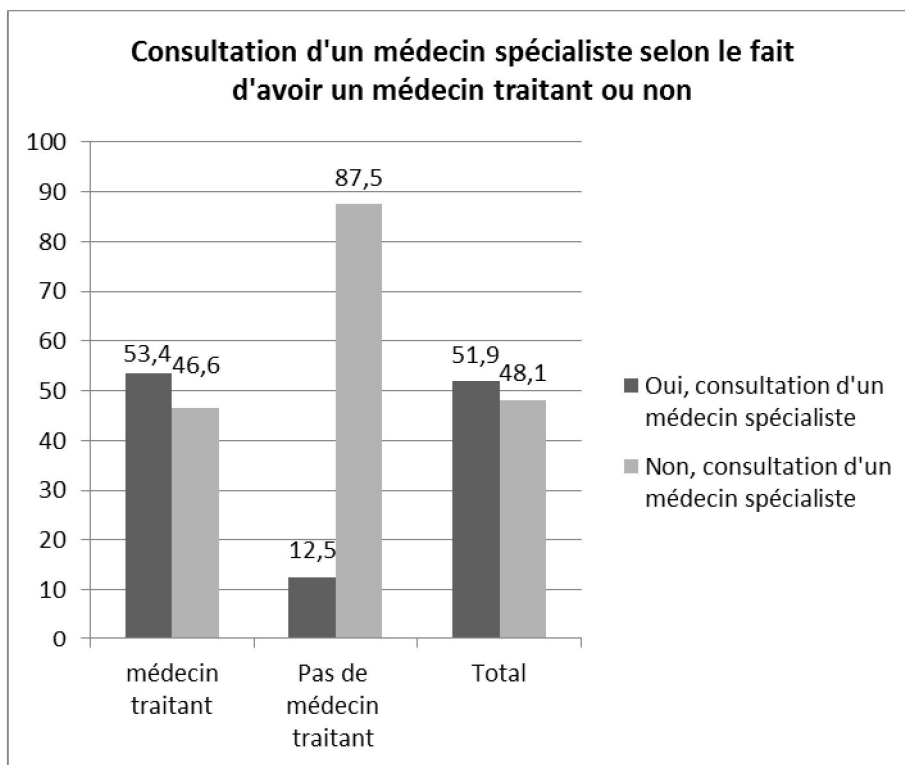


Tableau 2

Les personnes âgées ayant un médecin traitant (53,4%) ont plus recours que celles qui n'en ont pas (12,5%) à un médecin spécialiste. Autrement dit, avoir un médecin traitant a des effets sur la consultation d'un médecin spécialiste. Le médecin traitant dirige, dans le cadre du « parcours coordonné de santé », le patient vers le médecin spécialiste par le biais d'une lettre de prescription. Selon l'enquête de l'IRDES de 2009 sur le recours aux soins de ville des immigrés en France, les personnes immigrées ont un taux de recours à la médecine de ville, au généraliste comme au spécialiste, plus bas que le reste de la population française.

c – Revenus : Question 27. /. Êtes-vous allé chez un médecin spécialiste ?
Question 68

	Oui	Non	Total %
Un salaire	36,4	63,6	100,0
Indemnités de chômage	21,4	78,6	100,0
RSA	34,8	65,2	100,0
Pension préretraite/retraite	62,0	38,0	100,0
APL	42,3	57,7	100,0
Allocations familiales	33,3	66,7	100,0
Allocations parents isolés			
Pension d'invalidité civile ou militaire	72,7	27,3	100,0
Allocation pour adulte handicapé	55,6	44,4	100,0
Fonds national de solidarité			
Allocation supplémentaire vieillesse	69,2	30,8	100,0
Prestation spécifique de dépendance	100,0		100,0
Revenus de rentes, loyers, bénéfices commerciaux			
Pension de réversion	77,8	22,2	100,0
Pension du pays d'origine			
Autre revenu	66,7	33,3	100,0
Aucun revenu	57,1	42,9	100,0
Total	50,8	49,2	100,0

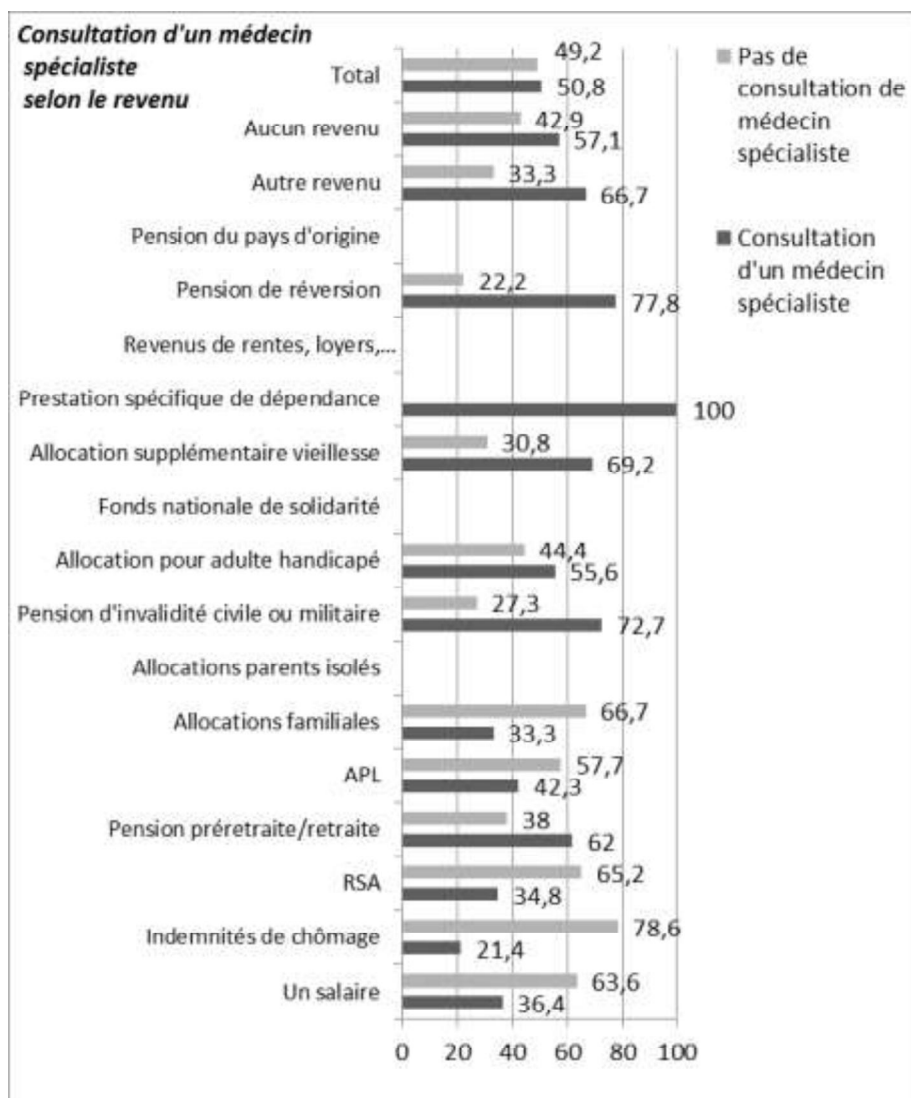


Tableau 3

Les personnes âgées touchant une prestation spécifique de dépendance (100%), une allocation supplémentaire vieillesse (69,2%), pension de réversion (77,8%), pension d'invalidité civile ou militaire (72,7%) ont plus tendance à consulter un médecin spécialiste que les personnes âgées touchant des indemnités chômage (21,4%), le RSA (34,8%), et un salaire (36,4%). Ainsi nous pouvons supposer que plus on a de revenus plus on est susceptible de consulter un médecin spécialiste. Le revenu conditionne le fait de consulter ou non un médecin spécialiste.

d - Quelle est votre couverture maladie actuelle ? : Question 116/ Avez-vous eu des soins ? Question 67.

	Soins infirmiers	Soins kinésithérapie	Soins dentaires	Recours à un psychologue	Autre paramédical	Total
Régime général	29,4	17,6	35,3	11,8	5,9	100,0
Régime général + mutuelle complémentaire	33,3	25,9	30,9	9,9	0	100,0
Régime général + CMU C	23,5	17,6	47,1	11,8	0	100,0
Aide médicale gratuite	16,7	33,3	50,0		0	100,0
Aide médicale gratuite + mutuelle complémentaire	0	0	0	0	0	0
CMU	24,0	24,0	52,0			100,0
CMU+ mutuelle complémentaire	37,5	25,0	12,5	12,5	12,5	100,0
CMU + CMU C	36,4	18,2	36,4	9,1	0	100,0
Aucune couverture sociale	25,0	25,0	50,0	0	0	100,0
Total	29,8	22,9	36,6	8,8	2,0	100,0

Tableau 4 : % lignes

Les soins infirmiers :

- 37,5% de personnes bénéficient d'une CMU + mutuelle complémentaire et de la CMUC.
- 36,4% déclarent avoir plus recours aux soins infirmiers que celles bénéficiant du régime général.
- 29,4% ont un régime général, dont 23,5% ont en plus une CMU. et de l'aide.
- 16,7 ont une médicale gratuite

Les soins de kinésithérapie :

- 25% des personnes bénéficient d'une CMU + mutuelle complémentaire,
- 25,6 bénéficient d'un régime général+ mutuelle complémentaire (25,6%) et aide médicale gratuite (33,3%) ont plus recours aux soins de kinésithérapie que celles bénéficiant du régime général (17,6%), régime général+ CMU C (17,6%) et CMU+CMU C (18,2%).

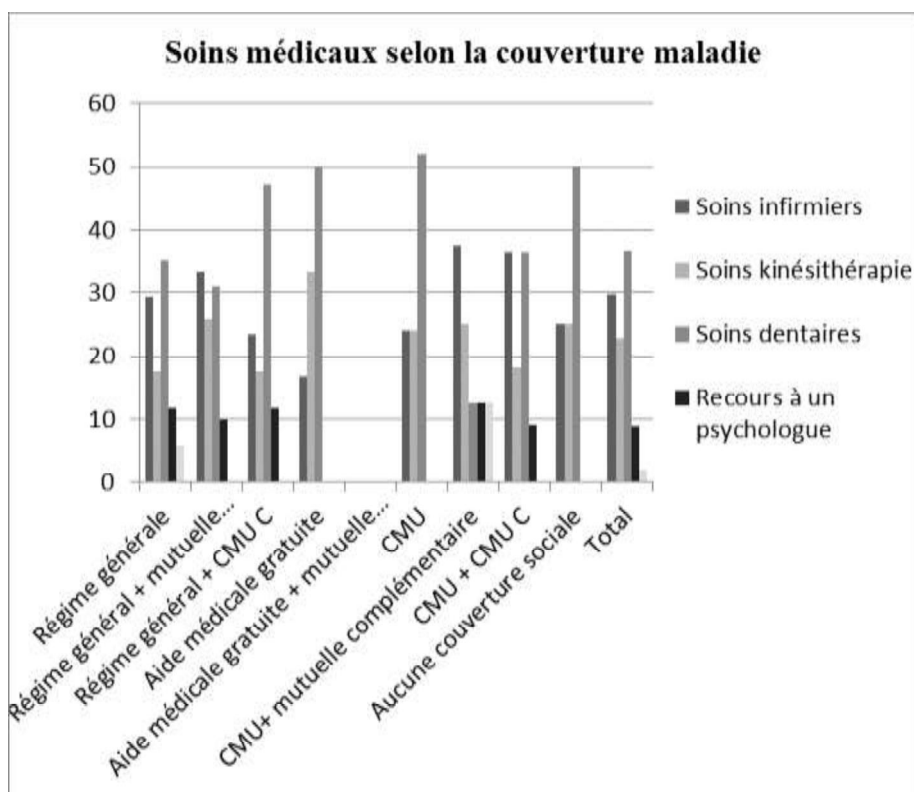


Tableau 4 (suite) : % lignes

Les soins dentaires :

- Les personnes bénéficiant d'une aide médicale gratuite (50%), CMU (52%), régime général + CMU C (47,1%) ont recours aux soins dentaires plus que celles bénéficiant d'un régime général (35,3%), régime général + mutuelle complémentaire (30,9%), CMU+ mutuelle complémentaire (12,5%).
- Celles ne bénéficiant d'aucune protection sociale déclarent avoir eu recours à des soins dentaires (50%).

Consultation de psychologue :

Les personnes bénéficiant d'un régime général (11,8%), plus mutuelle complémentaire (9,9%) ou CMU C (11,8%) sont presque autant à déclarer avoir eu recours à un psychologue que celles bénéficiant d'une CMU+ mutuelle complémentaire (12,5%) et CMU+CMU C (9,1%).

e - Revenu : Question 27. Quelle est votre couverture maladie actuelle ? :

Question 16

Régime général / Régime général + mutuelle complémentaire / Régime général + CMU	Aide médicale gratuite / Aide médicale gratuite + mutuelle complémentaire	CMU /CMU+ mutuelle complémentaire / CMU + CMU C	Aucune couverture sociale	Total %
97,1	2,9			100,0
81,3	6,3	12,5		100,0
46,2	11,5	38,5	3,8	100,0
71,3	6,3	21,0	1,4	100,0
71,4	8,2	19,4	1,0	100,0
92,9		7,1		100,0
58,3	16,7	16,7	8,3	100,0
77,8		22,2		100,0
66,7	6,7	26,7		100,0
100,0				100,0
46,2	7,7	46,2		100,0
75,0		25,0		100,0
35,7	35,7	21,4	7,1	100,0
70,6	7,7	20,2	1,4	100,0

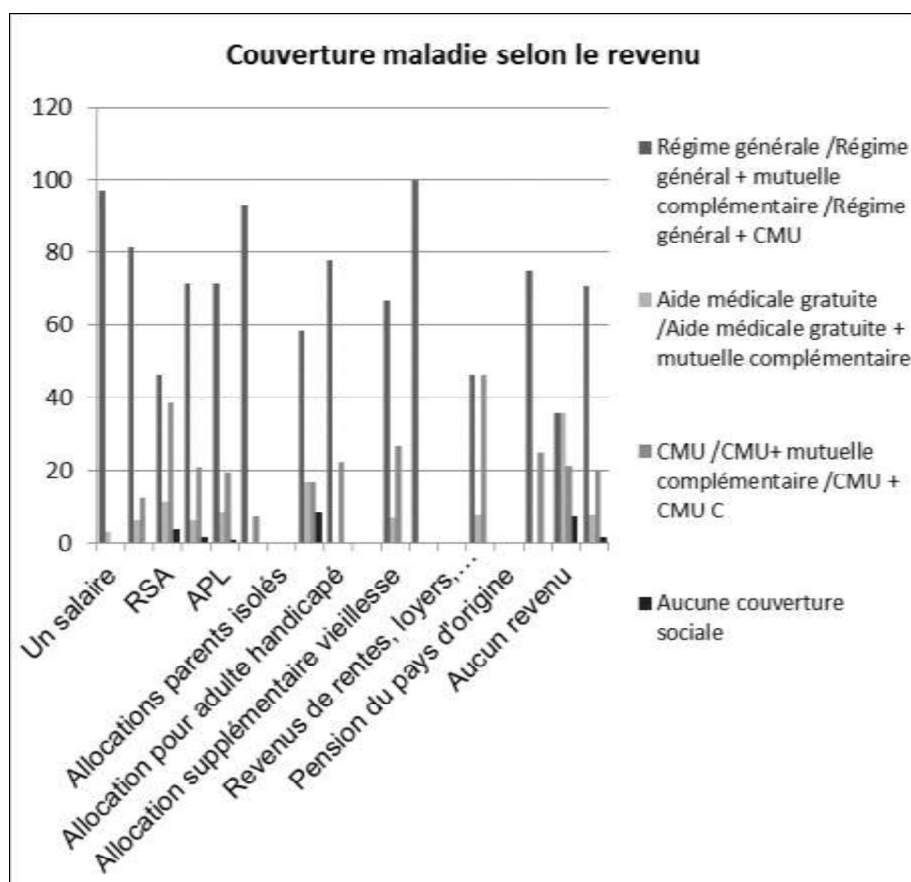


Tableau 5 : % Lignes.

- Régime général / Régime général + mutuelle complémentaire / Régime général + CMU :

Le revenu de la majorité des personnes ayant cette couverture médicale est soit un salaire (97,1%), une indemnité de chômage (81,3%), une pension de préretraite ou de retraite (71,3%), une allocation pour adulte handicapé (77,8%) ou une prestation spécifique de dépendance (100%).

- Aide médicale gratuite / Aide médicale gratuite + mutuelle complémentaire :

Elle concerne plus les personnes ayant une pension d'invalidité civile ou militaire (16,7%)

- CMU / CMU+ mutuelle complémentaire / CMU + CMU C :

La majorité des personnes ayant cette couverture médicale disposent de revenu provenant soit du RSA, de la pension de retraite ou préretraite (21%), de l'allocation pour adulte handicapé (22,2%), de l'allocation supplémentaire vieillesse (26,7%) ou de d'une pension de réversion (46,2%).

2- Perception de l'état de santé des personnes âgées migrantes

Hypothèses principales de départ :

- La perception du niveau de santé dépend du milieu d'origine
- Plus les personnes sont âgées plus elles ont une perception mauvaise de leur santé
- Les femmes ont plus tendance que les hommes à se percevoir en bonne santé
- Les hommes déclarent consommer de l'alcool ou du tabac plus que les femmes

a- Pouvez-vous dire que votre santé est : question 55. /. Sexe : question 3

	Très bonne / bonne	Moyenne	Mauvaise / très mauvaise	non-réponse	Total
1. Homme	34,2	38,9	26,3	0,5	100,0
2. Femme	26,5	42,2	28,9	2,4	100,0
Total	31,9	39,9	27,1	1,1	100,0

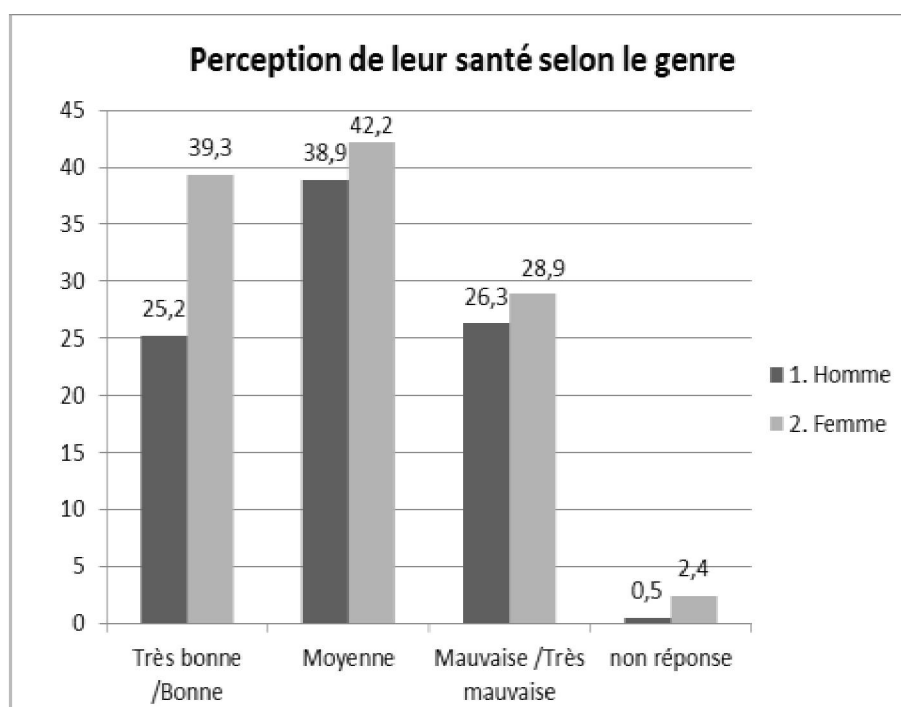


Tableau 6 : % Lignes

- 34,2% d'hommes déclarent être en bonne ou très bonne santé, contrairement aux femmes (26,5%)
- Les femmes (43,2%) comme les hommes (39,2%) estiment moyen leur état de santé
- Les femmes (28,9%) ont autant tendance que les hommes (26,3%) à se déclarer être en mauvaise voire très mauvaise santé.

b- Niveau d'instruction : Question14 / Pouvez-vous dire que votre santé est : Question 55

	Très bonne /bonne	Moyenne	Mauvaise /très mauvaise	Total %
Non scolarisé	25,2	40,4	34,4	100,0
Primaire	39,3	46,4	14,3	100,0
Secondaire	38,8	36,7	24,5	100,0
Supérieur	53,3	20	26,7	100,0
Total	39,2	35,9	24,9	100,0

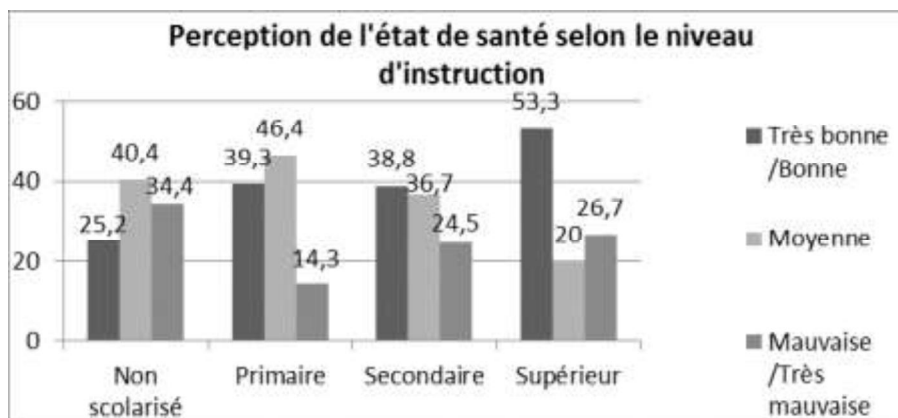


Tableau 7 : % Lignes.

Les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur (53,3%) ont plus tendance que les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire (38,8%) primaire (39,3%) et les non scolarisés (25,2%) à déclarer être en bonne ou très bonne santé.

Les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire (38,8%) ont autant tendance à s'estimer être en bonne ou très bonne santé que les personnes ayant un diplôme de niveau primaire (39,3%).

Les personnes non scolarisées (25,2%) ont moins tendance à déclarer être en

bonne ou très bonne santé que les autres.

Aussi, les personnes non scolarisées (34,4%) ont plus tendance que les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (14,3%), secondaire (24,5%), supérieure (26,7%) à déclarer être en mauvaise ou très mauvaise santé.

Les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur (20%) ont moins tendance à déclarer avoir une santé moyenne que les personnes ayant un niveau secondaire (36,7%), primaire (46,4%) et les non scolarisés (34,4%).

Les personnes ayant un niveau d'instruction secondaire (36,7%) ont moins tendance à déclarer avoir une santé moyenne que les personnes ayant un niveau primaire (46,4%) et les non scolarisés (34,4%).

Les personnes ayant un niveau d'instruction supérieure (26,7%) ont autant tendance que ceux ayant un niveau d'instruction secondaire (24,5%) à déclarer être en mauvaise ou très mauvaise santé.

Les personnes ayant un niveau d'instruction primaire ont moins tendance que les autres à déclarer être en mauvaise ou très mauvaise santé.

Plus le niveau d'instruction est élevé et plus la personne déclare être en bonne santé. Le niveau d'instruction influe donc sur la perception de son état de santé.

c- Âge : Question 146 / Pouvez-vous dire que votre santé est :
Question 55.

	Très bonne /bonne	Moyenne	Mauvaise /très mauvaise	Total %
55-64 ans	45,4	36,1	18,5	100,0
65-74ans	25,9	39,8	34,3	100,0
75- 84 ans	10,0	52,5	37,5	100,0
85 et +	50,0	50,0		100,0
Total	32,3	40,1	27,5	100,0

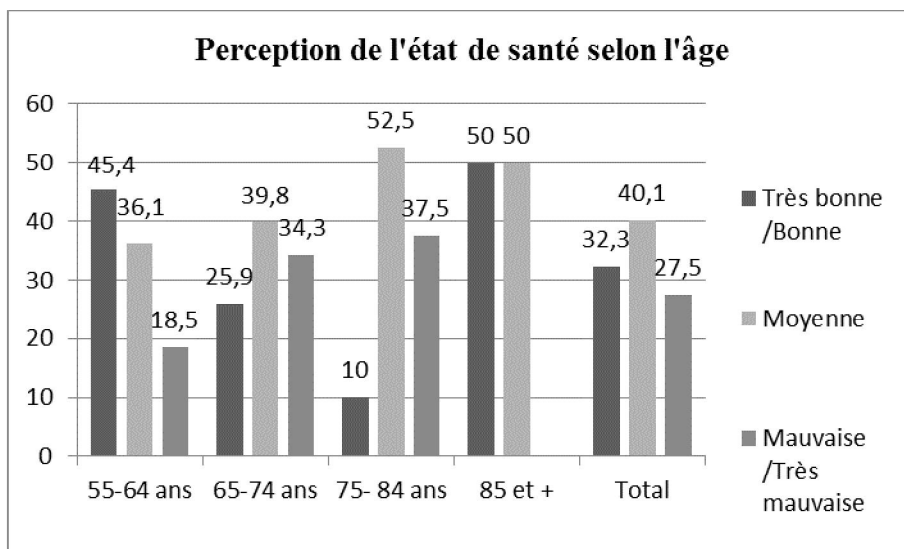


Tableau 8 : % Lignes

- 45,4% des personnes immigrées âgées de 55-64 ans se déclarent être en très bonne ou bonne santé,
- 25,9% des personnes âgées de 65-74 ans se déclarent de bonne santé, contre 10% de celles 75-85 ans.
- La tranche d'âge des 55-64 ans (36,1%) et 65-74 ans (39,8%) ont moins tendance que celle des 75-84 ans (52,5%), et les 85 ans et plus (50%) à déclarer être en moyenne santé.
- La tranche d'âge des 75-84 ans (37,5%) et les 65-74 ans ont plus tendance que les 55-64 ans (18,5%), et les 85 et plus (0%) à déclarer être en très mauvaise ou mauvaise santé.
- La tranche d'âge des 85 ans et plus ne déclare pas être en mauvaise santé. On peut alors supposer que plus on est jeune et moins on a tendance à se percevoir comme étant en mauvaise santé. Et au contraire plus on est vieux et plus notre vision de notre propre santé est dégradée. L'âge a un effet sur la perception de l'état de santé.

d- Pouvez-vous dire que votre santé est : Question 16/ Si oui, quelle profession ? Question 55.

	Très bonne /bonne	Moyenne	Mauvaise /très mauvaise	Total
Agent d'accueil/Agent de service /Agent de surveillance /Secrétariat	60,0	20,0	20,0	100,0
Agent de tri /Agent de propreté /Agent technique de surface /Femme de ménage	33,3	66,7		100,0
Aide-cuisinier /Chef cuisinier /restauration	33,3	33,3	33,3	100,0
Assistante maternelle /Éducatrice /Garde d'enfants	75,0		25,0	100,0
Bâtiment/Manoeuvre/Ouvrier dans la métallurgie /Manutentionnaire	100,0			100,0
Boucher	100,0			100,0
Comptable/gestionnaire	100,0			100,0
Intermittent du spectacle		100,0		100,0
Livreur /Primeur/Vendeur	100,0			100,0
Peintre/Plâtrier	50,0	50,0		100,0
Total	69,4	22,2	8,3	100,0

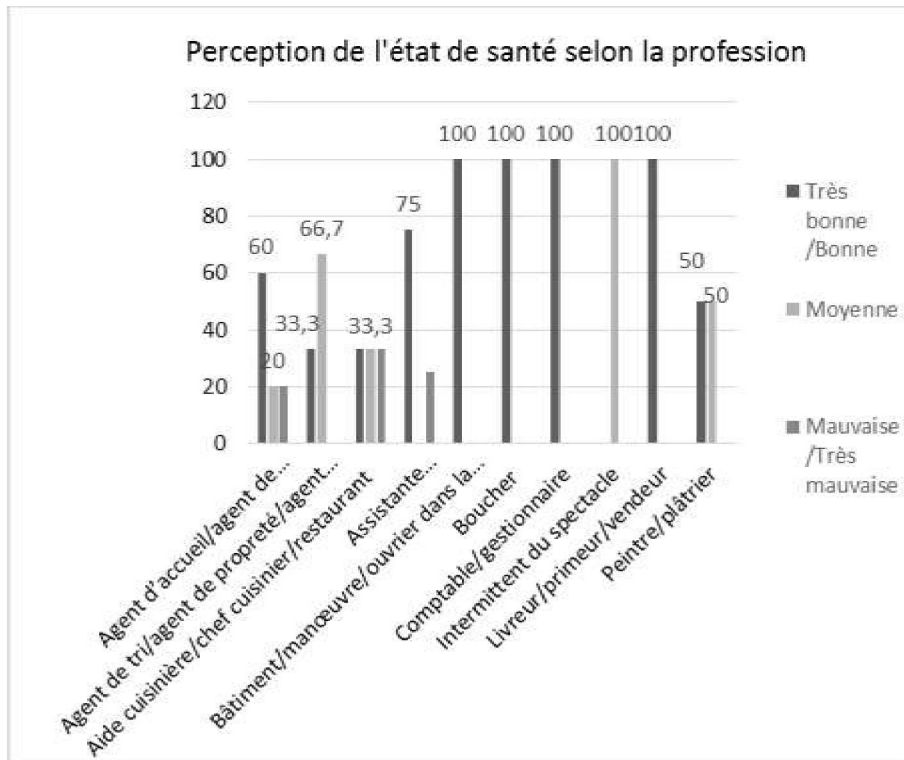


Tableau 9 : % Lignes.

- 100% des personnes travaillant dans le bâtiment, la boucherie, la comptabilité/gestion, livreur/ vendeur se déclarent être en très bonne ou bonne santé comparativement aux agents d'accueil (60%), agents de propreté (33,3%) et cuisinier (33,3%).
- Les personnes exerçant une profession en tant qu'agent d'accueil (20%), agent de propreté (66,7%), et cuisinier (33,3%) ont plus tendance que les autres à déclarer avoir une santé moyenne.
- Les personnes exerçant une profession en tant qu'agent d'accueil, cuisinier, et assistante maternelle ont plus tendance que les autres à se déclarer en mauvaise ou très mauvaise santé.

3- Addictions chez les personnes âgées immigrées

Hypothèse de départ :

Les hommes auront tendance à déclarer consommer de l'alcool ou du tabac plus que les femmes

Buvez-vous ? Question 105/Sexe / Question 3

	Tous les jours	Plusieurs fois par semaine	Occasionnellement	Jamais	Total
1. Homme	1,6	2,2	10,2	86,0	100,0
2. Femme	-	-	10,0	90,0	100,0
Total	1,1	1,5	10,2	87,2	100,0

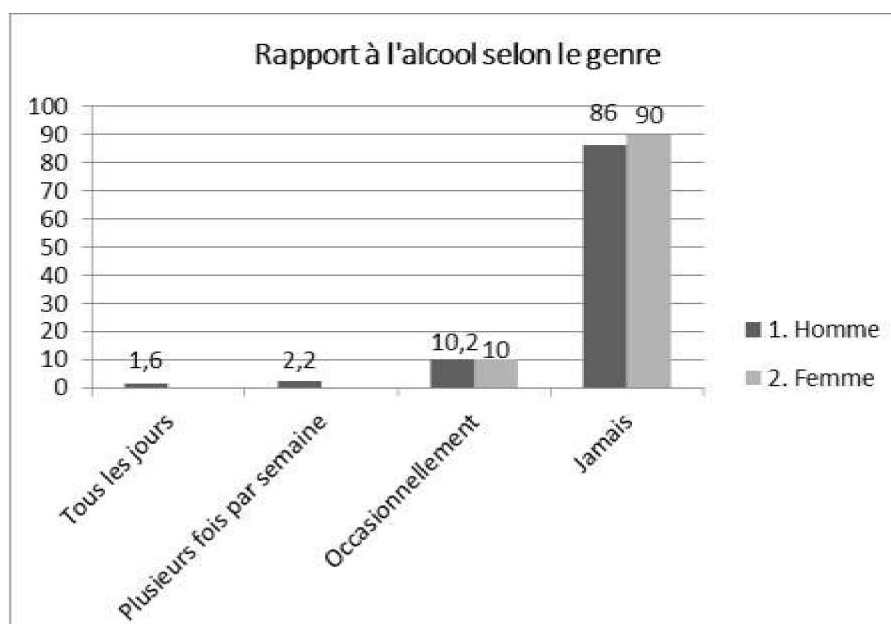


Tableau 10 : % Lignes

Presque autant d'hommes (86%) que de femmes (90%) ne consomment jamais d'alcool.

Il n'y a pas d'effet de genre pour la consommation d'alcool étant donné que les personnes interrogées déclarent systématiquement ne jamais consommer d'alcool. Elles sont majoritairement d'une confession religieuse où l'alcool est interdit.

**Quelle situation vous correspond par rapport au tabac ? Question 102/
Sexe : Question 3.**

	Vous n'avez jamais fumé	Vous avez fumé, mais vous ne fumez plus	Autres produits (pipe, chique...)	Je fume des cigarettes	Total %
1. Homme	57,9	25,8	5,3	11,1	100,0
2. Femme	87,8	6,1	1,2	4,9	100,0
Total	66,9	19,9	4,0	9,2	100,0

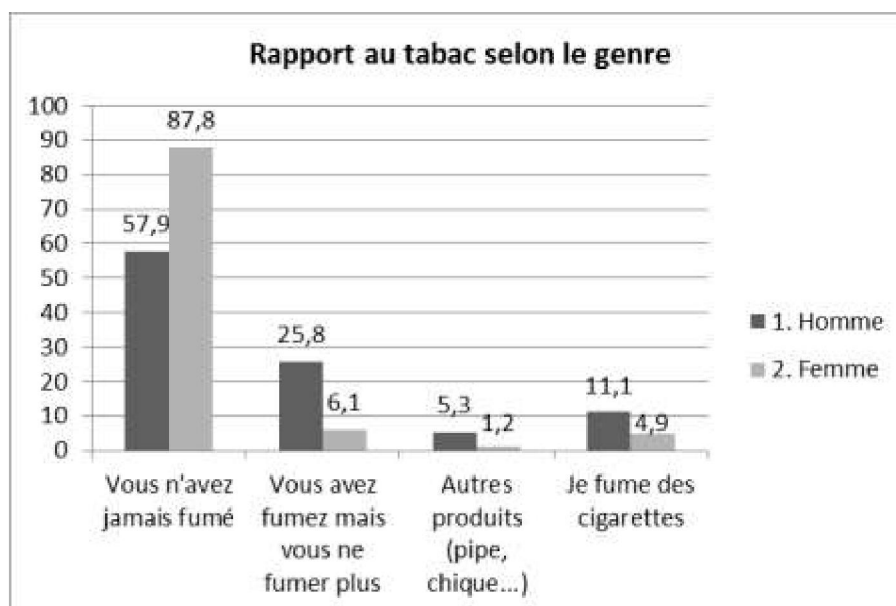


Tableau 11 : % Lignes

- Les femmes (87,8%) sont plus nombreuses que les hommes (57,9%) à déclarer ne jamais avoir fumé.
- Plus d'hommes (25,8%) que de femmes (6,1%) déclarent ne plus fumer.
- Les hommes (11,1%) déclarent fumer des cigarettes plus que les femmes (4,9%)

C - Logement et migrants

1- Lieu d'habitation selon l'année d'arrivée

Année d'arrivée dans l'adresse actuelle : Question 35 / Lieu d'habitation : Question 37.

	Foyer	Résidence sociale	Chambre meublée d'hôtel	Chambre appartement privé	HLM	Maison	Total
1957-1970	23,5	47,1		11,8	17,6		100,0
1971-1980	9,1	45,5	3,0	9,1	27,3	6,1	100,0
1981-1990	12,8	25,6		35,9	20,5	5,1	100,0
1991-1999	9,8	26,8		29,3	29,3	4,9	100,0
2000-2013	15,3	25,0	1,6	25,8	29,8	2,4	100,0
Total	13,8	29,5	1,2	24,8	27,2	3,5	100,0

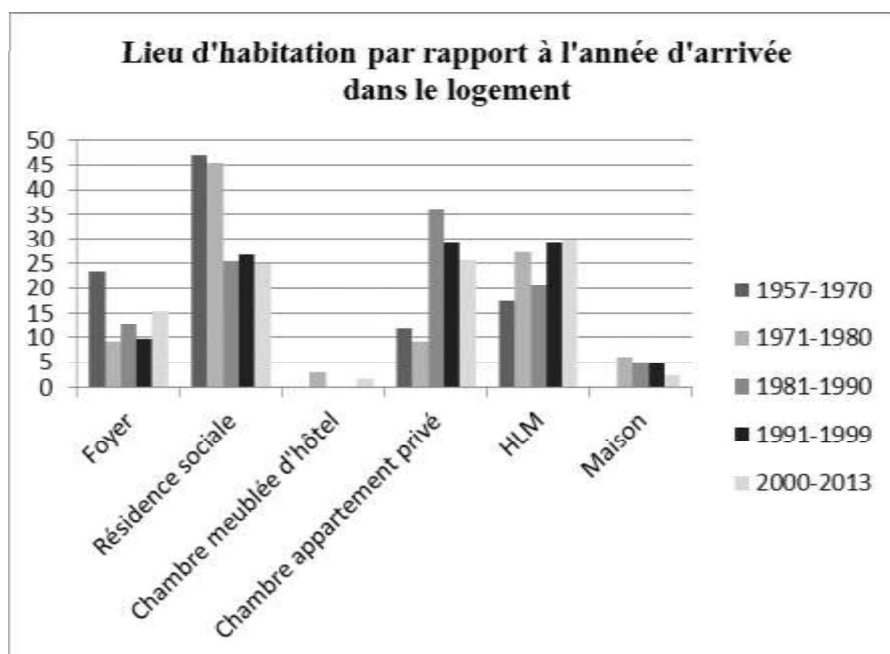


Tableau 1 : % Lignes.

Les personnes arrivées en France entre 1957-1970 habitent dans les résidences sociales (47,1%) et dans les foyers (23,5%).

Les personnes arrivées en France entre 1971-1980 habitent en résidence sociale (45,5%) ou en HLM (27,3%).

Les personnes arrivées en France entre 1981-1990 habitent dans des chambres/appartement privé (35,9%) ou dans des résidences sociales (25,6%).

Les personnes arrivées en France entre 1991-1999 et 2000-2013 habitent majoritairement dans des chambres/ appartement privé (29,3%), dans des résidences sociales (26,8%) et en HLM (29,3%)

2- Niveau de satisfaction par rapport au logement

Lieu d'habitation : Question 37 / Êtes-vous satisfait de votre logement ?
Question 50.

	Oui	Non	Total %
Foyer	51,4	48,6	100,0
Résidence sociale	69,3	30,7	100,0
Chambre meublée d'hôtel	33,3	66,7	100,0
Chambre appartement privé	60,6	39,4	100,0
HLM	64,8	35,2	100,0
Maison	87,5	12,5	100,0
Autre	50,0	50,0	100,0
Total	63,4	36,6	100,0

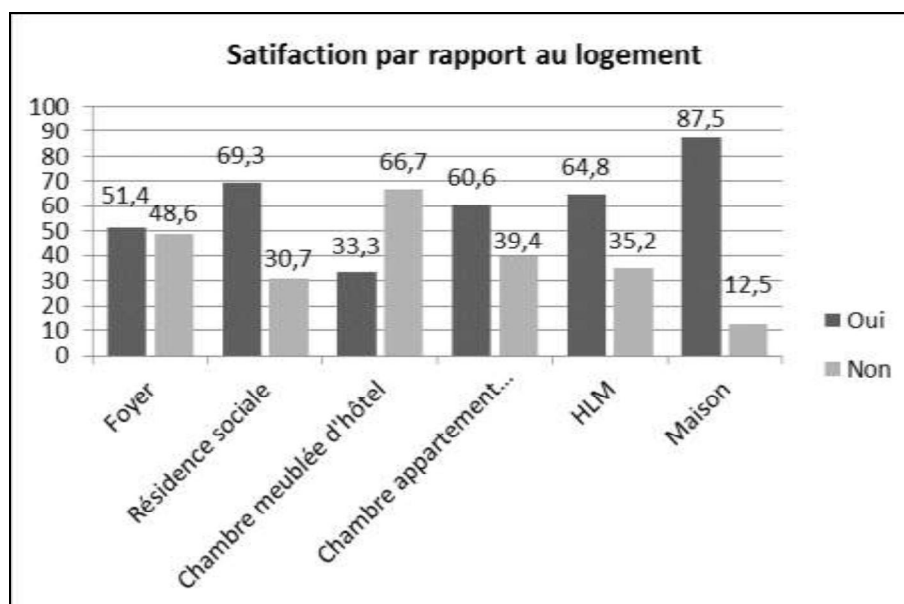


Tableau 2 : % Lignes.

- Les personnes habitant dans une chambre meublée d'hôtel (66,7%) et dans les foyers (48,6%) déclarent être plus insatisfaites de leur logement par rapport à celles habitant en HLM (35,2%) ou dans une maison individuelle (12,5%).
- 87,5% des personnes habitant dans une maison individuelle sont satisfaits de leur logement.
- Les personnes habitant dans une résidence sociale se déclarent satisfaites de leur logement (69,3%)
- Il y a presque autant de personnes habitant dans un foyer satisfaites (51,4%) de leur logement que de personnes insatisfaites (48,6%).
- Les personnes habitant en chambre/appartement privé (60,6%) sont presque autant satisfaites de leur logement que celles habitant en HLM (64,8%).

3 - Difficultés et logement

Difficultés rencontrées pour trouver le logement : Question 39 / **Intervention d'une institution, médiateur professionnel pour le logement :** Question 40.

	Oui	Non	Total %
Hostilité vis-à-vis des étrangers	20,7	79,3	100,0
Revenus insuffisants	23,1	76,9	100,0
feuilles de paie manquantes	12,5	87,5	100,0
Problème de caution	26,1	73,9	100,0
Pas d'offre adaptée	40,0	60,0	100,0
Aucune difficulté	12,9	87,1	100,0
Trop d'attente	42,9	57,1	100,0
Autre	57,1	42,9	100,0
Total	19,2	80,8	100,0

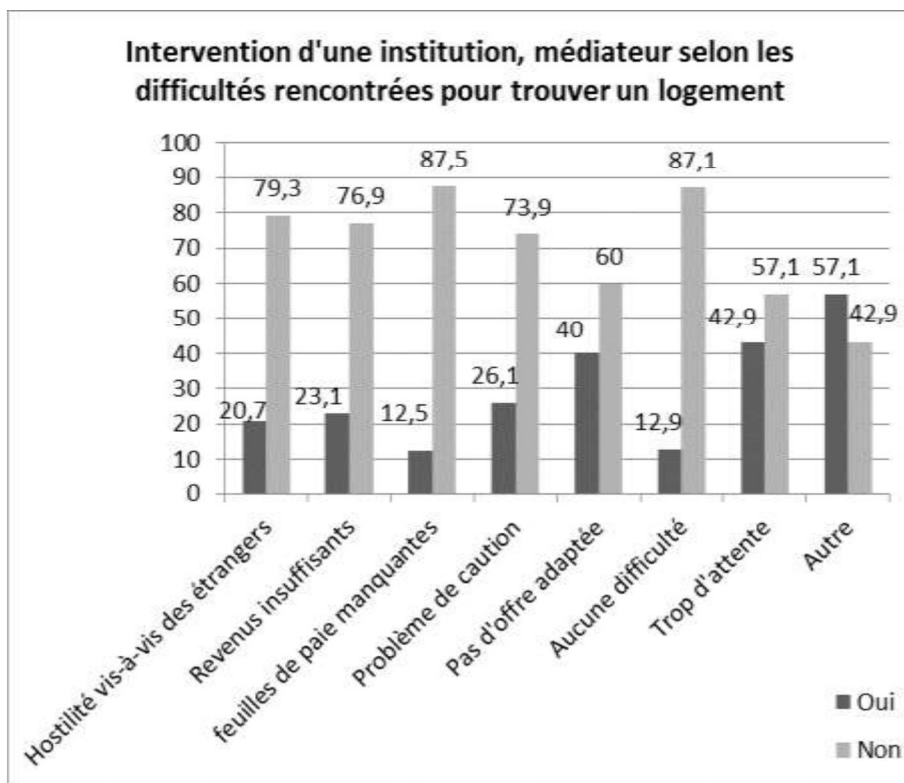


Tableau 3 : % Lignes.

- Les personnes ayant sollicité le recours d'un médiateur, institution ou autres professionnels pour l'obtention d'un logement, déclarent l'avoir fait parce que l'offre initiale n'était pas assez adaptée à leurs conditions (40%), parce qu'il y avait trop d'attente (42,9%) ou pour d'autres raisons (57,1%).
- Celles qui n'ont pas fait appel à un médiateur, institution ou autres professionnels l'expliquent en raison de manque de fiche de paie (87,5%), de revenus insuffisants (76,9%), d'aucune autre difficulté (87,1%) ou aucun sentiment d'hostilité éprouvé (79,3%).

Lieu d'habitation Question 37 / Intervention d'institution, médiateur professionnel pour le logement Question 40

	Oui	Non	Total
Foyer	32,4	67,6	100,0
Résidence sociale	15,6	84,4	100,0
Chambre meublée d'hôtel		100,0	100,0
Chambre appartement privé	16,4	83,6	100,0
HLM	29,2	70,8	100,0
Maison individuelle	11,1	88,9	100,0
Autre		100,0	100,0
Total	21,3	78,7	100,0

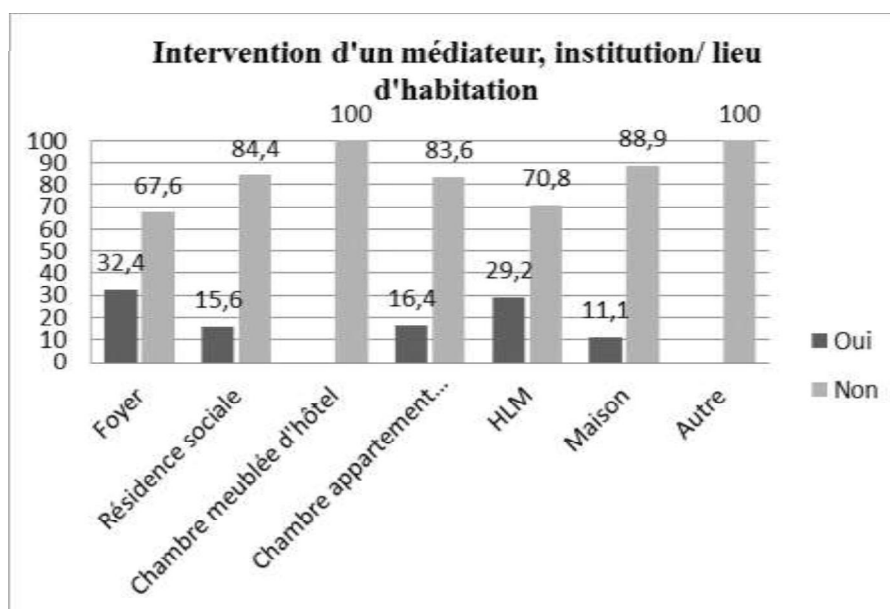


Tableau 4 : % Lignes.

- Les personnes ayant eu recours à un médiateur, institution ou autres professionnels pour le logement, sont celles qui habitent en foyer (32,4%) et en HLM (29,2%).
- Les personnes ayant eu le moins recours à un médiateur, institution ou autres professionnels pour le logement, sont celles habitant en résidence sociale (15,6%), chambre/appartement privé (16,4%) et en maison individuelle (11,1%).
- Les personnes n'ayant pas eu recours à un médiateur, institution ou autres professionnels pour le logement, sont celles habitant en chambre meublée d'hôtel (100%), résidence sociale (84,4%).

- Autant de personnes vivant en résidence sociale (84,4%) qu'en chambre/appartement privé (83,6%) n'ont pas eu recours à une aide quelconque concernant le logement.

D - Connaissance des services à la personne

1 - Connaissance et utilisation des services à destination des personnes âgées

Savez-vous qu'il existe des services pour faciliter la vie des personnes âgées ? Question 122/ Si oui, en avez-vous déjà utilisé ? Question 123.

	Oui	Non	Total
Oui	29,7	2,4	23,9
Non	70,3	97,6	76,1
Total	100,0	100,0	100,0



Tableau 1 : % Colonnes.

- 29,7% personnes déclarent connaître et avoir recours aux services à destination des personnes âgées.
- 70,3 % personnes déclarent connaître ces services mais n'y font pas appel.

Autrement dit, connaître ces dispositifs n'implique pas d'y avoir recours.

2 - Connaissance des services selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction Question 14 / **Savez-vous qu'il existe des services pour faciliter la vie des personnes âgées ?** Question 122

	Oui	Non	Total
Non scolarisé	47,0	53,0	100,0
Primaire	78,2	21,8	100,0
Secondaire	57,1	42,9	100,0
Supérieur	86,7	13,3	100,0
Total	57,5	42,5	100,0

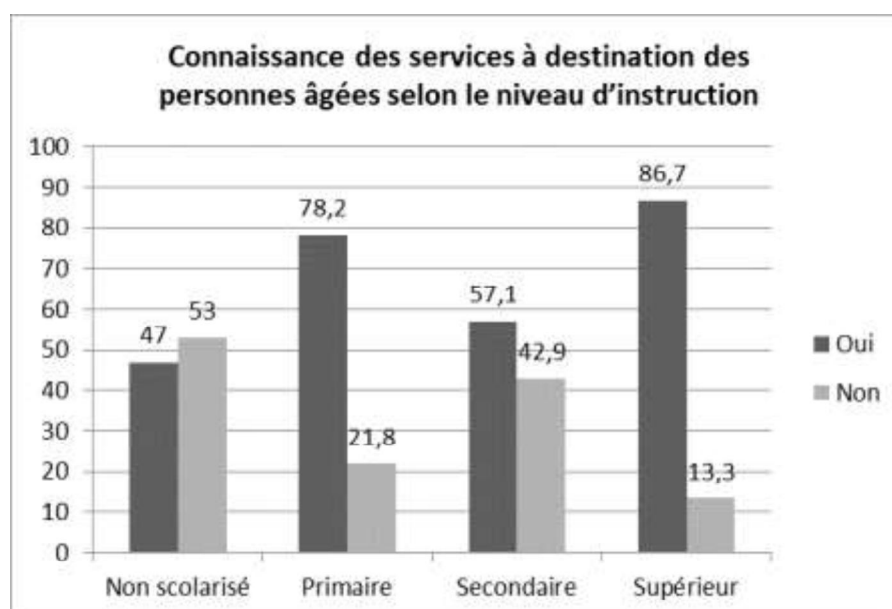


Tableau 2 : % Lignes

- 86,7% de personnes de niveau d'instruction supérieur, 78,2 % primaire, 57,1 % secondaire et 47% non scolarisées déclarent connaître les services spécifiques aux personnes âgées.
- Les personnes non scolarisées (53%) ont plus tendance que les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (21,8%), secondaire (42,9%), supérieur (13,3%) à ne pas connaître les services à destination des personnes âgées.

On peut en déduire que plus le niveau d'instruction est élevé, plus les personnes ont tendance à connaître les services spécifiques destinés aux personnes âgées et plus il est faible, plus les personnes n'ont pas cette connaissance.

3 - Utilisations selon la connaissance des services

Savez-vous qu'il existe des services pour faciliter la vie des personnes âgées ? Question 122/ **Lesquels :** Question 124.

	Oui	non-réponse	Total
Soins à domicile	27,7		27,3
Portage de repas	20,2		19,8
Aide-ménagère	22,7		22,3
Club personnes âgées	4,2		4,1
Lavage du linge	4,2		4,1
Autre	4,2		4,1
non-réponse	16,8	100,0	18,2
Total	100,0	100,0	100,0

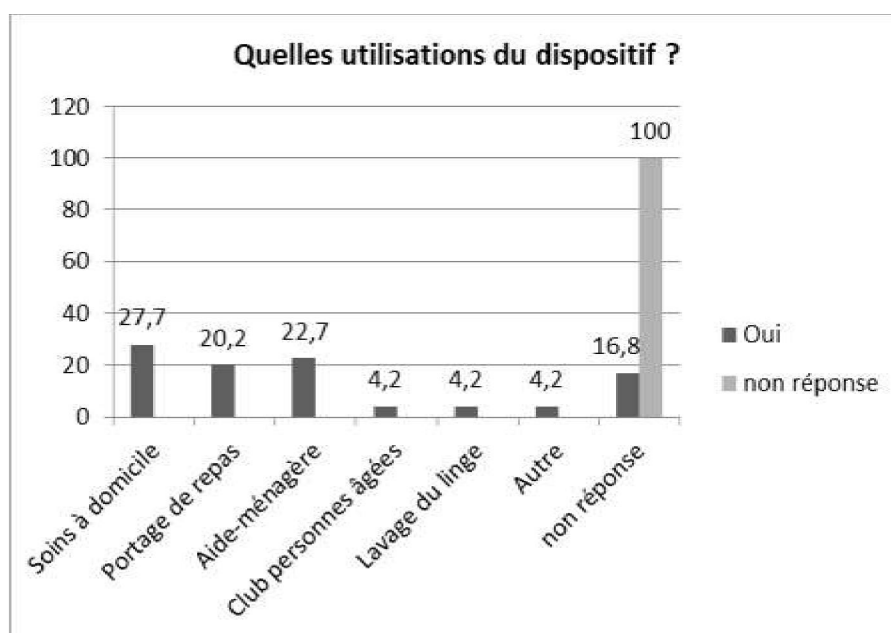


Tableau 3 : % Colonnes.

- Les services utilisés majoritairement par les personnes âgées sont les soins à domicile (27,7%), l'aide-ménagère (22,7%) et le portage de repas (20,2%).
- Les services peu utilisés sont autant le club des personnes âgées (4,2%) que le lavage du linge (4,2%) et autres services (4,2%).

E - Intégration et migration

Hypothèses de départ :

- Plus le niveau d'instruction est faible, plus les personnes auront des difficultés à parler le français
- Les personnes arrivées en France pour rechercher un travail auront tendance à déclarer vivre seules

1- L'apprentissage de la langue française comme processus d'intégration

Parlez-vous français ? Question 14 / Niveau d'instruction / Question 19

	Oui	Non	Avec difficultés	Total
Non scolarisé	31,1	18,5	50,3	100,0
Primaire	69,1	1,8	29,1	100,0
Secondaire	87,5		12,5	100,0
Supérieur	93,3		6,7	100,0

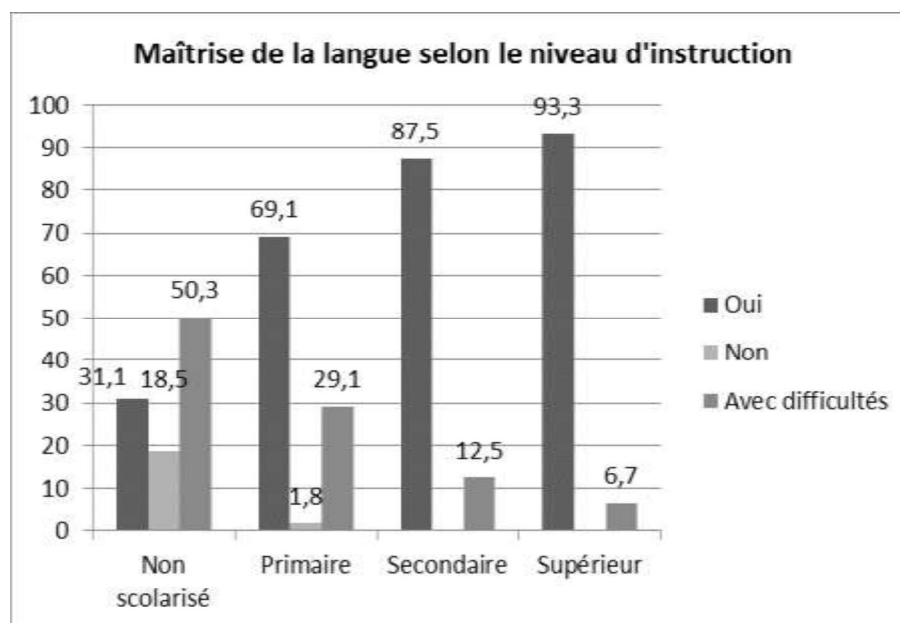


Tableau 1 : % Lignes

- 50.3 % de personnes non scolarisées, 29.1% de niveau d'instruction primaire, 12.5 % secondaire et 6.7 % supérieure déclarent parler le français avec difficultés.

- 18,5% des non scolarisées et 1.8 % de niveau d'instruction primaire déclarent ne pas parler le français.
- Les personnes de niveau d'instruction secondaire (87,5%), supérieure (93,3%), primaire (69,1%) et les non scolarisés (31,1%) déclarent parler le français sans difficultés.

Plus le niveau d'instruction est élevé et plus les personnes auront tendance à bien parler le français. En revanche, plus leur niveau d'instruction est faible et plus les personnes parleront le français avec difficultés.

Le niveau d'instruction initial a une influence sur l'apprentissage de la langue française.

2- Motif d'immigration et famille

Motifs de la venue en France : Question 29 / Vit seul ? Question 31

	Oui	Non	Total
Recherche d'un travail	73,3	45,9	65,5
Regroupement familial	17,6	29,7	21,1
Situation politique et sociale du pays d'origine	3,7	9,5	5,4
Autres motifs	5,3	14,9	8,0
Total	100,0	100,0	100,0

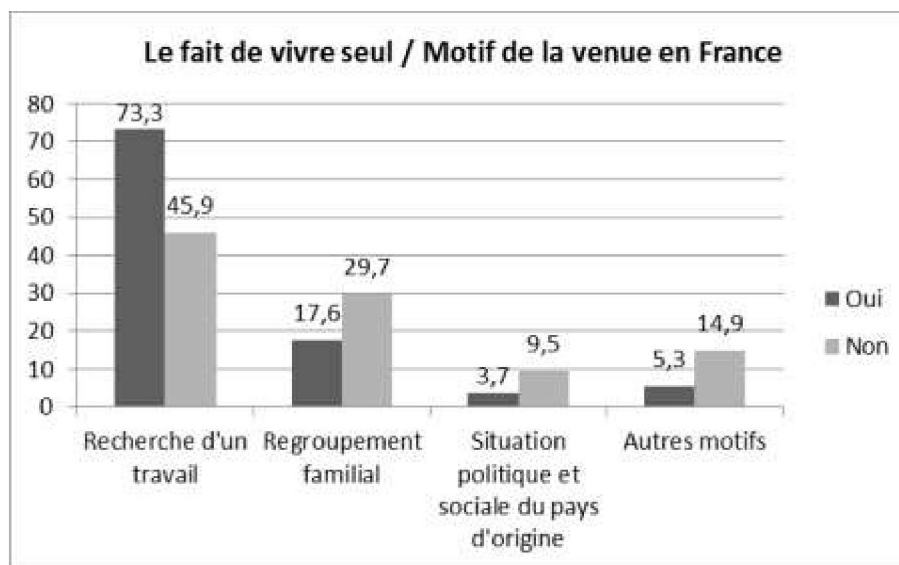


Tableau 2 : % Colonnes.

- 73,3% de personnes venues en France pour la recherche d'un travail déclarent vivre seules, 17.6 % parmi celles venues suite à un regroupement familial, 3.7 % en raison de situations politique et sociale du pays d'origine et 5.3 % pour d'autres motifs.
- 45.9 % des personnes venues en France pour la recherche d'un travail et 29.7 % suite à un regroupement familial déclarent ne pas vivre seules alors qu'elles ne représentent que 9.6 % et 14.9 % parmi celles, respectivement, venues en raison de mauvaise situation politique et sociale, ou pour d'autres motifs.

En règle générale les personnes arrivées en France pour la recherche d'un emploi sont celles qui font venir leur famille plus tard.

État civil : Question 10 / Vit seul ? Question 31.

	Oui	Non	Total
Célibataire	77,3	22,7	100,0
Marié	67,3	32,7	100,0
Veuf	72,5	27,5	100,0
Séparé	92,9	7,1	100,0
Divorcé	81,8	18,2	100,0

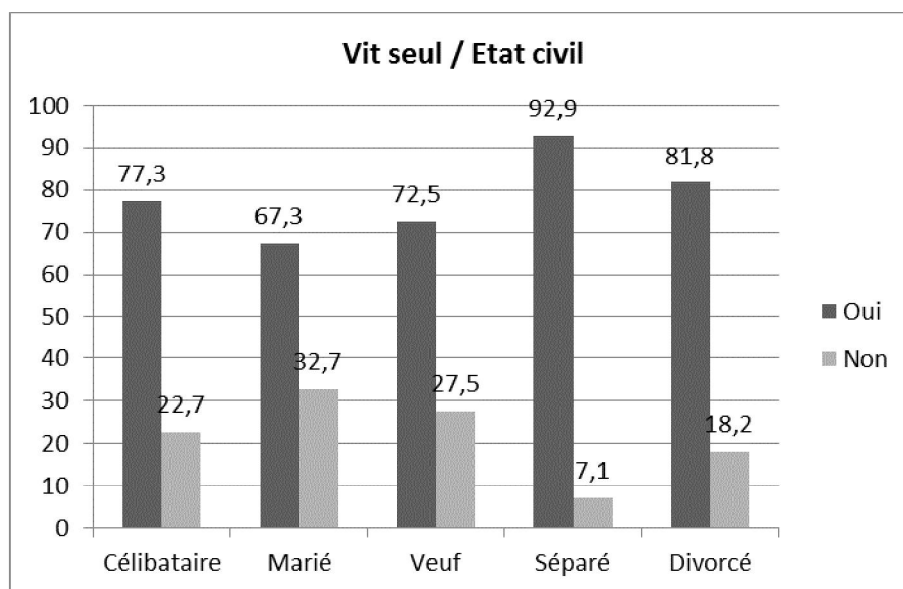


Tableau 3 : % Lignes.

- 67,3% des personnes mariées ont moins tendance que les personnes séparées (92,9%), divorcées (81,8%), veuves (72,5%) et célibataires (77,3%), à vivre seules.
- Les personnes mariées (32,7%) et les veuves (27,5%) ont plus tendance que les personnes célibataires (22,7%), veuves (27,5%), séparées (7,1%), divorcées (18,2%), à ne pas vivre seuls.
- Les personnes célibataires (77,3%), veuves (72,5%), séparées (92,9%), divorcées (81,8%) ont plus tendance que les personnes mariées (67,3%) et les veufs (72,5%), à vivre seul.

L'état civil des personnes questionnées a un effet sur leur état de vie.

F. Autonomie

1 - Activités de la vie quotidienne

Hypothèses :

- Il paraît logique qu'en vieillissant, les personnes perdent leur autonomie,
- On peut supposer que les femmes soient plus autonomes que les hommes car elles ont toujours été plus impliquées dans les tâches domestiques et cela est encore plus visible chez les personnes immigrées.

Activité de la vie quotidienne : Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer ? Question 96/ Âge Question 146

Tableau : %	Non	Oui juste pour les transports en commun	Je me fais toujours accompagner	Je ne sors pas de chez moi	Total
55-64 ANS	80,0	20,0			100,0
65-74 ANS	87,9	6,9	5,2		100,0
75-84 ANS	81,3	11,6	4,5	2,7	100,0
85 ET +	57,1	28,6	14,3		100,0
Total	80,7	11,9	6,3	1,1	100,0

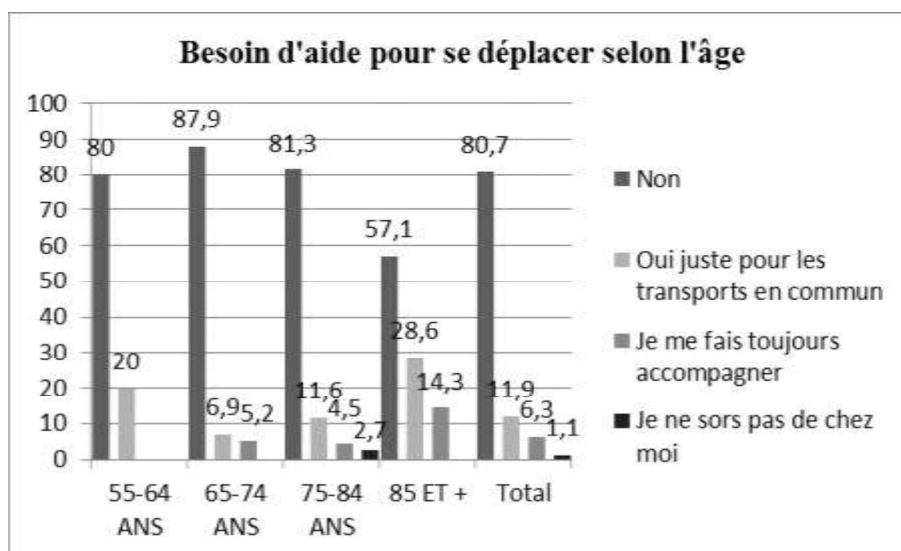


Tableau 1 : % Lignes.

- 14,3 % des personnes âgées de plus de 85 ans et plus, 4,5 % des 75-85 ans et 5,2 % des 65-75 ans déclarent se faire toujours accompagner.
- Les personnes âgées de 55-65 ans (80%), 65-75 ans (87,9%), 75-85 ans (81,3%) et 57,1 % de celles âgées de 85 ans et plus déclarent ne pas avoir besoin d'aide pour se déplacer.

Activité de la vie quotidienne : Avez-vous besoin d'aide pour le ménage ? Question 94 / Sexe Question 3.

	Non	Oui pour le gros ménage	oui pour les petites tâches ménagères	Je ne fais pas du tout les tâches ménagères	Total
1. Homme	81,4	14,9	1,6	2,1	100,0
2. Femme	67,5	20,0	5,0	7,5	100,0
Total	77,2	16,4	2,6	3,7	100,0

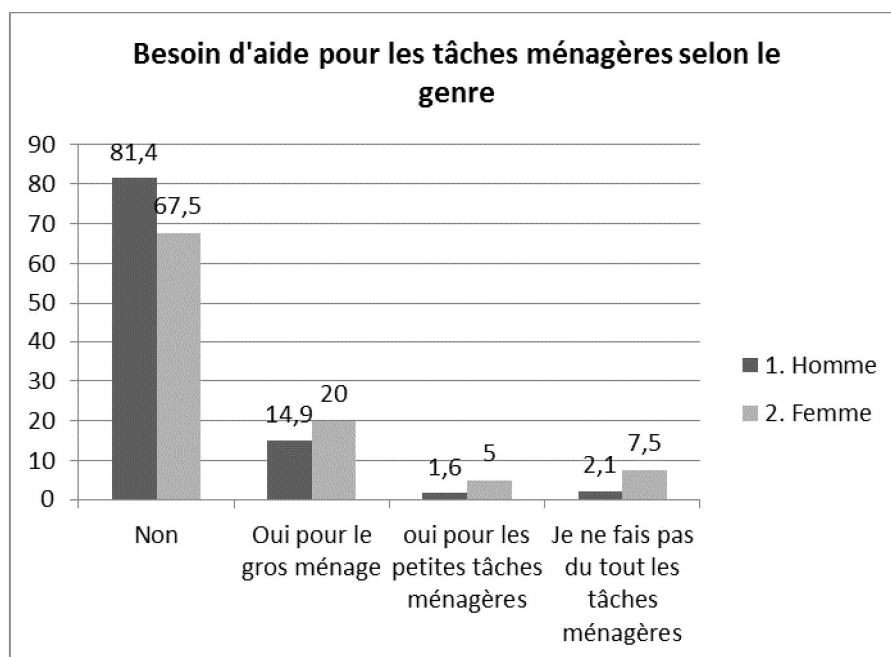


Tableau 2 : % Lignes.

- 81.4 % des hommes et 67.5 % de femmes déclarent ne pas avoir besoin d'aide pour les petites tâches ménagères.
- 20 % de femmes et seulement 14.9 % d'hommes déclarent ne pas à avoir besoin d'aide pour le gros ménage.
- Moins d'hommes (1,6%) que de femmes (5%) déclarent avoir besoin d'aide pour les petites tâches ménagères.
- Plus de femmes (7,5%) que d'hommes (2,1%) déclarent ne pas du tout faire de tâche ménagère.

Les femmes paraissent plus dépendantes que les hommes concernant les tâches ménagères.

2 - Incontinence

Âge Question 146R2 / Incontinence Question 88

	Oui	Non	Total
55-64 ans	2,6	97,4	100,0
65-74 ans	6,5	93,5	100,0
75- 84 ans	13,5	86,5	100,0
85 et +		100,0	100,0
Total	5,7	94,3	100,0

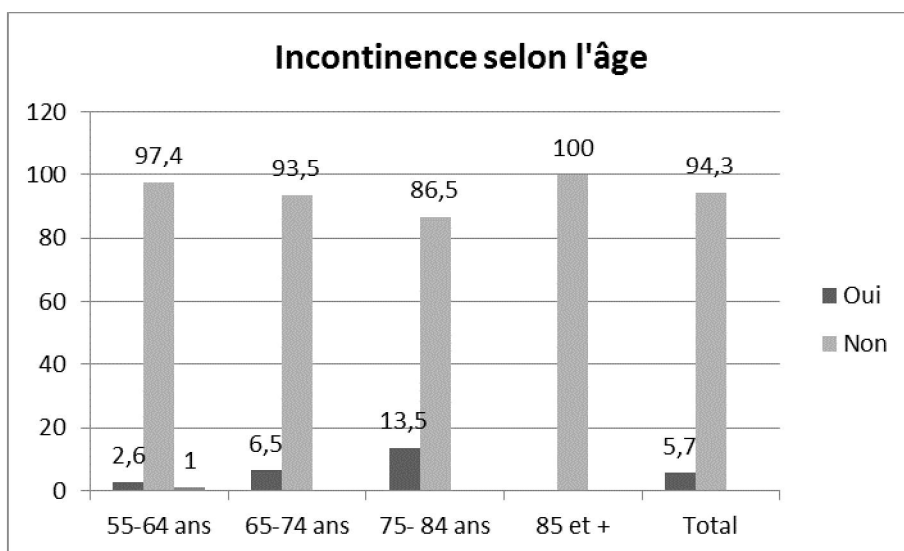


Tableau 3 : % Lignes.

100 % des personnes âgées de 85 ans et plus, 13,5% des 75-84 ans, 6,5% des 65-74 ans et 2,6% des 55-64 ans se déclarent incontinents.

Plus la personne est jeune, moins elle se déclare incontinente.

G - Lien avec le pays

1 – Contact avec le pays

Êtes-vous régulièrement en contact avec vos proches habitants au pays :

Question 136 / **Au téléphone :** Question 137

	Oui	Total
Tous les jours	19,6	19,6
Plusieurs fois par semaine	27,9	27,9
1 fois par semaine	38,3	38,3
Jamais	0,4	0,4
Autre	13,8	13,8
Total	100,0	100,0

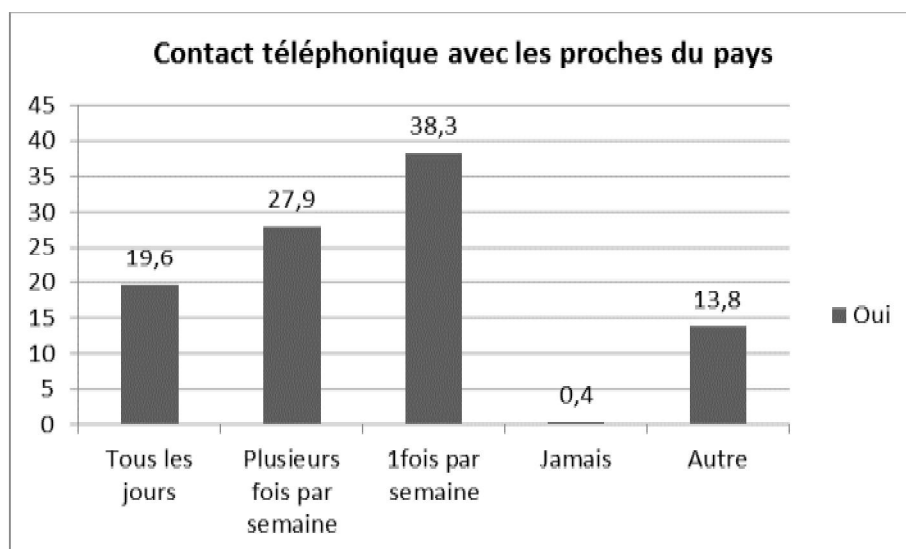


Tableau 1 : % Colonnes

- Les personnes en contact téléphonique au quotidien avec leurs proches habitants au pays représentent 19,6%.
- Les personnes étant régulièrement (plusieurs fois par semaine) en contact avec leurs proches habitants au pays représentent 27,9%.
- 38,3% des personnes déclarent être en contact téléphonique hebdomadaire avec leurs proches habitants au pays.

Nombre de visite par an / Question 139 / Êtes-vous régulièrement en contact avec vos proches habitants au pays ? Question 136

	Oui	Total
1 fois/ an	59,7	59,7
2 fois/ ans	18,1	18,1
Autre, non-réponse	22,3	22,3
Total	100,0	100,0

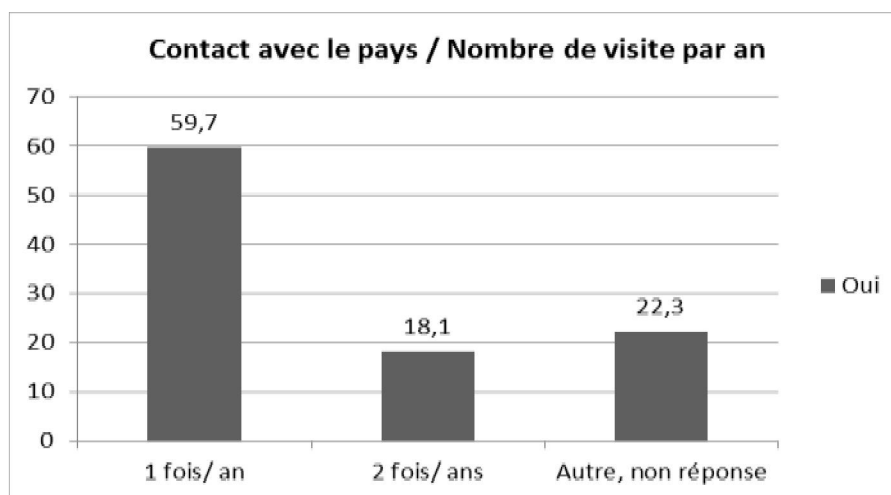


Tableau 2 : % Colonnes

59,7% des personnes régulièrement en contact avec les proches habitants le pays partent une fois par an dans leur pays d'origine et 18,1% partent deux fois par an.

2 - Solidarité en cas de coup dur

En cas de coup dur y a-t-il des gens sur qui vous pouvez compter :
Question 140 / Si oui, comment ? Question 141

	Oui	non-réponse	Total
En vous hébergeant quelques jours	18,8		18,6
En vous prêtant de l'argent	30,3		29,9
En intervenant auprès des différents organismes en votre faveur	19,1		18,8
En vous soutenant moralement	30,5		30,2
autre	1,0		1,0
non-réponse	0,3	100,0	1,5
Total	100,0	100,0	100,0



Tableau 3 : % Colonnes

En cas de coup dur, 30,5 % des personnes âgées sont soutenues moralement et 30,3% se font prêter de l'argent.

Les personnes ont autant tendance à faire appel à quelqu'un pour les héberger (18,8%) que pour les solliciter à intervenir auprès de différents organismes en leur faveur (19,1%).

3 – Projet de vie

Hypothèses :

- Plus la personne sera âgée plus son désir de retourner dans son pays d'origine sera fort.
- Les personnes âgées immigrées ont plus tendance à vouloir être enterrées dans leurs pays d'origine.

Envisagez-vous d'aller vivre au pays d'origine au cours des 12 derniers mois ? Question 143 / **Âge :** Question 146

	Oui	Non	Total
55-64 ans	67,9	32,1	100,0
65-74 ans	58,5	41,5	100,0
75- 84 ans	62,2	37,8	100,0
85 et +	100,0		100,0
Total	63,4	36,6	100,0

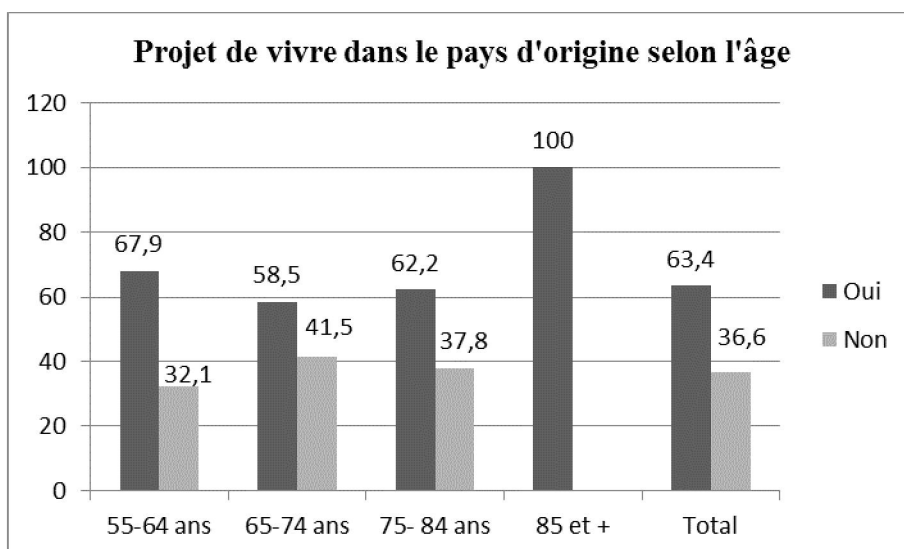


Tableau 1 : % Lignes.

- 67.9% des personnes âgées de 55-64 ans, 62,2% des 75-84 ans, 100% des 85 ans et plus et seulement 58.5 % des 65-74 ans ont déclaré leur projet d'aller vivre dans le pays d'origine.
- 41,5% des personnes âgées de 65-74 ans et 37.8 des 75-84 ans déclarent ne pas avoir le projet de vivre dans leurs pays d'origine.
- Les plus jeunes et les plus âgés sont plus nombreux à déclarer ce projet d'aller vivre dans leurs pays d'origine.

Où souhaiteriez-vous être enterré ? Question 145 / âge : Question 146

	En France	Dans votre pays	autre	Total
55-64 ans	16,3	81,5	2,2	100,0
65-74 ans	10,5	89,5		100,0
75- 84 ans	7,7	92,3		100,0
85 et +		100,0		100,0
Total	12,2	87,0	0,8	100,0

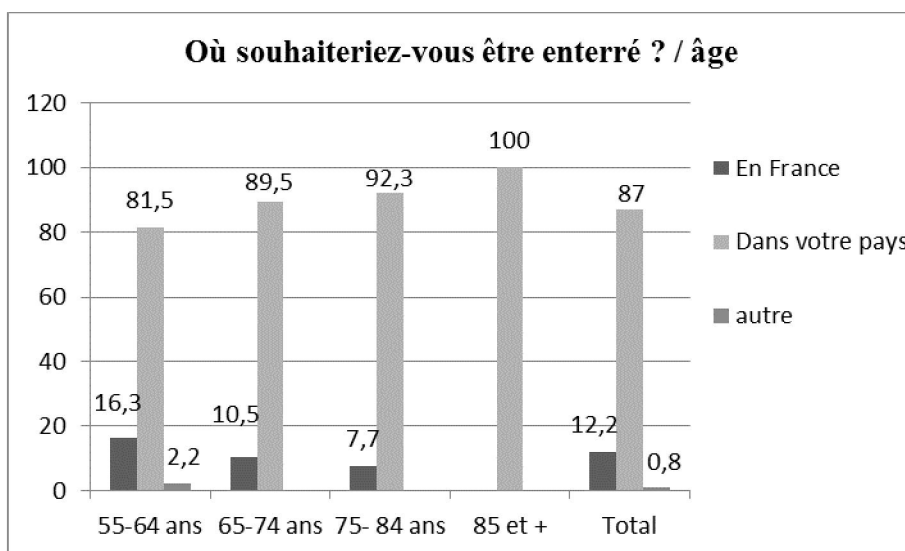


Tableau 2 : % Lignes.

- Les personnes âgées de 75-84 ans (92,3%) et celles de 85 ans et plus (100%) ont plus tendance que les 55-64 ans (81,5%) et les 65-74 ans (89,5%), à vouloir être enterrées dans leurs pays d'origine.
- Les personnes âgées de 55-64 ans (16,3%), ont plus tendance que celles âgées de 65-74 ans (10,5%), et de 75-84 ans (7,7%), à vouloir être enterrées en France.

Les plus âgés sont ceux qui souhaitent le plus être enterrés dans leurs pays d'origine.

II - Analyse qualitative des résultats d'entretiens semi-directifs

A - Entretiens avec des personnes âgées : Résidence Sociale (RS) Adoma à Champigny sur Marne et Coallia à Vitry sur Seine (Val de Marne)

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés afin de développer l'analyse des résultats quantitatifs. Au total neuf entretiens semi-directifs avec des personnes immigrées âgées de 56 à 85 ans, dont une femme et huit hommes, cinq d'origine maghrébine et quatre d'Afrique subsaharienne. Pour les entretiens en arabe, l'enquêtrice parlant l'arabe, il n'y a pas eu besoin de traducteur alors que pour les entretiens avec les personnes d'origine malienne, la présence d'un traducteur était nécessaire pour faciliter l'échange et la compréhension des questions/réponses.

1 - Accès aux soins des personnes âgées immigrées

a- Le médecin traitant comme référence

Les résultats quantitatifs de la première partie ont montré que les personnes âgées ayant un médecin traitant (53,4%) consultent un médecin spécialiste, contrairement à celles qui n'en ont pas : (12,5%). L'orientation du médecin traitant se révèle être importante dans le parcours de soins et de prise en charge de la santé des personnes âgées immigrées.

Ce constat est confirmé dans les entretiens semi-directifs réalisés. Le médecin traitant est la première personne vers qui se tournent les personnes âgées en cas de problème de santé :

« Quand j'ai des douleurs la première personne à qui je fais appel c'est mon médecin traitant directement sinon quand c'est grave l'hôpital » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité, Marocain)

« Quand j'ai des douleurs la première personne à qui je fais appel c'est le médecin traitant. Des fois même quand je n'ai pas pris de rendez-vous j'y vais et même s'il y a des gens je lui fais comprendre que je suis quand même là pour qu'il me consulte » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise)

La consultation à l'hôpital reste nécessaire pour des examens plus approfondis, elle est utilisée en dernier recours :

« Je suis allé faire des examens pour le cœur » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité, Algérien).

« Je vais à la clinique trois fois par semaine pour mon problème de rein. » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

Certaines personnes âgées immigrées vont nouer des rapports privilégiés avec le médecin, par habitude ou du fait des liens qu'il y a avec leurs pays d'origine :

« Je continue avec ce rhumatologue parce que j'ai commencé avec lui et je me sens bien avec lui. Et c'est question d'habitude et je vois que ça va. Je peux changer un rhumatologue comme je peux changer un généraliste, mais je ne peux pas changer le médecin qui me soigne pour l'hépatite C et B et même pour ma tension et le diabète parce que je vois qu'avec eux ça va » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emplois, Camerounaise).

« Il y a deux médecins algériens que je vois et parfois je parle en arabe avec eux » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

Aussi, les écarts culturels peuvent créer des blocages ou des malentendus en raison de la forme même du déroulement des entretiens. Des Difficultés à se faire comprendre ou à comprendre le diagnostic du médecin. La question du transfert d'informations de soignants à soignés et inversement doit être abordée. En plus de la considération sur le contenu du discours médical, la relation peut être déséquilibrée du fait des statuts respectifs confrontés dans la relation : d'un côté, le médecin, symbole de savoir au statut social valorisé ; de l'autre, le patient immigré âgé au statut social dévalorisé, socio sanitaire précaire et portant sur lui un regard négatif, avec peu de confiance en soi.

b- Un accès aux soins inégal

Pour Didier Fassin¹³⁸, médecin anthropologue, deux conditions sont nécessaires lorsqu'on parle d'inégalités sociales de santé, et non simplement de différences : Il doit s'agir d'un objet socialement valorisé (le bien-être...) et cet objet doit concerner des groupes sociaux hiérarchisés (classes sociales, catégories socioprofessionnelles...). Les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement de disparités structurelles (ressources, logement, alimentation, emploi et travail), qui caractérisent l'état de la justice sociale dans un pays ou un territoire à un moment de son histoire et de son développement économique.

«Oui si je n'ai pas les moyens avant j'avais la CMU C quand j'étais au chômage, car on avait des problèmes pour trouver du travail. Mais là c'est trop cher pour me payer une mutuelle. Je ne peux pas aller consulter des professionnels. Plusieurs fois j'ai voulu voir le médecin du digestif, car je ne digère pas beaucoup, mais comme c'est trop cher je ne peux pas le voir» (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité Marocain)

¹³⁸ Didier Fassin. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé » in Santé, le traitement de la différence. *Hommes et migrations*, n° 1225, mai - juin 2000.

« Là ça ne dépend pas de moi, car par exemple quand je voulais rencontrer mon rhumatologue dernièrement, mais arriver à Nation le train n'a pas continué. J'ai tout fait pour arriver à Nation, mais descendre à Châtelet et reprendre de l'autre sens je n'ai pas pu j'étais fatiguée » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

« Oui parfois je ne vais pas chez le médecin, je prends des médicaments et tout ça et après ça passe. Si la douleur ne part pas je vais voir le médecin » (Monsieur R. âgé de 82 ans).

Par ailleurs, l'accès géographique ou les difficultés de déplacement font que certains reportent, voire renoncent aux soins. Aussi dans les conditions d'habitat des foyers, il est difficile de trouver des soignants qui acceptent de venir s'occuper des résidents sur place. Et pour cause : il n'est pas forcément facile de soigner quelqu'un dans une chambre aussi étroite que celles des structures Adoma.

c- Conseils et orientations vers des soins

Certains préfèrent ne pas demander conseil à leur famille et vont même jusqu'à cacher leur hospitalisation, comme nous a confié un enquêté :

« Je ne leur dis pas quand je suis malade même quand je rentre à l'hôpital, de toute façon ils peuvent rien faire » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité, Algérien)

Contrairement à ce que l'on peut penser les personnes âgées immigrées ne suivent pas les conseils de leurs entourages, mais se fient d'avantage aux ressentis de la douleur pour aller consulter un médecin. Ils ressentent le besoin d'avoir des conseils du médecin et se sentent ainsi dans l'obligation de les suivre.

« Je ne suis pas les conseils de mon amie, mais si je vois que j'ai mal que ça ne se calme pas je vais chez le médecin par ce que je ne peux pas demander les conseils de qui que ce soit surtout qu'elle ne connaît rien sur la médecine. Je préfère aller voir directement le médecin » (Madame L. âgée de 60 ans sans emploi, Camerounaise).

« Il me donne des conseils pour gérer l'angoisse, la dépression » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité Marocain).

« Oui je suis obligée de suivre les conseils du médecin sinon si j'ai le contraire je serai encore plus malade. » (Madame L. âgée de 60 an, sans emploi, Camerounaise).

d- Perception de l'état de santé des personnes âgées immigrées

Les personnes âgées et celles appartenant aux milieux défavorisés ont tendance à se montrer plus optimistes quant à leur état de santé que les plus

jeunes et les plus favorisées.¹³⁹ Selon notre enquête les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur (53,3%) se déclarent être en bonne ou très bonne santé plus que les personnes ayant un niveau secondaire (38,8%), primaire (39,3%) ou les non scolarisés (25,2%). À l'inverse, les femmes se montrent plus pessimistes que les hommes, parce qu'elles ont des normes de santé plus exigeantes. En effet les résultats quantitatifs que nous avons fournis montrent que les hommes (34,2%) déclarent être en bonne et très bonne santé plus que les femmes (26,5%).

Les personnes âgées ont une perception variable de leur état de santé. Elle n'est pas vue dans sa globalité et s'identifie à une douleur ressentie ou à une pathologie. De culture rurale pour la plupart, les migrants vieillissants ont une perception traditionnelle de la santé où s'alternent différentes visions : le bienfaisant et le malfaisant, l'équilibre et le déséquilibre, l'ordre et le désordre, le naturel et le surnaturel, le rationnel et l'irrationnel. L'individu n'est nullement responsable de ce qui lui arrive. Il vit sa maladie comme une fatalité subie car le dépassant, elle relève du registre de la prédestination. À côté de ces maladies dites de la malédiction, il y a les maladies dites de honte. Le mal est caché, occulté, d'où un discours moralisant, religieux qui oscille entre le pur et l'impur, le licite et l'illicite, le propre et le sale, le légitime et l'illégitime. La maladie déborde le champ individuel pour toucher le collectif :

« Il y a un jour où la santé est bien un jour où ce n'est pas bien »
(Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien).

« Oh ça va c'est la vieillesse ! Un peu de douleur, mais ça va »
(Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité, Marocain).

« Je me dis qu'en ce moment ça va mieux, dernièrement j'étais voir mon hépatologue et ça va » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

Pour la plupart, leur état de santé dépend de la volonté de Dieu et les croyances religieuses subordonnent le fait d'être malade dans une position d'impuissance :

« On attend Dieu comme on le dit inchallah peut être il va me trouver un rein où je ne sais pas tous les jours, je pense, à ça. De toute façon nous on a rien à faire c'est Dieu qui décide, il y a Dieu et il y a les soignants »
(Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

« Ma santé est relative par rapport aux autres et par rapport à soi quand on m'a découvert la maladie du rein, je devais marcher avec une canne et on devait m'accompagner aux toilettes. Mais mon état actuel par rapport à quand j'étais malade au Mali en 2011 je peux dire que je suis en bonne santé » (Monsieur V. 64 ans, retraité, Malien)

¹³⁹ L'enquête Trajectoires et origines, INED, <http://teo.site.ined.fr>

En règle générale la « bonne santé » décrite par les personnes âgées immigrées est une santé qu'on définit soi-même, en s'imposant une hygiène, de l'activité physique et un maintien des relations sociales.

« Ça dépend des personnes donc chacun pense la santé par rapport à lui » (Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien)

« Pour être en bonne santé, il faut avoir une bonne hygiène, il faut que tu sois propre, il faut que tu manges bien et il faut bouger, faire du sport » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité, Marocain).

« Les conditions pour être en bonne santé, ne pas être malade c'est trop demandé. Mais avoir des contacts avec les gens, parler, sortir s'amuser, se rencontrer. La santé passe avant tout ça c'est ma conception. On a beau acheter des vêtements, des bijoux, mais quand on n'est pas en bonne santé on ne peut pas bien s'habiller, on ne peut pas bien manger. Aussi pour être en bonne santé il faut être propre d'abord, il faut aussi faire des petits mouvements pour l'activité physique » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

Le contexte migratoire est à prendre en compte. Aussi, de la situation socio-économique des migrants, de leur perception parfois différente de la santé, de leurs systèmes de valeurs et de référence peuvent découler des besoins spécifiques en matière de promotion de la santé. Beaucoup de résidents vieillissants se perçoivent comme des vieillards qui vont bientôt mourir. La priorité pour eux, est de faire vivre la famille restée au pays. Il y a ceux qui considèrent que la santé est primordiale, car sans la santé ils ne peuvent pas aider leur famille au pays ; et ceux qui font passer leur santé en seconde priorité, après l'envoi des mandats-cash, parce qu'ils estiment qu'il est plus important d'envoyer de l'argent à la famille plutôt que de l'utiliser à se soigner. Aussi, a été constaté un rapport au corps différent selon l'origine des résidents, les Africains subsahariens auraient tendance à remettre les soins à plus tard contrairement aux Magrébins.

e- Rapport à la prévention

Ce sont les personnes malades les plus sensibilisées aux actions de prévention.

« Je ne savais pas qu'il y avait le dépistage c'est vous qui êtes venue frapper à la porte pour me dire. Moi j'aime les trucs comme ça parce qu'on ne sait jamais et en plus je ne vais pas à l'hôpital pour le faire. À toutes les actions de prévention moi je viens et j'ai même pris des brochures sur les hépatites C et B. moi avant que j'attrape l'hépatite on ne m'avait jamais parlé de cette maladie c'est quand mon diabète a commencé à me déranger mon fils m'a ramené à l'hôpital et c'est là qu'on a découvert ma maladie. C'était la première fois que j'entendais parler de l'hépatite C je ne savais pas qu'il existait une maladie comme ça » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emplois, Camerounaise).

La prévention ne peut se faire qu'en pensant la personne dans sa globalité, avec son corps, sa raison, son esprit et également son environnement familial et culturel. Cet aspect est d'autant plus important que la prise en charge est lourde ou longue et située dans un cadre non familial.

f- Pathologie et trajectoire migratoire

Certains de nos enquêtés ont de lourdes pathologies induisant une prise en charge et un traitement lourd qui nécessitent un apprentissage et une habitude de prendre en charge ces problèmes de santé.

« Je prends des médicaments pour le diabète et l'hépatite avant il était très lourd, mais maintenant ça va peut-être c'est parce que je suis habituée ça me dérange plus comme avant. Pour l'hépatite j'ai arrêté, je reprends, fin mai » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

« Quand je fais la dialyse comme aujourd'hui je suis fatigué, mais le lendemain c'est bon » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

C'est par le biais d'une visite médicale en France qu'on lui apprend qu'elle a contracté une maladie dans son pays d'origine et qu'elle est atteinte de l'hépatite C :

« Je ne peux pas condamner cette maladie, il y en a des personnes qui refusent de serrer la main de peur qu'on les contamine. Mais ils ne connaissent pas la maladie. Avant ça me dérangeait que les gens réagissent de cette façon-là et je ne pouvais même pas dire à une amie que j'avais l'hépatite C, car tout de suite elle va se retirer, mais maintenant je le dis à haute voix. Ce qui a changé c'est que je suis allée voir un médecin et j'ai forcé jusqu'à rencontrer un professeur et je lui ai demandé comment j'avais eu cette maladie alors que j'avais fait sept ans sans rapport sexuel. Moi je pense que ça se passe que par des rapports sexuels, mais il m'a dit que c'est par le sang aussi. Mais je sais qu'au Cameroun il fut un temps où il y avait trop de négligence et donc avec mon diabète on me prélevait souvent le sang. Je ne sais pas si les seringues qu'on utilise étaient stérilisées. C'est une maladie comme toutes les autres. Quand on a le cœur lourd et qu'on réfléchit par exemple avec ce que je vis là je crois que ça augmente aussi ma maladie» (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

« À Bamako en 2011 on a su que ma douleur venait des reins et je suis venu me faire soigner d'urgence en France » (Monsieur K. âgé de 65 ans, retraité, Malien).

g- Système de santé différencié par rapport aux pays d'origine

L'emprunte culturelle pose sa marque dans le rapport entre soignants et soignés, mais aussi dans le rapport des patients avec le système de santé pris au sens global, institutionnel et impersonnel. La démarche de soins en elle-

même est rarement bien comprise. Pourquoi aller chez le médecin ou se soumettre à un acte médical quand on n'a mal nulle part :

« J'ai de la chance d'être dans un pays où je peux me faire soigner avec des soins de bonne qualité » (Monsieur K. âgé de 65 ans retraité, Malien)

« À Bamako ils sont bien équipés maintenant, sauf que c'est loin de chez moi » (Monsieur V. 64 ans retraité, Malien)

h- Quelques problématiques soulevées

→ Les freins à l'accès à une couverture médicale

Concernant la couverture médicale, souvent l'accès à la mutuelle complémentaire est difficile pour des raisons financières.

« J'ai une mutuelle qui coûte 80 euros c'est cher, mais c'est obligé » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité, Algérien).

« Avant j'avais la CMU C quand j'étais au chômage, car on avait des problèmes pour trouver du travail. Mais là c'est trop cher pour me payer une mutuelle » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité, Marocain).

« Moi je ne suis pas malade je n'ai pas besoin de complémentaire, envoyer de l'argent à la famille c'est ma priorité » (Monsieur S. âgé de 68 ans, Malien).

Certains sont couverts à 100% pour des pathologies de longue durée, et ceux qui ont les moyens prennent une mutuelle en complémentarité.

« J'ai la CMU C pour l'hépatite C et B, mais pour le reste j'ai une mutuelle » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

« Je suis à 100% pour les reins » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

→ L'isolement des personnes âgées

Sur les entretiens réalisés, cinq personnes déclarent être isolées et parmi ces personnes, certaines sont suivies par un psychologue pour des problèmes de dépression. Souvent leur isolement est lié à une rupture de lien brutale avec leurs proches qui conduit parfois à ne plus avoir d'autre lien social, même avec les résidents du foyer. Certaines, n'ont même plus la notion du temps tellement leur état psychique est dégradé. Si la faiblesse des ressources financières limite le recours des résidents des foyers aux services de santé, l'isolement géographique et social les en éloigne encore plus. Les difficultés en effet sont aggravées par la situation d'implantation des FTM dans des quartiers éloignés du cœur de la ville et souvent mal desservis par les moyens de transport. L'absence d'intégration urbaine des foyers renforce les problèmes d'insertion sociale des résidents. Et par effet de retour, ce phénomène contribue à la mise entre parenthèses des foyers.

« Ça m'arrive d'avoir le cafard j'en parle à mon amie qui habite à côté. Moi je suis toujours seule dans ma chambre, j'ai envie d'éviter l'isolement » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi Camerounaise).

« Je suis sous anxiolytique et je suis suivi par un psychologue régulièrement » (Monsieur B. âgé de 56 ans, Tunisien).

« Les conditions ici sont trop dures par rapport à la solitude » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité, Marocain).

« Je sors un peu il faut bouger les jambes, car si tu restes enfermé ce n'est pas bien, j'ai une carte orange ». (Monsieur S. âgé de 68 ans, retraité, Malien). (Le médiateur a fait exprès de laisser les papiers administratif dans l'enveloppe pour que le monsieur fasse la démarche d'aller à la poste pour l'envoyer, car c'est un monsieur qui reste souvent enfermé dans son logement).

Pour les personnes ayant une famille restée au pays, l'isolement est corrélé avec des états de dépression, et le vécu de l'isolement est très difficile.

« Oui tous les jours c'est très difficile madame et surtout je pense à mes enfants qui sont au Cameroun je me dis que je suis toute seule » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

Un isolement accentué pour les personnes malades qui préfèrent ne pas sortir.

« Je n'ai pas le courage pour sortir je suis malade, il fait froid, et j'ai mal au pied » (Monsieur S. âgé de 76 ans, retraité, Malien).

La vie en résidence n'épargne pas la détresse psychologique inhérente à leurs conditions d'existence. Ces migrants âgés contraints au célibat par l'exil sont liés à une solitude enracinée dans la précarité. Le migrant ne cesse d'être menacé : la maladie, l'accident de travail, le chômage, le rejet quotidien empêchent de construire l'équilibre nécessaire à une existence stable et intégrée. Ces facteurs contribuent à rendre les personnes concernées plus fragiles devant le risque sanitaire, suscitant des comportements d'auto dévalorisation et le développement de sentiments d'inutilité sociale et d'insécurité.

→ Conditions et hygiène de vie : détérioration de l'état de santé

Des conditions de vie qui peuvent dégrader l'état de santé des personnes âgées : une mauvaise hygiène, nuisance sonore, logement non adapté pour des personnes âgées (pas d'ascenseur). Il est souvent dit que les personnes âgées ne veulent pas quitter le foyer mais certaines souhaitent accéder à des logements privés et ont fait des demandes à la Mairie sans avoir de réponse alors qu'elles sont dans des conditions de vie délétère à leur santé et non adaptées pour leur âge.

La représentation du corps dans la culture maghrébine ou africaine et dans la religion musulmane montre que soigner son corps, c'est respecter tout en honorant le divin. Le musulman doit respecter différentes règles religieuses d'hygiène (ablutions, pudeur...).

« J'ai un logement tout seul avec la douche les toilettes c'est propre, mais on a une cuisine collective » (Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien).

« Mon logement est toujours propre c'est important l'hygiène pour la santé » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

→ Santé et travail

Ne pas travailler induit une négation de la personne immigrée, qui ne se sent plus valorisée par le travail :

« La santé par rapport au travail ce n'est pas la question, c'est la question de comment on est arrivé, au début on est venu parce qu'on n'avait pas le choix et le travail qu'on faisait c'était trop dur surtout dans le bâtiment. Mais jamais je n'étais malade dans le bâtiment, mais dans l'usine de chewing-gum c'est là avec les produits qu'on respire c'était dur !! » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité, Marocain).

« Quand je suis venue en France je ne pouvais pas travailler, car même me lever c'était pratiquement impossible » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

« Peut-être que ça a eu des conséquences sur ma santé. » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

2- Logement : Conditions de vie et habitat

Il y a une corrélation entre l'état de santé et les conditions de logement. Le cas des résidents de foyers apporte la preuve de l'importance d'un logement décent pour permettre l'accès du personnel d'aide à domicile. Les nuisances sonores des voisins, les conditions d'hygiène, le cloisonnement dans une chambre font que certaines personnes âgées voient leur santé se dégrader. De plus, elles ont le sentiment que leurs demandes ne sont, parfois, pas prises en considération par les institutions. Des conditions difficiles auxquelles les personnes âgées immigrées doivent faire face dans leur vie quotidienne :

« Il y a trop de bruit les gens dorment la journée, car ils ne travaillent pas, mais la nuit ils font du bruit au 9e étage, à 8h du soir ils commencent à faire du bruit dans la cuisine et ils font du bruit avec la porte jusqu'à 10h du matin. Je ne peux pas dormir et ça fait que ma santé n'est pas bien. J'ai réclamé à la direction, mais ils s'en foutent ! » (Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien).

« Vous savez les conditions de vie ici sont très difficiles, mon fils ne peut ne pas venir me voir, ici je ne suis pas à l'aise vous savez ici c'est un foyer. On ne peut pas demander à quelqu'un d'aller décrocher la lune. Je

souffre sérieusement, je souffre énormément surtout que mon voisin qui est au 9e je ne sais pas, lui il a un truc qu'il pulvérise et je commence à saigner du nez. Une fois c'est l'eau qui coulait je suis allée voir la dame, mais ils n'ont rien fait. Je souffre beaucoup je peux passer une nuit entière sans dormir à cause du bruit, le matin très tôt parfois à 3h du matin. Ce bruit là ils le font exprès pour que je parte. J'en ai parlé à la responsable de la résidence, mais elle me dit souvent qu'elle leur a dit et ce qu'elle m'a proposé c'est de quitter la chambre et moi je ne veux pas, car là où je vais aller je ne sais pas qui je vais rencontrer ! Elle sait très bien que je suis malade ! Maintenant j'ai compris que ces gens me harcèlent pour que je quitte la chambre tellement elle est grande, mais c'est mon assistante sociale quand j'étais à Paris qui est venue chercher la chambre ici ! Pourquoi je vais la quitter, pour aller où ? Est-ce qu'elle est sûre que là où j'irai je n'aurais pas de problème ! » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

3- Lien avec l'institution et démarches administratives

a- Difficultés dans les démarches administratives / institutionnelles

L'immigré a tendance à se présenter aux institutions comme un assisté, voir comme une victime. Il y a une méfiance mutuelle, d'un côté l'utilisateur et de l'autre l'institution. Elle révèle leurs différents rapports au corps. Par exemple, la sécurité sociale comprend le corps dans sa dimension fonctionnelle (dédommagement) alors que l'immigré le vit dans une dimension sociale d'intégration.

« Quand j'ai des papiers à remplir comme là pour les impôts, je donne à Abdel » (Monsieur T. 71 ans, Malien).

« Depuis 2005 j'ai fait une demande de logement, il faut envoyer encore et encore des lettres. Et vendredi je suis descendu à la mairie, mais elle me dit qu'il n'y a rien à faire alors je me suis disputé avec elle » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité algérien).

« Maintenant quand j'ai un problème je ne demande plus rien, car de toute façon ça ne change rien, la responsable du foyer ne fait rien alors qu'elle connaît très bien ma situation, mais elle propose juste de déménager dans un autre appartement » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

« Quand il y a trop de démarche comme ça on abandonne même si on sait qu'on a le droit » (Monsieur K. 65 ans, Malien).

Les démarches administratives longues poussent certains à perdre espoir d'accéder à leurs droits.

b- Solidarité publique

Les personnes migrantes âgées ne demandent pas de l'aide, mais la reconnaissance de leurs droits, comme stipulés dans le droit français.

« Non je ne demande pas de l'aide j'aime bien me débrouiller tout seul » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité, Marocain).

« J'ai vu mon assistante sociale elle m'a conseillé d'attendre un peu et elle va voir pour le logement. » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

« J'ai une carte de handicapé, mais pour le moment je ne touche rien par rapport à ça, j'ai un rendez-vous à la CAF, mais je ne sais pas ce qu'il va me dire. Aussi une femme de la COTOREP m'a dit peut être on va vous aider avec une femme de ménage. J'ai fait la demande à la mairie pour qu'il me donne un F2 ou un F3 je n'ai pas eu de réponse pour le moment j'attends toujours. » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

c- Sentiment d'inégalité

Entamer une démarche administrative nécessite de s'adresser à une institution parmi la diversité proposée dans l'environnement direct de la personne. Un effet de disparité géographique observable dans la distribution des structures entraîne souvent le non-recours et la personne âgée n'accède pas à ces droits.

« Ça fait depuis longtemps que je demande un logement pour les autres ils donnent, mais pas pour moi alors que je suis vieux » (Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien).

4- Lien social

a- Vie et lien familial

Souvent les personnes gardent un contact régulier avec la famille restée au pays comme seul fil qui permet de « rester debout ».

« J'ai cinq filles et trois qui sont en France et ma femme s'est remariée au bled. Mais il ne vient pas ici » (Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien).

« Je n'ai pas de famille ici je suis tout seul. J'ai une fille au bled qui a 22 ans qui est à l'université cette année elle va passer le DEUG et j'ai une petite fille de 4 ans qui est issue d'un deuxième mariage » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité, Marocain)

« Je n'ai personne pour m'aider j'ai une fille ici, mais elle est loin elle habite dans le 77, ça fait trois mois que je ne suis pas allée. Elle a des enfants, elle ne peut pas venir au foyer me rendre visite. Sinon, toute ma famille est là-bas, j'ai des enfants qui ont une épicerie là-bas. Je téléphone presque tous les jours. » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien)

b- Lien social dans la résidence

La solitude n'est pas absolue. Ces hommes disent trouver dans les foyers la chaleur, le partage surtout dans les foyers à majorité malienne où existe une solidarité intergénérationnelle. Il ressort pourtant des entretiens et des travaux publiés sur cette question que vieillir en exil, c'est vieillir dans une société où, contrairement aux sociétés d'origine, l'expérience sociale et le vécu du « vieux » ne font l'objet d'aucun respect particulier et ne sont ni reconnus, ni valorisés socialement.

« Je n'ai pas de copain, j'en avais un, mais il est parti. Je ne parle pas beaucoup avec les gens ici. En plus, je ne veux pas c'est mon caractère même quand je vais au bled c'est pareil je reste dans mon coin » (Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien).

« Quand il fait beau on sort et on voit les gens on discute comme ça. Mais dans les appartements il n'y a pas beaucoup de personnes âgées. » (Monsieur A. âgé de 70 ans, retraité, Marocain).

« Maintenant les gens sont trop personnels chacun pour soi, je pense que c'est à cause du travail, car avant il y avait une bonne ambiance, on vivait bien, on mangeait tous le couscous. Maintenant chacun s'enferme et reste dans son appartement. Au contraire avec la crise chacun pour soi » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité, Marocain).

« Ici c'est chacun pour soi, il y en a qui me console il faut dire la vérité, mais le foyer c'est comme cela c'est comme ceci. Quand moi j'étais à Paris nous étions sept femmes chacune avait sa chambre et quand on ne voyait pas l'autre le matin on cherchait à savoir ce qui n'allait pas. Ici ce n'est pas comme ça c'est chacun pour soi et Dieu pour tous. Il y a un monsieur qui est mort là dernièrement, il est resté deux ans dans l'appartement et c'est les odeurs qui ont prouvé qu'il y avait quelqu'un de mort, c'était une personne âgée. » (Madame L. âgée de 60 ans sans emploi, Camerounaise)

« Des fois, on discute, des fois non ça dépend des fois, on s'amuse on joue aux dominos. » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

« Il y a beaucoup de Maliens, on est entre nous et on est entouré » (Monsieur K. 65 ans, retraité, Malien).

c- Solidarité privée

La stratification sociale chez les Soninkés fait que dans le clan des marabouts quand il y a un problème ceux du clan traditionnel peuvent subvenir au besoin d'une personne. C'est moins le cas aujourd'hui, mais ils peuvent consulter le chef du village pour solliciter une aide.

« Chez les Maliens les vieux sont respectés et les jeunes nous aident pour les courses, pour nous faire à manger. J'ai une petite retraite et mes charges sont assez élevées, je dois subvenir aux besoins de la famille au pays donc je fais appel à ma famille ici quand j'ai besoin d'aide. » (Monsieur K. 65 ans, retraité, Malien).

« C'est les autres résidents c'est les jeunes qui me font la cuisine. Quand je ne recevais pas la retraite, c'était les jeunes qui me prenaient en charge » (Monsieur S. âgé de 68 ans, retraité, Malien) ; le traducteur ajoute : *« Il y a une solidarité intergénérationnelle. Les gens se regroupent ici par affinité, et parce qu'ils sont tous ressortissants d'un même village »*

Aussi une solidarité inverse, avec des revenus amputés par les mandats envoyés à la famille restée au pays. Si les revenus des résidents âgés des foyers ne semblent pas suffire à justifier le renoncement aux soins, le transfert d'une somme conséquente (environ un quart des revenus), chaque mois, à la famille restée au pays, permet néanmoins de comprendre la contrainte budgétaire qui pèse sur ces anciens travailleurs. Il faut en effet rappeler le caractère central de la question des ressources pour la population immigrée isolée dont une partie de la famille est restée au pays : il est nécessaire non seulement de pouvoir se nourrir, se loger ici, mais aussi d'envoyer de l'argent au pays pour faire vivre la famille. Plus symboliquement, on peut considérer l'argent envoyé comme une forme de « rançon de l'exil, la raison de l'immigration et sa justification ».

« Parfois j'ai des dettes locatives, mais qu'est-ce que vous voulez si je n'envoie pas d'argent qui est-ce qui va les nourrir ! » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien)

5 - L'avenir

a- Des allers-retours entre la France et le pays d'origine

Les allers-retours qu'ils effectuent font qu'ils ne sont reconnus être chez eux, dans leurs pays d'origine, qu'à titre provisoire.

« Je vais là-bas je reste 3 mois et je reviens, mais c'est mieux de rester là-bas je vivrais bien avec 900 euros. Ca fait beaucoup en Algérie maintenant c'est développé » (Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien).

« Quand je suis en bonne santé, je rentre 3 ou 4 fois dans l'année. Mais là pendant 6 mois je n'ai pas pu partir à cause de mes problèmes de santé. » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

b- Un retour impossible

La grande majorité avant l'âge de la retraite, disent vouloir rentrer définitivement au pays au moment de la retraite. Or, pour des raisons liées aux problèmes de santé (performance du système de soins, remboursement des frais de santé) et à la perte de la pension retraite en cas d'une absence de plus de 6 mois, les personnes âgées immigrées se sentent contraintes de rester en France, pays où ils manquent de repères...

« Je ne veux pas pour l'instant, car j'ai la pension de retraite qui m'empêche, et aussi mes enfants alors que j'ai une maison là-bas je n'aurais pas à payer de loyer. Mais là inchallah je vais y aller » (Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité, Algérien).

« Je compte retourner au pays inchallah parce que les loyers c'est trop cher, là-bas j'ai une maison donc j'espère inchallah y retourner à la fin de l'année. Aussi ils ont décidé pour les gens qui vont quitter la France définitivement il va donner la sécurité sociale de France transférer au Maroc » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité, Marocain).

« Tous mes enfants sont ici j'ai plus rien à faire au Cameroun » (Madame L. âgée de 60 ans, sans emploi, Camerounaise).

« Oui je voudrais bien retourner au pays c'est juste ma santé qui m'empêche de retourner. Ici il faut faire à manger, les affaires à laver il y a tout à faire » (Monsieur H. âgé de 65 ans, retraité, Algérien).

Un retour impossible par peur de perdre les avantages sociaux et sanitaires dans un environnement perçu comme rassurant. Retour impossible tant qu'ils ne peuvent pas bénéficier de ces mêmes avantages dans les pays d'origine. Et enfin, retour impossible en raison des contraintes administratives liées à l'obligation de présence sur le territoire national pour bénéficier de certains droits.

B- Entretiens avec des professionnels

Pour étayer l'analyse d'enquête, des entretiens semi-directifs avec des professionnels médico-sociaux ont été réalisés afin de mieux comprendre le phénomène du non-recours aux soins, le rapport à l'institution, et la spécificité de la population âgée immigrée. Ces entretiens ont été préparés par Meryem Safwate, coordinatrice du Département Actions de Terrain et réalisés par Manuelle Bornibus, socio-anthropologue et Fatima Akkouche, stagiaire à Migrations Santé.

1- Entretien avec un médecin, le Docteur Bouchou¹⁴⁰

Selon le Dr Bouchou, les conséquences des spécificités de conditions de vie et de travail des migrants sur leur état de santé après 55 ans dépendent de plusieurs facteurs.

« Cela dépend beaucoup du type de population. Les conditions de vie et leurs répercussions sur l'état de santé sont différentes s'il s'agit de migrants qui ont effectivement une double résidence (en France et au

¹⁴⁰ Médecin interniste à Saint Chamond (Loire)

pays d'origine) et ceux qui n'ont pas de famille ni de logement propre en France (résidents dans des foyers). »

Ceci est encore plus net entre les migrants, parents et grands-parents d'enfants et petits-enfants vivant en France et ceux dont la famille, est restée dans le pays d'origine. Sauf exception, c'est dans cette dernière population que nous avons pu voir différentes formes de détresse au cours des entretiens.

Concernant la question de la citoyenneté française, les enfants et petits enfants d'immigrés grandissant en France sont amenés à considérer ce pays non plus comme un « pays d'accueil », mais comme celui où vivent et vivront leur descendance. Portés par ce projet à long terme, certains ont choisi la naturalisation. Ayant évoqué brièvement cette question du rapport à la citoyenneté française, le docteur Bouchon soulève que :

« Même ceux qui ont la citoyenneté française se trouvent être «fliqués» par la CAF. »

Il cite un cas où la CAF a demandé la restitution de sommes perçues parce qu'une personne a passé plus de 6 mois au Maghreb. Selon le Docteur Bouchou, ce traitement est perçu comme inégalitaire, à juste titre, puisque les citoyens français « de souche » qui ont les moyens de passer plus de six mois par an dans une résidence au Maroc ou ailleurs ne se privent pas de le faire et ne sont pas inquiétés pour autant. Le docteur Bouchou signale deux conséquences néfastes pour la santé de ses patients victimes de ce traitement inégalitaire.

Premièrement, un impact psychologique lourd. Les personnes se sentent à la fois humiliées par cette limitation à leur liberté qui ne s'explique que par leur origine étrangère puisqu'elles sont de nationalité française et harcelées par un système de contrôle omniprésent et infantilisant.

Deuxièmement, un impact sur le choix des traitements de leur maladie et soins de santé que celle-ci nécessite. En effet, dans certains cas de figure liés à des situations familiales particulières (question d'héritage qui ne peut se régler que lors d'un séjour ou de plusieurs séjours dépassant six mois par exemple, ou encore, accompagnement d'un parent souffrant), le patient peut choisir de perdre ses allocations pour répondre à des exigences nécessitant sa présence au pays d'origine. Auquel cas, il ne trouvera pas là-bas les traitements dont il a besoin et n'aura ni les moyens, ni la possibilité de les acheter en France pour continuer ses traitements durant son séjour au pays d'origine.

Par ailleurs, selon le médecin, la forte proportion de cas de diabète dans notre enquête s'explique par notre échantillon d'étude composé en majorité de personnes originaires du Maghreb.

« Des études ont montré une prédisposition génétique au diabète parmi les populations du Maghreb et du Moyen-Orient. Le mode de vie

moderne implique une alimentation trop grasse comprenant trop de féculents. Le stress est un phénomène aggravant en cas de diabète. Ces trois causes cumulent leurs effets et expliquent l'importance de la proportion de diabétiques parmi les personnes qui ont répondu au questionnaire. »

Sinon les problèmes spécifiques à la population des anciens résidents des foyers seraient les suivants :

- Le problème du relâchement des liens familiaux, la symbolique du Père en l'absence physique de celui-ci a été peu à peu remplacée par la symbolique de la Ressource. Autrement dit, le père structurant et référent quant aux liens sociaux est devenu un « père portefeuille ». Lorsque le migrant retourne au pays pour des durées trop courtes, il est durement confronté à la dégradation de sa position symbolique au sein de la famille.
- Le vécu, du moins celui que les personnes âgées ont dû assumer loin des leurs, est en France, mais qu'elles soient au chômage ou à la retraite, en l'absence de liens avec leurs camarades et les membres de leur famille, leur vie se réduit à la solitude et à la détresse. Pas de personnes ressources pour entendre leurs souffrances, psychique et physique.
- Le Dr Bouchou constate et regrette le manque de médiateurs qui puissent faire le lien entre ces personnes vieillissantes et les services hospitaliers. En effet, ces personnes se sentant abandonnés ne trouvent plus de motivation pour réagir et ne font plus attention à leur santé. Ce serait une des raisons pour laquelle ils arrivent à l'hôpital « moribond » dans un tel état qu'il n'y a plus d'espoir pour eux d'en ressortir vivant.
- Il précise que ces situations extrêmes sont d'autant plus inacceptables qu'elles sont dues le plus souvent au fait que les patients disposant de très faibles revenus ont dû faire le choix de se nourrir plutôt que celui d'entamer les processus de diagnostic et de soins relatifs aux maladies qui ne sont pas prises en charge à cent pour cent. Il insiste sur le manque de personnes relais pour expliquer les ordonnances, soutenir et accompagner les malades dans l'observance des traitements. Il souligne à ce propos combien il est injustifié et même inconvenant qu'il soit parfois reproché à cette population de migrants vieillissants privés d'accès aux soins pour les raisons qu'il vient d'expliquer, de rester en France pour « profiter du système de santé ».

Concernant l'évolution ou la régression des maladies graves liées aux conditions de vie telle que la tuberculose, le docteur Bouchou nous explique :

« Il n'y a pratiquement plus de cas de tuberculose en France parmi cette population, par contre, il note un net développement des maladies psychosomatiques et beaucoup de pathologies de la dénutrition, entre

autres, des problèmes dentaires et une aggravation des maladies cardiovasculaires. »

Les sujets âgés souffrent en silence puisque les souffrances de la vieillesse sont vécues comme une fatalité. Cette attitude liée à l'âge vient contredire le syndrome méditerranéen qui veut que pour une même maladie un patient méditerranéen exprime plus de souffrance qu'un autre. Le silence des vieux migrants concernant leurs symptômes est contre-productif au niveau des soins, car l'expression de la souffrance et la description des symptômes sont le préalable à la mise en place d'un processus de diagnostic, lui-même préalable à la mise en route de soins et traitement.

2- Entretien avec un anthropologue, le professeur Jacques Barou¹⁴¹

Jacques Barou rappelle tout d'abord la tradition de militantisme et de solidarité de Grenoble vis-à-vis des migrants. Il évoque les enquêtes qui ont été faites sur la santé des migrants âgés. Celle de 2000, financée par la Sonacotra souligne les difficultés relationnelles entre les pères qui ont émigré en France et leurs enfants, restés en Algérie. Certains pères ont pu aider leurs enfants à réussir leur vie, en Algérie ou en France même, quand les adolescents ont pu y faire leurs études. Ces derniers éprouvent beaucoup de gratitude envers leurs pères et ont conscience des sacrifices qu'ils ont faits pour leur réussite.

Certains adolescents algériens sont volontiers venus en France dans l'intention de soutenir leur père vieillissant et malade. Mais le décalage social et culturel a souvent été la cause de difficultés relationnelles insurmontables. Cet échec final dans la relation père-fils est très douloureux pour l'un comme pour l'autre.

Il évoque également, le problème des pères absents du foyer qui ne peuvent retrouver leur place et leur fonction durant les trop courts moments où ils sont de retour dans leur famille. Prenant alors conscience qu'ils n'existent plus pour les leurs que comme pourvoyeurs d'argent. Ils sont devenus « des pères portefeuilles », un constat également douloureux.

Aussi une enquête de 2007, commanditée par le ministère des Affaires sociales démontre que moins de 2% d'Algériens à la retraite émettent le désir de rentrer au pays à cause des problèmes de santé. Ceux-ci sont dus pour une grande part aux mauvaises conditions de travail (problèmes de surdité, de tassement de vertèbres...) de vie (habitat plus ou moins salubre, mauvaise alimentation) qui occasionnent des maladies du système digestif, etc.). Et d'autre part, Il y a une méfiance vis-à-vis de l'hôpital algérien.

¹⁴¹ Anthropologue, chargé de recherche au CNRS (PACTE/IEP de Grenoble), il enseigne à l'Institut d'études politiques de Grenoble et à l'université Lyon 2.

Ces dernières années Jacques Barrou fait des recherches très spécifiques sur la population des pays d'Afrique de l'Ouest atteinte du SIDA, mais il reste néanmoins préoccupé par le sujet de cette enquête, ce pour quoi il nous a accordé cet entretien et fait part de ses préconisations : Il faudrait multiplier les initiatives qui visent à développer les liens sociaux et la solidarité, qui permettent d'accéder à une vie sociale valorisante. Il pense que les cafés sociaux devraient se multiplier, car il est essentiel pour les vieux migrants d'avoir facilement accès à des lieux de rencontres et de convivialité.

3- Entretien avec un acteur associatif, M. Boualam Azahoum ¹⁴²

Cet entretien a porté principalement sur l'évolution des foyers, anciennement SONACOTRA, puis Adoma, et ARALIS et ses conséquences sur les conditions de vie des Chibanis.

Au préalable, Monsieur Boualam Azahoum précise que les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) ne sont pas accessibles aux Chibanis, il leur faudrait pour y bénéficier une allocation du Conseil général et il n'est pas certains qu'ils s'y trouvent bien.

Les anciens foyers SONACOTRA employaient des animateurs qui maintenaient un minimum de vie sociale et culturelle au sein des foyers. Cette compétence n'existe plus dans les foyers Adoma. Ces derniers ont changé de statut, ils hébergent désormais des étudiants, des réfugiés, des familles. Une partie de ces foyers est gérée par « Forum Réfugiés ». Si cette association est compétente pour l'accompagnement des réfugiés, cela se fait malheureusement au détriment du suivi médical et social des Chibanis. Ces derniers sont environ 1600 à avoir plus de 70 ans et à vivre dans les résidences Adoma de la région Rhône Alpes, mais ils sont devenus minoritaires dans ces résidences. Ceci a pour conséquences qu'ils n'ont plus la possibilité d'établir de manière consensuelle un mode de vie qui leur convient dans leur lieu d'habitation. Ils doivent supporter la gêne occasionnée par la présence de familles, de jeunes, d'étudiants. Or les personnes âgées ont besoin de calme, de voir respecter leur rythme spécifique et leurs habitudes de vie. Par ailleurs, ce besoin élémentaire n'est plus respecté en raison du renouvellement de la population accueillie dans les résidences autrefois réservées aux travailleurs étrangers et ce au-delà de leur passage à la retraite. Les désagréments occasionnés viennent aggraver le sentiment humiliant de ne pouvoir jouir du statut respectable de vieillard après toute une vie de travail et de sacrifices.

Par contre, une politique de réfection et même de reconstruction des résidences a été entreprise en Région Rhône-Alpes. L'architecture intérieure

¹⁴² Membre de l'association El Ghorba à Lyon (Rhône), militant du collectif « Justice et dignité pour les Chibani-a-s »

et extérieure a été entièrement renouvelée et ces nouveaux foyers sont apparemment beaucoup plus agréables à vivre comme la nouvelle résidence de Saint-Fons et d'autres... etc. Mais ce nouveau statut et cette nouvelle gestion pensés uniquement en terme de rapport : espace locatif-bénéfice financier, a une conséquence néfaste qui a elle-même des effets négatifs. Lorsque les Chibanis partaient au pays, leur chambre était gardée en l'état. La pratique de cette tolérance qui a été générale est maintenant remise en cause, du moins ne dépend-elle plus que du bon vouloir du directeur. Vu la demande pressante d'hébergement d'urgence d'une part, et la politique de rentabilité des nouveaux gestionnaires des résidences d'autre part, il n'est plus rare qu'un contrôle ait lieu lors de l'absence d'un résident, absence due à un séjour prolongé au pays. Au retour son allocation logement est supprimée. Ceci entraîne une précarisation des Chibanis, qui sans cette allocation sont voués à rechercher un logement à très bas prix, et peuvent ainsi se retrouver dans un logement exigu, insalubre ou dans un quartier où ils n'ont aucun lien social. Lorsque ces vieillards se retrouvent ainsi dans un habitat diffus, il devient encore plus difficile de les aider dans l'accès aux droits et aux soins dont ils ont besoin.

Monsieur Boualam Azahoum pense que l'on est en train de passer du mythe du retour au mythe de l'aller et retour, car celui-ci devient de plus en plus difficile. Il précise que les tracasseries administratives, parfois lourdes de conséquences, subies par les migrants âgés sont d'autant plus humiliantes pour eux qu'ils savent que de nombreux retraités français qui en ont les moyens passent volontiers les mois d'hiver dans un pays du Maghreb (le Maroc par exemple) sans que l'État ne leur supprime aucun droit ni allocation.

4- Entretien avec un travailleur social

L'entretien a été effectué avec un assistant social de l'association Habinser qui intervient auprès du foyer de travailleurs migrants Adoma de l'Haÿ-les-Roses (Val de Marne).

L'association Habinser a pour mission l'accompagnement pour le relogement. Elle est mandatée par le Conseil général du Val-de-Marne pour le suivi de 30 situations.

Il ressort à travers cet entretien, que les personnes âgées immigrées n'ont pas l'impression d'être dans un logement temporaire. Le rôle de l'assistant social est de faire en sorte que chaque résident ait un dossier de demande de logement auprès de la mairie. L'objectif étant l'accompagnement social des personnes en besoin de logement dans le cadre de l'accès prioritaire au droit au logement (loi DALO). Il est rare qu'il y ait un relogement de la part de la municipalité.

Les missions du travailleur social sont les suivantes :

« On intervient, par exemple dans le cadre de la loi DALO. Du fait de leur résidence en logement temporaire depuis 18 mois, ils sont prioritaires. C'est important de leur faire le dossier sinon les personnes ne sont pas relogées. C'est une démarche incontournable pour sortir de la résidence. Mais ça marche je suis agréablement surpris que l'État reconnaisse ces personnes prioritaires. Mais on est amené à prendre en charge les personnes en dette locative. J'ai un rôle de médiateur pour les aider à faire valoir leur droit. Nous, on est sur place on est facilement sollicité par les personnes. »

Il y a une permanence concernant l'accès au logement tous les 15 jours, et l'assistant social est présent en semaine pour recevoir les cas prioritaires en entretien individuel.

Dans les foyers Adoma, anciennement foyer SONACOTRA, avec l'arrivée des primo-arrivants, il y a deux générations qui se retrouvent sous le même toit. Concernant l'adaptation partielle des foyers de travailleurs migrants :

« Déjà il y a eu pas mal de changement dans le foyer Adoma avec des ascenseurs pour les populations à mobilité réduite, mais après est-ce qu'il y a une réflexion pour ces populations là, ça je ne sais pas. Adoma anciennement SONACOTRA accueillait de façon historique les travailleurs migrants depuis des années et des années ; et depuis quelques années il y a toute une opération de réhabilitation de ces anciens foyers en résidence sociale, ce qui a amené, justement, une population nouvelle ».

Le travailleur social soulève les différentes problématiques que nous avons déjà soulignées à savoir, l'aller-retour au pays d'origine dû aux retraites et à un accès aux soins de qualité.

Les personnes âgées restent un soutien pour leurs familles. Certains cumulent des dettes locatives plus ou moins importantes, négligent les soins...

« Les plus anciens n'ont jamais eu la volonté de se fixer particulièrement en France, ils sont toujours ici dans le pays d'accueil où ils ont travaillé. Ils perçoivent leurs retraites ou sont toujours en activité professionnelle et restent ici aussi comme soutien de famille... Beaucoup ont des retraites qui sont de l'ordre du minimum vieillesse, de 600 à 700 euros par mois car souvent ils ont eu des activités professionnelles pas suivies. Le vieillissement des résidents est un sujet de préoccupation dans la résidence et je pense que ce n'est pas pour rien qu'il y a l'association Migrations Santé qui intervient ici et qui est en contact avec les personnes âgées ».

Les personnes mises sous tutelle ont du mal au départ à faire confiance et il est difficile d'intervenir dans le budget d'une personne puisque c'est quelque chose qui relève de l'intime. Il faut savoir rester neutre et ne pas porter de jugement sur les priorités qui sont différentes des nôtres.

« La communication n'est pas très fluide, pas seulement par rapport à la langue. C'est un monsieur qui s'exprime très difficilement, il a un problème d'élocution et peut avoir tendance à s'éparpiller un peu dans tous les sens et moi je suis obligé de recadrer. Je suis déjà allé dans son appartement prétextant chercher des papiers pour voir ses conditions de vie ».

Certaines personnes s'expriment comme ayant droit et ont du mal à comprendre lorsque leur demande est refusée. Tandis que celui qui se perçoit comme assisté est le plus souvent dans l'acceptation.

« Ce résident s'identifie plus comme ayant droit, il revendique certains droits après il va parfois de lui-même par exemple solliciter l'assurance retraite pour demander pourquoi je n'ai pas ceci pourquoi je n'ai pas cela. Après généralement ils reviennent me voir, car ils n'ont pas bien compris ou bien ils ont été envoyés un peu ailleurs. Donc moi généralement je rappelle derrière au téléphone pour voir un petit peu ce qu'ils n'ont pas compris »

Les maisons de retraite selon l'assistant social ne sont pas adaptées à leurs modes de vie, et ils refusent de vivre en établissement spécialisé.

« Comme la plupart de ces compatriotes ici c'est quelque chose qui va être très difficilement envisageable. C'est en gros signer leur arrêt de mort que de les envoyer en maison de retraite parce que ce n'est pas du tout adapté à leur histoire, à leur parcours et leurs vécus en France, ils s'y refusent totalement. Les foyers de travailleurs migrants c'est ce qu'ils ont connu depuis leur arrivée en France ça convient même s'ils sont isolés ils se retrouvent avec des personnes de la même origine. Mais dans beaucoup de foyers, les regroupements vont se faire par nationalité, j'imagine. Le foyer c'est peut être une solution faute d'autre chose, ça concerne une soixantaine de personnes qui ont de 70 à 80 ans et pour tout ce qui relève des tâches de la vie quotidienne ça va être très compliqué »

Le travailleur social pointe la difficulté à leur expliquer ce qui relève ou non du droit des immigrés. Il est souvent sollicité pour des demandes de mutuelle, ou de dossier APL (Aide Personnalisée au Logement).

Malgré tout, les personnes âgées migrantes restent autonomes dans les tâches de la vie quotidienne :

« Même les personnes en perte d'autonomie malgré tout vont rester autonomes. Le monsieur dont je parle arrive à se maintenir dans son lieu

de vie, dans son petit studio il se fait à manger. Mais pour ces gens de la même génération se posera la question de la dépendance et de ce qu'on fait de ces petits vieux de manière très affective. La crainte que je partage avec ma collègue c'est qu'on va les laisser disparaître petit à petit »

Concernant l'accès à une couverture médicale le constat part d'un exemple concret d'une personne âgée qui réside dans le foyer :

« C'est un monsieur qui n'a pas du tout de mutuelle complémentaire, il a des problèmes de santé, mais il passe beaucoup par le 100% pour sa pathologie et pour plein de trucs liés à cette pathologie-là. Mais par contre il n'a rien qui va couvrir d'autres problèmes de santé. »

Selon lui, le projet de soins à domicile n'a pas fonctionné, car cela relève de la sphère du privé, mais cela va devenir nécessaire vu le vieillissement des personnes âgées en foyer.

« On a parlé par exemple pour un résident de la question du portage de repas pour permettre une alimentation plus équilibrée. Par exemple, pour ce résident mes prédécesseurs avaient essayé de mettre en place une aide à domicile pour l'aider dans son quotidien, mais ça n'avait pas du tout marché car c'est faire rentrer en l'occurrence une dame dans son domicile, dans son cercle qui est très intime, c'est très compliqué. Même pour d'autres personnes âgées, j'imagine que c'est compliqué, mais après c'est une analyse trop rapide de dire que c'est à cause de représentations culturelles, mais ça va devenir nécessaire et il faudra creuser le problème. »

Les allers-retours des personnes âgées migrantes s'expriment de la façon suivante selon l'assistant social :

« Le fait de rester en France fait qu'ils ont un rôle, c'est-à-dire qu'ils touchent une retraite en France ils peuvent encore envoyer de l'argent comme quand ils travaillaient. Pourquoi retourner au pays où finalement ils ont été absents la moitié de leur vie et où peut-être ils n'auront pas une place s'ils y restent. Beaucoup pensent aussi à l'après : est-ce qu'on décède au pays où est-ce qu'on décède ici ? Est-ce que c'est préparé ? »

5- Entretien avec le responsable d'une résidence sociale¹⁴³

Selon le responsable du foyer Adoma de l'Haÿ-les-Roses, le vieillissement des personnes résidentes va devenir problématique dans les années à venir.

¹⁴³ Entretien avec le responsable du foyer de travailleurs migrants Adoma à l'Haÿ-les-Roses (Val de Marne).

« C'est une question qui est soulevée depuis un moment ; voilà à Adoma, c'est un problème qui allait forcément se poser puisque des travailleurs sont arrivés dans les années 1940, 1950. À l'époque leurs présences étaient censées être temporaires, c'est des choses qu'on n'a pas appréhendées. Du coup, ce public reste là forcément. Ils sont présents depuis 30 ou 40 ans. Adoma et plus largement tous les bailleurs sont en réflexion. La problématique est la suivante : comment faire en sorte qu'ils soient dans un cadre qui prend en compte leur perte d'autonomie ? Mais dans un même temps, on n'a pas vocation à devenir une maison de retraite ou une structure médicalisée. On doit trouver le juste milieu, pour l'instant ce n'est pas fait. Mais déjà de faire appel à des associations notamment comme Migrations Santé, ça permet de voir ce qui peut être mis en place, comment les suivre, essayer d'ouvrir leurs droits, quel sont les dispositifs de droit commun qui pourraient être mis en place comme les aides à domicile. »

Les foyers de travailleurs migrants sont réhabilités sans prendre en compte l'aménagement adapté aux personnes vieillissantes résidant dans ces lieux d'habitation.

« La résidence a été réhabilitée en 2003, avant c'était un ancien foyer de travailleurs migrants. Donc du coup dans la résidence on a deux types de population, celle des travailleurs migrants, qui était là avant 2003 et qui eux ont la possibilité s'ils le souhaitent de rester autant qu'ils le veulent. Et ceux qui sont arrivés après 2004, c'est à vocation temporaire ici, donc ils sont soumis au régime de la résidence sociale. Du coup, il n'y a plus comme auparavant des unités de vie commune, il n'y a que des logements autonomes et ça créé un cloisonnement qui fait qu'il y a certaines choses qui sont plus difficiles à mettre en place. »

Non seulement l'idée de placement dans un établissement spécialisé n'est pas envisageable pour des raisons d'humilité, mais aussi pour des raisons d'habitude au lieu de vie.

« Il n'y a pas de demande de placement en hébergement spécialisé, c'est vraiment lié à Sonacotra et Adoma aujourd'hui, c'est leur histoire. Aussi, le déni parce que parfois ils ont du mal à accepter qu'ils sont en perte d'autonomie. Même parfois, plus que la France c'est le foyer, la résidence leur repère, et dès que vous parlez de maison de retraite à l'un d'entre eux vous ne lui en parlez pas deux fois ! Après, l'idéal serait d'adapter le logement. La problématique est qu'on n'a pas vocation à le faire ; si l'Etat ou la collectivité nous donne les moyens oui ! Personne ne se voile la face, on est dans le tâtonnement alors qu'on est en plein dedans, moi j'ai des gens qui sont nés en 1932 et qui commencent vraiment à perdre de leur autonomie. Il y a certaines personnes qui retournent au pays mais on ne va pas pouvoir se baser sur ça. »

Concernant les actions de prévention, selon le responsable, pour qu'elles fonctionnent il faut informer en amont et prolonger en aval l'action.

« Juste les informer en leur mettant un prospectus ça n'a pas grand intérêt, mais si on a une information réelle avec un traducteur s'il le faut, une action bien ciblée là oui ! Mais une information générale avec un prospectus, autant ne rien faire. Quand on prend le temps de passer l'information, qu'on essaie de la relayer et qu'elle est suivie non seulement le jour de l'action, mais qu'on suit avant ou après bah ça va, ils comprennent. Par exemple pour le dépistage des maladies rénales que Migrations Santé a organisé ici avec le Rénif, on s'y était pris bien en avance. On a pu les sensibiliser sur le cholestérol, le diabète, donc avant l'action ils savaient de quoi il s'agissait. Ils posaient des questions au médecin et après il y a eu un suivi pour ceux présentant des symptômes alarmants. On les a suivis et ils ont pu en parler à leur médecin. »

Concernant la perception des résidents des institutions publiques, le responsable de la résidence la décrit de la manière suivante :

« Je ne peux pas vous dire comment les personnes âgées immigrées perçoivent les institutions, car je ne peux pas parler à leur place, mais je peux vous dire comment j'ai l'impression qu'elles voient les institutions. J'ai l'impression que ces personnes voient les institutions comme une énorme machine, un mur dans lequel elles reçoivent des courriers et elles ont l'impression de se dépatouiller contre et que c'est des machines qui mettent des lois pour les embêter en gros. Par exemple pour dire : je suis là, j'ai 80 ans pourquoi on m'embête à quitter le territoire pas plus que 4 mois ? Qu'est ce que je vais faire dans ma chambre de 13m² tout seul ! Pourquoi j'ai autant de papier pour la CNAV, la CAF avec l'impression d'être dans une grosse machine. C'est ce qu'on peut ressentir nous aussi, mais pour eux c'est encore plus dur ! Ça peut les décourager pour accéder à leurs droits, si c'était plus simple, là il y a des contraintes ! »

Les personnes âgées isolées sont assez bien identifiées par le responsable de la résidence, grâce entre autres aux interventions via les permanences de Migrations Santé qui fait remonter l'information.

« On les repère les personnes isolées assez facilement. Alors, isolée il faut nuancer le mot, Parmi les personnes âgées immigrées l'isolement complet n'existe pas, ici je ne fais pas de généralité. Bah, du fait qu'ils se connaissent tous et ils vont tous plus ou moins chez les uns et les autres. C'est un isolement dans la mesure où ils ont des difficultés de santé ou autres. Bien évidemment qu'ils ne peuvent pas faire appel au voisin qui est dans le même état qu'eux. Mais ils ont toujours quelqu'un et ce n'est pas un isolement au niveau social. »

6- Entretien avec une médiatrice santé¹⁴⁴

Madame Samira Benkebbab a mis en place des permanences alternées sur les questions sociales et les questions de santé avec l'objectif de transmettre les informations concernant l'accès aux droits. Suite à des échanges conviviaux avec la population concernée, elle s'est rendu compte que des migrants âgés n'avaient pas d'ouverture aux droits à la sécurité sociale ni à une mutuelle alors qu'ils étaient atteints de pathologies très lourdes. Elle a donc interpellé la CPAM et mis en place une permanence pour l'aide à la constitution des dossiers ouvrants accès à la complémentaire santé. Mais cela n'a eu aucune conséquence, car les résidents du foyer Adoma envoient une partie de leurs revenus à leurs familles. Pour prendre en compte cette perte de revenus effectifs dans leur accès à la sécurité sociale, la CPAM demande des justificatifs de leur soutien à leurs familles dans le pays d'origine. Or, pour diverses raisons, ils ne disposaient pas de tels justificatifs. Elle a donc convaincu ses « ayants-droit potentiels » de garder les justificatifs de leurs envois d'argent à l'étranger. Cela a pu permettre l'ouverture de droits à la CMU, entre autres quand ils étaient bénéficiaires du RMI. S'agissant des retraités, ils devaient faire l'avance de leurs frais de santé. En conséquence, ils cessaient d'aller chez le médecin, qu'il s'agisse de leur médecin traitant ou d'un spécialiste. Elle a néanmoins maintenu ses permanences pendant 3 ans, avant d'obtenir la création avec le CCAS, d'un groupe de réflexion sur l'accès aux droits communs pour ces retraités migrants.

Cette réflexion a débouché sur la mise en place d'un binôme CCAS et Espace Créateur de Solidarités dont l'objectif était d'amener les résidents du foyer Adoma à entrer d'eux-mêmes dans le droit commun en s'adressant directement au CCAS ou à la MDR (Maison du Rhône). En 2011, les financements pour le fonctionnement de ce binôme ont cessé. Elle est arrivée néanmoins à maintenir ses permanences dans les quartiers et dans la résidence Adoma. Celles-ci étaient ouvertes aux non-résidents des quartiers.

Cette stratégie, pour éviter l'isolement des résidents et les intégrer dans les procédures de droit commun, a été mise en place en lien avec le responsable de la résidence. Petit à petit les résidents se sont mis à venir à ces autres permanences dans les quartiers. C'est au moins un objectif d'atteint, mais sur le fond, elle reste très insatisfaite par rapport à ses objectifs de départ. Elle regrette que la CPAM « ne joue pas le jeu » de

¹⁴⁴ Médiatrice santé, employée sur la base d'une convention tripartite entre le foyer Adoma (ville de Saint-Fons), la municipalité de Saint-Fons (Rhône) et l'association Espace créateur de Solidarités.

faciliter l'accès aux droits pour les migrants âgés pourtant atteints de pathologies multiples, conséquences pourtant avérées de leurs mauvaises conditions de vie et de travail en France.