
Filière IASS

Promotion : **2012 - 2014**

Date du Jury : **MARS 2014**

**L'offre d'accompagnement médico-social auprès du
public immigré âgé dans les départements du Var et des
Bouches du Rhône : Etat des lieux et pistes
d'améliorations**

BONJARDINI SANDRINE

« Je ne peux pas oublier le pays qui m'a adopté et qui m'a permis à moi et à ma famille d'avoir une belle vie mais je me sentirais toujours Algérien dans le cœur et dans l'âme. »

« Non, je ne peux pas choisir, je te donne un exemple : regarde ta main, tu as 5 doigts et bien si on te demande lequel tu veux qu'on te coupe? C'est difficile de choisir. Pour moi c'est pareil je ne peux pas choisir, il faut que je garde tous mes doigts sinon je deviens handicapé¹ »

Paroles d'Abdelhamid, 73 ans

¹ JOVELIN E, MEZZOUJ Fatima, 2010, « Sociologie de Immigrés âgés, d'une présence impossible au retour impossible »Edition du cygne, Paris, 216 p, p 136.

Remerciements

Ce mémoire est le fruit de rencontres, d'échanges et de collaborations.

Je tiens particulièrement à remercier Monsieur DELGA, Directeur Adjoint de la DRJSCS PACA pour son accueil, son écoute et ses précieux conseils tout au long de ce stage.

Un grand merci à Monsieur CHABBI Responsable du pôle de Cohésion Territoriale de la DRJSCS PACA, et Monsieur DEBAGHA Chargé de Mission, pour leur soutien et leur éclairage sur ce sujet.

Puis je tiens à remercier l'ensemble de l'équipe du pôle de Cohésion territoriale pour sa disponibilité, et l'aide qu'ils m'ont apportée.

Je tiens également à remercier particulièrement Monsieur GRANGEON Médecin Inspecteur de Santé Publique et Madame DUJONC Brigitte Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale pour leur regard avisé sur toutes ces questions.

Puis mes remerciements vont à l'ensemble des professionnels rencontrés pour le temps qu'ils m'ont accordé, et la qualité de nos échanges.

Sommaire

| | |
|---|----|
| Introduction | 1 |
| 1 Partie 1 La problématique d'accès aux droits et aux soins des personnes immigrées âgées : Un sujet sensible mobilisant les pouvoirs public et réinterrogeant le cadre des prises en charge | 5 |
| 1.1 La situation des personnes immigrées âgées « Le nouveau chantier social » | 5 |
| 1.2 Les contours de la politique d'intégration : « De l'immigration à l'intégration » | 8 |
| 1.3 L'accompagnement des vieux migrants : Une priorité régionale historique en région PACA : « Les ambitions du programme régional d'intégration des populations immigrées » | 11 |
| 1.3.1 Les données statistiques et les études existantes sur la population immigrée âgée | 13 |
| 1.3.2 Les limites de l'exploitation des données statistiques et des approches qualitatives sur la situation des personnes immigrées âgées..... | 16 |
| 1.4 Un vieillissement spécifique nécessitant une réflexion sur l'accompagnement médico-social de ce public | 17 |
| 1.4.1 Le vieillissement : Un processus complexe et multifactoriel | 18 |
| 1.4.2 Les Caractéristiques et spécificités de la population immigrée âgée..... | 19 |
| 1.4.3 L'identification de facteurs de vulnérabilité, et des périodes de vie à risque..... | 20 |
| 1.4.4 Une réflexion de fond sur les modalités de prise en charge de ce public | 23 |
| 2 Partie 2 Approche méthodologique du contexte de l'étude et Diagnostic territorial de l'offre d'accompagnement médico-social en région PACA | 25 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 2.1 | Délimitation des contours du public visé et du cadre du périmètre de l'étude : le choix d'une observation sur deux territoires de la région PACA, le VAR et les Bouches du Rhône. | 25 |
| 2.1.1 | Les vieux migrants « les chibanis » | 25 |
| 2.1.2 | La situation des femmes immigrées âgées : « les chibanias » | 26 |
| 2.1.3 | Le périmètre de l'étude et l'intérêt d'une analyse croisée sur deux territoires | 27 |
| 2.1.4 | La stratégie adoptée pour mener l'étude | 27 |
| 2.2 | Les constats établis par les professionnels de terrain en contact avec les personnes immigrées âgées | 29 |
| 2.2.1 | Une forte concentration en Centre-ville et un vieillissement préoccupant | 29 |
| 2.2.2 | Les difficultés majeures rencontrées par ce public | 30 |
| 2.3 | Regard sur l'offre d'accompagnement médico-social auprès des immigrés âgés sur le département du VAR et des Bouches du Rhône. | 34 |
| 2.3.1 | Le rôle pivot des associations dans l'accompagnement des vieux migrants | 34 |
| 2.3.2 | Les politiques départementales et communales en faveur des personnes âgées | 37 |
| 2.4 | Une offre d'accompagnement médico-sociale manquant de visibilité, d'actions transversales, et de valorisation de bonnes pratiques | 40 |
| 2.5 | Une démarche d'évaluation ne permettant pas de mesurer les impacts positifs des actions sur les prises en charge. | 42 |
| 3 | Partie 3 les pistes d'améliorations de la prise en charge des personnes immigrées âgées. | 45 |
| 3.1 | Piste 1 : Sensibiliser l'ensemble des professionnels de terrain à la spécificité de l'accompagnement de ce public et repenser les modalités de prise en charge. | 45 |
| 3.2 | Piste 2 : Favoriser des actions coordonnées et de nouveaux partenariats, réfléchir sur les profils et les compétences professionnelles. | 47 |

| | |
|---|-----------|
| 3.3 Piste 3 : Développer des actions concrètes et innover pour mieux accompagner ce public | 49 |
| 3.4 Piste 4 : Impulser une démarche de suivi et d'évaluation des programmes . | 52 |
| 3.5 Piste 5 : Construire une stratégie régionale à destination du public immigré âgé | 53 |
| Conclusion | 55 |
| Bibliographie | 57 |
| Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

ACSE : Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances
ADAJETI : Association de défense et d'assistance juridique des travailleurs immigrés
ADLI : Agent de développement local et d'intégration
AMPIL : Action méditerranéenne pour l'insertion sociale par le logement
ANAESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la Qualité des Établissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
APA : Aide Personnalisée à l'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Atelier Santé Ville
ATF : Association des Tunisiens en France
BOP : Budgets Opérationnels de Programme
CAI : contrat d'accueil et d'intégration
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CLIC : Comité Local d'Information et de Coordination
CESF : Conseillère en Économie Sociale et Familiale
CMP : Centre Médicaux-psychologique
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales
CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CILPIL : Commission Interministérielle pour le logement des populations immigrées
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
CLS : Contrat Local de Santé
COMEDE : Comité Médical des Exilés
COPIL : Comité de pilotage
CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRI PACA : Centre Ressource Illettrisme de la Région PACA
CUCS : Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DAIC : Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté
DATAR : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DDCS : Directions Départementales de Cohésion Sociale
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation du Travail et de l'Emploi
DRAC : Direction régionale des affaires culturelles
DREAL : directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DROS : Dispositif Régional d'Observation Sociale PACA
DRDFE : Délégation Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité
DRIHL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
FASILD : Fonds d'Aide et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations
FEI : Fonds Européen d'Intégration
GIR : Groupes Iso- Ressources
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IRIPS : Institut Régional Information Prévention Senescence
LOLF : Loi Organique de Finances
MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer

MDS : Maison de Santé
OFII : Office Français de l'Immigration et de l'Intégration
OCEI : Observation, Contrôle, Evaluation, Ingénierie
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORIV : Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville
OSCAR : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
PAPA : Préservation de l'autonomie des personnes âgées
PDI : Plans Départementaux d'Intégration
PRAPS : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies
PRIPI : Programme Régional pour l'Intégration des Populations Immigrées
PRS : Projet Régional de Santé
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SHCS : Service d'Hygiène Communal de Santé
SGAR : Secrétariat Général aux Affaires Régionales
SG-CIV : Secrétariat général du Comité interministériel des villes
SMUR : Service Mobile Médical d'Urgence
SONACOTRA : Société nationale de construction de logements pour les travailleurs
UHU : Unité d'hébergement d'urgence
UNAFO : Union Professionnelle du Logement Accompagné

Introduction

Le théâtre 13 à Paris accueille la pièce écrite et mise en scène par Nasser DJEMAI² « invisibles ». Cette pièce de théâtre évoque la situation et l'histoire des CHIBANIS « les cheveux blancs » en Arabe. Nasser DJEMAI est allé à la rencontre des CHIBANIS dans les foyers SONACOTRA et les lieux comme les cafés sociaux, il a pu recueillir leurs témoignages, leurs vécus en France.

Ces travailleurs immigrés ont tout quitté pour venir travailler en France durant la période des trente glorieuses et participer à sa reconstruction, très peu sont retournés dans leur pays d'origine au moment de la retraite.

La situation des personnes immigrées âgées interpelle l'opinion publique et cette mobilisation n'a jamais été aussi forte. Elle traduit une prise de conscience collective, un devoir de reconnaissance envers ces personnes, « rendre visible les invisibles »³.

La Ministre des Affaires Sociales, Marisol TOURAINE⁴ s'est engagée dans ce soutien auprès des « chibanis »⁵ en réactivant notamment « l'aide pour la réinsertion sociale et familiale ». Cette aide financière avait été créée par loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 mais n'a jamais été mise en œuvre. Ce dispositif devait favoriser les allers retour entre les deux pays afin que les personnes puissent conserver leurs droits sociaux comme la Couverture Maladie Universelle, l'aide au logement, l'allocation de solidarité pour personnes âgées.

Ainsi la question des droits est en marche et marque aussi une forme de reconnaissance des droits acquis par le travail et du respect des libertés individuelles « choisir de partir ou de rester, d'aller et de revenir ».

L'organisation d'un colloque national le 13/11/2012 soutenu par le ministère de l'intérieur et l'Union Européenne marque cette volonté de rassembler l'ensemble des partenaires, acteurs, et professionnels de terrain pour réfléchir sur la question des immigrés âgés.

En parallèle la création d'une mission d'information sur les immigrés âgés en Novembre 2012 par l'Assemblée Nationale est symbolique car le devenir des personnes immigrées âgées est au cœur des débats nationaux.

² DJEMAI N, Octobre 2013 Pièce de théâtre, « les invisibles » Théâtre13/jardin : www.theatre13.com

³ DJEMAI N, septembre 2013, « Revue de presse Blogs » : www.nasserdejaim.com

⁴ Escudier JN / PCA du 30/05/2013 « Marissol Touraine annonce la mise en place d'une aide pour les chibanis » : <http://www.localtis.info/cs/>

⁵ LAROUSSE Dictionnaire, signifie « cheveux blancs » en Arabe dialectal

Comme le souligne Monsieur Claude BARTOLONNE⁶, « *Il est des questions, rares il est vrai, que l'Assemblée nationale n'a jamais eu l'occasion d'examiner. La situation, dans notre pays, des personnes immigrées et âgées faisait partie de celles-là.* »

Cette mission parlementaire a rassemblé une trentaine de députés et des auditions ont été menées sur le terrain avec les acteurs et les experts du domaine.

L'objectif était d'établir un état des lieux sur la situation des immigrés âgés, de mettre en exergue les difficultés rencontrées par ce public afin de proposer des axes de réformes adaptées.

La situation des personnes immigrées âgées est au cœur d'enjeux multiples comme notre politique d'intégration, avec une réflexion de fond sur les conditions de vie, d'accueil de cette population sur notre territoire.

En tant que futur Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale il apparaît pertinent de s'interroger sur les dispositifs existants pour favoriser l'intégration des populations fragilisées.

Par ailleurs, il convient également de bien identifier les publics à risque dans l'objectif de mettre en œuvre des mesures adaptés et en adéquation avec les réalités de terrain.

Ce repérage des freins rencontrés est essentiel pour comprendre les situations d'isolement génératrices de ruptures dans les droits ou de parcours de soins chaotiques.

.

L'aspect lié à la santé à travers le vieillissement de ce public nous amène à réfléchir sur les prises en charge médico-sociales et les voies d'entrées possibles pour promouvoir l'accès aux droits et aux soins.

Si le vieillissement de la population générale est un problème de santé publique, il est d'autant plus préoccupant quand il s'agit d'une population identifiée comme à risque au regard de son état de santé.

Les politiques mises en place s'inscrivent dans cette recherche de mieux appréhender les répercussions de ce vieillissement et de prendre des mesures appropriées pour répondre aux nouveaux besoins.

Ainsi, il semblait intéressant de voir comment les personnes immigrées âgées vieillissent et si ce vieillissement présente des caractéristiques spécifiques pour évaluer les besoins des personnes.

⁶ BARTOLONNE C, 3/07/2013, au nom de la Mission d'information sur les immigrés âgés, rapport d'information de l'Assemblée Nationale N° 1214, préface.

Au travers de nos missions de planification sanitaire et sociale, nous devons tendre vers l'amélioration des prises en charge et l'accès aux dispositifs de droit commun pour l'ensemble de la population, garantir aussi une forme d'équité entre les individus.

Ce sujet d'étude a retenu l'attention de la DRJSCS (Direction Régionale Jeunesse et Sport et Cohésion Sociale) de la région PACA, où j'ai effectué mon stage professionnel.

En effet la région PACA représente la 3^{ème} région de France comprenant la plus forte proportion de personnes immigrées⁷.

Ainsi historiquement, la région est une terre de migration avec une mixité populationnelle, culturelle. La DRJSC au travers du PRIPI⁸ (Plan Régional d'Intégration de Populations Immigrées), est engagée dans le cadre d'un plan triennal fixant les orientations stratégiques à développer en faveur des populations immigrées.

Ainsi il était pertinent de se pencher sur cet outil de planification afin d'avoir des éléments de connaissance sur les dynamiques en place sur les territoires. Planifier c'est également anticiper pour prévoir une ligne directrice sur du long terme et pouvoir se doter d'un outil permettant de mesurer les effets des programmes déployés dans l'objectif de mieux répondre aux besoins de la population.

Ce choix d'intervenir sur ce thème a également été motivé par mon expérience antérieure de terrain auprès des populations en difficulté dans le département du Var.

Le contact auprès de ce public m'a aussi permis de mettre en exergue diverses difficultés médico-sociales ayant des répercussions sur les prises en charge.

Les éléments recueillis dans le cadre des observations de terrain ne pouvaient constituer en soi une base de travail solide, mais il était intéressant dans tenir compte comme un fil conducteur permettant d'accompagner un processus de réflexion.

Les trajectoires personnelles et les parcours migratoires sont différents ce qui induit aussi de poser un regard sur les parcours des personnes afin d'amorcer un travail sur les modalités de prise en charge et les pratiques professionnelles.

Ainsi ce sujet d'étude permettait d'observer l'offre d'accompagnement médico-social dans les territoires et la rencontre des différents partenaires intervenants dans ce domaine.

⁷ DROS, dispositif régional d'observation sociale PACA, janvier 2011, document de travail « Les populations immigrées vivant en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

L'analyse a porté sur l'offre d'accompagnement médico-social à destination du public immigré âgé en Région PACA en s'intéressant plus particulièrement au département du Var et des Bouches du Rhône.

L'observation de deux départements offre la possibilité d'établir une analyse comparative afin de mesurer les écarts et de repérer les synergies entre les différents acteurs intervenants dans ce domaine.

Cette démarche permet aussi de mieux appréhender les contraintes et les difficultés des partenaires dans le suivi des populations.

Dans le cadre de nos missions d'animation territoriale, il apparaît incontournable d'avoir cette connaissance fine des populations et des besoins afin d'élaborer des diagnostics partagés sur lesquels on pourra s'appuyer pour conduire des projets avec les acteurs.

Les questionnements sont multiples et nous amènent à nous interroger sur les stratégies à mettre en œuvre pour favoriser l'accompagnement médico-social de ce public.

Quelles voies d'accès à privilégier pour optimiser l'accès aux droits et à la santé. ? Quels sont les leviers à mettre en place ? Quels modes d'interventions choisir, une approche populationnelle ? Une approche plus globalisante ?

L'intérêt de ce mémoire est de repérer les freins dans l'accès aux droits et aux soins en faveur de ce public, de mettre en relief des pratiques innovantes qui pourraient être reproductibles sur d'autres territoires.

Afin de traiter le sujet, il semblait incontournable d'effectuer un état des lieux sur le contexte, sur la problématique d'accès aux droits et aux soins des personnes immigrées âgées, d'évoquer les contours de cette politique d'intégration notamment à travers le programme régional PRIPI élaboré en PACA.

Puis, il convient de se pencher sur des éléments conceptuels afin de mieux appréhender le vieillissement spécifique de cette population.

La deuxième partie présentera le choix de la méthodologie retenue⁹, le cadre du périmètre de l'étude et la stratégie adoptés pour mener l'enquête, puis une analyse sera faite sur les constats recueillis auprès des structures et des partenaires rencontrés.

Enfin dans l'objectif de mieux répondre aux besoins de cette population et d'améliorer l'efficacité des dispositifs d'accompagnement nous proposerons des pistes d'amélioration.

⁹ La méthodologie sera exposée en partie 2 et délimite le public ciblé et le périmètre de l'étude

1 Partie 1 La problématique d'accès aux droits et aux soins des personnes immigrées âgées : Un sujet sensible mobilisant les pouvoirs public et réinterrogeant le cadre des prises en charge.

Alors que la situation des personnes immigrées âgées a longtemps été occultée, ce sujet est au cœur de l'actualité depuis ces deux dernières années et mobilise les pouvoirs publics.

Il semble intéressant de s'attacher à comprendre le cheminement de cette prise de conscience collective, de voir également sur quel registre elle s'opère et d'interroger les enjeux qui se dessinent à travers la situation des personnes immigrées âgées.

1.1 La situation des personnes immigrées âgées « Le nouveau chantier social »

Il est important de revenir sur les deux événements marquants sur l'année 2012 qui ont permis de mettre en relief la situation des personnes immigrées âgées sur le territoire Français. Le colloque National organisé en le 13/11/2012 ¹⁰avec le soutien du ministère de l'intérieur a rassemblé différents acteurs sur le terrain, partenaires institutionnels, collectivités territoriales, réseaux associatifs, organismes et caisses de retraite, experts du domaine, chercheurs...

Ce colloque s'est articulé autour d'une réflexion centrale : Quel accompagnement pour les personnes immigrées âgées ?

Les échanges ont permis d'établir différents constats notamment à partir d'enquêtes et de données existantes.

L'intérêt de cette rencontre était que chacun puisse apporter des éléments d'éclairage sur la situation de ce public sur son territoire, de faire avancer la connaissance sur les conditions de vie de ce public, et des spécificités régionales.

Des freins ont été repérés permettant ainsi d'amorcer, une réflexion aux actions à mettre en place pour améliorer l'accès aux droits et à la santé.

Les débats se sont organisés autour de trois tables traitant de ces points suivant trois approches.

La question de l'accompagnement vers le droit commun, l'accès à la prévention et aux soins et l'aide à domicile et le lien social.

¹⁰ Colloque National du 13/11/2012 « Quel accompagnement pour les personnes âgées immigrées » Paris Maison de l'Artisanat Auditorium Centre Marceau

Les thématiques posées ont permis de faire un tour d'horizon sur les prises en charge, sur les solutions et projets innovants développés sur les territoires. Cette rencontre s'est articulée sur le partage de connaissances et de bonnes pratiques.

La situation des personnes âgées immigrées à Marseille a été évoquée lors de ce colloque à travers les actions de L'IRIPS¹¹ (Institut Régional Information Prévention Senescence) qui intervient sur la région PACA et développe des programmes transversaux dans le cadre de la santé et sur l'accès aux droits à destination de ce public. Ainsi la rencontre avec ce partenaire dans le cadre de cette étude semblait opportune afin d'avoir des éléments plus approfondis sur les actions déployées et les canaux existants en région PACA.

En parallèle, un groupe de travail national s'est mis en place sous l'impulsion de Claude Bartolone, président de l'Assemblée Nationale, qui avait été alerté par la situation des personnes immigrées âgées lors de la visite d'un foyer à Bobigny¹².

Il a proposé la création de la mission d'information parlementaire sur les immigrés âgés afin d'établir un état des lieux exhaustif en France. Cette étape marque ainsi le fait qu'un chantier social autour des immigrés âgés s'organise officiellement et que le travail engagé donnera des lignes directrices pour les années à venir.

Dans la préface, Claude Bartolone souligne aussi le devoir de contrôle sur les politiques publiques mises en œuvre :

« Soucieux de faire jouer pleinement à L'Assemblée nationale le rôle de contrôle du Gouvernement et d'évaluation des politiques publiques que la Constitution lui confie aux termes de son article 24 ».

Ce passage traduit les enjeux politiques dans les choix stratégiques concernant les politiques mises en œuvre.

En tant que Chambre du Parlement, l'Assemblée Nationale contrôle la politique du gouvernement et elle peut exercer ses pouvoirs au travers de certaines procédures comme « le vote de confiance, de motion de censure, et d'engagement de responsabilité du gouvernement sur un texte. »¹³

¹² BARTOLONNE C, 3/07/2013, au nom de la Mission d'information sur les immigrés âgés, rapport d'information de l'Assemblée Nationale N° 1214, Préface

¹³La Constitution, Article 49 qui met en œuvre le principe de base du régime parlementaire : Le Gouvernement est responsable devant l'Assemblée nationale et ne peut rester en fonction contre la volonté de celle-ci. Article 49-1 : L'engagement de responsabilité du Gouvernement, Article 49-2 : la motion de censure.

Depuis 2003, la Conférence des Présidents a la possibilité de créer des missions parlementaires¹⁴ sous la proposition du Président de L'Assemblée Générale.

Ainsi la mise en place de cette mission parlementaire sur la situation des immigrés âgés en France est une étape majeure. Elle permet de reconnaître le caractère sérieux et sensible du sujet et a donné lieu à un rapport avec des préconisations, réaffirmant aussi cette notion de droit des personnes.

Des enjeux se dessinent clairement, notamment sur la nécessité de rendre plus visible les politiques menées dans le domaine de l'intégration des populations immigrées qui s'imbriquent également aux politiques sociales et de santé puisque nous évoquons la situation des personnes âgées vieillissantes.

Ce contrôle s'inscrit dans le cadre de la loi organique relative aux lois de finances la LOLF¹⁵ qui fixe le nouveau cadre financier de gestion publique avec la maîtrise des coûts en termes de dépenses publiques, de contrôle sur l'efficacité des dispositifs.

La question de la reconnaissance des droits des personnes immigrées est aussi sous-jacente, permettant ainsi de réactiver certaines dispositions prises dans le cadre de lois votées mais non appliquées jusqu'à présent.

La possibilité de la portabilité des droits a été instaurée par la loi du 5 mars 2007¹⁶.

L'article 58 de ladite loi permet aux « Chibanis » de continuer à bénéficier de droits sociaux. Ce dispositif devait être réactivé mais depuis 2007, nous sommes encore dans l'attente des décrets d'application. Le rapport de la mission parlementaire se situe bien dans ce cadre et cette volonté d'application des textes.

Les opérations médiatiques se multiplient autour de la situation spécifique des vieux migrants cela traduit un besoin de sensibiliser l'opinion publique sur les conditions de vie de ses hommes et de ces familles en France.

Si ces débats peuvent contribuer à faire évoluer les représentations sociales, ils mettent aussi en relief les failles de nos politiques d'intégration et des mesures de protection en faveur des plus vulnérables.

Les personnes immigrées âgées se retrouvent en marge du système et sont plus exposées à des situations d'isolement et de rupture des droits. La prise de conscience

¹⁴ L'Assemblée, Article 145, alinéa 3 du Règlement, issu de la résolution n° 106 du 26 mars 2003, adoptée dans le cadre de la réflexion sur la modernisation des méthodes de travail donne à la Conférence des Présidents la possibilité de créer des missions d'information, sur proposition du Président de l'Assemblée nationale.

¹⁵ Ministère de l'Economie et des finances, juin 2012, « guide pratique de la LOLF, comprendre le budget de l'Etat. »

¹⁶ Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, article 58 instaurant la possibilité de la portabilité des droits.

collective autour de la situation des personnes immigrées âgées pourrait être aussi de l'ordre de la réparation des politiques mises en œuvre. Il est important de préciser que le rapport sur les immigrés vieillissants réalisé par L'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) en 2002 posait déjà la nécessité d'une réflexion sur la portabilité des droits.¹⁷

Il convient de s'interroger aussi sur les contours de cette politique d'intégration qui a pris forme depuis dix ans.

1.2 Les contours de la politique d'intégration : « De l'immigration à l'intégration »

Il est intéressant de se pencher sur l'histoire pour mieux comprendre les changements de paradigmes qui ont marqué ce passage d'une politique centrée sur la gestion des flux migratoires à la construction d'une politique d'intégration.

Ainsi ce retour historique, permet d'extraire des éléments facilitant une meilleure compréhension des trajectoires de ces personnes lors de leur installation et de leur vie en France.

L'émergence du passage d'une politique d'immigration à une politique d'intégration demeure assez récente et a pris forme au travers du discours du Président de la République en 2002 à Troyes, ce dernier soulignant :

*« L'impérieuse nécessité de reconsidérer les mérites d'une véritable politique publique de l'intégration »*¹⁸

Ce processus a été le fruit d'une lente évolution intrinsèquement liée à l'histoire de l'immigration et le contexte économique.

Au cours des vagues migratoires successives qui vont s'échelonner de 1945 à 1974, les préoccupations des pouvoirs publics s'attacheront principalement aux besoins de reconstruction et de relance économique.

Le recours à la main d'œuvre étrangère essentiellement masculine devient plus prégnant. L'Algérie, le Maroc, la Tunisie et les pays de l'Europe du Sud (Italie, Espagne, Portugal) ont été les premiers pourvoyeurs de cet apport de main d'œuvre.

Le manque de projection de la politique menée à cette époque, et l'absence d'anticipation va avoir un impact à d'autres niveaux comme la politique du logement.

¹⁷.Rapport 2002 -126 Novembre 2002 « rapport sur les immigrés vieillissants » présenté par Françoise BASTHERON et Maurice MICHEL Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales.

¹⁸ Haut Conseil à l'Intégration, 2005, rapport de « l'observatoire de la statistique de l'immigration et de l'intégration. »

Les foyers ADOMA créés en 1956 ont été conçus pour accueillir une population en transit sans prendre en compte cette notion de temporalité. Les personnes ont vieilli à l'intérieur de ces structures dont la configuration collective et les espaces limités étaient peu appropriés. Si nous devons être vigilants sur les répercussions de ces conditions de vie sur l'état de santé nous pouvons supposer que cette précarité a eu des effets néfastes.

A partir de 1980, l'immigration est au cœur d'enjeux politiques avec des changements de majorité à l'Assemblée, qui ont eu un impact sur les mesures prises tantôt libérales ou restrictives.

La crise économique et la montée du chômage vont durcir la législation notamment sur les conditions d'entrée et de séjour en France, afin de limiter également le coût politique et social de cette présence étrangère en France¹⁹.

L'immigration a toujours été au cœur des débats politiques avec des enjeux multiples suscitant parfois de vives réactions, mais que peut-on dire de ce processus d'intégration ? L'installation durable des personnes immigrées va être un vecteur de l'évolution de notre société.

Une prise de conscience va s'opérer notamment dans le fait de ne plus considérer l'acte migratoire comme transitoire.

La création d'instance comme le Haut Conseil à l'Intégration en 1989 va poser les principes d'une politique d'intégration en actant dans son rapport de juillet 2003 : « *La notion d'intégration à toute participation citoyenne* »²⁰.

Le Haut Conseil à l'Intégration définit le terme d'intégration²¹ à celui de la participation de l'ensemble des personnes à vivre ensemble et à partager des principes dans le respect des lois et du plein exercice de ses droits.

Ainsi sous cet angle une politique d'intégration se veut inclusive et tend à maintenir la cohésion sociale.

Le Comité interministériel à l'immigration établira en Avril 2003 puis en 2006 les grands axes de cette politique d'intégration avec des mesures d'accompagnement visant à favoriser l'intégration de la population.

¹⁹ JOVELIN E, MEZZOUJ Fatima, 2010, « Sociologie de Immigrés âgés, d'une présence impossible au retour impossible » Edition du cygne, Paris, 216 P, P 33.

²⁰ La Cour des comptes de Novembre 2004, «, l'accueil des immigrants et l'intégration des populations issue de l'immigration. » Synthèse du Rapport public.

²¹ Le Haut Conseil De l'Intégration, définition du terme Intégration

Les évolutions législatives du 26/11/2003²² et du 24/07/2006²³ vont traduire cette volonté d'intégration en fixant des principes au droit du séjour à une connaissance suffisante de la langue française et des valeurs républicaines.

Sur le plan Européen, la question de l'intégration va suivre des étapes de construction similaires marquées par un passage d'une politique d'immigration inscrite dans un contexte de défense et de sécurité institué par le traité d'Amsterdam²⁴ à une prise de conscience progressive de la notion d'intégration de cette population.

Les institutions Européennes, vont adopter des textes dans plusieurs domaines spécifiques afin d'harmoniser les législations des pays membres.

D'autres conférences ministérielles en 2007 et 2008 vont ancrer ces engagements par l'organisation d'instances de réflexion communes comme « le réseau des points de contact nationaux intégration » sous la présidence de la commission Européenne, et de la création d'outils comme la création d'un site Web en avril 2009 pour capitaliser les bonnes pratiques.

La circulaire du 7/01/2009²⁵ va apporter des changements importants avec une redéfinition de la politique d'intégration.

Les axes prioritaires du ministère de l'immigration, de l'intégration de l'identité nationale et du développement sont de favoriser l'intégration des immigrés présents sur le territoire.

Un recentrage va être effectué sur les publics cibles sur lesquels les actions doivent être portées en priorité.

L'accent est mis sur les primo-arrivants au cours des cinq premières années, et les publics confrontés à des problèmes spécifiques comme les femmes immigrées, les étrangers dont la naturalisation a été reportée, et les migrants âgés.

Concernant les actions qui devront être développées en faveur de la population immigrée âgée, ces mesures sont surtout orientées vers l'accompagnement social des résidents âgés vivant dans les foyers de travailleurs migrants et des plans de réhabilitation des résidences sociales. L'objectif est d'éviter une précarisation de ce public et d'adapter les logements pour mieux répondre aux besoins des personnes.

²² Loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003, JORF n°274 du 27/11/2003, relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité.

²³ Loi n° 2006-911 du 24/07/2006 relative à l'immigration et l'intégration

²⁴ Traité d'Amsterdam signé le 2/10/97 créant « un espace de liberté, de sécurité et de justice ».

²⁵ Ministère de l'Immigration, de l'Intégration, de l'Identité Nationale et du Développement Solidaire, CIR NOR IMICI000099C, Circulaire du 7/01/2009, relative au Programme Régional des Populations Immigrées.

Ces nouveaux contours de la politique d'intégration, traduisent une réelle volonté d'agir en faveur des populations les plus vulnérables et de prendre en compte la problématique du vieillissement dans sa globalité.

Le rapport de Thierry TUOT du 1/02/2013²⁶ sur la refondation des politiques d'intégration rappelle la nécessité de la connaissance fine des populations concernées avec une implication de l'ensemble des acteurs locaux. Il souligne également le besoin de renforcer l'accès aux droits et d'encourager la construction de logements sociaux médicalisés.

Derrière cette dernière proposition se dessine l'enjeu de la dépendance des personnes immigrées âgées avec une ouverture sur la mise en œuvre de projets innovants afin de promouvoir l'accès à un logement adapté au vieillissement des personnes.

Par ailleurs cette mesure s'imbrique également aux dernières orientations du dernier rapport du Haut Comité pour le Logement des personnes défavorisées de 2012 qui prévoit notamment de favoriser l'attribution des logement sociaux aux personnes âgées et handicapés avec l'octroi d'aides fiscales en vue de l'adaptation des logement²⁷.

Ces axes prioritaires sont également repris dans le cadre du projet de loi de Finances 2013 sur le volet concernant la réussite de l'intégration des personnes immigrées en situation régulière :

« Des mesures d'accompagnement, adaptées aux personnes les plus fragiles comme les femmes et les personnes âgées, sont prévues à cet effet²⁸ ».

1.3 L'accompagnement des vieux migrants : Une priorité régionale historique en région PACA : « Les ambitions du programme régional d'intégration des populations immigrées en PACA »

La région PACA est historiquement une terre de migration et d'émigration. L'accompagnement de cette population est de ce fait une des priorités de la mise en œuvre de la politique régionale qui a été élaborée.

²⁶ Thierry T, Rapport du 1/02/2013 sur la refondation des politiques d'intégration « La Grande Nation Pour Une Société Inclusive » synthèse.

²⁷ Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, octobre 2012, 17ème rapport Habitat et vieillissement « Vivre chez soi, mais vivre parmi les autres. ».

²⁸ Politique française de l'immigration et de l'intégration, projet de loi de finances pour 2013, document de politique transversale.

La DRJSC en région PACA va piloter cette politique nationale au travers du PRIPI (Programme Régional d'intégration pour les populations immigrées).

Ce programme régional va être décliné sur le département et les DDCS (Direction Départementales de la Cohésion Sociale) qui vont élaborer des PDI (Plan Départementaux d'Intégration), calqués sur les orientations stratégiques des PRIPI et adaptés en fonction des spécificités territoriales.

Les PRIPI ont été introduits au sein du Code de l'Action Sociale et des Familles par la loi de programmation sociale du 18/01/2005 permettant ainsi de fixer un cadre pluriannuel de trois ans.

L'architecture financière de cette politique a été modifiée par la loi de finance de 2009²⁹, avec une nouvelle répartition de crédits puisque le programme 104 « intégration et accès à la nationalité française » gérée initialement par l'ACSE bénéficie désormais d'une gestion directe par la DAIC (Direction de l'Accueil de l'Intégration et de la Citoyenneté) qui délègue les crédits aux préfets de régions par le biais de BOP régionaux. (Budgets Opérationnels de Programme).

Ces programmes sont assez récents et la première génération de PRIPI 2004-2006 n'a pas eu les effets escomptés. Une étude nationale conduite en 2008 par le CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie) a mis en relief les limites notamment sur le volet diagnostic avec un manque sur le plan qualitatif et aussi une certaine confusion entre les cibles et les priorités des thématiques.

Pour la région PACA, l'évaluation a révélé des difficultés d'appropriation de cet outil par la région dues au fait du manque d'animation du dispositif mais également de la mise en œuvre en parallèle du CAI (Contrat d'accueil et d'Intégration).

Les ambitions de l'élaboration de la deuxième génération de PRIPI (2010-2012) étaient de bien prendre en compte les populations cibles. La thématique du vieillissement du public immigré a fait l'objet d'un groupe de travail lors de l'élaboration du PRIPI notamment à travers le volet logement et l'accès aux droits.

Un des objectifs du PRIPI était aussi de pouvoir inscrire la question des vieux migrants dans les autres programmes existants comme le PRAPS (Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies), le PSRS (Plan Stratégique, Régional de Santé), les schémas gérontologiques.

Cette thématique a donné lieu à des rencontres avec L'ARS de Marseille permettant ainsi d'amorcer une articulation entre les deux programmes avec une approche transversale sanitaire et sociale.

²⁹ Loi n° 2009-122 du 4 février 2009 parue au JO n° 30 du 5 février 2009, de finances rectificatives

Dans le cadre de la 4^{ème} génération du PRAPS 2012-2016 en PACA³⁰, la problématique des personnes âgées migrantes en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales a bien été identifiée dans les publics cibles.

Dans le cadre du BOP 104 (PRIPI) et plus particulièrement de l'offre d'accompagnement à destination des personnes immigrées âgées, l'enveloppe budgétaire consacrée en région PACA est d'un montant de 495 193 €. Sur le département des Bouches du Rhône, neuf associations sont financées avec des actions sur l'accès au droit, le soutien aux démarches administratives et des ateliers d'animation dans les lieux comme les cafés sociaux.

Dans le VAR, deux structures sont soutenues (un espace d'accueil, et une association effectuant un accompagnement global des personnes.)

La DRJSC finance en parallèle des programmes d'animation collective au sein des foyers ADOMA et deux postes d'ADLI (Agents de Développement Local et d'Intégration).

Ces postes se sont développés surtout en 2003 et visent des publics diversifiés (femmes, personnes âgées, jeunes).

En 2010, la circulaire ministérielle de relance des PRIPI identifie les ADLI en tant que personne ressource pour les programmes d'intégration dans les territoires.

L'action des ADLI en PACA (un poste dans les Alpes Maritimes et un poste dans les Bouches du Rhône) en direction des personnes âgées est intéressante car les personnes mobilisées sur ces postes ont une bonne connaissance de la langue et du pays d'origine ce qui facilite les actions de médiations mises en œuvre.

Un travail est actuellement engagé sur la redéfinition du périmètre d'intervention de ces professionnels afin de construire une stratégie régionale en direction des migrants âgés.

1.3.1 Les données statistiques et les études existantes sur la population immigrée âgée

Préalablement il convient de rappeler que la notion de population immigrée³¹ prend en considération le lieu de naissance et la nationalité de naissance.

Un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et qui s'est installée en France, elle peut avoir acquis au cours de sa vie la nationalité Française.

³⁰ ARS PACA, Programme Régional de Santé, 2012-2016.

³¹ DROS, dispositif régional d'observation sociale PACA, janvier 2011, document de travail « Les populations immigrées vivant en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

La notion de population étrangère est fondée sur le seul critère de la nationalité. Un étranger peut acquérir la nationalité et devenir un Français par acquisition.

En 2008, 5,3 millions d'immigrés ont été recensés en France³² Le nombre total de personnes immigrées vivant en région PACA est de 482800 personnes ce qui représente un habitant sur dix.

Concernant l'évolution démographique, le vieillissement de la population en France est significatif sur l'ensemble des territoires.

Concernant les personnes immigrées âgées, on a recensé 1 700 000 personnes qui ont plus de 55 ans dont 730 000 ont plus de 65 ans.

En région PACA il s'avère que, la part des personnes âgées de plus de 60 ans est plus importante chez les personnes immigrées.

La part des hommes de plus de 60 ans est de 31% contre 21% des hommes non immigrés³³. Si l'on observe à l'échelle des départements en se centrant sur les deux départements sur lesquels cette étude a été réalisée.

Il apparaît que les personnes immigrées de 60 ans et plus dans le Var représentent 36,8% contre 31% par rapport à l'ensemble de la région PACA³⁴.

Cette immigration est plus ancienne, par rapport au Vaucluse où la part des personnes âgées de plus de 60 ans est significativement inférieure soit 26,5%. (immigration du travail plus récente).

Les personnes immigrées en PACA sont essentiellement originaires du bassin méditerranéen (Algérie, Maroc, Tunisie) d'une part et Italie et Espagne d'autre part.

Concernant les Bouches du Rhône un immigré sur trois est d'origine algérienne, le département du Var a une population d'immigrés plus mixte.

Lorsque l'on observe la cartographie des villes du Sud Est et Sud-Ouest de la région on retrouve les plus fortes concentrations de personnes immigrées à Nice 15,6%, puis Avignon 15,4%, Marseille 11,6%, Aix en Provence 9,6%, Toulon 8,5%.

Au-delà des données quantitatives, des enquêtes ont été réalisées par la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) sur le vieillissement des immigrés en France.

Une enquête PRI³⁵ (passage à la retraite des immigrés) menée en Novembre 2002 jusqu'en février 2003 sur un échantillon de 6210 personnes nées non française à

³² Données de L'INSEE de 2009

³³ DROS, dispositif régional d'observation sociale PACA, janvier 2011, document de travail « Les populations immigrées vivant en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

³⁴ DROS, dispositif régional d'observation sociale PACA, janvier 2011, document de travail « Les populations immigrées vivant en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

l'étranger âgées de 45 à 70 ans a permis de retracer les profils et les trajectoires des personnes venues en France.

Des éléments ont été recueillis par rapport à leur santé, la vie familiale, le lien social et l'analyse des différents aspects de leur rapport au pays d'origine et à la France.

Une autre enquête comparative a été conduite sur 2 générations d'immigrés originaires d'Afrique Sub-Saharienne, vivant en France, en Angleterre et en Afrique³⁶.

Après recherches et contacts auprès des professionnels, nous avons pu avoir accès à certains diagnostics territoriaux réalisés par les collectivités territoriales.

Une démarche territoriale de Santé dans le Var³⁷ a été conduite et elle dresse un état des lieux sanitaire et social du Centre Ancien de Toulon.

Un Focus a été réalisé sur les thèmes des personnes vieillissantes, de la santé mentale et de l'addiction.

Ce diagnostic territorial partagé a été réalisé en 2012 et a rassemblé de nombreux acteurs de terrain et partenaires institutionnels comme les collectivités territoriales (Mairie, Centre Communal d'Action Sociale, Conseil Général), les services de l'Etat comme le pôle cohésion territoriale et sociale DDCS (Direction Départementale de la Cohésion Sociale) du Var, des services spécifiques comme la santé au travail de la ville, le service seniors de la ville, La Caisse Primaire d'Assurance Maladie, L'Agence Régionale de Santé.

L'intérêt de ce diagnostic partagé est de présenter un corpus de données à la fois quantitatives et qualitatives.

L'approche qualitative a été réalisée sur un mode participatif avec plusieurs outils de recueil de données. Ce diagnostic est intéressant car il aborde les spécificités des vieux migrants « les Chibanis »

Une étude a également été faite en 2011³⁸ par des associations sur les difficultés rencontrées par ce public concernant l'accès aux droits et à la santé.

D'autres études ont ciblé les femmes immigrées âgées en région PACA³⁹, ce diagnostic a été commandité par l'ACSE et la finalité était d'avoir une meilleure visibilité de cette population et des problématiques rencontrées.

³⁵ ATTIAS-DONFUT C avec la collaboration de DAVEAU P, GALLOU R, ROZENKIER A, WOLFF F-C, 2006, « L'Enracinement » Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, Edition Armand Colin, Paris, 357 P.

³⁶ BAROU J, 2011, De l'Afrique à la France, « d'une génération à l'autre », Edition Armand Colin, Paris.

³⁷ VILLE DE TOULON et le CODES 83, Démarche territoriale de Santé sur le Centre Ancien de Toulon, Octobre 2012, « Etat des lieux Sanitaire et Social du Centre Ancien, focus sur le thème des personnes vieillissantes, de la Santé Mentale et de l'addiction ».

³⁸ L'UNION interrégionale de la fédération des associations pour la promotion et l'insertion par le logement Méditerranée la Fédération régionale des acteurs intervenants auprès des Chibanis (Frachi) Enquête réalisée en 2011.

Elle a été réalisée en 2006 sur 3 territoires de la région PACA, le centre-ville de Nice (centre ancien), les quartiers Nord de Marseille (cités d'habitat social) et le Nord du Vaucluse (petites villes rurales).

L'ensemble des données recueillies a servi de base de connaissances pour mieux appréhender la situation de l'immigrées âgées.

L'intérêt était également de procéder à une analyse croisée pour comparer avec les éléments de restitution de l'enquête de terrain.

1.3.2 Les limites de l'exploitation des données statistiques et des approches qualitatives sur la situation des personnes immigrées âgées.

Des données concernant la population immigrée âgées existent sur les territoires tant sur le plan régional que local, néanmoins l'accès à ces informations demeure difficile et nécessite d'entreprendre de multiples recherches et démarches auprès des structures.

Si des diagnostics territoriaux partagés ont été entrepris témoignant d'une démarche coordonnée et d'une volonté de construire des projets communs, il apparaît que la communication et la diffusion de ces diagnostics auprès des autres services et directions comme la DRJSC et l'ensemble des DDCS/PP de la région ne semble pas être une démarche systématique.

Il est regrettable que ces données ne soient pas disponibles de façon homogène sur l'ensemble des territoires en région PACA.

Par ailleurs, si des extractions statistiques auprès de différentes structures et organismes comme la CAF (Caisse d'Allocations Familiales du Var), la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie), l'ARS (Agence Régionale de Santé), la CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail), les organismes de retraites ou d'assurances pourraient permettre de croiser des données intéressantes cela nécessite une collaboration entre les différents acteurs et partenaires et un travail complexe d'agglomération des données.

Selon les professionnels rencontrés il semble que la collecte d'informations suscite des craintes notamment sur le recueil de données personnelles et d'informations confidentielles comme des données médicales.

³⁹ FASILD Enquête réalisée en 2006 « Les femmes âgées immigrées en région PACA » – Réalité statistique et visibilité sociale Synthèse, - Marché N°2005 33 DDP 01 - lot 21 : Diagnostics territoriaux stratégiques dans les domaines de l'intégration et de la lutte contre les discriminations.

Par ailleurs il est difficile d'obtenir des listings ou des études ciblant une population comme « les CHIBANIS » avec des risques de stigmatisation. Des études ont été réalisées par des réseaux associatifs mais là également il est difficile d'accéder aux informations capitalisées.

L'exploitation des données est limitée par ce manque de coordination entre les partenaires, néanmoins nous disposons de systèmes d'information de plus en plus performants ce qui pourrait favoriser la communication entre les acteurs.

Le partage d'informations dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge est autorisé dans un cadre bien spécifique fixée par la loi du 6/01/1978⁴⁰ relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Ainsi, Il apparait envisageable de mettre en place un système d'échange de données de santé et de données médico-sociales dans le respect de la loi et des libertés individuelles.

1.4 Un vieillissement spécifique nécessitant une réflexion sur l'accompagnement médico-social de ce public.

Les enjeux du vieillissement et de ses conséquences sont majeurs et interrogent à la fois les prises en charge, les nouveaux besoins de la population, les risques liés à la dépendance.

Par ailleurs le contexte économique actuel est peu favorable et la hausse des dépenses de santé va induire des choix stratégiques pour les décideurs. Des axes d'orientations sont en marche comme favoriser le développement de l'offre de service à domicile, développer des actions de promotion de la santé pour favoriser « le bien vieillir⁴¹ ».

Le nouveau projet de loi pour l'adaptation de la société au vieillissement qui devrait être voté fin 2014 s'inscrit dans cette même dynamique avec des mesures concernant le maintien à domicile, l'adaptation des logements, la mise en œuvre de projets innovants comme les offres d'habitats regroupés.

La finalité est de mettre en place les moyens qui permettront de prendre des mesures immédiates mais également d'établir des projections sur les années à venir afin de mieux adapter les programmes et répondre aux besoins de la population.

⁴⁰ CNIL, Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, Loi du 6/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée, chapitre x , « traitements de données de santé à caractère personnel à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention » art 62, P 44.

⁴¹ Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité, Plan National 2007-2009 « bien vieillir ».

Cette question de santé publique nous amène à avoir une approche macrosociale puisque nos sociétés devront faire face aux répercussions de ce vieillissement, mais aussi d'observer ce phénomène avec regard microsocial en observant l'évolution des groupes sociaux. L'intérêt de la démarche était d'aller interroger ce point en s'attachant à regarder à la loupe le vieillissement d'un groupe spécifique.

Il est pertinent de s'intéresser au vieillissement des personnes immigrées afin de repérer si nous sommes face à des particularités. La finalité de cette recherche est d'amorcer une réflexion sur les prises en charge globale, sur la pertinence ou non de mettre en place des programmes adaptés, d'interroger les pratiques professionnelles.

Les éléments recueillis à partir des recherches bibliographiques, des enquêtes menées et des études faites sur le sujet dégagent des tendances sur l'état de Santé de cette population. Des facteurs ont été identifiés et peuvent nous livrer des clefs d'analyse sur les particularités de ce vieillissement.

Les constats recueillis seront mis en perspective avec l'étude de terrain conduite et les entretiens effectués auprès des professionnels.

1.4.1 Le vieillissement : Un processus complexe et multifactoriel

Si le vieillissement induit l'interaction de différents processus physiologiques, psychologiques et sociaux, il est aussi la résultante d'un ensemble de facteurs endogènes propres à l'individu et des facteurs exogènes comme l'environnement.

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit le vieillissement en fixant un critère d'âge de 65 ans et plus, les approches sociales n'utilisent l'âge d'entrée dans la vieillesse par rapport à la cessation d'activité donc entre 55 ans et 60 ans⁴².

Si la notion de l'âge est un repère pour nos sociétés industrialisées, cette référence à l'âge est une donnée subjective pour d'autres cultures comme par exemple certaines sociétés Amérindiennes comme les Cuivas.

« La société Cuiva ne crée pas d'âge de la vieillesse : une fois sorti de l'enfance, l'individu demeure jusqu'à sa mort confondu à l'ensemble des adultes⁴³. »

Ainsi chaque société a ses propres références en fonction d'un ensemble de paramètres comme les valeurs, les normes sociales, l'histoire et la culture.

⁴² Corpus de Gériatrie, Janvier 2010, « le vieillissement humain » chapitre 1, P 9, disponible sur : www.chups.jussieu

⁴³ARCAND B, "La construction culturelle de la vieillesse." article publié dans la revue Anthropologie et Sociétés, vol. 6 no 3, 1982, pp. 7-23. Québec: Département d'anthropologie, Université Laval, Introduction, disponible sur : classiques.uqac.ca

Certains sociologues comme Serge GUERIN pointent la notion de construit social et relie le vieillissement aux normes sociétales, il ouvre également sur l'influence de l'environnement socio-culturel⁴⁴.

Selon Jacques LEVY, il faudrait considérer la notion de la vieillesse à travers l'aspect temporel sans dissocier le temps de l'individu et celui de l'histoire : « la distinction entre « âgé » et « vieux » est de plus en plus nécessaire, nos contemporains sont de plus en plus âgés et de moins en moins vieux. »⁴⁵

L'approche du vieillissement est difficile à appréhender d'une manière générale et il apparaît important d'avoir une vision multidimensionnelle.

Si les personnes immigrées âgées sont elles aussi confrontées au phénomène du vieillissement comme les autres individus, les constats établis mettent en relief des spécificités.

1.4.2 Les Caractéristiques et spécificités de la population immigrée âgée

Préalablement il est important de rappeler que la population immigrée âgée représente un ensemble hétérogène.

Les enquêtes menées ciblent parfois certains groupes d'individus comme par exemple des résidents en foyer ADOMA, la situation particulière des demandeurs d'asile.

D'une manière globale les enquêtes plus large menées par la CNAV comme l'enquête PRI, ou les recherches sur le sujet font état d'un vieillissement plus précoce dont l'origine serait essentiellement liée aux parcours professionnels et à la pénibilité des postes occupés par ces travailleurs immigrés (majoritairement des ouvriers).

Le manque de qualification de ce public aurait également généré une entrée dans l'inactivité plus rapide vers 50 ans, précipitant également l'entrée dans la vieillesse⁴⁶.

Par ailleurs si ce vieillissement est plus prématuré il serait à mettre en lien avec l'état de santé antérieur, des conditions sanitaires rencontrées et des comportements acquis dans le pays d'origine comme des habitudes alimentaires⁴⁷.

⁴⁴LADOUCEUR B, « Serge Guérin, *Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens* », *Lectures* [En ligne], Les comptes rendus, 2008, mis en ligne le 29 mai 2008, consulté le 12 janvier 2014.

⁴⁵ BRUNEL P , ATTIAS DONFUT C ,MORVAL, J , LEVY J , Octobre 2006, « penser l'espace pour lire la vieillesse » Fondation Eisai, presses universitaires de France 161P, P 74.

⁴⁶ GALLOU R, CNAV en 2001, Article « le vieillissement des immigrés en France, état de la question ».

⁴⁷ ATTIAS-DONFUT C ,DAVEAU P, GALLOU R, ROZENKIER A, WOLFF F-C, 2006, « L'Enracinement » Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, Edition Armand Colin, Paris, 357 P. p 123

Certaines structures qui accueillent ce public réalisent des bilans médicaux comme le COMEDE (Comité Médical des Exilés) ou L'IRIPS et disposent de données sur la santé de ce public⁴⁸.

Les études montrent que l'état de santé de ce public demeure préoccupant, les consultations et bilans de santé réalisés révèlent dans 66% des cas une maladie grave. Par ailleurs, cet état de santé est d'autant plus alarmant pour les femmes immigrées âgées avec une surmortalité (inférieure à 70 ans).

Les taux de prévalence pour certaines pathologies sont relativement plus élevés que pour le reste de la population avec une prédominance de pathologies liées à l'effort (problèmes articulaires, musculo squelettique), les maladies cardiovasculaires (46%), et le diabète (18%).

On retrouve aussi certaines pathologies comme le souligne Tari RAGI, chercheur en Sociologie et Sciences Politiques, chez les migrants âgés de 55/60 ans habituellement observés dans la population générale chez les 70/75 ans⁴⁹.

Concernant les pathologies graves, on observe une prévalence pour le cancer, les maladies infectieuses (VIH, VHC), les troubles psychiques.

D'autres difficultés de santé sont repérées comme des problèmes cutanés, dentaires, ophtalmologique, auditifs.

De plus, les constats font apparaître des situations de renoncement aux soins avec un faible recours aux médecins ce qui tend à favoriser un vieillissement prématuré.

Il convient de s'interroger sur les freins dans l'accès aux soins car le repérage de ces facteurs va aussi permettre de voir si l'offre d'accompagnement médico-social en faveur de ce public est adaptée ou s'il faut envisager d'autres modalités de prise en charge.

1.4.3 L'identification de facteurs de vulnérabilité, et des périodes de vie plus à risque

Des facteurs de vulnérabilité⁵⁰ pour la santé des personnes immigrées âgées ont été identifiés par l'ensemble des professionnels intervenants auprès de ce public.

On ne peut mesurer l'état de santé d'un individu sans analyser l'environnement social dans lequel il évolue. Les personnes immigrées âgées sont confrontées à des situations

⁴⁸ Comité Médical des Exilés, 2012, Rapport d'Observation et d'Activité.

⁴⁹ JOVELIN E, MEZZOUJ Fatima, 2010, « Sociologie de Immigrés âgés, d'une présence impossible au retour impossible » Edition du cygne, Paris, 216 P, P56.

⁵⁰ Colloque National du 13/11/2012 « quel accompagnement pour les personnes âgées immigrées ? » Paris.

de grande précarité financière comme en témoigne les données chiffrées recueillies par la Mission Parlementaire.

Le montant des ressources perçues est peu élevé, composé essentiellement de faibles retraites complétées par des prestations sociales non contributives comme l'ASPA (Allocation Solidarité Pour Personnes Agées).

*« En 2012, parmi les 422 000 **bénéficiaires de l'ASPA** relevant du régime général, **162 000, soit près de 40 %, sont nés à l'étranger**. Parmi ceux-ci, 60 % sont originaires d'un pays du Maghreb. »¹⁸.*

Selon les données transmises par la Croix Rouge⁵¹, on comptabilise un peu plus de 20000 personnes ayant eu recours à l'aide alimentaire d'urgence sur les neufs cent points de distribution, avec une forte proportion de personnes âgées immigrées de plus de cinquante ans (25%).

Les conditions de vie dans le logement constituent également un facteur de vulnérabilité, les dernières données recueillies à ce sujet estiment à 30000 personnes le nombre d'immigrées âgées logées en habitat privé indigne⁵².

Même si la majorité des personnes immigrées âgées isolés vit en foyer ADOMA, une partie de la population se retrouve dans le diffus (appartements meublés, chambres d'hôtel, pièces indépendantes....).

La mission Parlementaire relève également que : *« l'inadaptation du bâti des foyers rend très délicate la prise en charge sanitaire de ce public. L'exiguïté des chambres lorsqu'elles sont individuelles et le manque d'intimité lorsque plusieurs résidents partagent une chambre expliquent le faible recours des immigrés vieillissants aux services d'aide à domicile, dont certains auraient pourtant cruellement besoin ».*

Par ailleurs l'état de délabrement de certains foyers pose aussi des problèmes d'hygiène, d'accessibilité, et de sécurité. Des efforts ont été consentis pour améliorer les conditions

⁵¹ BARTOLONNE C, 3/07/2013, au nom de la Mission d'information sur les immigrés âgés, rapport d'information de l'Assemblée Nationale N°1214.

⁵² BARTOLONNE C, 3/07/2013, au nom de la Mission d'information sur les immigrés âgés, rapport d'information de l'Assemblée Nationale N°1214,

de vie de ce public vieillissant comme les accords cadre signés⁵³ en 2012 entre la CNAV et ADOMA.

Cette collaboration avait été initiée sur la base de diagnostics partagés et mise en place pour développer des actions communes ou complémentaires principalement sur le champ de la prévention liée aux risques de la dépendance.

Cependant ces mesures apparaissent insuffisantes pour répondre à toutes les situations d'isolement et de précarité et ne ciblent que les personnes en foyer. On peut s'interroger sur les conséquences à long terme de ces conditions de vie très précarisées, et surtout sur les situations de fragilisation qu'elles génèrent tant sur le plan physique que psychologique.

Le maintien d'une bonne santé étant corrélée à un ensemble de facteurs, on peut supposer que le cumul de difficultés rencontrées par les personnes immigrées âgées contribue au vieillissement prématuré et l'isolement de ce public.

Néanmoins, cet isolement a aussi d'autres causes que l'influence du parcours de vie dans le logement, on peut aussi évoquer l'éloignement géographique avec la famille d'origine pour les personnes isolées.

Selon l'enquête PRI, les célibataires ont une plus forte probabilité d'avoir un réseau inexistant. Le vieillissement entraîne un étiolement du réseau relationnel avec l'augmentation de l'âge qui se combine à la cessation d'activité, la perte des proches, la réduction des liens sociaux tissés par l'activité sociale et professionnelle.

Les répercussions de cet isolement sont plus marquées pour les femmes immigrées âgées qui sont plus exposées aux troubles psychologiques, avec un risque de souffrance multiplié par 2,3.

Concernant les autres facteurs de vulnérabilité on retrouve aussi la barrière de la langue, l'illettrisme. Lors des auditions menées par la Mission Parlementaire auprès des acteurs de terrain, il apparait que le principal obstacle auquel les professionnels sont confrontés au quotidien est la difficulté à s'exprimer avec ce public. Cette appréhension à rentrer en contact serait mutuelle et expliquerait également le refus des personnes immigrées âgées à s'adresser aux services sociaux.

⁵³ Actualités Sociales et Hebdomadaire du 12/06/2012, « personnes âgées, une convention entre la CNAV et ADOMA pour améliorer la prise en charge des Chibanis »

Par ailleurs, certains groupes comme les « chibanis » ont de faibles connaissances scolaires. Souvent analphabètes ils s'expriment peu en français, cette barrière linguistique pourrait expliquer en partie leurs difficultés à accéder aux droits sociaux.

A ces facteurs de vulnérabilité s'imbriquent aussi les trajectoires personnelles et les évènements vécus tout au long de la vie, comme par exemple une situation de veuvage qui représente une étape traumatique pour l'ensemble des personnes âgées considérées comme une population vulnérable au regard de leur âge.

D'autres périodes de vie à risque ont été identifiées comme le passage à la retraite qui peut être dans certains cas un évènement difficile avec une perte de repères importants. Dans ce vécu et ce sentiment de perte, il faut se pencher sur l'histoire de la personne immigrée, et sur ses motivations profondes lors de son parcours migratoire, chaque parcours est singulier.

L'activité professionnelle a permis aussi de faire vivre la famille. Selon le rapport de Charles MILHAUD⁵⁴ sur l'intégration économique des migrants et de la valorisation de leur épargne, il s'avère que les immigrés installés en France envoient plus de 8 milliards d'euros par an à leur pays d'origine.

Ce lien financier avec la famille leur permet aussi d'avoir une forme de reconnaissance puisque cette contribution financière permet à la famille d'origine d'augmenter son niveau de vie qui est souvent faible.

La rupture avec le milieu professionnel, la baisse des ressources, le manque d'activité, le sentiment d'inutilité accentue les risques de décompensation psychologique. On constate que les états de dépression sont très marqués au cours de cette période. Les temps d'hospitalisation sont également des périodes à risque notamment sur le suivi post hospitalisation et les ruptures dans les parcours de soins.

1.4.4 Une réflexion de fond sur les modalités de prise en charge de ce public

Il est important de rappeler que la majorité des études sur la vieillesse des immigrées âgées s'est concentrée sur des groupes d'individus plus exposés que les autres et

⁵⁴ JOVELIN E, MEZZOUJ Fatima, 2010, « Sociologie de Immigrés âgés, d'une présence impossible au retour impossible » Edition du cygne, Paris, 216 P 144

confrontés à des difficultés sociales concomitantes. Il est complexe d'appréhender la réalité compte tenu du manque de données statistiques concernant cette population.

Mais si l'on se penche sur des études réalisées sur un échantillon plus large et diversifié comme l'enquête PRI, on dispose de données plus objectives de la situation des personnes immigrées âgées sur le territoire français. L'enquête PRI montre que quel que soit le pays natal les personnes immigrées âgées ont une vision plutôt positive de leur retraite.

Pour les publics les plus vulnérables les constats établis sur leur état de santé demeurent préoccupant. Il existe des freins majeurs dans l'accès aux droits et aux soins générant des situations d'isolement sur lesquelles il semble important d'agir si l'on veut améliorer les prises en charge globales.

Le faible recours aux services et aux soins est une donnée que l'on doit analyser pour réorienter vers d'autres modes d'intervention auprès de cette population pour lui permettre de bénéficier des dispositifs de droits commun.

Les situations d'isolement repérées peuvent nous amener à penser que ce public se déplace peu au sein des services pour accéder à l'information ou bénéficier de soins. Ainsi il est important de réfléchir sur les modes d'intervention et les pratiques professionnelles mais aussi sur d'autres voies d'entrées existantes ou innovantes pour sensibiliser le public, et promouvoir l'échange des savoirs et des connaissances.

Cette démarche ne peut être conduite sans les professionnels du secteur sanitaire et social qui sont en lien avec cette population.

Il convient aussi de s'interroger sur le contenu de l'offre d'accompagnement médico-social à destination de ce public et aussi son mode opératoire sur le terrain.

Quels objectifs nous poursuivons ? De quelle manière nous mettons en place ces actions ? Si la mission parlementaire insiste sur la nécessité de renforcer l'accès aux droits communs et aux dispositifs existants il apparaît judicieux de penser l'offre d'accompagnement médico-social à travers cet aspect.

Il apparaît incontournable de se doter d'outils permettant de mesurer l'impact des actions mises en place et d'organiser un véritable suivi des populations qui ont participé à des actions.

Ce travail implique de formaliser de solides partenariats entre les différents acteurs et induit également que la fin d'une action ne signifie pas la fin d'une collaboration.

2 Partie 2 Approche méthodologique du contexte de l'étude et Diagnostic territorial de l'offre d'accompagnement médico-social en région PACA

Cette deuxième partie expose la démarche entreprise pour conduire l'étude de terrain. Il a été nécessaire de cibler le public visé car la population immigrée âgée est très hétérogène. Nous avons également effectué un cadrage sur le périmètre de cette recherche

Les constats recueillis auprès des professionnels s'articulent autour des difficultés majeures que rencontrent ce public et à travers les actions mises en place par les différents acteurs en charge du suivi de cette population. Au regard des éléments recueillis une analyse critique sera faite sur l'offre d'accompagnement médico-social proposée.

2.1 Délimitation des contours du public visé et du cadre du périmètre de l'étude : le choix d'une observation sur deux territoires de la région PACA, le VAR et les Bouches du Rhône.

La délimitation des contours du public visé et du périmètre de l'étude a été choisie à partir des données quantitatives et qualitatives recueillies préalablement sur la population immigrée âgée en région PACA.

Deux groupes d'individus ont été identifiés comme une population plus à risque au regard de leur santé et de leur isolement. La situation des « *chibanis* » et celles des femmes immigrées âgées.

2.1.1 Les vieux migrants « les chibanis »

La situation des « chibanis » est un sujet sensible qui mobilise les pouvoirs publics, ainsi il semblait intéressant de mieux appréhender les conditions de vie réelles de cette population en région PACA.

Un « chibani ⁵⁵», désigne une personne âgée en arabe dialectal « un vieux, un ancien » ayant les cheveux blancs. En France, les « chibanis » sont identifiés comme les travailleurs migrants venus s'installer en France début des années 1960 pour y travailler, et qui ont fait le choix, la retraite venue, de ne pas retourner dans son pays d'origine.

⁵⁵ LAROUSSE, Dictionnaire Français, disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Les estimations statistiques comptabiliseraient environ 850000 « chibanis » majoritairement d'origine Maghrébine (70%) mais aussi des ressortissants d'Afrique subsaharienne, du Sénégal et Mali et de vieux Chinois.

Cette population a un parcours migratoire spécifique car elle est arrivée majoritairement dans le cadre d'une immigration professionnelle. Au regard des motifs principaux ayant motivés l'émigration on retrouve la situation de pauvreté dans le pays d'origine et la nécessité de trouver un travail⁵⁶. Même si d'autres raisons peuvent être à l'origine du départ comme la poursuite d'études ou des raisons politiques, on retrouve principalement la motivation de « *gagner de l'argent ou faire vivre les siens*⁵⁷ ».

Leurs parcours et leur vécu en France sont aussi marqués par des conditions de travail difficiles, des bas salaires et des luttes pour une reconnaissance de leurs droits notamment au niveau de leurs retraites.

La perception de cette population est également particulière car elle a fait l'objet de représentations sociales parfois stigmatisantes, notamment au cours de procès⁵⁸ qui la a opposée aux administrations suite à des contrôles sur leurs conditions de résidences.

2.1.2 La situation des femmes immigrées âgées : « les chibanias »

Ces femmes immigrées âgées ont un parcours migratoire similaire, elles ont rejoint leur époux par la suite dans le cadre du regroupement familial. Comme le souligne, le rapport de la Mission Parlementaire, la moitié des immigrés âgés sont des femmes. Pour la majorité elles vivent seules suite au décès de leur époux.

Lors des recherches menées sur la population immigrée âgée, on constate que la situation des femmes est abordée mais de manière périphérique alors que leur vieillissement en France suscite autant de questionnements que la situation des vieux migrants.

Le vieillissement des femmes immigrées âgées est un thème d'actualité assez récent. De nombreux articles abordent le sujet et évoquent les conditions de vie précaires de ces femmes, dont certaines se retrouvent dans une situation d'aidante familiale auprès de leur conjoint.⁵⁹

⁵⁶ JOVELIN E, MEZZOUJ Fatima, 2010, « Sociologie de Immigrés âgés, d'une présence impossible au retour impossible » Edition du cygne, Paris, 216 P, P 94

⁵⁷ JOVELIN E, MEZZOUJ Fatima, 2010, « Sociologie de Immigrés âgés, d'une présence impossible au retour impossible » Edition du cygne, Paris, 216 P, P99

⁵⁸ Schmachtel F, Article publié le 1/04/2011, « Perpignan : Ouverture du procès de 4 retraités marocains. », disponible : <http://www.yabiladi.com>

Par ailleurs les constats sur l'état de santé⁶⁰ de ces femmes s'avèrent préoccupant. Ainsi, cette recherche a pour but de mieux appréhender les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien et de donner des éléments d'analyse sur leur trajectoire professionnelle et personnelle.

2.1.3 Le périmètre de l'étude et l'intérêt d'une analyse croisée sur deux territoires

L'intérêt d'observer deux territoires sur une même région permet de réaliser un état des lieux plus exhaustif et offre également des données intéressantes tant sur le plan populationnel qu'au niveau de l'offre d'accompagnement proposé sur les territoires.

Le choix de comparer le Var et les Bouches du Rhône, a été déterminé par les données statistiques et les éléments recueillis sur les deux groupes identifiés dans le cadre de cette étude.

Puis au regard de la forte concentration de vieux migrants dans le centre-ville de Toulon, un focus a été réalisé principalement sur cette commune.

Concernant les Bouches du Rhône nous avons centré la recherche sur la ville de Marseille au regard de sa forte concentration de population immigrée et des études conduites sur le territoire sur la situation des immigrés âgés.

Cette analyse comparative offre aussi la possibilité de repérer les réseaux existants et d'observer les dynamiques partenariales et les actions menées sur le terrain.

L'objectif était aussi de mettre en lumière les actions innovantes, rendre lisible et transférable les bonnes pratiques professionnelles sur les différents territoires.

L'analyse des résultats obtenus et des écarts constatés sur les deux territoires nous donnent aussi des éléments plus objectifs de l'offre d'accompagnement médico-sociale existante sur une région.

Enfin ce regard croisé permet d'avoir une approche plus fine de cette population, des difficultés repérées par les professionnels intervenant auprès de ce public.

2.1.4 La stratégie adoptée pour mener l'étude

⁵⁹ VINCENT E, Article publié le 4/07/2013, « les Chibanias, nouveaux visages de la vieillesse immigrée. », Le Monde.

⁶⁰ Colloque National du 13/11/2012 « Quel accompagnement pour les personnes âgées immigrées » Paris Maison de l'Artisanat Auditorium Centre Marceau

Dans un premier temps, un corpus d'informations à la fois quantitatives et qualitatives a été constitué afin de recueillir diverses données (démographiques, épidémiologiques, économiques et sociales).

Puis, un travail a été effectué à travers les recherches bibliographiques, mais aussi à partir de documents transmis par les acteurs de terrain rencontrés. Les données collectées ont permis d'établir un premier état des lieux sur la situation de la population immigrée âgée, permettant ainsi une meilleure appréhension du sujet et servant de base pour la construction de la grille d'entretien.

Au regard des données sur les deux territoires concernés (Bouches du Rhône et le Var), il a été décidé de mener une étude qualitative de terrain complémentaire.

Au vu du sujet abordant l'offre d'accompagnement médico-social du public immigré âgé, il nous a paru opportun d'auditionner des professionnels du secteur sanitaire et social en lien avec cette population.

Par ailleurs, le contact avec les différents acteurs était intéressant pour recueillir des éléments sur leur perception de ce public, pour analyser les pratiques professionnelles et les actions mises en place.

Le choix des personnes rencontrées a été décidé en fonction des différents réseaux sociaux existants sur les territoires en faveur de la population immigrée et les différentes structures intervenantes dans le domaine de la prévention et dans le cadre de la santé.

Des entretiens semi directifs ont été conduits à partir d'une grille élaborée sur quatre domaines :

- Des questions sur l'activité professionnelle de la personne auditionnée et les liens sur la thématique des immigrés âgés
- Des questions globales sur ce public et l'accès aux droits
- Des questions sur la santé de cette population
- Des questions sur les leviers à mettre en place pour améliorer la prise en charge globale

Au total 18 entretiens ont été réalisés en face à face dont 2 entretiens de groupes dans deux structures différentes (La CARSAT, et l'UHU la Madrague)

Les entretiens de groupes permettent d'explorer et d'instaurer une dynamique propice aux interactions et à la confrontation des différents points de vue.

Il est pertinent de conduire ce type d'entretien afin d'observer les comportements et les échanges.

Ces deux focus groupes ont été menés avec deux personnes appartenant à la même structure mais occupant des fonctions différentes.

Puis de l'observation directe a pu être réalisée avec différents partenaires lors d'un groupe de travail entre le département (Conseil Général) et les acteurs de terrain, L'objectif de la rencontre était de formaliser le cadre du renouvellement du schéma départemental en faveur des personnes âgées et handicapées sur le département des Bouches du Rhône.

Puis la deuxième rencontre a été organisée avec la DRJSCS, le Conseil Général du Var, la DDCS 13 afin d'effectuer un bilan avec un opérateur l'IRIPS, sur une action de sensibilisation et d'information sur l'accès à la santé de la population immigrées âgée en région PACA.

2.2 Les constats établis par les professionnels de terrain en contact avec les personnes immigrées âgées

2.2.1 Une forte concentration en Centre-ville et un vieillissement préoccupant

Les échanges avec les professionnels rencontrés ont permis de recueillir des informations sur la population immigrées âgée mais il apparaît clairement que les chiffres transmis sont approximatifs et ne peuvent refléter la situation réelle des personnes sur les deux territoires concernés. Si des données régionales existent sur la répartition et la composition de la population immigrée âgée, il est plus complexe d'obtenir des données locales précises toutefois le croisement des informations avec les éléments du diagnostic territorial mené en 2012 sur le bassin Toulonnais et les études sur Marseille nous confirment les tendances repérées.

Sur l'agglomération toulonnaise on a recensé une forte concentration de « chibanis » sur le centre ancien de Toulon. La part de personnes de nationalité étrangère est quatre fois supérieure sur le centre ancien par rapport à l'ensemble de la population Toulonnaise²⁰, on retrouve également plus de personnes isolées sur ce secteur géographique.

Selon le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) de Toulon le nombre de vieux migrants « chibanis » représenterait environ 700 personnes réparties sur le centre-ville et les résidences ADOMA.

Par ailleurs le CLIC de Toulon dispose de données démographiques par le biais de son observatoire de la vieillesse. Sur le centre Ancien, 60% de la population est retraitée.

L'avancée en âge de cette population est préoccupante sur les foyers ADOMA puisque 59% des résidents ont plus de 61 ans, avec une majorité de personnes d'origine Marocaine (32%) et Tunisienne (31% puis d'origine Algérienne (16%)⁶¹.

Sur Marseille, on retrouve également une forte concentration de la population immigrée âgée d'origine magrébine sur le Centre-Ville soit les 2/3 de la population accompagnée par le réseau du CLIC du Centre. Par ailleurs ces derniers observent également une augmentation constante d'interventions auprès de la population immigrée âgée d'origine asiatique.

Certaines associations comme L'AMPIL (Action Méditerranéenne pour l'Insertion Sociale par le Logement) qui a développé un service d'accueil en faveur des personnes âgées migrantes depuis 2008 suivent sur leur structure 757 personnes immigrées âgées essentiellement sur le Centre de Marseille.

L'UHU (Unité d'Hébergement d'Urgence) de la Madrague accueille de façon régulière sur son dispositif d'urgence 16% de vieux migrant.

Concernant les données sur la vieillesse, on constate également un vieillissement dans les foyers ADOMA sur Marseille, 66% des personnes ont plus de 60 ans⁶².

2.2.2 Les difficultés majeures rencontrées par ce public

L'isolement de ce public a été observé par l'ensemble des personnes auditionnées. Il a été constaté que ces personnes sont peu mobiles et sortent peu de leur quartier ou leur foyer. Les liens avec la famille restée au pays se sont étioyés au fil des années, et le retour au pays lors du passage à la retraite semble peu fréquent. Pour certains ils connaissent peu leur famille, le pays a changé et le retour est difficilement envisageable. Les personnes ont des conditions de vie précaires et résident dans des logements inadaptés ou dégradés ce qui accentue cet isolement et entrave également les prises en charge à domicile.

⁶¹ LE CODES 83, département du Var, Données transmises au cours de l'entretien avec un chargé de mission

⁶² CARSAT des Bouches du Rhône, données transmises lors de l'audition Focus Group avec deux cadres.

Comme le souligne une référente sociale du dispositif d'urgence de la Madrague : « *ils sont dans une logique du transitoire et se sont accommodés de la précarité* ». « *Ils ne demandent rien, ici ils sont logés gratuitement.* »

La majorité des professionnels s'accordent sur le fait que le rapport à l'argent représente aussi un frein dans le cadre de l'accompagnement social qui est mis en place notamment dans les projets d'accès au logement. Les personnes souhaitent conserver un certain pécule financier afin de continuer à « faire vivre la famille ».

La marge de manœuvre est assez réduite et la question du reste à vivre des personnes est une donnée à prendre en compte dans le cadre des projets les concernant.

Les auditions mettent aussi en relief le fait que l'institutionnalisation est aussi un sujet délicat. L'entrée en établissement pour personnes âgées est souvent impossible, soit pour des raisons culturelles ou financières pour la personne.

D'autre part, des blocages administratifs ont été repérés et peuvent surgir au moment de l'instruction du dossier de demande d'aide sociale ou sur des procédures de recherches des obligés alimentaires résidant à l'étranger. Si les dossiers sont incomplets les établissements ne peuvent prendre en compte la demande.

Le manque d'adhésion et de coopération a été soulevé à plusieurs reprises, cet aspect est frein au niveau des accompagnements sociaux et médicaux.

Comme l'évoque un cadre de CLIC « *on rencontre des difficultés pour les approcher, il faut apprendre la négociation aux travailleurs sociaux, il est important de respecter leur choix de vie.* »

Sur ce point, leur mode de vie et les allers/retours fréquents au pays représentent aussi des points de rupture dans les suivis sociaux et médicaux.

Certains dossiers administratifs sont complexes à constituer (dossiers de retraite, renouvellement de titre de séjour..) et demandent du temps et des rencontres régulières.

La question de la perte des droits est récurrente, les départs prolongés aux pays engendrent souvent une perte des droits sociaux, principalement leur couverture sociale et une suspension des ressources (ASPA).

A leur retour du pays, les personnes arrivent souvent sur les services en situation d'urgence (rupture des droits sociaux, traitement médical en urgence).

L'accompagnement ne peut ainsi s'envisager à moyen terme ou à long terme, ce type d'intervention est également chronophage pour l'ensemble des professionnels interrogés.

D'autres interrogations ont été évoquées sur certaines procédures administratives qu'ils jugent inutiles : « *Il n'est pas normal de renouveler des titres de séjours pour des personnes qui sont là depuis 1965.* ».

La barrière de la langue pose également des problèmes de compréhension, les personnes immigrées âgées sont en grande difficulté sur le plan administratif ce qui génère aussi selon les professionnels, un certain « laisser aller, des oublis et des pertes de documents ».

Le responsable d'une structure associative souligne « *ils ne comprennent pas grand-chose aux papiers tout cela est trop complexe pour eux* ».

Une coordinatrice en contact avec le public ajoute « *Après 25 ans de vie en France ils ne savent pas utiliser un compte bancaire, ils ont la crainte de ne pas se faire comprendre* »

Concernant les dispositifs, les professionnels ont repéré surtout chez les personnes très âgées une faible connaissance de leurs droits sociaux connexes CMUC (Couverture Maladie Universelle Complémentaire) et l'utilisation du chèque ACS (Accès à la Complémentaire Santé) ou de l'APA (Allocation pour Personne Agée).

Sur le volet de la santé, les constats établis par les professionnels rejoignent les éléments recueillis dans le cadre des recherches en termes de prévalence de maladie. Les personnes immigrées âgées sont confrontées aux mêmes pathologies chroniques que l'ensemble des personnes âgées avec une prédominance pour le diabète et le cancer. On retrouve aussi des problèmes de santé musculo squelettique en lien avec leur activité antérieure. Les troubles psychologiques ont également été évoqués à plusieurs reprises et seraient très prégnant chez les femmes immigrées âgées.

Les professionnels ont relevé aussi des conduites addictives concomitantes parfois aux troubles dépressifs.

Les pathologies médicales et les situations sociales sont imbriquées comme le souligne un responsable de CLIC « *lorsque l'on perd la tête, on a plus d'EDF* ».

Cette remarque traduit le fait que les plans d'aide individualisés impliquent différents référents dans un travail de coordination étroit.

Les professionnels estiment que si l'on compare une personne âgée immigrée une autre personne âgée, le décalage en nombre d'années serait d'environ dix ans avec un vieillissement physique plus marqué.

Ainsi il apparaît judicieux de reconsidérer ce décalage et redéfinir le critère d'âge dans le cadre des actions de santé mises en place en faveur de personnes afin de favoriser une démarche préventive.

La question de la dépendance a été soulevée car les équipes médico-sociales rencontrent de réelles difficultés pour élaborer des plans d'aide à domicile adaptés compte tenu des conditions de vie des personnes dans les logements.

Concernant leur rapport à la santé, les vieux migrants ont tendance à la négliger. Lors des consultations médicales, il a été constaté que les personnes arrivent souvent dans des états de santé très dégradés. Ils viennent consulter un médecin s'ils n'ont pas d'autre alternative.

Un médecin d'un réseau gérontologique nous informe aussi qu'il est difficile de faire comprendre à la personne que son affection est plus grave et qu'ils doit prendre un traitement à vie. *« Ils perçoivent la santé comme la gâchette ou le tiroir et veulent un résultat simple, ils veulent aller mieux, ils veulent que ça marche, qu'ils marchent »*. Les codes culturels et le rapport à la santé et au corps sont différents suivant les pays d'origines et les coutumes des personnes.

Les personnes s'adressent également à certaines structures associatives offrant des consultations spécialisées gratuites (dentiste, ophtalmologiste....) car ils peuvent ainsi avoir recours à certaines prestations de santé. Ils sont nombreux à dépasser le plafond de la CMUC et n'ont pas effectué de démarches pour prendre une mutuelle complémentaire.

Le suivi médical est assez chaotique avec des situations de rupture dans les soins, des hospitalisations en urgence sont fréquentes avec parfois des problèmes d'accueil sur les Centres Hospitaliers du fait de dettes de forfait journalier non soldées.

Les allers retours au pays, certaines pratiques religieuses comme le jeun peuvent entrainer des périodes d'arrêt dans les soins voire des situations d'urgence médicale pour des pathologies comme le diabète.

Les professionnels de santé sont également en difficulté pour instaurer un lien de confiance avec les personnes, toute participation financière de leur part pour des examens complémentaires ou des traitements non pris en charge est parfois une limite pouvant mettre en échec le suivi. Certaines associations ont également constaté que les personnes pouvaient être suivies par différents médecins généralistes mais sans continuité dans les prises en charge.

Au regard des éléments recueillis, il s'avère que les personnes immigrées âgées rencontrent des freins dans l'accès aux droits et à la santé. L'offre d'accompagnement

médico-social doit intégrer ces différents paramètres, afin de bien prendre en compte les priorités et les choix des personnes. Si il apparait complexe de s'inscrire dans le cadre d'un suivi sur du long terme avec ce public il est nécessaire d'adapter les interventions professionnelles et de mieux cibler les besoins des personnes.

2.3 Regard sur l'offre d'accompagnement médico-social auprès des immigrés âgés sur le département du VAR et des Bouches du Rhône.

Les associations implantées dans les quartiers ont un rôle central dans l'accompagnement de ce public. L'isolement social apparait comme un frein majeur de l'avancée en âge, ainsi l'existence d'un tissu social peut contribuer à assurer une continuité. Les synergies existantes au niveau local sont des initiatives intéressantes dans la mesure où les actions s'inscrivent dans le cadre d'un partenariat sur du long terme.

2.3.1 Le rôle pivot des associations dans l'accompagnement des vieux migrants

Lors des investigations menées sur le terrain, nous avons pu constater que le réseau associatif représentait un ancrage important auprès de cette population. Les vieux migrants s'adressent principalement aux réseaux de quartiers existants.

Sur le département du Var, l'équipe MOUS⁶³ est identifié comme un réseau assurant une veille sur les quartiers par son contact de proximité et sa mise en réseau après de différents acteurs sur les territoires, comme l'Espace Méditerranée, API Provence, l'association l'ADAJETI (association de défense et d'assistance juridique des travailleurs immigrés) , L'ATF (association des Tunisiens en France), les services départementaux et communaux.

Sur le département des Bouches du Rhône l'association l'AMPIL implantée en Centre-Ville de Marseille est un partenaire incontournable, il mène des actions en destination de ce public, et travaille en collaboration avec les différents partenaires institutionnels comme le CLIC, le Conseil Général, L'ASV (Atelier Santé Ville), les réseaux gérontologiques, les associations de quartier.

⁶³ VILLE DE TOULON et le CODES 83, Démarche territoriale de Santé sur le Centre Ancien de Toulon, Octobre 2012, « Etat des lieux Sanitaire et Social du Centre Ancien, focus sur le thème des personnes vieillissantes, de la Santé Mentale et de l'addiction ».P 58

Un regard croisé a été effectué sur les deux départements à travers les actions du CODES 83 (comité départemental d'éducation pour la santé du Var) qui est un opérateur associatif intervenant dans le cadre d'actions de promotion de la santé en faveur des population en difficulté sur le département du Var et l'association L'AMPIL sur Marseille (L'Action Méditerranéenne pour l'Insertion Sociale par le Logement) qui intervient sur l'accès au logement des populations précaires.

Suite à un appel à projet en 2012 dans le cadre du programme Régional d'Accès à la Santé et aux Soins sur le dépistage du cancer de la population migrante,

Le CODES 83 en partenariat avec ISIS 83 est intervenu sur cette action sur 2 années consécutives en 2012 et 2013.

D'autres actions expérimentales similaires ont été conduites en 2007 et 2008 auprès de différents opérateurs sur la région PACA⁶⁴ (Marseille et Vaucluse) sur cette thématique.

Les actions mises en place par le CODES 83 avaient pour finalité d'améliorer l'accès à la prévention et au dépistage organisé du cancer auprès des personnes migrantes.

Le projet comportait différents axes avec dans un premier temps une formation auprès des professionnels au contact avec la population, puis l'animation de 3 modules sur 2 séances auprès des migrants mobilisés sur les actions par le biais d'adultes relais formés préalablement.

Les difficultés se situent dans un premier temps sur la question de la mobilisation car comme le souligne la chargée de projet de la structure : « *ce public est faiblement captif, et la participation est difficile sur une même séance* ».

Les séances doivent être courtes en terme d'animation territoriale mais également sur deux ou trois séquences au maximum car les personnes ont tendance à décrocher rapidement.

Le lieu de l'organisation des actions a également du sens, il a été évoqué de pouvoir mettre en place les actions sur des lieux stratégiques comme les cafés sociaux, ou les lieux fréquentés par le public afin de faciliter l'adhésion des personnes.

Schmachtel F, Article publié le 1/04/2011, « Perpignan : Ouverture du procès de 4 retraités marocains. », disponible : <http://www.yabiladi.com>

⁶⁴ VINCENT E, Article publié le 4/07/2013, « les Chibanias, nouveaux visages de la vieillesse immigrée. », Le Monde.

⁶⁴ Colloque National du 13/11/2012 « Quel accompagnement pour les personnes âgées immigrées » Paris Maison de l'Artisanat Auditorium Centre Marceau

En termes de contenu et de techniques de communication le CODES 83 travaille sur des supports spécifiques et adaptés comme les Magnet de Santé développés par le CRES PACA⁶⁵. Ce type de support semble fonctionner auprès de ce public qui est plus réceptif aux images.

Les différentes séquences élaborées mettent en scène des silhouettes d'hommes et de femmes avec des parties du corps à positionner suivant les thèmes à aborder.

Des démonstrations de test de dépistage du cancer à reproduire à domicile ont aussi été effectuées lors de ce temps de formation.

La barrière de la langue sur les groupes limite les échanges, il apparaît indispensable de bénéficier de l'aide d'une personne ressource qui puisse traduire le cas échéant.

A l'heure actuelle, il est difficile de disposer de traducteurs sur les actions mais des partenariats avec certaines associations pourraient être envisagés dans ce sens afin de mieux coordonner les actions.

Une réflexion de fond notamment sur les campagnes menées à une grande échelle dans le cadre des dépistages nationaux doit aussi être amorcée si on veut atteindre cette population cible.

Les techniques de communication actuelle reposent sur la lettre d'invitation auprès des centres. Les personnes rencontrent d'énormes difficultés pour décoder ces courriers ainsi il apparaît judicieux de réfléchir à d'autres supports pour atteindre cette population en prenant en compte cette dimension et les limites concernant les connaissances de bases de la langue française.

L'AMPIL travaille en lien avec différents partenaires et bailleurs sur Marseille afin de favoriser l'intégration dans un logement. Depuis 2008, l'association a développé un espace dédié au public immigré âgé EMPA (Espace Méditerranée Personne Agée).

L'accompagnement social proposé vise à promouvoir l'accès aux droits et à la santé des personnes notamment par la mise en place d'un parcours de soins coordonnés.

Cet accueil est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée de six personnes (une coordinatrice, deux médiateurs sociaux, et deux animateurs culturels) qui assurent un travail de suivi de proximité et un accompagnement au long cours auprès des personnes.

Il a été constaté que 90 % des personnes accueillies sont analphabètes et ou illettrés, Cette problématique représente « *un vrai handicap social* » comme le pointe la

⁶⁵ CRES Paca, 2010 « Magnet Santé assiettes Mallette pédagogique » Marseille.

coordinatrice de la structure .La situation des femmes immigrées âgées est aussi très préoccupante. Arrivées en France tardivement dans le cadre du regroupement familial elles ont toujours vécues au pays et ont aucune maitrise de la langue française. La majorité d'entre elles viennent pour prendre en charge leur conjoint malade ou dépendant, et se retrouvent assez isolées et souvent en difficulté pour faire face à cette situation.

Afin de rompre avec l'isolement un accueil convivial de type café social a été mis en place avec un atelier petit déjeuner et des activités de loisir. Cette forme d'accompagnement permet d'instaurer d'autres contacts et représente une voie d'entrée intéressante pour favoriser le travail de lien avec les personnes.

L'AMPIL développe également des actions expérimentales au niveau du logement comme les appartements groupés. Ces logements ont une grande capacité d'accueil et permettent aux personnes âgées immigrées d'accéder à un logement plus adapté. Les personnes semblent être plus disposées à adhérer à ce type de projet, car cette alternative est moins coûteuse qu'un logement autonome ou un établissement pour personnes âgées.

Certaines personnes retrouvent aussi des repères comme la vie en collectivité et ne se sentent pas totalement isolées.

Au niveau des dispositifs d'aide, une mutualisation de l'aide au logement voire de l'APA peut être sollicitée.

Par ailleurs, au regard de la montée en charges des dépenses d'aides sociales assumées par les départements, la mutualisation de l'APA peut permettre de rationaliser les ressources et les moyens humains. L'objectif étant de réduire les coûts tout en maintenant une qualité de prise en charge efficiente.

2.3.2 Les politiques départementales et communales en faveur des personnes âgées

Les CLICS sont des acteurs de proximité qui ont été créés par la loi du 20/07/2001⁶⁶, la mise en place de ces centres locaux était de renforcer la visibilité en termes de services proposés aux personnes âgées.

Le pilotage de ce réseau est sous l'égide du Conseil Général depuis la loi de décentralisation de 2004⁶⁷, il assure un rôle pivot dans l'implantation et l'autorisation des centres et contrôle également les activités et les actions déployées.

⁶⁶ Loi N° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge et à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

⁶⁷ Loi n° 2004-809 du 13/08/2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales article 56

La loi de 2004 a également élargi les missions du département, puisque il met en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et travaille en lien avec les différents réseaux gérontologiques.

Sur le territoire Varois, il existe neuf CLICS repartis sur le département avec différents niveaux de labels, répondant à un cahier des charges précis.

Le label 1 correspondant à des missions d'accueil, d'écoute et d'information, le label 2 propose en plus du niveau 1 une palette de services partiels, le suivi n'étant pas systématique. Le niveau 3 prend en charge le suivi des situations complexes et articule la prise en charge médico-sociale.

Sur les BDR on comptabilise quatre CLICS sur Marseille soit dix clics au total pour l'ensemble du département. Un groupement de coopération médico-social est en projet pour trois des quatre réseaux de santé Marseillais afin de mutualiser les services.

Dans le cadre de notre étude, un regard croisé a été effectué entre les actions du CLIC de Toulon labélisé au niveau 3 et le CLIC du Centre de Marseille labélisé au niveau 2.

Le CLIC de Toulon bénéficie d'une équipe médico-sociale plus étoffée que le CLIC de Marseille. Cette différence s'explique par la labellisation impliquant un niveau de prise en charge supérieur en termes d'accompagnement social.

Dans le cadre des équipes médico-sociales le CLIC de Toulon emploie trois assistantes sociales, un médecin mis à disposition et le coordinateur.

Le CLIC de Marseille est un service composé de 3 personnes (une secrétaire administrative, une conseillère en Economie Sociale et Familiale et la coordinatrice).

Les missions du CLIC sont d'assurer un dispositif autour des personnes âgées de plus de 60 ans, les interventions ne ciblent pas une population spécifique mais s'intègre dans une approche globale. Les personnes immigrées âgées sont toutefois identifiées dans le cadre du schéma départemental des Bouches du Rhône comme des populations à risque devant faire l'objet d'un accompagnement spécifique⁶⁸.

Les CLICS par leur travail de proximité interviennent auprès des personnes fragilisées et les équipes médico-sociales doivent s'adapter à des problématiques multiples.

⁶⁸ CONSEIL GENERAL DES BOUCHES DU RHONE, Schéma départemental en faveur des Personnes âgées des bouches du Rhône de 2009-2013, P 50

Les deux CLICS rencontrés sont confrontés à une augmentation des prises en charge de plus en plus complexes tant sur le plan social qu'au niveau de la santé.

Les troubles d'ordre psychique ou les démences sont également fréquentes et le travail en lien avec le secteur psychiatrique n'apparaît pas suffisant.

Sur le département du Var, cette difficulté serait très prégnante et s'expliquerait en partie par un manque de coordination avec les différents réseaux intervenant sur ce champ, des délais d'attente trop long pour les consultations et l'embolisation des lits en psychiatrie. Déjà le diagnostic territorial réalisé en 2012²⁷ pointait le manque de formalisation des collaborations des intervenants spécialisés en Santé mentale avec une saturation des structures alternatives à l'hospitalisation.

A Marseille, les constats sont similaires comme le souligne la coordinatrice « *le travail est long surtout avec la psychiatrie.* ». Néanmoins, on peut repérer une synergie avec les différents réseaux de santé existants, ce qui permet de mailler le territoire et de mieux repérer les situations à risque.

Ce travail partenarial s'articule autour d'organisation de plateaux techniques mensuels dans le cadre du Réseau Santé Mentale Logement réunissant différents acteurs comme les CMP (Centres médicaux-psychologique), les bailleurs sociaux, le CLIC, le CCAS, et les MDS (Maison de Santé) mais également lors d'interventions conjointes avec Le réseau gérontologique, l'équipe Mobile de liaison Psychiatrie, précarité du CH (Centre Hospitalier) Edouard Toulouse.

Les deux CLICS mentionnent également un manque d'articulation avec les services sociaux départementaux.

Il apparaît difficile de formaliser des actions coordonnées alors que les équipes sociales interviennent sur le même secteur géographique avec des compétences qui pourraient être complémentaires.

Au Conseil Général du Var, l'accompagnement des personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'APA (Allocation Personnalisée pour l'Autonomie) s'effectue principalement au domicile des personnes comme le souligne une responsable du service APA de Toulon. Le Conseil Général met aussi en place des actions de sensibilisation en interne et externe afin de favoriser la coordination des acteurs de terrain, l'objectif est de décroiser les services.

Sur l'accompagnement spécifique des immigrés âgés, il a été constaté que les travailleurs sociaux des services APA de Marseille rencontrent des difficultés à

effectuer des visites à domicile⁶⁹, ce qui tend à retarder les prises en charge voire à mettre en place des plans d'aide très lourds.

Lors des contacts avec les travailleurs sociaux du Conseil General du VAR, nous avons pu relever que les professionnels ont bien identifié les freins rencontrés par cette population, en revanche ils ont une appréhension approximative des différents programmes existants sur le territoire en termes d'offre d'accompagnement médico-social à destination de ce public.

Si une réflexion doit être engagée sur les pratiques professionnelles en termes d'approche de ce public et de coordination partenariale, il est important de souligner l'engagement des professionnels sur le terrain dans leurs actions quotidiennes auprès du public.

Ces changements doivent aussi être portés sur le plan institutionnel afin de donner une ligne directrice. Certains départements, comme le Val de Marne se sont engagés dans ce sens et ont décidé d'inclure des programmes en faveur du public immigré âgé dans le cadre de leurs schémas départementaux.

Des services ont été créés comme l'accompagnement aux démarches, la médiation sur l'accès aux droits avec des permanences relais. Pour répondre aux enjeux du vieillissement, l'accent a été mis sur le développement de l'offre d'accueil familial.

2.4 Une offre d'accompagnement médico-social manquant de visibilité, d'actions transversales, et de valorisation de bonnes pratiques

L'offre d'accompagnement médico-social à destination du public immigré âgé est intégrée dans différents programmes comme le PRAPS, le PSRS, le PRIPI.

Au niveau local, les communes mettent en place aussi des actions en faveur des populations migrantes dans le cadre de la politique de la ville.

Cette offre d'accompagnement peut faire l'objet de différents financements (enveloppes budgétaires ARS, financements de l'Assurance Maladie,...) où dans le cadre du BOP 104 (PRIPI) voire de fonds Européens.

⁶⁹ CONSEIL GENERAL DES BOUCHES DU RHONE, Schéma départemental en faveur des Personnes âgées des bouches du Rhône de 2009-2013, P 50.

Ces cofinancements de partenaires institutionnels peuvent générer un système d'empilement de dispositifs, mais aussi de compétences complexifiant les procédures et pouvant brouiller la visibilité des actions.

Par ailleurs, si des efforts sont consentis en région PACA pour favoriser la mise en place de projets transversaux entre le PRAPS et le PRIPPI, les liens avec les collectivités territoriales et l'articulation des programmes ne sont pas systématique.

La part des actions financées du PRIPPI concernant l'accompagnement des personnes immigrées âgées en région PACA représentait 20% du budget de 2011, ce qui représente une part importante au regard des autres régions de France⁷⁰.

Ce plan a permis de financer des actions diversifiées autour des populations cibles comme les femmes immigrées âgées pour favoriser l'accès aux droits et à l'apprentissage de la langue française, mais aussi d'adapter une offre de formation plus spécialisée sur des besoins identifiés comme des ateliers d'apprentissage et d'aide aux démarches administratives.

Sur le volet sanitaire, les actions subventionnées en région PACA dans le cadre du PRAPS ont porté sur l'éducation à la santé (hommes et femmes immigrés âgés), l'accès aux soins et la prévention sanitaire, le dépistage du cancer, des interventions sur les foyers ADOMA avec un volet prise en charge psychologique.

Des données globales sont disponibles sur l'offre existante sur les territoires au niveau de la santé, notamment par le biais de systèmes d'informations partagés comme OSCAR (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé).

Il est en revanche plus difficile d'avoir une perception fine du contenu de l'offre proposée par les opérateurs. Un cadrage dans le cadre de l'appel à projet a été défini préalablement dans le cahier des charges, mais seul des rencontres régulières tout au long de l'action avec les opérateurs permettent de s'assurer que les objectifs fixés initialement ont bien été atteints.

Un autre point sombre a été relevé au niveau du maillage territorial du fait du manque d'opérateurs associatifs sur certaines zones géographiques plus rurales. Certaines communes sont petites et ne disposent pas d'un ensemble de structures adaptées. Le nord du Vaucluse apparaît assez dépourvu et l'objectif est de mieux mailler ces secteurs pour favoriser un zonage plus équilibré.

⁷⁰ BARTOLONNE C, 3/07/2013, au nom de la Mission d'information sur les immigrés âgés, rapport d'information de l'Assemblée Nationale N°1214

Lors des auditions menées auprès des opérateurs, il a été repéré des pratiques très différentes, notamment sur la stratégie adoptée pour mobiliser le public sur les actions ou sur les techniques d'animation des groupes. Le contact peut se faire soit à partir de fichiers existants, soit par le biais des référents sociaux.

Les opérateurs entre eux ont une faible connaissance de leur périmètre d'intervention respectif, alors qu'ils sont mobilisés sur les mêmes enjeux.

Ce cloisonnement ne permet pas un élargissement des réseaux, entrave la capitalisation et la diffusion d'observations pertinentes tant sur l'analyse du public accueilli que sur les pratiques. Elle génère parfois une forme de concurrence entre les opérateurs.

Il apparaît clair que la coordination, l'échange de bonnes pratiques, le partage d'outils ou de supports entre les opérateurs sont peu réalisés ou ces échanges sont informels.

Par exemple, il serait pertinent de valoriser les pratiques professionnelles comme le travail sur des supports spécifiques visuels mis en place par CODES 83.

Ces outils pourraient être transposés, voire adaptés pour d'autres actions déployées par d'autres opérateurs.

La CARSAT des Bouches du Rhône qui intervient sur des programmes d'éducation sanitaire dans le cadre du programme PAPA (Préservation de l'Autonomie des Personnes Agées) utilise d'autres outils de photos langages.

Ce programme développé dans le cadre d'un plan national se décline sur différents volets comme la prévention de la perte d'autonomie, la prévention de la malnutrition, l'aide aux aidants, les sorties d'hospitalisation et le vieillissement des personnes handicapées vieillissantes.

2.5 Une démarche d'évaluation ne permettant pas de mesurer les impacts positifs des actions sur les prises en charge.

La mise en œuvre de l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux constitue l'une des priorités de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles établit la liste des établissements soumis à la démarche d'évaluation de leurs activités. Ce processus d'évaluation concerne les structures mettant en place des actions en faveur du public comme le stipule cet extrait de la dite loi :

« Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ».

Cette démarche qualité des prestations offertes doit être validée au regard des recommandations de bonnes pratiques de l'ANAESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux).

Par ailleurs, le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007⁷¹ souligne que l'évaluation doit porter sur l'effectivité des droits des usagers et notamment sur *« la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes et ainsi la réponse qui y est apportée »*.

Cette démarche d'évaluation est donc bien encadrée juridiquement, toutefois les différents opérateurs rencontrés pointent cette défaillance de la démarche d'évaluation surtout à l'issue des actions.

Ils ne mettent pas en place de manière systématique un processus formalisé permettant d'évaluer objectivement leurs actions. Ce manque d'indicateurs ne permet pas de mesurer l'impact des actions menées auprès du public.

Concernant le suivi exercé entre les financeurs et les opérateurs il s'effectue dans le cadre de rencontres ou de bilans de restitution entre les chargés de missions ou les Inspecteurs dans les Directions (DDCS, DRJSCS, ARS) mais il s'avère que la démarche de suivi et les pratiques professionnelles sont propres à chacun.

Il est important d'appuyer sur le fait que la fin d'une action ne doit pas être un point de rupture et doit s'inscrire dans le cadre du parcours de la personne.

Cette démarche d'évaluation doit aussi s'articuler entre les opérateurs mettant en œuvre les actions et les référents sociaux ayant effectués l'orientation des personnes sur les

⁷¹ DECRET n° 2007-975 du 15 mai 2007 parue au JORF n°113 du 16 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

actions. Cette coordination peut représenter une vraie plus-value dans le cadre du suivi global des personnes à l'issue des actions.

Des initiatives intéressantes ont été repérées à travers les actions du CODES 83, mais ces actions supposent de recueillir l'accord préalable des personnes sur les groupes et de bien en exposer la démarche. L'exploitation de données comme le numéro d'immatriculation des personnes ayant participées aux actions pourrait permettre d'effectuer des croisements auprès de la CPAM dans le cadre des campagnes à grande échelle afin de voir le taux de participation des personnes.

Cette démarche d'évaluation doit aussi être une priorité des financeurs sur le suivi des actions en cours, et sur les bilans réalisés. Un appui méthodologique peut être apporté aux opérateurs pour les aider à développer une démarche d'évaluation interne adaptée. Le suivi post/action doit être pensé en amont avec les différents partenaires.

3 Partie 3 les pistes d'améliorations de la prise en charge des personnes immigrées âgées

3.1 Piste 1 : Sensibiliser l'ensemble des professionnels de terrain à la spécificité de l'accompagnement de ce public et repenser les modalités de prise en charge

Au regard des constats posés il apparaît important de sensibiliser l'ensemble des professionnels de terrain intervenants dans le cadre des prises en charges médico-sociales sur l'accompagnement spécifique de la population immigrée âgée.

Cette démarche de diffusion d'information doit passer par l'ensemble des réseaux de communication et devra être relayée en interne par les responsables encadrants les équipes médico-sociales.

Des guides ont été édités par le COMEDE pour faciliter la prise en charge médicale et sociale des migrants et des étrangers en situation précaire. Ce guide aborde l'ensemble des questions relatives au droit et à la santé des personnes ce qui peut représenter un support intéressant pour les professionnels. D'autres outils sont disponibles comme le guide du retraité étranger de l'UNAF0 (l'union professionnelle du logement accompagné), plus centré sur les questions de droit.

L'offre de formation continue à destination des professionnels doit se diversifier et être orienté sur les pratiques professionnelles (l'approche de ce public, les modes d'intervention...) avec des modules de formation spécifiques sur le vieillissement et les problématiques particulières des personnes immigrées âgées.

Un action expérimentale conduite sur l'année 2012-2013 avec l'IRIPS en collaboration avec la DRJSCS PACA a permis de rassembler de nombreux partenaires associatifs. Elle a été organisée sur deux territoires pilotes (Nice et Marseille).

L'IRIPS est un Centre de Prévention composé d'une équipe pluridisciplinaire de médecins gériatres, psychologues et travailleurs sociaux qui prennent en charge les personnes âgées en proposant des actions de prévention (bilans de santé, conseils de prévention, ateliers...).

L'IRIPS travaille en partenariat avec les caisses de retraites, les foyers ADOMA et les associations sur la région PACA. Des bilans médicaux sont effectués sur les sites et au sein des structures associatives.

Cette formation financée dans le cadre du PRIPI a été impulsée pour favoriser la sensibilisation du réseau professionnel à la situation des vieux migrants et au repérage de leurs difficultés.

Ces actions expérimentales doivent se poursuivre et être étendues à l'ensemble du territoire en associant d'autres partenaires institutionnels comme les collectivités territoriales, les services d'aide à domicile.

Préalablement, il apparaît nécessaire de mettre en place une démarche de diagnostic territorial partagé, afin de mieux repérer les réseaux associatifs existants et identifier les secteurs géographiques en difficulté.

Ce diagnostic permettra de mieux répartir l'offre de formation sur la région, et de réduire les inégalités territoriales.

Certains secteurs géographiques sont dépourvus de réseaux associatifs prenant charge le public immigré âgé, il apparaît judicieux de compléter cette action de sensibilisation par une offre plus ciblée en formant par exemple des personnes relais au sein des structures.

Les formations initiales des professionnels sociaux et de santé doivent aussi être enrichies par des connaissances spécifiques sur le vieillissement des personnes immigrées âgées afin qu'une réflexion de fond puisse être amorcée sur les pratiques professionnelles. Ce type d'action de sensibilisation pourrait être proposé dans les instituts de formation et présenterait un réel intérêt car elle dépasserait le cadre des programmes théoriques pour s'inscrire une démarche d'échange avec les professionnels sur le terrain.

Compte tenu du rôle de la DRJSCS dans la certification et la délivrance des Diplômes d'Etat des secteurs paramédical et social, il apparaît pertinent d'impulser cette initiative, ce qui permettrait de mettre en place des actions coordonnées et transversales au sein des directions.

L'offre d'accompagnement médico-social proposée doit s'inscrire dans cette optique de repenser les modalités de prise en charge globale. La notion de parcours individualisé prend tout son sens et doit se situer dans une démarche de Co-construction entre les opérateurs, les personnes et les référents sociaux.

Des outils comme des fiches de situation partagées pourraient être élaborées afin d'articuler ce travail et d'assurer une continuité à l'issue de la fin des actions.

Les Directions départementales et régionales peuvent s'associer pour apporter leur soutien méthodologique aux opérateurs dans l'élaboration de ces supports.

3.2 Piste 2 : Favoriser des actions coordonnées et de nouveaux partenariats, réfléchir sur les profils et les compétences professionnelles

Afin de repenser les prises en charge dans le cadre de l'accompagnement global des personnes, on doit aussi s'appuyer sur les réseaux existants comme les postes d'adultes relais sur les quartiers, les équipes mobiles spécialisées médico-sociale, les postes d'ADLI.

Si des rencontres partenariales sont organisées sur la problématique d'accès au droit et aux soins des personnes immigrées âgées. Il semble important d'enclencher d'autres rencontres avec les professionnels afin d'amorcer un véritable travail sur les profils professionnels et les compétences.

Les freins repérés auprès de cette population dans l'élaboration de leur projet de vie doivent servir de base d'appui pour réfléchir aux accompagnements proposés. Certains profils professionnels comme les CESF (conseillère en Economie Sociale et Familiale) sont à étudier notamment sur la question de la problématique liée au rapport à l'argent et au budget.

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité ou gériatrique sont une voie d'entrée appropriée pour approcher cette population en situation d'isolement. Néanmoins, il a été constaté que la composition de ces équipes est très hétérogène⁷² suivant les régions avec une présence plus marquée de professionnels de santé en province alors qu'en région parisienne la composition des équipes mobiles est plus transversale avec du personnel socio-éducatif.

Il serait intéressant aussi de formaliser des collaborations partenariales comme une mutualisation de postes de traducteurs, ou d'adultes relais.

⁷² LIPS M, PLURIELS de juin 2007 N°6729, la lettre de Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, « les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, un bilan et des perspectives ».

D'autres exemples de collaboration sont des initiatives à promouvoir comme le partenariat du CLIC de Toulon avec la sécurité civile et les équipes du SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation).

Un partenariat est également en cours avec l'Ordre des syndicats de médecins afin de mieux coordonner les interventions avec la médecine de ville.

L'ensemble de professionnels ont des intérêts qui se rejoignent notamment sur le volet du maintien à domicile. Une enquête réalisée en juin 2013⁷³ par l'ARS de Bretagne auprès d'une centaine de médecins libéraux sur huit territoires de santé a mis en évidence ce manque de connaissance par les professionnels libéraux des dispositifs existants de coordination comme les CLICS, MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer).

Ainsi, un travail doit être engagé par les services de l'ARS en charge du suivi des professionnels de santé afin de mieux faire connaître ces services et leurs missions. Un système informatisé de partage d'information entre les professionnels peut être envisagé ou la mise en place de protocole de coopération dans le suivi des patients.

Une démarche similaire de système de partage d'information pour assurer un travail coordonné entre les communes et le département avait été initiée en 2003 par le CLIC du Var avec l'objectif premier d'établir une base de données accessibles via un espace partagé pour faciliter les prises en charges sociales.

En 2013, le site n'est plus fonctionnel car le système a été alourdi par l'ajout de documents comme le dossier social et médical.

Le projet présente toutefois un intérêt et doit servir d'exemple sur le fait qu'il est préférable de mettre en place un outil simple et efficace avec des objectifs précis qu'un outil lourd à renseigner et chronophage pour les professionnels.

Sur le département des Bouches du Rhône, des rencontres en réseau avec différents partenaires ont lieu (ASV, CLIC, IRIPS, AMPIL, les services d'accueil de jour, le réseau gérontologique..). Ces rencontres organisées en plateau technique ont pour finalité d'améliorer le parcours de soins gériatriques pour les personnes âgées migrantes.

⁷³ APM International du 20/11/2013, enquête de l'ARS Bretagne, « Coordination : réseaux, CLICS, MAIA insuffisamment connus des libéraux

Des situations complexes sont évoquées afin que des réponses puissent être apportées. Par exemple, un travail est en cours sur la recherche de mutuelles à moindre coût à destination de ce public, afin de lutter contre le phénomène de démutualisation et de reste à charge de plus en plus élevé. Des rencontres avec des représentants de ces groupes mutualistes doivent se mettre en place prochainement.

On pourrait également envisager d'utiliser d'autres portes d'entrées comme les MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) qui sont un dispositif financé par l'ARS.

Ils mettent en place un réseau intégré de partenaires pour les soins, les dispositifs d'aide et d'accompagnement à domicile. Des postes de gestionnaires de cas ont été créés pour articuler le dispositif. L'enjeu est de bien former ces professionnels afin qu'ils puissent appréhender les logiques d'action à destination des vieux migrants.

3.3 Piste 3 : Développer des actions concrètes et innover pour mieux accompagner ce public

Des actions concrètes innovantes doivent se développer afin de répondre aux enjeux du vieillissement. La précarité dans le logement est un frein majeur et des mesures devront être prises pour améliorer les conditions de vie des personnes dans leur habitat, ou favoriser l'accès à un autre logement.

Les personnes logées en foyer ADOMA depuis 30 ans ont construit des repères de vie ainsi il semble plus opportun d'adapter les logements.

Depuis 2007, des Unités de vie adaptées sont développées au sein des foyers ADOMA des Bouches du Rhône. Ces projets expérimentaux ont été déployés sur Aix en Provence et Marseille. ADOMA dispose d'une enveloppe FEI (Fonds Européen d'Intégration) et de fonds de la DRJSC dans le cadre des actions mises en place au sein des foyers.

Les transformations des chambres en unités de vie de 15 m² a permis d'offrir de nouvelles conditions de logement, tout en maintenant des habitudes de vie. Pour compléter le dispositif, des actions de médiation santé sont proposées par l'intermédiaire d'une association avec des activités d'éducation à la santé.

Le maintien à domicile s'effectue aussi dans le cadre d'une aide humaine mutualisée (auxiliaire à la vie sociale). Le dispositif est financé soit par le Conseil Général dans le

cadre de l'APA pour les personnes en GIR (Groupes Iso-Ressources) 1 à 4 ou dans le cadre de la CARSAT pour les GIR 5 et 6.

D'autres pistes comme les appartements groupés commencent à se mettre en place dans le parc privé et il serait intéressant de passer des conventions avec le parc public pour adapter les logements sociaux, favoriser la colocation ou l'inter-générationnalité.

Afin de diversifier l'offre de logement, il serait intéressant de favoriser l'accueil du public immigré vieillissant au sein des Maisons Relais. Ce nouveau mode d'accueil piloté par la DRJSCS présente de nombreux atouts. Il propose des logements autonomes et des espaces collectifs afin de rompre l'isolement. Un système de veille et d'accompagnement est assuré par un couple d'hôte ce qui peut être rassurant pour des personnes vieillissantes.

Si des actions concrètes peuvent être mises en œuvre à travers les dispositifs existants, il semble pertinent de porter un regard sur les pratiques des autres pays.

La fondation Roi Baudouin en Belgique⁷⁴ a soutenu 22 projets sur la thématique des migrants âgés. La finalité était de créer des liens et de réduire le fossé entre ce public et l'offre de service dans le secteur social, culturel et sanitaire.

Un rapport a été publié en janvier 2012 et présente une analyse des différents projets développés avec l'élaboration de fiches action méthodologiques. L'intérêt de cette démarche est de susciter des échanges entre les porteurs de projets afin de capitaliser les bonnes pratiques.

Il apparaît concevable qu'en France nous puissions nous inspirer de ce type d'initiative pour conduire des projets de cette envergure. La démarche consiste maintenant à répondre à la question suivante : Comment dépasser les constats établis sur le cloisonnement des pratiques et que mettons nous en place de façon concrète ?

L'objectif est de prendre la mesure de ces constats pour s'inscrire dans des projets clairs, porteurs et fédérateurs.

Bien que le contexte économique et les restrictions budgétaires imposent des orientations stratégiques, il apparaît opportun de réfléchir à la dimension que l'on souhaite donner à l'offre d'accompagnement à destination des populations en difficulté. Si la question du

⁷⁴ TALLOEN, D, CHECH J, et VERSTRAETE J, janvier 2012, Fondation Roi Baudouin, « migrants âgés seniors de chez nous des leçons tirées de la pratique », édition de la Fondation Roi Baudouin, rue Brederodestraat 21 à 1000.

saupoudrage financier est souvent soulevée dans les débats publics, les opérateurs associatifs semblent être aussi pris dans cette spirale financière. Lors des auditions, il a été évoqué cette course aux financements « *on tord le projet pour le faire rentrer dans le cadre de l'appel à projet.* »

Au-delà du financement, notre regard doit être dirigé sur la capacité à faire, sur la concordance entre les compétences en interne et les objectifs des actions.

Cette démarche repose sur une meilleure connaissance du tissu associatif, sur le rayonnement des projets développés et sur le suivi des structures.

Le caractère innovant peut représenter une plus-value dans le cadre de l'offre d'accompagnement mais ne doit pas constituer en soi un critère indispensable de sélection ou d'évaluation de la qualité d'un projet.

Il a été observé aussi lors de cette étude que si des programmes ambitieux sont mis en œuvre à destination du public immigré âgé, ils sont parfois déconnectés des organisations internes des propres structures qui les mettent en place.

Des réorganisations en interne sûrement moins onéreuses pourraient contribuer à améliorer considérablement la situation des personnes.

Le repérage des périodes à risque comme le passage à la retraite, où les hospitalisations sont des indicateurs à prendre en compte pour veiller à mettre en place au sein de nos services, un processus permettant d'éviter des ruptures de droit pour les personnes.

Ces ruptures ont d'autres conséquences plus désastreuses et paralysent souvent le travail des équipes de terrain, mobilisant aussi parfois de nombreuses personnes dans un mouvement totalement contreproductif.

Il semble primordial de simplifier les procédures administratives, de réfléchir à l'élaboration de courriers administratifs simples et à la portée de ce public. L'identification de correspondants formés à l'accueil de ce public ou de personnes relais dans les organismes comme la CAF, la CPAM, les Caisses de Retraites serait à envisager.

La CARSAT des Bouches du Rhône avait élaboré des supports comme la traduction de documents en langue étrangère, mais ce projet n'a pas été reconduit.

On pourrait envisager de travailler sur ce type de support en élaborant des plaquettes d'information à destination du public. Ce document pourrait par exemple rappeler les principaux droits et démarches administratives et identifier les services existants.

Il pourrait être mis à disposition dans des lieux de vie des personnes comme les cafés sociaux, les associations de quartiers, les services sociaux départementaux et communaux...

3.4 Piste 4 : Impulser une démarche de suivi et d'évaluation des programmes

Les constats mettent en évidence une démarche d'évaluation insuffisante du côté des opérateurs.

Il ressort aussi de l'enquête de terrain que le suivi exercé par les financeurs est très aléatoire. Un responsable d'association nous informe « *j'ai peu de lien avec mes financeurs.* ».

La question de l'évaluation est un point crucial, elle induit de mettre en place une organisation de travail claire et cohérente avec suivi quotidien des opérateurs associatifs. Le cadre de l'évaluation doit être préalablement clarifié entre les opérateurs et les financeurs car les attentes peuvent être différentes.

Ce travail doit s'articuler sur l'élaboration d'un référentiel commun permettant de se doter d'un outil de mesure efficient pour analyser l'impact des actions.

La finalité est de faire de « *l'évaluation un instrument du changement*⁷⁵ ». Vu sous cet angle l'évaluation devient plus qu'un simple outil, mais peut contribuer à réinterroger les modes d'intervention et d'organisation interne. La finalité étant d'améliorer le service rendu à l'utilisateur.

La démarche d'évaluation peut déclencher de la méfiance de la part des acteurs car les logiques budgétaires induisent de mesurer le rapport entre le coût et l'efficacité, il est primordial de différencier l'évaluation du contrôle qui peut être exercé.

Selon Y HARVOIS, l'évaluation et le contrôle sont des démarches opposées : « *l'évaluation est une démarche systémique et démocratique alors que le contrôle est une démarche analytique et hiérarchique*⁷⁶ ». ».

Ainsi, il est important pour mener à bien ce travail avec les acteurs de bien clarifier notre place et notre rôle dans cette démarche en tant qu'inspecteur afin d'éviter des dérives préjudiciables à la démarche d'évaluation.

⁷⁵ Groupe évaluation, Espace Régional de Santé Publique, mai 2004, document, « référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. », LYON, P 24.

⁷⁶ Groupe évaluation, Espace Régional de Santé Publique, mai 2004, document, « référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social. », LYON, P 32

Des échanges et des bilans réguliers permettent d'établir une relation de confiance avec les opérateurs et offrent aussi une meilleure visibilité des actions en cours. Si des difficultés sont repérées, cette démarche doit permettre des réajustements le cas échéant en adoptant par exemple d'autres modes opératoires.

Il est important aussi que les équipes en charge du suivi de l'offre d'accompagnement puissent s'approprier une méthodologie de travail commune afin d'harmoniser les pratiques professionnelles.

Le suivi global de l'offre d'accompagnement médico-social en région pourrait s'organiser à travers la mise en place de comités de suivi en interne au sein des Directions afin de formaliser des rencontres régulières.

3.5 Piste 5 : Construire une stratégie régionale à destination du public immigré âgé

La mise en place d'une offre d'accompagnement médico-social suppose préalablement de prendre le temps d'étudier de manière approfondie son territoire, de recueillir l'ensemble des données pour analyser les ressources disponibles et d'évaluer les contraintes à prendre en compte pour adapter l'offre d'accompagnement en fonction des spécificités des territoires.

il apparaît important d'adopter une démarche sur le terrain afin d'effectuer visuellement le repérage des infrastructures et des services existants. Ce travail de proximité doit aussi se mettre en place avec les différents acteurs et partenaires institutionnels.

La collecte de données statistiques, d'études qualitatives réalisées sur le plan épidémiologique, sociologique, économique sont des informations essentielles pour construire des bases solides. En 2011, le DROS a réalisé un diagnostic des populations immigrées en région PACA sur des données statistiques de l'INSEE datant de 2006.

Ce projet avait été porté par la DRJSCS PACA dans le cadre de la réalisation du PRIPI. Il apparaît indispensable de disposer d'une veille concernant l'évolution de ce public et des problématiques rencontrées.

L'exploitation d'études réalisées plus récentes permettrait d'effectuer un travail d'agglomération de l'ensemble des données afin d'avoir une cartographie précise et actualisée sur le plan régional, départemental et local.

L'objectif est de conduire une stratégie régionale permettant de bien cibler les besoins de la population, et de mesurer les enjeux locaux et de mutualiser les éléments de connaissance sur cette population.

La mise en place d'une plateforme régionale par la DRJSCS permettrait de rendre visible ces éléments de connaissance pour l'ensemble des partenaires sur le territoire. L'outil pourrait être adapté par la suite pour devenir un espace d'échanges pour les opérateurs associatifs porteurs de projets.

Ce projet est complexe à réaliser et doit être mis en place dans le cadre de la gestion de projet avec l'organisation d'un Comité de Pilotage et de groupes de travail spécifiques. Il convient d'identifier en amont les acteurs concernés, de bien clarifier la finalité du projet et sa mise en œuvre.

Ce projet qui pourrait être initié s'inscrit dans les priorités régionales et les axes thématiques du PRIPI. Il permettrait d'insuffler une vraie dynamique autour de cet outil de planification afin de le rendre efficient.

Le bilan qui a été réalisé en région PACA en 2013⁷⁷ met en relief des carences : « *un programme perçu de manière ambivalent, un déficit de légitimité sur sa capacité à porter une stratégie, un effet levier du PRIPI sur l'action publique locale pas mesuré...car pas mesurable.* ».

⁷⁷ Groupe Reflex Adèus synthèse du 18/06/2013, présentation de la démarche d'évaluation PRIPI PACA.

Conclusion

La situation des personnes immigrées âgées interpelle car elle vient interroger l'ensemble des politiques sociales et sanitaires menées depuis ces dernières années.

Si les orientations nationales visent à réduire les inégalités sociales pour favoriser l'accès aux dispositifs de droit commun, on prend conscience également des failles de notre système pour mettre en place des filets de protection en faveur des populations les plus fragilisées.

Cette étude a permis d'établir un état des lieux en région PACA avec un focus sur les départements du Var et des Bouches du Rhône, la comparaison des deux territoires nous a permis de visualiser l'offre d'accompagnement médico-social existante, de mieux appréhender les synergies en place sur le terrain et d'échanger avec différents acteurs institutionnels et les partenaires associatifs .

Nous pouvons remarquer que la région PACA a développé une offre d'accompagnement médico-sociale assez diversifié. Toutefois, certains départements semblent moins bien dotés en termes de services, d'infrastructures et de réseau associatif.

Ces déséquilibres entre les territoires entraînent des inégalités de traitement pour les personnes et génèrent des situations d'isolement voire de renonciation aux droits.

En tant que futur Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale nous devons veiller à mettre en place une offre d'accompagnement médico-sociale efficiente et équitable.

Des stratégies locales doivent être développées en fonction des ressources existantes sur le terrain.

D'autres possibilités peuvent être envisagées une offre d'accompagnement plus mobile et en réseau. L'objectif est de tendre vers une meilleure couverture du territoire.

Dans les zones rurales et les plus en difficulté il apparait nécessaire de former des personnes ressources, et d'inciter le rapprochement entre les associations afin de mutualiser les moyens.

Les constats établis mettent aussi en relief le manque de porosité entre le secteur sanitaire et social alors que cette transversalité est essentielle pour envisager une offre d'accompagnement efficiente.

Les personnes sont confrontées à des problématiques de plus en plus complexes impliquant de lourdes prises en charge, ainsi cette offre d'accompagnement doit s'adapter pour tendre vers une approche plus globale et systémique. Cette orientation permettrait une meilleure inter-pénétrabilité entre les différents programmes déployés comme le PRIPI et le PRAPS.

Si des tentatives d'articulation entre les programmes sont une première étape, les prises en charge demeurent encore trop cloisonnées.

Ce manque de coordination se perçoit dans les prises en charges individuelles mais également dans le cadre de la planification sanitaire et sociale.

Nous avons pu constater que la participation et l'adhésion des personnes est difficile, ainsi il apparaît judicieux d'ajuster l'offre d'accompagnement afin de lever ce frein supplémentaire.

Nous devons insuffler d'autres approches dans nos organisations administratives pour converger vers une offre d'accompagnement plus intégrée au sein d'un programme unique qui comprendrait un volet santé et social.

Cette vision remet en question les organisations actuelles, mais cette étude met aussi en relief la nécessité de repenser nos propres mécanismes de fonctionnement en interne. Il apparaît difficile de faire évoluer une offre d'accompagnement médico-social sans revoir le cadre qui fixe les lignes directrices.

L'intérêt des personnes doit être prioritaire, et la finalité est de donner du sens aux actions. Une offre d'accompagnement plus globale permettrait d'améliorer aussi la visibilité des dispositifs.

Comme nous avons pu le souligner tout au long de cette recherche de nombreux acteurs développent des programmes en faveur de ce public sans véritable connaissance du périmètre d'intervention de chacun.

Ce manque de coordination est dommageable et ne permet pas d'assurer une continuité dans les parcours de la personne.

Il convient également de s'interroger sur l'orientation des débats et des échanges entre tous les acteurs. Si les constats sont posés concernant la situation des personnes immigrées âgées.

Quelles stratégies concrètes mettons-nous en place sur le terrain ? Comment améliorer les pratiques professionnelles avec les moyens existants ?

Cette analyse suppose de poser un regard sur les profils des personnes intervenants dans le domaine sanitaire et social.

Une réflexion doit s'engager sur les moyens que l'on se donne pour mieux former les professionnels, sur la composition des équipes et les modes opératoires en privilégiant la complémentarité des compétences.

Bibliographie

Textes législatifs et règlementaires

Traité d'Amsterdam signé le 2/10/97 créant « un espace de liberté, de sécurité et de justice ».

Loi du 6/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée

Loi N° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge et à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

loi 2002-2 du 2 janvier 2002 parue au JORF du 3 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Loi n°2003-1119 du 26 novembre 2003, JORF n°274 du 27/11/2003, relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité.

Loi n° 2004-809 du 13/08/2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales

Loi n° 2006-911 du 24/07/2006 relative à l'immigration et l'intégration

Loi n° 2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

Loi n° 2009-122 du 4 février 2009 parue au JROF n° 30 du 5 février 2009, de finances rectificatives

Décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 parue au JORF n°113 du 16 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Circulaire NOR IMI/C/09/00053/C du 7 janvier 2009 relative à la mise en place d'une nouvelle politique d'intégration des étrangers en situation régulière

Ouvrages

ATTIAS-DONFUT Claudine, CYRULNIK Boris, KLEIN Etienne, MISRAHI Robert, Avril 2006, *Penser le temps pour lire la vieillesse*, Edition Fondation EISAI, Presses Universitaires de France ,202 p

ATTIAS-DONFUT C, DAVEAU P, GALLOU R, ROZENKIER A, WOLFF F-C, 2006, *L'Enracinement, Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*, Edition Armand Colin, Paris, 357 p

ATTIAS-DONFUT Claudine, BRUNEL Pierre, MORVAL jean, LEVY jacques, Octobre 2006 « *Penser l'espace pour lire la vieillesse* » Edition Fondation EISAI, 161 p

BAROU J, 2011, *De l'Afrique à la France, d'une génération à l'autre*, Edition Armand Colin, Paris, 256 p

JOVELIN. E 2002. *Le travail social face à l'inter culturalité : comprendre la différence dans les pratiques d'accompagnement social*, Edition Le Harmattan 341 p

JOVELIN E, MEZZOUJ Fatima, 2010, *Sociologie d'Immigrés âgés, d'une présence impossible au retour impossible*, Edition du cygne, Paris, 216 P.

NOIRIEL.G., 1988. *Histoire de l'immigration XIXe - XX siècles*, Paris, Le Seuil, collection Points Histoire, 438p

Articles, presse

HALLOUCHE O, 2002, *Gérontologie et santé de l'immigré vieillissant*, les cahiers thématiques, pp 15-20

ATTIAS-DONFUT Claudine, GALLOU Rémi, 2006, *L'impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale. Représentation de la solidarité familiale par les immigrés âgés*, Informations sociales 2006, pp 86-97

LIPS M, PLURIELS, 2007 N°6729, *les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, un bilan et des perspectives*, la lettre de Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, 8 p

LADOUCEUR B, 2008, serge GUERIN, *Habitat social et vieillissement : représentations, formes et liens 1p*

CORPUS DE GERIATRIE, Janvier 2010, *le vieillissement humain*, chapitre 1, 9 p

SCHMACHTEL F, 1/04/2011, *Perpignan : Ouverture du procès de 4 retraités marocains*.1 p

ACTUALITES SOCIALES ET HEBDOMADAIRE, 12/06/2012, *personnes âgées, une convention entre la CNAV et ADOMA pour améliorer la prise en charge des Chibanis*

MALLET C, 2/03/12, *Rétablir la synergie entre politique de la ville et politique d'intégration*, La rédaction de LOCALTIS.INFO

ESCODIE J-N, 21 novembre 2012, *Les immigrés âgés, nouveau chantier social /PCA* la rédaction de LOCALTIS INFO

ESCODIER J-N ,30/05/2013, *MARISSOL TOURAINE annonce la mise en place d'une aide pour les chibanis /PCA* La rédaction de LOCALTIS INFO

VINCENT E, 4/07/2013, *les Chibanias, nouveaux visages de la vieillesse immigrée. », Le Monde.*

REVUES

ARCAND B, 1982, *La construction culturelle de la vieillesse*. La revue Anthropologie et Sociétés, Québec: Département d'anthropologie, Université Laval vol. 6 n° 3, pp. 7-23

Rapports

BAS-THERON F, MICHEL M, 2002 -126 Novembre 2002, *les immigrés vieillissants* rapport présenté par Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Documentation française, 152 p

La Cour des comptes, Novembre, 2004, Synthèse du Rapport public sur, *l'accueil des immigrants et l'intégration des populations issue de l'immigration*, 567p

GALLOU R, ROZENKIER A, juin 2005, rapport sur, *Le vieillissement des hommes immigrés en foyer*, rapport de la CNAV, 117 p

COMITE MEDICAL DES EXILES, 2012, Rapport d'Observation et d'Activité, *la santé des exilés*, 92p

VILLE DE TOULON et le CODES 83, Octobre 2012, rapport sur *Etat des lieux Sanitaire et Social du Centre Ancien, focus sur le thème des personnes vieillissantes, de la Santé Mentale et de l'addiction*, 102 p

HAUT COMITE POUR LE LOGEMENT DES PERSONNES DEFAVORISEES, octobre 2012, *Vivre chez soi, mais vivre parmi les autres*, 17ème rapport Habitat et vieillissement, 72 p

BAUDOIN TALLOEN D, CHECH J, VERSTRAETE, 2012, *Etat des lieux de 22 projets créant des ponts entre les migrants âgés et les services existants*, rapport réalisé avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin, 66 p

BARTOLONNE C, 3/07/2013, la Mission d'information *sur les immigrés âgés*, rapport d'information de l'Assemblée Nationale N°1214.

Études, Enquêtes

CONSEIL NATIONAL DES RETRAITES ET PERSONNES AGEES, 2008, Enquête sur *les immigrés vieillissants*, Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité Paris, 31 p

FASILD, 2006, *Les femmes âgées immigrées en région PACA – Réalité statistique et visibilité sociale*, Synthèse de de l'enquête réalisée, diagnostics territoriaux stratégiques dans les domaines de l'intégration et de la lutte contre les discriminations.3p

DOURGNON F, JUSOT P, Florence, SERMENT C, Septembre 2009, *Le recours aux soins de ville des immigrés en France*, Etude de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la santé, n°146,6 p

APM International ,20/11/2013, enquête de l'ARS Bretagne, *Coordination : réseaux, CLICS, MAIA insuffisamment connus des libéraux*, 1p

Guide, supports, Outils pédagogiques

Guide du COMEDE Edition 2013, conçu pour faciliter la prise en charge médicale et sociale des migrants/ étrangers en situation précaire

GUIDE du retraité étranger, Edition 2012, Paris, Union professionnelle du logement accompagné

GUIDE de bonnes pratiques, 2010, Apports méthodologiques et recommandations Précarité Sociale Vieillesse. *Accompagner les Personnes vulnérables et isolées*. Paris, Union professionnelle du logement accompagné

MALLETTE PEDAGOGIQUE, Edition 2010, Magnet Santé assiettes, CRES Paca

MALLETTE PEDAGOGIQUE Kit de COMMUNICATION, 2010, pour améliorer le dialogue entre les équipes soignantes et les patients– Hôpitaux de Paris: Elsevier Masson,

Autres documents

PLAN NATIONAL 2007-2009, *bien vieillir*, Ministère du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, 35 p

ARS PACA, Programme Régional de Santé 2012-2016, Marseille

DRJSCS PACA, 2011-2013, Programme régional pour l'intégration des populations immigrées en région Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales des Bouches du Rhône

ARS PACA février 2012, Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies,

Schéma départemental des personnes âgées Conseil général et 2009-2013,

Schéma départemental des personnes âgées Conseil General Du Var 2009-2013

GROUPE EVALUATION ESPACE REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE, mai 2004, document, *référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social*. , LYON, 97 p.

Conférences

NOM INITIALE PRENOM. ou COLLECTIVITE AUTEUR, *Titre de la conférence*, date de la conférence, Lieu de la conférence, Lieu d'édition : Nom de l'éditeur, date de publication, nombre de pages.

COLLOQUE NATIONAL, *Quel accompagnement pour les personnes âgées immigrées ?*, 13/11/2012, Paris, Maison de l'Artisanat Auditorium Centre Marceau, Paris 176 p

Internet

Le Quotidien d'Information en ligne des collectivités territoriales et de leurs partenaires : <http://www.localtis.info/>

Union Professionnelle du Logement Accompagné : www.unafo.org

Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville, centre ressource, fonds documentaire Régional, National et Européen : www.oriv-alsace.org/

Centre de Santé Communautaire de Toulouse : www.casesdesante.org/

Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé : www.inpes.sante.fr

Dispositif Régional d'Observation Sociale Provence Alpes-Côte d'Azur : www.dros-paca.org/

Ministère de l'Intérieur, Immigration, Asile , Accueil, et Accompagnement des étrangers en France : www.immigration.gouv.fr.

Approches Cultures & Territoires, centre de ressources sur les questions de diversité culturelle, d'ethnicité, d'histoire des migrations, d'éducation et de lutte contre les discriminations : www.approche.fr

Ligue des droits de l'Homme : ldh@ldh-france.org

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien utilisée pour les auditions

Annexe 2 : Liste des personnes enquêtées

Annexe 1 : Grille d'entretien utilisée pour les auditions

1 Grille d'entretien mémoire

Nom

Prénom

Fonction

Parcours professionnel

Ancienneté dans l'établissement.

Statut de la structure/établissement, date de création de l'établissement

Nombre de personnes employées dans l'établissement

2 Questions sur l'activité professionnelle et les liens sur la thématique des immigrés âgés

Pouvez-vous présenter votre établissement (genèse de la structure, missions générales, composition des équipes)

Votre activité professionnelle est-elle en rapport avec la thématique du public immigré âgé ?

Pouvez-vous développer vos missions et domaines d'intervention dans ce cadre spécifique?

Votre structure dispose-t-elle de moyens spécifiques pour mener des programmes à destination du public immigré âgé ? Subventions de l'Etat ? Des collectivités territoriales ?

Autres financements ?

Travaillez-vous en réseau avec différents acteurs sur cette thématique ? Si oui lesquels ?

Pouvez développer l'organisation de ce travail partenarial ?

Quelles sont les actions mises en place auprès de la population immigrée âgée ?

Quel regard portez-vous sur ces programmes en termes de réponses aux besoins de cette population?

Avez-vous identifié des écarts entre les besoins d'accompagnement de cette population et les axes d'orientation de ces programmes ?

Si oui, A quel niveau ces programmes pourraient être améliorés, quelles seraient les thématiques à privilégier ?

3 Questions globales sur la population immigrée âgée/l'accès aux droits

La situation des personnes immigrée âgée vous paraît-elle préoccupante? Oui, Non

Si oui, Pourquoi la question des immigrés âgés est un sujet sensible ?

D'après vous, quelles sont les difficultés majeures rencontrées par ce public?

Disposez-vous d'informations concernant les conditions de vie de cette population? (logement, situation matérielle...)

Selon vous, existe-t-il des inégalités dans l'accès ou la reconnaissance des droits en faveur de cette population?

Si oui, Quels sont les obstacles rencontrés par ce public pour faire reconnaître leurs droits ?

Sur quels dispositifs avez-vous constaté des inégalités ?

La question de l'accès aux droits vous semble-t-elle être en lien avec la question de l'accès aux soins ?

4 Questions sur la santé du public immigré âgé

Avez-vous connaissance d'études menées sur la santé de cette population? Etudes statistiques, de diagnostics sur le plan national, régional, territorial ?

Quels constats établissez-vous sur l'état de santé globale de la population immigrée âgée?

A-t-on repéré des problématiques médicales spécifiques concernant cette population?

Oui, non

Quelles sont les pathologies à forte prévalence ?

Avez-vous des informations concernant le suivi médical de cette population ?

Ce suivi vous semble-t-il satisfaisant ? Oui, non

Si non, Avez-vous identifié des situations de rupture dans le cadre des soins ou de l'accompagnement médical mis en place auprès des personnes ?

Existe-t-il pour vous des freins quant à l'accès aux soins de ce public ? Oui, non

Si oui, d'après vous quels sont les obstacles rencontrés par cette population au niveau de l'accès à la santé ?

Avez-vous des informations complémentaires sur l'utilisation des services de santé ?

Selon vous le vieillissement de cette population présente-il des spécificités ? Si oui, Lesquelles ?

A-t-on identifié des facteurs pouvant expliquer ces particularités?

Le vieillissement de ce public est-il problématique en termes de prise en charge et d'accompagnement à la perte d'autonomie ? Oui, non

La question de la dépendance et de l'accompagnement de cette population vous semble-t-il un sujet prioritaire ?

5 Questions sur les leviers à mettre en place pour améliorer la prise en charge globale de ce public

Quelles sont pour vous les points de vigilance à prendre en compte pour améliorer l'accompagnement des personnes immigrées âgées?

Les dispositifs de droits communs vous semble-t-il suffisant ? Oui, non

Doit-on envisager d'autres formes d'accompagnement en termes de services, de dispositifs, d'accompagnement médico-social ?

Que pensez-vous de la mise en place d'actions préventives ciblées? Cette piste vous semble-t-elle intéressante ? Oui, non

Comment ces actions pourraient s'organiser sur les territoires et dans les quartiers? Avec quels partenaires? Quels professionnels ?

Que pensez-vous de la mise en place d'une équipe spécialisée rattachée à un réseau gérontologique ? Cette piste vous semble-t-elle intéressante ?

Si oui, avec quels professionnels composeriez-vous cette équipe de professionnels ?

Comment envisageriez-vous cet accompagnement ?

Que pensez-vous des dispositifs innovants comme l'implantation de cafés sociaux ou de centres communautaires ?

Avez-vous connaissance de ces dispositifs sur votre territoire ?

La mise en place de réseaux sociaux au sein des quartiers vous semble-t-il un point d'ancrage en terme de prise en charge globale de ce public ?

Avez-vous connaissance d'actions coordonnées innovantes sur votre territoire ? Si oui lesquelles ?

Annexe 2 : Liste des personnes enquêtées

Mme S. BEKHEIRA, Coordinatrice Agent de Développement Local pour l'Intégration, Association AMPIL, Marseille

Dr V.HERR, Médecin gériatre, Directrice de l'IRIPS Bouches du Rhône, Marseille

Mme M. PORTES, Chargée de Mission et de Développement de Projets au CODES 83 Toulon

Mme C. GODZLAN Directrice du CLIC de Marseille Centre

Mr E GUILIAS Directeur du CLIC de Toulon Centre

DR XX Médecin Gériatre du Réseau GUIDAGE, pole du réseau gérontologique du bassin Hyérois

Dr J.J PORTIER Médecin Gériatre du Réseau gérontologique de Marseille Centre

Mr J .GARCIA, Directeur de l'Association Promosoins à Toulon

Mme F.SAUVECANE, Assistante Sociale Association Promosoins à Toulon

Mme S FERRER, Educatrice Spécialisée à l'Unité d'Hébergement d'Urgence la Madrague Marseille

Mme X WENDOSA, Monitrice Educatrice à l'Unité d'Hébergement d'Urgence la Madrague

Mme P. GOUILLART, Responsable Régionale Adjointe de la CARSAT des Bouches du Rhône, Marseille

Mme V ARQUIER, Responsable Coordinatrice Départementale au sein du Service Social de la CARSAT des Bouches du Rhône

Mme C MAGNODET, Chargée de Mission, Résidence ADOMA Marseille

Monsieur N DEBHAGHA, Chargé de Mission DRJSCS PACA, Pôle Cohésion Territoriale

Mme R VERDIER, Coordinatrice Atelier Santé Ville sur Marseille

Mme N LAURENT, Assistante Sociale Polyvalent de Secteur sur Toulon Conseil General du Var à TOULON

Mme N XX, Assistante Sociale polyvalent de secteur intervenant sur le Centre-Ville de Toulon Conseil General du Var

| | | |
|--|----------|-----------|
| BONJARDINI | SANDRINE | MARS 2014 |
| INPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE PROMOTION 2012-2014 | | |
| L'offre d'accompagnement médico-social auprès du public immigré âgé dans les départements du Var et des bouches du Rhône : Etat des lieux et pistes d'améliorations | | |
| | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Si « Vieillir en bonne santé », est le défi à relever pour nos sociétés, nos politiques publiques sont de plus en plus mobilisées sur les questions du vieillissement. Ce phénomène est d'autant plus préoccupant lorsqu'il touche des populations fragilisées tel que les personnes immigrées âgées.</p> <p>Le vieillissement prématuré et les difficultés d'accès aux droits et aux soins de cette population nous amène à adapter l'offre d'accompagnement médico-social. La Direction Régionale Jeunesse et sport et Cohésion Sociale de la région PACA développe une offre spécifique d'accompagnement à destination de ce public dans le cadre du Programme Régional des Populations Immigrées. Le diagnostic territorial mené sur le département du Var et des Bouches du Rhône met en relief les synergies existantes entre les acteurs. Toutefois, le manque d'articulation de l'ensemble des programmes existants sur le territoire et l'insuffisance de la démarche d'évaluation nous amène à proposer des pistes d'améliorations permettant de mieux adapter l'offre et les besoins vers ce public</p> | | |
| <p>Mots clefs :</p> <p>chibanis-vieillissement-santé- accompagnement médico-social- facteurs de vulnérabilité- accès aux droits- région paca- projets innovants-sensibilisation des professionnels-stratégie régionale-partenariat</p> | | |
| <p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |