



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

**« VIEILLESSE IMMIGRÉE : VIEILLESSE
OUBLIÉE?
ANTICIPATION, ADAPTATION,
ACCOMPAGNEMENT »**

– Groupe n° 6 –

- **Lisa BERLING**
- **Charlotte BOYER**
- **Juan CAICEDO**
- **Anne Sophie DE LIMA LOPES**
- **Stéphanie EGRON**
- **Laura ESCALE**
- **Léa LE MARCHAND**
- **Julie MEZROUH**
- **Angèle RABILLER**
- **Liliane RAJESSON**

Animatrices

Françoise MOHAER et Karine CHAUVIN

Sommaire

Méthodologie.....	11
Introduction	14
I. Les personnes immigrées vieillissantes, un public pluriel face au cadre de prise en charge des personnes âgées.....	17
A. Les personnes immigrées vieillissantes en France : une population aux multiples facettes	17
1. Une démographie marquée par des vagues d’immigration successives.....	17
2. Des profils variés issus d’histoires de migration diverses.....	19
B. L’encadrement normatif de la prise en charge du vieillissement.....	20
1. Le projet de loi d’Adaptation de la Société au Vieillessement : Anticiper, Adapter, Accompagner	20
2. Les dispositifs liés à l’accès aux droits des personnes âgées	21
3. Une problématique aux résonnances internationale et européenne.....	23
II. Des problématiques communes à toutes les personnes âgées mais amplifiées pour les personnes immigrées vieillissantes	23
A. Des personnes âgées rendues vulnérables par des parcours de vie particuliers	24
1. Une difficulté d’accès aux droits ayant des impacts sur leur état de santé	24
2. La précarité du logement, un facteur d’isolement.....	26
3. Les femmes immigrées vieillissantes d’origine maghrébines, une situation difficile encore peu considérée.....	27
B. L’influence des différences culturelles dans la prise en charge sanitaire et médico-sociale	28
1. La place de la famille dans l’accompagnement du vieillissement des personnes immigrées.....	28
2. Les besoins des personnes âgées immigrées en fin de vie	30
3. Les personnes immigrés vieillissantes, un public parfois confronté à des discriminations	31

III. Des améliorations nécessaires dans l'accès aux dispositifs de droit commun : un enjeu essentiel pour l'accompagnement des personnes immigrées vieillissantes	32
A. Adaptation, accompagnement et anticipation, trois axes à développer dans l'accès aux soins des personnes immigrées vieillissantes	33
1. Faciliter l'accès aux soins des personnes immigrées vieillissantes, un défi de communication et d'accompagnement	33
2. Améliorer la connaissance des besoins afin de mieux coordonner les acteurs sanitaires et médico-sociaux et favoriser l'anticipation dans les politiques publiques	35
B. La nécessité d'agir au-delà des secteurs sanitaire et médico-social pour une prise en compte globale de la personne immigrée vieillissante	37
1. Développer des politiques et actions locales adaptées à chaque territoire	37
2. Faciliter l'accès aux droits des personnes immigrées vieillissantes.....	38
3. Lutter contre la précarité du logement	40
Conclusion.....	41
Bibliographie.....	45
Liste des annexes	I

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à adresser nos sincères remerciements à nos animatrices Mesdames Françoise Mohaër et Karine Chauvin pour nous avoir encadrés et conseillés tout au long de ce module interprofessionnel (MIP). Nous adressons également notre reconnaissance à Madame Emmanuelle Guillaume, chargée de mission à l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) pour les premiers contacts transmis pour préparer ce MIP.

La réalisation de ce rapport a été possible grâce aux professionnels et acteurs de terrain que nous avons rencontrés. Ils ont accepté de nous accorder du temps pour échanger, nous faire part de leurs expériences et partager leurs approches sur la vieillesse immigrée : directeurs d'établissements et d'associations, médecins, assistantes sociales, élus, agents en collectivité territoriale, professionnels des pompes funèbres. Nous adressons également nos remerciements les chercheurs et experts qui nous ont permis d'enrichir notre analyse de leurs connaissances et réflexions en matière de sociologie, de droit et de santé publique.

Nous remercions également chaleureusement les usagers qui ont accepté d'aborder avec nous leurs situations personnelles et de répondre à nos questions. Cela nous a permis de donner plus de sens et une réelle dimension humaine à notre travail d'analyse.

Enfin, nous tenons à remercier l'EHESP pour son soutien logistique, mais surtout pour nous avoir rassemblés en inter filière autour de ce thème de la vieillesse immigrée. Ce travail collectif nous a permis d'élaborer une dynamique de groupe en un temps restreint et d'apprécier nos approches parfois différentes mais toujours enrichissantes.

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation pour adultes handicapés

ADLI : Agent de développement local pour l'intégration

ASAMLA : Association santé migrants Loire Atlantique

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

ASSFAM : Association service social familial migrants

CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CATRED : Collectif des accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'égalité des droits

CCAS : Centre communal d'action sociale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CLIC : Centre local d'information et de communication

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAV : Caisse nationale d'assurance vieillesse

CODES : Comité départemental d'éducation pour la santé

DALO : Droit au logement opposable

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

HALDE : Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité

HCI : Haut conseil à l'intégration

HLM : Habitation à loyer modéré

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

IAC : Institut interdisciplinaire d'anthropologie du contemporain

INED : Institut national d'études démographiques

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MAIA : Les Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MDA : Maison départementale de l'autonomie

MIP : Module interprofessionnel

MONALISA : Mobilisation nationale contre l'isolement des âgés

ODAS : Observatoire national de l'action sociale

ORIV : Observatoire régional de l'intégration et de la ville

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

RECI : Ressources pour l'égalité des chances et l'intégration

SONACOTRA : Société nationale de construction de logements pour les travailleurs (devenue ADOMA)

UNAFO : Union professionnelle du logement accompagné

Méthodologie

Le module interprofessionnel offre à des élèves, issus des différents corps de métiers en formation à l'EHESP, l'opportunité de travailler ensemble sur une même problématique afin de nourrir une réflexion commune. Cette expérience est une réelle mise en situation professionnelle, d'autant plus que le sujet de la vieillesse immigrée s'inscrit nécessairement dans une phase de transition au sein de notre société, cruciale pour nos futurs exercices professionnels. Dans cette optique, la méthodologie employée est particulièrement importante afin d'assurer la cohésion du groupe et de tendre vers un même objectif.

Notre organisation de travail a compté plusieurs étapes. Dans un premier temps, des lectures préparatoires nous ont permis d'appréhender les notions essentielles relatives au sujet, afin d'entamer ensemble les premiers échanges. Ceux-ci ont porté sur nos expériences personnelles et préprofessionnelles en lien avec le sujet, nos visions individuelles et comme futurs professionnels, selon nos différents métiers, ainsi que les raisons de notre choix pour cette étude. Dans un second temps, le sujet étant trop vaste et complexe pour être traité dans son intégralité, notre réflexion a dû trouver des limites et se concentrer sur nos futurs domaines professionnels, les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Une fois le sujet cadré, nous nous sommes accordés sur une définition des termes, sur des questions de départ et sur les sous-questions qui en découlent.

Afin d'y répondre, nous avons élaboré une première liste d'entretiens¹ qui se divisent en deux axes. D'une part, des acteurs nationaux ou locaux reconnus au niveau national pour leur contribution sur le sujet et leur recherche de solutions. Ces contacts ont majoritairement été pris sur des territoires marqués par l'immigration : les régions Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, et Île-de-France. D'autre part, nous avons contacté des professionnels rennais pour appréhender cette question sur un territoire particulier, plus accessible. Ainsi, nous avons pu rencontrer une grande variété d'intervenants et couvrir plusieurs territoires.

Pour assurer une cohérence dans notre démarche et faciliter ensuite le croisement et les comparaisons des informations récoltées, nous avons rédigé en commun plusieurs grilles d'entretiens² en fonction des personnes rencontrées. En parallèle de la réalisation de ces entretiens, chaque membre du groupe s'est vu attribuer la lecture ciblée de plusieurs

¹ Voir annexe 1

² Voir annexe 2

documents. Le premier temps de travail s'est ainsi conclu par une répartition équitable des lectures et des entretiens par localité. Ce travail collectif s'est organisé autour de documents de suivi ouverts sur un drive commun, permettant un accès permanent au tableau récapitulatif des entretiens, à leurs retranscriptions ou encore aux fiches de lecture. Ces éléments ont ensuite facilité les analyses et les réflexions communes sur les informations récoltées. Un *reporting* quotidien et des points d'étapes réguliers ont également permis de maintenir une cohésion de groupe et une avancée globale du projet.

Une fois la phase de recherches terminée, le recensement des données et leur mise en commun a permis de déterminer ensemble les grands axes de la rédaction et de préparer une ébauche de plan. Suite à des échanges avec nos tutrices et à des débats collectifs, nous avons obtenu un consensus général nous permettant de trouver la forme finale du plan et de préparer la trame d'écriture définitive. Des sous-groupes ont ensuite été formés pour faciliter la rédaction du document final. Enfin, nous avons retravaillé ensemble cette première version du rapport pour veiller à sa cohérence globale et valider collectivement son contenu. De la même manière, nous avons rédigé en commun la conclusion, la présente méthodologie et les remerciements. Nous avons aussi déterminé et élaboré les annexes. Plusieurs phases de relecture ont suivi afin de faire les dernières corrections, de garantir une harmonie dans le corps du rapport, et de veiller à sa conforme mise en page.

Certains biais méthodologiques ont tout de même complexifié notre travail et doivent être notés. D'abord, en termes pratiques, le temps dédié au MIP est relativement court pour aborder en profondeur une question donnée, mais aussi pour prendre contact avec un grand nombre d'acteurs, d'autant plus au moment des jours fériés et ponts du mois de mai. Ensuite, davantage en ce qui concerne le fond, la faible quantité de données chiffrées sur les personnes immigrées vieillissantes nous a contraints à travailler majoritairement d'après les impressions et ressentis des acteurs. Par ailleurs, alors même que notre volonté de départ était de ne pas cibler de population particulière, mais bien de traiter des personnes immigrées vieillissantes dans leur globalité, force est de constater que les études traitent majoritairement des immigrés d'origine maghrébine. Nos recherches ont donc tenté d'élargir le spectre des réflexions existantes, nous permettant de découvrir de nouveaux publics, des populations « hors cadre » pour lesquelles très peu d'informations sont disponibles.

« *Il* est des questions,

rare 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. [...] Trop longtemps, ces personnes, qui ont donné leur force de travail à la France, séparées parfois durablement de leur famille restée au pays, semblent avoir été purement et simplement « oubliées » par les décideurs publics

Claude BARTOLONE,

Président de l'Assemblée Nationale

Préface du rapport d'information sur les immigrés âgés, juillet 2013

Introduction

« *Quels sont ces hommes [...] qui apparaissent ainsi sur le devant de la scène, on serait presque tenté de dire indûment, puisqu'ils ne sont pas "retournés" comme prévu dans leur pays ?* »³.

Dans son article « Vieillir en immigration », Emile TEMIME s'interroge dès 2001 sur un phénomène jusqu'alors imprévu par nos institutions : la place qu'il convient d'accorder aux personnes immigrées vieillissantes. Cette question est aujourd'hui renouvelée, alors même que notre société cherche à s'adapter au vieillissement, toujours plus important, de sa population, comme le propose la loi en élaboration du même nom.

Dans ce contexte, il apparaît impossible de ne pas prendre en compte la pluralité de cette population vieillissante. Une réflexion renouvelée se développe ainsi, notamment à travers un rapport d'information parlementaire de 2013 sur les immigrés âgés, présidé par Denis JACQUAT et rapporté par Alexis BACHELAY, qui a fait émerger quatre-vingt-deux propositions pour orienter les pouvoirs publics sur cette problématique.

La question des immigrés âgés, jusqu'alors relativement invisibles, a longtemps été absente des travaux de recherche et des réflexions des pouvoirs publics. Cela se justifie notamment par le « mythe du retour » au pays qui rendait *a priori* inutile toute anticipation de leur vieillissement. Cependant, force est de constater que le mythe ne s'est pas concrétisé et que de nombreux migrants sont restés dans l'Hexagone après leur retraite. En 2008, la population immigrée représentait 5,3 millions de personnes, soit 8,35% de la population française. On dénombre 1,7 million d'immigrés originaires d'un pays de l'Union européenne (Italie, Espagne, Portugal, Pologne) et 3,5 millions originaires d'un Etat tiers⁴. Plusieurs cultures et origines sont aujourd'hui à prendre en compte, dans un vieillissement à plusieurs vitesses. Ainsi, le nombre d'immigrés vieillissants ne cessant de croître et le mythe du retour au pays ayant montré ses limites, notre société ne peut faire l'économie d'une réflexion sur la prise en charge de ces personnes, notamment sur ses aspects sanitaires et médico-sociaux.

Par ailleurs, il s'agit de savoir si cette vieillesse n'a pas été jusqu'à présent oubliée dans la prise en compte du vieillissement. Comment alors anticiper, s'adapter et accompagner aujourd'hui cette nouvelle population ?

³ TEMIME Émile, « Vieillir en immigration », *Revue européenne des migrations internationales*, Vol. 17 n°1, 2001, p. 37-54.

⁴ CROGUENNEC Yannick, Département des Statistiques, des études et de la documentation, Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration, « Qui sont les immigrés âgés ? », *Infos migrations*, n° 34, février 2012, 4 p.
De même, on entend par « pays » ou « Etat » tiers, les Etats n'étant pas partie à l'Union européenne.

Tout d'abord, il convient de définir la notion d'immigré. Selon le Haut conseil à l'intégration (HCI) et l'INSEE, « *un immigré est une personne née étrangère, à l'étranger et résidant en France. La qualité d'immigré est permanente : un individu continue à appartenir à la population immigrée même s'il devient Français par acquisition. C'est le pays de naissance, et non la nationalité à la naissance, qui définit l'origine géographique d'un immigré* ».

Ainsi, les personnes immigrées vieillissantes recouvrent un éventail très large d'origines et de nationalités, qui est amené à évoluer dans les années à venir, au fur et à mesure du vieillissement des personnes issues des différentes vagues d'immigration. La catégorie des personnes immigrées vieillissantes se définit par une limite d'âge qui reste floue. De fait, plusieurs seuils sont utilisés : 55 ans pour les personnes vieillissantes, 60 ans pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'INSEE, 65 ans pour l'âge de la retraite, ou encore 75 ans pour l'entrée dans une phase plus aiguë de dépendance. L'âge de la vieillesse est donc subjectif selon les acteurs, mais il peut aussi être variable individuellement, selon l'accès au système de soins ou la pénibilité du travail.

Les populations immigrées ayant souvent eu des conditions de travail et de vie plus difficiles, facteurs de vieillissement précoce et de vulnérabilités propres, il importe de les prendre en compte. Dans cette optique, la réflexion menée dans ce rapport a tenté de ne pas circonscrire les immigrés dans une catégorie d'âge précise, mais au contraire de les inscrire dans un processus de vieillissement, ce qui justifie le choix sémantique de « **personnes immigrées vieillissantes** » au détriment de « personnes âgées immigrées ».

Notre réflexion prend forme dans le contexte du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, qui traite du bien vieillir, mais aussi de la protection des plus vulnérables, les « vieillesse discriminées », parmi lesquels peut s'inscrire une part importante de la population immigrée vieillissante. Ce projet de loi fait l'objet de nombreuses attentes dans une multitude de secteurs : le logement, la dépendance, le maintien à domicile, les ressources des personnes âgées, mais aussi la santé.

Nos formations et nos futurs exercices professionnels nous amènent à centrer notre réflexion sur l'accès aux soins et l'accompagnement de la dépendance des personnes immigrées vieillissantes. Cette optique permet aussi de réfléchir sur de nombreuses problématiques connexes à la santé qui cristallisent souvent un grand nombre des difficultés rencontrées.

Ainsi, quels sont les ressources, freins et leviers des secteurs sanitaire et médico-social afin de répondre aux besoins et attentes des personnes immigrées vieillissantes ? Plus précisément, existe-t-il des spécificités dans le traitement des personnes immigrées vieillissantes et surtout dans leur accès aux soins et l'accompagnement de la dépendance ? Des fragilités apparaissent-elles dans l'accès aux soins et l'accompagnement de la vieillesse des personnes immigrées ? Enfin, l'idée même d'une vieillesse oubliée est-elle pertinente ? Le cas échéant, vient-elle du fait de son intégration invisible aux dispositifs de droit commun ou de sa non prise en compte ?

Toutes ces questions tenteront de trouver une réponse à la lumière de trois grands axes de réflexion. D'abord, il apparaît que les personnes immigrées vieillissantes recouvrent un public pluriel, ce qui pose la question de l'intégration au cadre de prise en charge des personnes âgées (I). Ensuite, force est de constater que les personnes immigrées vieillissantes connaissent des problématiques communes à toutes les personnes âgées, même si celles-ci sont amplifiées (II). Enfin, les améliorations nécessaires pour favoriser leur accès aux dispositifs de droit commun représentent un enjeu essentiel pour l'accompagnement des personnes immigrées vieillissantes (III).

I. Les personnes immigrées vieillissantes, un public pluriel face au cadre de prise en charge des personnes âgées

Comprendre la problématique des personnes immigrées vieillissantes nécessite en amont un état des lieux historique et démographique (A). Par ailleurs, une connaissance des dispositifs juridiques et du cadrage théorique général est nécessaire pour appréhender les problématiques rencontrées par les immigrés vieillissants (B).

A. Les personnes immigrées vieillissantes en France : une population aux multiples facettes

En 2008, la France compte 1,7 million d'immigrés âgés de 55 ans ou plus⁵. Pour comprendre ces populations, il importe de revenir sur leur histoire migratoire (1), avant de s'intéresser à leur parcours de vie et à leurs profils (2).

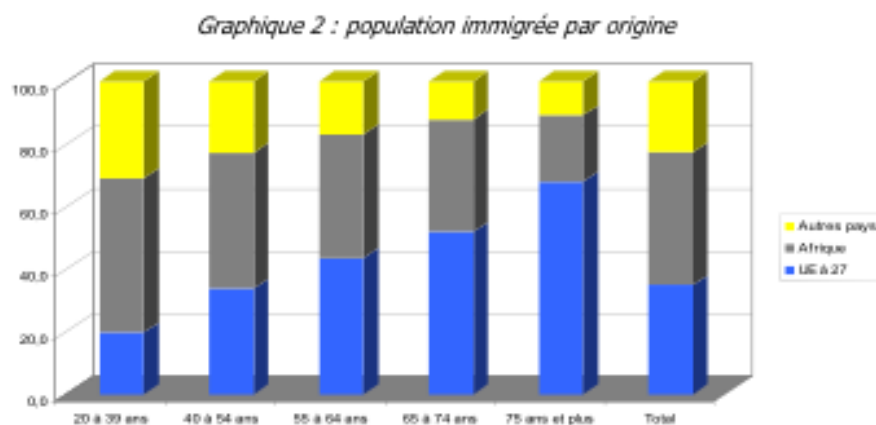
1. Une démographie marquée par des vagues d'immigration successives

En dehors, des migrants et des réfugiés arrivés récemment, la plupart des personnes immigrées vieillissantes vivant actuellement en France, sont arrivées au fil des vagues migratoires que le pays a connues. Trois mouvements marquent l'histoire récente de l'immigration dans l'Hexagone. Les premiers migrants, sont venus essentiellement de pays européens⁶, entre la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle, seuls, et ont construit leur vie en France. Arrivés pour travailler la plupart du temps dans les mines, le textile ou les arsenaux, puis pour aider à la reconstruction du pays dans l'entre-deux guerres – à l'occasion de la seconde vague d'immigration –, ils se sont souvent mariés et ont eu des enfants, restés dans leur pays d'adoption. La troisième vague d'immigration se dessine dans les années 1950-1960. C'est une immigration de travail, venue essentiellement des pays du Maghreb et à la marge d'Afrique sub-saharienne. Cette main-d'œuvre, composée d'hommes seuls, a trouvé de nombreux emplois dans le bâtiment, les industries lourdes et la pétrochimie au moment où la France connaissait l'expansion économique des Trente Glorieuses. Logés en foyers de travailleurs migrants, ces personnes ne pensaient pas rester sur le territoire, mais le regroupement familial à partir des années 1970 ou les aléas de leur vie les ont conduites à rester en France et à y vieillir. Ainsi, en termes de nationalités, une part importante de la population immigrée âgée est issue des premiers flux migratoires intra-européens : Italie (13,8%), Portugal (12,7%), Espagne (9,8%). Les immigrés âgés

⁵ CROGUENNEC Yannick, « Qui sont les immigrés âgés ? », *op. cit.*

⁶ Italie, Belgique, Espagne, Suisse, Pologne

venus des pays du Maghreb sont, pour leur part, originaires à 14% de l'Algérie, 10% du Maroc et 5% de la Tunisie⁷. Le tableau suivant permet de constater la forte proportion des personnes âgées immigrées issues de l'Union européenne parmi les 65 à 75 ans et plus, mais une prédominance des immigrés d'origine africaine, dans la population immigrée totale.



Source : recensement de la population, 2008
Champ : population immigrée

Il est intéressant de relever aussi que chez les 40-54 ans et les 55-64 ans, les immigrés d'Afrique sont aussi nombreux que les immigrés européens, voire plus. « *Alors que les immigrés représentent 8,5% de la population sur le plan national, leur poids est de 9,2% parmi la population âgée de 55 ans et plus [...]* »⁸.

Par ailleurs, la pyramide des âges apparaît déséquilibrée. Elle diffère nettement selon les âges et les origines. Ainsi, si les hommes représentent 54 % des 55-74 ans, ils ne sont plus que 43% chez les 75 ans et plus, la tendance s'inversant au profit des femmes. Chez les immigrés âgés provenant des pays tiers, les hommes restent majoritaires dans les deux catégories.

Enfin, il convient de noter que les immigrés âgés, comme les plus jeunes, vivent dans les mêmes régions : ils se concentrent en Île-de-France (33%), en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (11%) et en Rhône-Alpes (11%)⁹. Il est intéressant de relever à ce sujet que les immigrés âgés venus du Maghreb se sont plutôt installés au Sud : 53% en Île-de-France contre 77% en PACA et 73% en Rhône-Alpes. De fait, il a semblé pertinent de cibler ces

⁷ CROGUENNEC, *Op. Cit.*

⁸ MAFESSOLI Murielle, Observatoire régional de l'intégration et de la ville (ORIV), « Agir auprès des personnes âgées immigrées: un défi pour les politiques publiques », *Actualités sur... l'intégration, la promotion de l'égalité et la ville*, n° 83, avril 2013, 4 p.

⁹ Voir l'Annexe 3

zones pour les terrains d'entretien afin de prendre en compte la possibilité de besoins et d'attentes plus poussés.

Néanmoins, cet état des lieux historique et géographique ne permet pas d'appréhender la diversité des situations que peuvent rencontrer les personnes immigrées vieillissantes.

2. Des profils variés issus d'histoires de migration diverses

Jusqu'au début des années 1990, le vieillissement des personnes immigrées n'a pas été envisagé, ces dernières étant supposées repartir dans leur pays d'origine, notamment au moment de la retraite. Peu à peu, la réflexion sur ce sujet s'est construite, et l'étude nationale initiée par le CNAV¹⁰ est le premier travail d'ampleur qui met en lumière la diversité des profils des personnes immigrées vieillissantes. La mise en place de différents groupes de travail dans les années 2010, incluant des représentants des ministères concernés, des organismes nationaux de protection sociale et des représentants du monde associatif, contribuera à préciser les connaissances sur ce public. Il importe désormais de prendre en compte le vécu migratoire, comme le vécu professionnel des immigrés vieillissants dans leur prise en charge. Cela peut d'ailleurs justifier de considérer ces personnes comme âgées dès 55 ans, du fait de leur vieillissement anticipé. Cependant, au vu de la diversité des profils et des situations actuels et à venir, cette référence à l'âge pourra évoluer.

Si le profil prédominant qui émerge quand la question des personnes immigrées vieillissantes se pose n'est pas celui du riche immigré saoudien vieillissant venant se faire soigner en France, mais plutôt celui du *chibani*¹¹, force est de constater que cette situation est loin de résumer l'ensemble des problématiques rencontrées par ce public. Si comme ces derniers, certains hommes, d'Afrique sub-saharienne notamment, ne pensent plus rentrer car ils se sentent rejetés, étrangers chez eux, alors même qu'ils ont encore des liens au pays, d'autres ont perdu tous contacts avec leur famille et leur terre d'origine. A l'inverse, d'autres personnes immigrées vieillissantes, souvent issues des vagues d'immigration intra-européennes, sont arrivées en famille : entourées de leurs enfants, ces populations sont relativement invisibles car elles ne posent pas de problèmes particuliers, cette

¹⁰ Enquête CNAV/INSEE « Passage à la retraite des immigrés » sous la direction de C. ATTIAS-DONFUT, 2002-2003

¹¹ Homme seul, d'origine maghrébine, qui ne peut ou ne veut plus rentrer dans son pays d'origine.

présence facilitant souvent leur prise en charge. La situation des femmes vieillissantes maghrébines, veuves ou divorcées, arrivées avec leur mari est en ce sens très différente.

Enfin, la question des migrants et des réfugiés vieillissant en France ou arrivant âgés¹² ne doit pas être oubliée. Parmi ces personnes, la situation des « sans droits » doit conduire à une attention spécifique, ceux-ci étant particulièrement difficiles à prendre en charge dans les structures de soins : personnes âgées « rapatriées » avec des visas tourisme par des enfants vivant en France pour être soignées dans un système de soins plus performant, migrants et primo-arrivants vieillissants sans-papiers.

Toutes ces populations ont en commun d'avoir développé des fragilités du fait de leur parcours de vie. Toutefois, il est important de noter que l'acquisition ou non de la nationalité française influence nettement leur accès aux droits et aux soins.

Aussi, il convient de revenir sur les dispositions existantes pour l'accompagnement des personnes âgées.

B. L'encadrement normatif de la prise en charge du vieillissement

Dans un contexte d'évolutions juridiques permanentes, il est nécessaire, avant de s'intéresser à la prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes immigrées vieillissantes, de faire un état des lieux des notions juridiques liées à la prise en charge des personnes âgées de manière plus générale.

1. Le projet de loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement : Anticiper, Adapter, Accompagner

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, actuellement en discussion va faire évoluer l'environnement social des personnes âgées, qu'elles soient immigrées ou non. Cependant, certains leviers d'action évoqués dans le projet de loi pourront avoir un impact important sur la qualité de vie des personnes immigrées vieillissantes. Ce sera notamment le cas du pilier « Adaptation » avec le développement d'actions pour l'adaptation des logements aux enjeux du vieillissement, dont la mobilisation d'aides financières. Par ailleurs, le levier « Anticipation des besoins » de la loi permettra également de lutter contre l'isolement des personnes vieillissantes. C'est pourquoi une

¹² Entretiens avec les professionnels du CHU de Rennes, cf. Annexe 1

Mobilisation Nationale de Lutte contre l'Isolement des Agés (MONALISA) a été créée avec le déploiement sur le territoire d'équipes citoyennes bénévoles¹³.

Au regard de la législation, des rapports et de l'avancée des discussions relatives au projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, force est de constater que la prise en compte des personnes immigrées vieillissantes est très partielle. De fait, la mission d'information de Denis JACQUAT et Alexis BACHELAY ne portait que sur les immigrés âgés originaires des pays tiers¹⁴, seule population apparaissant aujourd'hui comme problématique. De la même manière, le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, tout comme les réflexions du rapport BROUSSY¹⁵, ne traitent que des personnes âgées « fragiles » ou « vulnérables », presque sans mentionner la situation complexe et diverse des personnes immigrées vieillissantes. Ainsi, cette population semble surtout analysée à travers une politique d'immigration et peu à travers une politique sociale. Certains acteurs rencontrés dans le cadre des entretiens ont le sentiment d'« une génération sacrifiée »¹⁶ : « on a l'impression que les politiques publiques attendent que cette génération passe, car ils considèrent que la prochaine génération n'aura pas les mêmes attentes et les mêmes besoins »¹⁷.

2. Les dispositifs liés à l'accès aux droits des personnes âgées

Les personnes immigrées vieillissantes, ayant le plus souvent travaillé en France pendant de nombreuses années, elles bénéficient de la majorité des droits sociaux. Il existe cependant quelques variantes relatives aux conditions d'accès et à l'exportabilité des droits. Il faut alors différencier deux types de droits : les droits à prestations contributives et les droits à prestations non contributives.

Ainsi, les pensions de retraites contributives, qui sont liées à l'activité professionnelle de la personne, sont exportables dans le pays d'origine. Il est également possible, dans le cadre de certaines conventions bilatérales de sécurité sociale ou de règlements européens de coordination des systèmes de sécurité sociale, d'exporter certains autres droits en matière d'assurance maladie, de pensions d'invalidité ou de rentes d'accidents de travail. Cependant, si la personne décide de retourner définitivement dans

¹³ Projet de loi n°2674 relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 20 mars 2015

¹⁴ BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *Une vieillesse digne pour les immigrés âgés : un défi à relever en urgence*, Mission d'informations sur les personnes âgées, Rapport d'information n°1214, Paris, Assemblée Nationale, juillet 2013, 613 p.

¹⁵ BROUSSY Luc, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro !*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Paris, La documentation française, janvier 2013, 202 p.

¹⁶ Entretien avec un élu d'une commune de l'Ouest de la France

¹⁷ *Ibid.*

son pays d'origine, elle ne pourra conserver que ses droits à la retraite (de base et complémentaire) et perdra l'ensemble de ses autres droits.

En parallèle de ces prestations contributives, les prestations non contributives sont soumises à des conditions d'accès plus restreintes, conditions qui peuvent poser problème pour les personnes immigrées vieillissantes. En effet, l'attribution des prestations telles que l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, anciennement minimum vieillesse), l'allocation pour adultes handicapés (AAH) ou l'aide au logement est soumise à une double condition : la régularité du séjour sur le territoire français et la résidence en France. Jusqu'en 1998, ces prestations étaient même réservées aux Français, mais cette clause de nationalité a été supprimée car contraire à l'égalité de traitement prévue par les législations française et européenne. Depuis 2007, pour remplir la condition de résidence, il faut avoir en France son foyer permanent¹⁸ ou, à défaut, le lieu de son séjour principal¹⁹.

Afin de s'adapter à une population, que cette obligation de résidence défavorise, souvent en perpétuels allers-retours entre le pays d'origine et le pays d'accueil, la loi du 5 mars 2007 sur le Droit au logement opposable (DALO) a créé une « *aide à la réinsertion familiale et sociale des vieux migrants* ». Celle-ci a pour vocation de permettre aux personnes immigrées vieillissantes, souhaitant repartir dans leur pays d'origine plus de six mois par an, de compenser la perte de l'ASPA²⁰ par le versement d'une aide équivalente à la somme qu'ils auraient perçue, tout en résidant encore quelques mois par an en France. Cependant, les décrets nécessaires à l'application de cette aide n'ayant jamais été publiés, les personnes, immigrées ou non, ne peuvent en bénéficier et sont dans l'obligation de ne pas quitter le territoire français plus de la moitié de l'année sous peine de perdre leurs prestations sociales²¹.

Ces difficultés d'accès peuvent expliquer en partie que de nombreuses personnes immigrées vieillissantes n'aient pas recours à leurs droits. Ce non-recours entraîne une précarité financière accrue pour ce public, ce qui a des répercussions sur la santé et la vie des personnes immigrées vieillissantes.

¹⁸ Le foyer principal est défini sur la base d'un faisceau d'indices. S'il ne peut être déterminé du fait d'éléments insuffisants, l'administration s'intéressera au lieu de séjour principal, soit le lieu où la personne habite au minimum six mois par an. La condition de résidence peut donc être remplie même si une personne réside plus de six mois par an à l'étranger dès lors que son foyer principal est la France.

¹⁹ Décret n° 2007-354 du 14 mars 2007

²⁰ Non exportable depuis le 1^{er} janvier 2006

²¹ Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

3. Une problématique aux résonnances internationale et européenne

Au-delà des dispositions nationales à l'égard des personnes âgées, qui peuvent avoir des conséquences sur les personnes immigrées vieillissantes, des conventions européennes et internationales ont été rédigées afin d'améliorer les conditions de vie des travailleurs migrants, et par là même, celles des personnes immigrées à la retraite.

La convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et de leur famille du 18 décembre 1990²² vise ainsi à garantir l'égalité de traitement entre les migrants et les nationaux. Cette convention n'est cependant signée que par quarante-et-un pays, principalement des pays d'origine de l'immigration. Quant aux pays d'accueil, ceux-ci ne souhaitent pas se lier à des obligations envers les travailleurs migrants et leurs familles. En parallèle, le Conseil de l'Union européenne a souhaité développer le droit au regroupement familial. La directive du 22 septembre 2003²³ donne ainsi la possibilité aux membres d'une famille séparés de se retrouver.

Le Conseil de l'Europe développe également, depuis 2009, le projet « Migrants âgés - Vieillir dans la dignité et rester acteur de la société ». Celui-ci vise à orienter les Etats membres pour faciliter l'accès aux soins, l'intégration et la mobilité des migrants âgés, ainsi que le développement d'actions de partage de valeurs, compétences et expériences vers les plus jeunes dans une démarche de cohésion sociale²⁴. Cependant, le manque de visibilité de ces travaux aboutit à une méconnaissance des évolutions possibles des dispositions sur le plan national par les différents acteurs.

II. Des problématiques communes à toutes les personnes âgées mais amplifiées pour les personnes immigrées vieillissantes

La tentation est grande d'aborder la question des personnes immigrées vieillissantes exclusivement sous l'angle de la sociologie de l'immigration. Cependant, comme le souligne Moncef LABIDI, fondateur des cafés sociaux de Paris : « *Il y a un entêtement à ne pas considérer que les personnes âgées immigrées sont avant tout des personnes âgées qui méritent que l'on mette autour d'elles confort, sécurité et soins adaptés*²⁵ ». En effet, les personnes immigrées vieillissantes rencontrent des problématiques similaires à certaines personnes âgées : diminution des ressources, risques d'isolement, désorientations

²² Assemblée Générale des Nations Unies RES 45/158, entrée en vigueur au 1er juillet 2003

²³ Directive 2003/86/CE du Conseil du 22 septembre 2003 relative au droit au regroupement familial. L'article 8 établit que l'État doit permettre à un étranger séjournant sur le territoire national de faire venir son conjoint et ses enfants mineurs au plus tôt dans les deux ans qui suivent son arrivée.

²⁴ SUINEN Philippe, « Vieillesse et migration. Réflexion & action du Conseil de l'Europe », L'Observatoire, n°61, 2009, p.102-104

²⁵ Entretien avec Moncef LABIDI, sociologue et fondateur des cafés sociaux de Paris (association *Ayyem Zamen*)

et difficultés face aux démarches administratives, parcours de soins fragmentés, etc. Pour autant, les recherches menées montrent que ces personnes connaissent des difficultés spécifiques, telles que la barrière de la langue ou, plus largement, des difficultés liées à leurs parcours de vie plus spécifiques²⁶(A) et aux différences culturelles (B).

A. Des personnes âgées rendues vulnérables par des parcours de vie particuliers

Une grande partie des immigrés venus travailler en France s’y sont finalement installés de manière durable. Les caractéristiques de leur parcours migratoire, la place qui leur a été assignée dans notre société, les faiblesses de certaines politiques publiques conduisent les plus âgés d’entre eux à se trouver aujourd’hui dans une situation sociale fragile.

1. Une difficulté d’accès aux droits ayant des impacts sur leur état de santé

La question de l’accès aux droits constitue l’une des problématiques centrales que rencontrent les personnes immigrées vieillissantes. En effet, l’influence des parcours de vie conditionne notamment l’intégration, la maîtrise de la langue et la connaissance des institutions²⁷. Ainsi, pour beaucoup, l’information n’est pas adaptée. La complexité des démarches administratives ainsi que la barrière de la langue et l’absence d’interprètes dans les administrations constituent des freins dans le rapport de cette population aux organismes publics²⁸. De ce fait, le non-recours aux droits sociaux est fréquent.

Les personnes immigrées vieillissantes constituent un public souvent « *peu demandeur* »²⁹ et ont traditionnellement moins recours aux soins : « *Les hommes recourent peu, les femmes consultent mais souhaiteraient le faire davantage. Ce moindre recours aux soins va encore à l’encontre des idées reçues selon laquelle les immigrés, particulièrement les sans-papiers encombreraient le système de soins et en abuseraient* »³⁰, alors même que la majorité rencontre des problèmes de santé importants (diabète, appareillages dentaires et auditifs). Pour Madame SAFWATE et Mohamed EL MOUBARAKI de l’association « Migrations Santé », cela s’explique également par la situation de précarité financière

²⁶Entretien avec Séverine SOETAERT, Directrice générale du Centre communal d’action sociale de Roubaix

²⁷Entretien avec un agent de développement local pour l’intégration (ADLI) de l’Association santé migrants Loire Atlantique (ASAMLA)

²⁸Entretien avec des chargés de mission du CODES 30

²⁹BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

³⁰HAMEL Christelle, MOISY Muriel, « Immigrés et descendants d’immigrés face à la santé », Paris, INED, 2013, 60 p.

dans laquelle se trouvent certaines personnes immigrées vieillissantes. En effet, bénéficiaires de faibles retraites du fait de parcours professionnels « hachés » ou « accidentés » – allers-retours fréquents entre la France et le pays d'origine, emplois précaires et/ou non-déclarés etc. – l'ASPA constitue souvent un complément aux revenus perçus³¹. Ainsi, « la majorité n'a pas de complémentaire santé. Payer 30 euros par mois pour une mutuelle est impossible car il faut toujours envoyer de l'argent au pays, payer le loyer »³². L'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) peut également s'avérer complexe.

La difficulté d'accès à ces dispositifs se traduit par des taux élevés de renoncement aux soins³³ notamment pour les personnes originaires d'Afrique, surtout pour les hommes, pour lesquels ce taux est deux fois plus élevé que pour les autres populations observées. Or, comme pour le reste de la population, les besoins de santé des personnes immigrées augmentent avec l'âge, notamment sur les dernières années de vie. Du fait d'un effet de sélection certain, les immigrés se trouvent dans un meilleur état de santé que l'ensemble de leur classe d'âge à leur arrivée en France.

Cependant, leurs parcours de vie ont souvent des répercussions spécifiques sur leur état de santé³⁴. A ce titre, leurs conditions de travail et de vie sont déterminantes. Les immigrés, étant globalement moins qualifiés et moins informés sur les opportunités de travail que l'ensemble de la population, ils sont surreprésentés dans certains secteurs d'activité tels que l'industrie, la construction, ou encore le nettoyage. Des conditions de travail plus difficiles ont ainsi conduit à un vieillissement précoce de cette population, qui se traduit par une prévalence de maladies chroniques, de handicaps moteurs ou de troubles cognitifs dans la tranche d'âge 55-64 ans³⁵.

Si les conditions de travail, à emploi égal, ne sont pas plus mauvaises pour les immigrés que pour les non-immigrés, le statut d'immigré peut se traduire en revanche par des conditions de vie plus difficiles. C'est notamment le cas pour les hommes venus seuls dans l'idée d'envoyer le maximum d'argent possible à leurs familles. Ceux-ci ont particulièrement été marqués par des conditions de logement précaires, des privations alimentaires et une situation d'isolement familial qui ont eu des répercussions à long terme

³¹En 2012, 40% des bénéficiaires de l'ASPA sont nés à l'étranger dont 60% sont originaires d'un pays du Maghreb, in BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

³²Entretien avec Madame SAFWATE et M. EL MOUBARAKI, Migrations santé

³³Voir les détails des données de l'étude en Annexe 4.

³⁴CROGUENNEC Yannick, « Qui sont les immigrés âgés ? », *op. cit.*

³⁵CROGUENNEC Yannick, Département des Statistiques, des études et de la documentation, Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration, « L'état de santé de la population immigrée âgée », *Infos migrations*, n° 35, février 2012, 4 p.

sur leur état de santé. Ainsi, une enquête Handicap-Santé de 2011³⁶ fait ressortir que 43% des hommes immigrés provenant d'Afrique déclarent au moins une limitation globale d'activité alors que cette situation ne concerne que 28% des hommes non-immigrés de la même tranche d'âge. Toutefois, cette différence s'atténue avec l'avancée en âge. Les chiffres concernant la part des personnes bénéficiant d'une aide humaine en raison de restrictions d'activité dans les actes de la vie quotidienne concordent : 14,2% des immigrés d'origine africaine sont concernés dans la tranche 55-64 ans contre 7,3% pour les non-immigrés, la différence s'estompant avec l'avancée en âge³⁷.

2. La précarité du logement, un facteur d'isolement

La situation d'isolement, liée au logement, et notamment à la vie en foyer de travailleurs migrants, est un frein important à l'intégration des immigrés âgés et *in fine* à leur prise en charge sanitaire et médico-sociale. En effet, certains travailleurs migrants n'ont pas fait venir leur famille et n'ont jamais quitté ce type de structures. Par conséquent, ils vieillissent seuls dans des chambres tout à fait inadaptées aux premiers signes de la perte d'autonomie. Chez ADOMA (ex-SONACOTRA), opérateur de l'Etat qui gère 60% des capacités d'accueil du secteur, près de la moitié des 62 000 résidents, pour la plupart maghrébins, est âgée de plus de 55 ans, 40% a dépassé la soixantaine et 16% a dépassé les 70 ans³⁸. Même si, depuis 1995, tous les foyers ont vocation à se transformer en résidences sociales, avec des logements répondant aux normes d'accessibilité, des espaces communs de sociabilité et l'intervention de travailleurs sociaux, les différents plans de réhabilitation accusent, pour la plupart, d'importants retards. La question d'une prise en charge sanitaire et sociale adaptée à ces conditions de vie se pose donc pour certaines personnes immigrées vieillissantes.

Toutefois, comme le rappelle Omar SAMAOULI, les « *isolés ne représentent que 10 % au plus des immigrés âgés en France : les 90 % restant vieillissent en famille, avec des problématiques plutôt proches de celles que connaît toute personne âgée* »³⁹. Cela doit contribuer à relativiser l'importance du nombre de personnes concernées par ces difficultés. Si elles ne doivent pas être oubliées, il est nécessaire de garder à l'esprit que les

³⁶ BOUVIER, Gérard, « L'enquête Handicap-Santé 2008-2009 », Paris, Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), octobre 2011, 61 p.

³⁷ CROGUENEC Yannick, « L'état de santé de la population immigrée âgée », *op. cit.*

³⁸ HELFTER Caroline, « L'accompagnement des immigrés âgés : un enjeu de société », *ASH*, n°2734, 25 novembre 2011, 4 p.

³⁹ Entretien avec Omar SAMAOULI, gérontologue et directeur de l'Observatoire gérontologique des migrations en France, ainsi que SAMAOULI Omar, « Accorder une citoyenneté complète aux immigrés âgés », *TSA*, n°49, février 2014, 2 p.

solutions trouvées à ces situations ne concerneront pas toutes les personnes immigrées vieillissantes.

3. Les femmes immigrées vieillissantes d'origine maghrébine, une situation difficile encore peu considérée

Au sein de la population immigrée vieillissante, la situation des femmes est particulière. Celles-ci représentent 42% des immigrés de plus de 55 ans. En effet, généralement arrivées plus tardivement en France dans le cadre du regroupement familial, elles ont peu travaillé et ont peu ou pas de pension de retraite. Cette précarité financière s'accroît en cas de divorce⁴⁰ ou au décès de leur mari, et se double d'un isolement plus grand lié à la vie de femme au foyer. Selon Fatima MEZZOUJ, chargée de mission sur la thématique des personnes âgées immigrées au ministère de l'Intérieur, « *les femmes immigrées ont eu peu ou pas de rapport avec leur environnement social et administratif* »⁴¹. Ainsi, « *leur intégration à la société d'accueil ne s'est pas faite par le travail, mais par l'intermédiaire de leurs enfants* »⁴². Par conséquent pour ces femmes, le renoncement aux soins et à l'accompagnement médico-social est plus fréquent, tant pour des raisons financières que du fait de leur isolement. La part des femmes immigrées provenant d'Afrique se déclarant en mauvaise santé est ainsi supérieure à celle des hommes, quelle que soit la tranche d'âge observée⁴³.

Aussi, parmi des personnes immigrées vieillissantes déjà plus fragiles et en marges des dispositifs d'accompagnement dédiés, la vieillesse des femmes immigrées semble être une vieillesse invisible. En effet, si la question de l'isolement des hommes immigrés âgés est visible à travers la problématique des foyers de travailleurs migrants, l'isolement des femmes est plus difficile à cerner car, ayant eu accès au parc social dans le cadre du regroupement familial, elles vivent dans un habitat diffus.

Si le parcours de vie des personnes immigrées vieillissantes est à l'origine de nombreuses difficultés, les différences culturelles constituent également un frein dans leur prise en charge sanitaire et médico-sociale.

⁴⁰ Cette situation est en augmentation parmi les couples maghrébins vieillissants – Collectif, « Le vieillir-ensemble. Des femmes maghrébines dans la cité », *Ecarts d'identité*, n°118, vol.1, 2011, 82 p.

⁴¹ JOVELIN Emmanuel, MEZZOUJ Fatima, *Sociologie des immigrés âgés : d'une présence (im)possible au retour (im)possible*, Paris, Editions du Cygne, 2010, 206 p.

⁴² *Ibid.*

⁴³ BOUVIER, Gérard, « L'enquête Handicap-Santé 2008-2009 », *op. cit.*

B. L'influence des différences culturelles dans la prise en charge sanitaire et médico-sociale

Si la prise en compte de son environnement et de sa culture est un point essentiel pour comprendre une personne à tout âge de sa vie, ces éléments revêtent une importance particulière lorsque l'on tente d'établir un diagnostic sur les personnes immigrées vieillissantes. L'analyse de la place accordée à la famille (1) ainsi que celle des besoins en fin de vie de ce public (2) font état de particularismes devant être considérés par l'ensemble des acteurs. Il convient également de préciser que, si elles sont en principe sources de richesses, les différences culturelles occasionnent encore des discriminations (3).

1. La place de la famille dans l'accompagnement du vieillissement des personnes immigrées

La prise en charge institutionnelle des personnes âgées telle qu'elle est en France reste, pour la plupart des familles immigrées, difficilement concevable. L'entrée en institution et le recours aux aides à domicile ne sont pas des dispositifs auxquels ont recours les personnes âgées immigrées puisque, le plus souvent, la prise en charge de la personne est assurée par la famille. *« Accepter l'aide à domicile n'est pas une évidence, [...] il est difficile de voir un « étranger » pénétrer son intimité [...]. La sphère familiale apparaît comme le premier recours à la perte d'autonomie car l'aide intergénérationnelle est souvent un principe de vie pour eux, du fait de leur parcours⁴⁴ »*. Comme l'explique Omar SAMAOLI, *« si nous avons peu de personnes dans les institutions, ce n'est pas parce que les gens sont en bonne santé. Nous le devons aux familles qui gardent leurs ascendants⁴⁵ »*. En réalité, il s'agit pour eux d'un véritable tiraillement entre une vieillesse idéalisée, reposant sur des éléments culturels et sociaux et, une vieillesse réelle, qui doit faire face à la « nucléarité » des familles⁴⁶, aux frictions intrafamiliales liées à la prise en charge d'un parent âgé.

Le poids de la tradition peut également se faire sentir avec force pour ces familles qui peuvent avoir à affronter le regard de la communauté. L'entrée en institution et le recours à l'aide à domicile, deviennent parfois des impératifs, notamment lorsque la santé l'exige ou lorsque la famille ne parvient plus, seule, à subvenir aux besoins de la personne. Si cette

⁴⁴ Entretien avec Ludivine HADDADI, directrice du foyer-logement Alma Fontenoy de Roubaix.

⁴⁵ Entretien avec Omar SAMAOLI, *op. cit.*

⁴⁶ *Op.cit.*

question suscite de nombreuses difficultés pour toute famille de personne âgée, elle est peut-être encore plus complexe pour les familles des personnes immigrées vieillissantes. C'est d'ailleurs souvent au moment d'entrer dans un schéma institutionnel, que les différences, culturelles ou religieuses, apparaissent : maîtrise de la langue, rapport aux soins et à la maladie différent, habitudes alimentaires et culturelles spécifiques, etc. Dès lors, il appartient à l'ensemble des professionnels de santé de faire preuve d'adaptation afin de proposer un accompagnement et une prise en charge qui répondent à ces besoins spécifiques, ceci conditionnant la compréhension globale de la personne immigrée vieillissante. En pratique, les incompréhensions avec les structures d'hébergement, d'aide à domicile ou d'accueil sont réelles. La dimension culturelle, n'est pas toujours intégrée dans la prise en charge. Peu de directeurs d'établissement ayant conscience du phénomène, ils sont rares à s'investir dans les réflexions proposées par les associations notamment, estimant que le sujet n'est pas prioritaire. De ce fait, peu d'adaptations concrètes sont observables dans les établissements, exceptés dans les structures pionnières. La maison de retraite « l'Amandier » d'Argenteuil a d'ailleurs su utiliser son environnement pour répondre aux besoins des résidents immigrés et atténuer les difficultés rencontrées par le personnel⁴⁷.

Le même phénomène est visible pour la prise en charge sanitaire. De fait, selon le Professeur Dominique SOMME⁴⁸, les visions du vieillissement diffèrent selon les cultures, ce qui va influencer le recours à la consultation. Ainsi, les personnes immigrées vieillissantes, comme leur famille, vont avoir tendance à considérer, pour des pathologies comme les troubles cognitifs, que ce sont des handicaps normaux liés à l'âge. Cela peut donc retarder les diagnostics et dégrader leur accès aux justes soins, au bon moment. De la même manière, il convient de souligner que l'absence de famille, l'isolement de certaines personnes immigrées vieillissantes, peut être un facteur de moindre recours aux soins⁴⁹. La famille oriente et favorise les consultations des âgés, notamment dans des structures telles que les CHU, qui peuvent sembler plus lointaines et inaccessibles pour les personnes.

⁴⁷ BARTKOWIAK Nadège, *L'accueil des immigrés vieillissants en institution*, Presses de l'EHESP, 2008, 128 p.

⁴⁸ Entretien avec le Professeur Dominique SOMME – CHU de Rennes

⁴⁹ *Op. cit.*

2. Les besoins des personnes âgées immigrées en fin de vie

Les problématiques à l'égard de la fin de vie se posent aujourd'hui de manière récurrente et, si elles ne sont pas exclusives aux personnes âgées immigrées, elles se révèlent, pour elles, encore plus complexes. En effet, les questions relatives à la mort et au choix du lieu de sépulture reviennent souvent en écho de la part des personnes âgées immigrées, et en particulier, comme le souligne Omar SAMAOLI, de la part de « *nos concitoyens musulmans* »⁵⁰. Cette demande s'illustre encore comme « *une demande « flottante » qui traduit à la fois un désir et une appréhension. Désir d'intégration même dans la mort et appréhension d'une mort hors norme par rapport à une identité, à une culture et une religion* »⁵¹. La volonté d'être inhumé dans des cimetières ou dans des zones spécifiques répondant à leurs attentes culturelles et religieuses est un élément important pour ces personnes. S'il est en principe interdit de faire des regroupements confessionnels dans les cimetières français, ceux-ci obéissant au principe de neutralité, la législation a dû s'adapter à la réalité et aux différentes attentes confessionnelles. Depuis 2008, le Ministère de l'intérieur encourage d'ailleurs à la création de carrés confessionnels⁵². Reste que cette décision est laissée au libre arbitre des maires des communes françaises, ce qui induit des réponses équivoques, variables d'un territoire à un autre. De fait, compte tenu du nombre de musulmans vivant en France, le nombre de carrés musulmans demeure aujourd'hui largement insuffisant.

Face à ce manque, la majorité des musulmans voient leur dépouille rapatriée dans leur pays d'origine, parfois contre la volonté de la famille, par obligation. Toutefois, il importe de préciser que, pour ce faire, les professionnels des pompes funèbres ont su s'adapter : « *On s'est toujours occupé de personnes étrangères pour les rapatriements des corps dans le respect de leur tradition et religion ainsi que des rituels pour la toilette mortuaire, le linceul et la mise en bière. Le retour à la terre natale est très important pour eux par crainte que la religion ne soit respectée* »⁵³. Si la prise en compte des besoins en fin de vie des personnes immigrées vieillissantes peu encore progresser, force est de constater que les pratiques évoluent : « *La génération suivante commence à s'intégrer en fleurissant les carrés musulmans à la Toussaint, il constate une évolution, une intégration par la mort* »⁵⁴.

⁵⁰ SAMAOLI Omar, « La vieillesse des immigrés, la fin du voyage! », *Ecartés d'identités*, n° 120, 2012, p. 55-61

⁵¹ *Op. cit.*

⁵² Circulaire du Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, « Police des lieux de sépulture. Aménagement des cimetières - Regroupements confessionnels des sépultures », NOR : INTA0800038C, 19 février 2008.

⁵³ Entretien avec un professionnel des pompes funèbres

⁵⁴ *Op. cit.*

3. Les personnes immigrés vieillissantes, un public parfois confronté à des discriminations

Au regard de leurs cultures différentes, les personnes âgées immigrées subissent encore certaines discriminations. Certaines procédures administratives de contrôle et de recouvrement des indus ont été jugées « *discriminatoires* ». En effet, dans une délibération du 6 avril 2009, la HALDE⁵⁵ a précisé que certaines inspections effectuées par les administrations françaises présentaient un caractère discriminatoire notamment parce qu'elles ciblent des foyers de travailleurs immigrés, et qu'elles sont suivies de suppressions abusives des prestations. Le CATRED⁵⁶ précise également que certains contrôles s'opèrent parfois dans les foyers de façon très intrusive et peu respectueuse de la dignité des personnes qui ne sont pas personnellement averties, ni avant, ni même parfois après le passage des contrôleurs quand elles étaient absentes le jour du contrôle.

Il est à noter que les caisses de sécurité sociale pratiquent aussi des ciblage selon la nationalité, l'âge, le type de logement et la catégorie sociale. Le prélèvement des sommes servant à rembourser les indus étant opéré sur les prestations futures, cela place régulièrement les personnes immigrées vieillissantes dans des situations financières délicates, ce qui apparaît contestable. Or, comme en témoignent les travailleurs sociaux, « *lorsque l'on connaît un peu ces immigrés âgés issus des campagnes du Maghreb, peu qualifiés, ne maîtrisant pas le français pour nombre d'entre eux, l'on sait bien qu'ils ne sont en rien des fraudeurs. Ils ont gardé de leur parcours en France (et sans doute de leur jeunesse dans l'empire colonial français) une peur de l'administration, une angoisse d'être « en règle ». Leur prétendue fraude est plus souvent le fruit d'une méconnaissance des règles* »⁵⁷. Ainsi, les immigrés âgés souffrent aujourd'hui sans doute bien plus du sentiment d'injustice d'avoir été traités de fraudeurs que d'être dorénavant contraints de compter leur temps de présence annuelle en France⁵⁸.

Enfin, les personnes immigrées vieillissantes peuvent subir des discriminations au quotidien : certaines personnes refusent d'intervenir au sein des foyers de travailleurs migrants et des spécialistes de santé refusent de prendre en charge ce public du fait de leurs

⁵⁵ Délibération n°2009-148 du 6 avril 2009, HALDE

⁵⁶ Actes du séminaire de réflexion CATRED, « L'égalité des droits pour tous, Suppression du droit sociaux des immigré-e-s âgé-e-s, contrôle de la résidence et harcèlement par les caisses de sécurité sociale », Paris, 24 novembre 2012.

⁵⁷ *Op. cit.*

⁵⁸ *Op. cit.*

cultures, de leurs religions, au mépris des devoirs déontologiques qui leur sont pourtant imposés. Il n'est pas rare non plus que certaines personnes immigrées vieillissantes fassent l'objet de comportements discriminatoires de la part d'autres résidents quand ils sont hébergés en structures. Comme l'explique une directrice d'un EHPAD dans la région de Lyon⁵⁹, des « réactions racistes » venant de certains résidents peuvent être constatées à l'encontre des personnes immigrées vieillissantes accueillies. Se pose ainsi la question de l'interculturalité dans les établissements prenant en charge les personnes âgées et du vivre-ensemble entre des personnes aux histoires de vie très diverses. Ces éléments sont à prendre en compte, d'autant plus qu'en parallèle, comme l'explique Pascale VUILLERMET⁶⁰, certaines personnes immigrées vieillissantes sont aussi réticentes à être prises en charge par les agents féminins des EHPAD, ou par des personnes issues d'autres pays.

La prise en charge et l'accompagnement des personnes immigrées vieillissantes posent donc un certain nombre de défis aux professionnels des champs sanitaire et médico-social. Si elles affrontent des difficultés connues de toute personne âgée, force est de constater que leur parcours de vie et leurs repères culturels, sociaux et religieux sont des contraintes supplémentaires qui nécessitent adaptation, accompagnement et une anticipation.

III. Des améliorations nécessaires dans l'accès aux dispositifs de droit commun : un enjeu essentiel pour l'accompagnement des personnes immigrées vieillissantes

L'amélioration de l'accès aux soins des personnes immigrées vieillissantes nécessite de s'adapter à leurs besoins, de les accompagner et d'anticiper leurs attentes (A). Au-delà des champs sanitaire et médico-social, il s'agit de construire une réflexion globale sur la personne immigrée vieillissante (B).

⁵⁹ Entretiens avec des directrices d'EHPAD dans la région lyonnaise

⁶⁰ Entretien avec Pascale VUILLERMET, Directrice adjointe Santé et autonomie du Conseil départemental de l'Isère, et Agnès FINET, chargée des schémas gérontologie et handicap (MDA Isère)

A. Adaptation, accompagnement et anticipation, trois axes à développer dans l'accès aux soins des personnes immigrées vieillissantes

L'amélioration de la compréhension et de l'accompagnement des personnes immigrées vieillissantes semble indispensable pour leur permettre d'accéder sereinement aux soins (1) au même titre que la coordination des acteurs de terrain et l'anticipation des politiques publiques (2).

1. Faciliter l'accès aux soins des personnes immigrées vieillissantes, un défi de communication et d'accompagnement

Comprendre les personnes immigrées vieillissantes est un enjeu essentiel de communication pour les professionnels du soin et de l'accompagnement de la dépendance. En effet, la barrière de la langue est souvent mentionnée comme l'un des principaux obstacles à l'appréhension des besoins de ces populations, d'où, parfois, l'utilisation du dessin ou du jeu⁶¹. La présence d'un proche ou d'un traducteur, véritable « *médiateur du soin*⁶² », qui tend à se développer dans les hôpitaux, favorise souvent la communication avec les professionnels. Cependant, elle introduit également des biais ; gêne, pudeur, etc. Si ces solutions doivent être encouragées, il semble toutefois nécessaire d'aller plus loin. Par exemple, il serait intéressant de développer des cours de français⁶³, adaptés aux personnes immigrées vieillissantes, en fonction de leur niveau de maîtrise de la langue, afin qu'elles aient les moyens d'exprimer leurs besoins de manière autonome, tant aux professionnels du secteur social qu'à ceux du secteur médical.

L'influence des représentations culturelles des personnes immigrées vieillissantes, mais aussi de celles que nourrissent les professionnels du secteur à leur égard, apparaît déterminante dans les difficultés d'accès aux soins que rencontrent ces hommes et femmes. Deux leviers peuvent être utilisés pour limiter leur impact :

- la formation à l'interculturalité pour les professionnels du soin et de l'accompagnement: si les acteurs du secteur sont assez peu demandeurs en ce sens, force est de constater que l'offre de formation se développe⁶⁴. Il peut être intéressant de noter ici la création d'un guide, à destination des intervenants à domicile et en établissements⁶⁵, afin de favoriser la connaissance des habitudes culturelles des personnes immigrées âgées, élément qui permet de désamorcer de nombreuses difficultés de prise en charge.

⁶¹ Entretiens avec Ludvine HADDADI et avec Séverine SOETAERT, *op. cit.*

⁶² Entretien avec le Professeur Dominique SOMME, *op. cit.*

⁶³ Entretien avec des chargés de mission du CODES 30

⁶⁴ Formations à l'interculturalité, Catalogue de formations du CNFPT, Cours de l'Institut catholique de Lille

⁶⁵ Travail de l'organisme ARELI dans le Nord

- la sensibilisation des populations cibles et de leurs familles. Des actions visant à faire connaître les structures de prise en charge ont été menées par différents acteurs locaux : publication de guides dans plusieurs langues⁶⁶, utilisation de la vidéo pour présenter les institutions d'accueil⁶⁷, sensibilisation des aidants⁶⁸. Il apparaît nécessaire de poursuivre dans cette voie pour permettre aux personnes immigrées vieillissantes d'être plus intégrées aux dispositifs existants, tant dans les secteurs d'hébergement que de soins ou d'aide à domicile. En ce sens, il pourrait être innovant de créer des EHPAD, comme de soutenir les foyers-hébergements, dans les quartiers marqués par l'immigration⁶⁹, pour conserver les liens avec un environnement connu et donner une meilleure image de ces structures. Il semble également pertinent de lutter contre les représentations que les personnes immigrées vieillissantes ont d'elles-mêmes, afin qu'elles acceptent mieux leur vieillesse⁷⁰.

Si ces dernières sont, comme les autres personnes âgées, touchées par la perte d'autonomie, leurs parcours de vie apportent un vieillissement précoce et des éléments complexifiant leur prise en charge. La faible maîtrise du français nécessite donc d'adapter les outils de diagnostic et les dispositifs de soins. Ces populations étant souvent dans le refus de soins⁷¹, la mise en place de bilans de santé gratuits⁷² et l'action de médiateurs, permettant de faire le lien avec les administrations de recours⁷³ et avec les soignants⁷⁴, peuvent être pertinentes. Enfin, l'individualisation de la prise en charge et l'instauration d'un lien de confiance, comme pour toute personne âgée, apparaissent indispensables pour accompagner leur parcours de santé, afin de tenir compte de l'environnement familial, du milieu de vie, du projet migratoire actuel, etc.

Enfin, les difficultés financières rencontrées par les personnes immigrées vieillissantes ont des conséquences directes sur leur capacité à accéder aux soins et sur leur perte d'autonomie. En effet, l'entrée en structure n'est pas forcément possible pour ces populations souvent précaires, d'autant plus quand elles n'envisagent pas de réduire la part des ressources envoyées au pays. Plusieurs propositions peuvent être avancées pour tenter de leur faciliter l'accès aux structures de prise en charge : mutualisation des aides à

⁶⁶ Entretien avec des chargés de mission du CODES 30

⁶⁷ Entretien avec Ludivine HADDADI, *op. cit.*

⁶⁸ Actes du Cycle d'échanges sur les enjeux de l'intégration de l'ORIV Alsace, 24 mars 2015, intervention de Jean-Michel CAUDRON

⁶⁹ Entretien avec Pascale VUILLERMET et Agnès FINET, MDA Isère, *op. cit.*

⁷⁰ Entretien avec Omar SAMAOLI et avec le Professeur Dominique SOMME, *op. cit.*

⁷¹ Entretien avec Madame SAFWATE et Mohamed EL MOUBARAKI, Migrations Santé, *op. cit.*

⁷² BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

⁷³ Audition de Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des femmes, in BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

⁷⁴ Entretien avec le Professeur Dominique SOMME, *op. cit.*

domicile⁷⁵, rapprochement entre EHPAD et foyers⁷⁶, instauration d'un barème de ressources pour l'entrée en EHPAD sur le principe du barème de dépendance existant⁷⁷, etc.

En parallèle, une meilleure coopération entre les acteurs est nécessaire pour mieux appréhender les besoins actuels des personnes immigrées vieillissantes, comme pour anticiper leurs évolutions.

2. Améliorer la connaissance des besoins afin de mieux coordonner les acteurs sanitaires et médico-sociaux et favoriser l'anticipation dans les politiques publiques

Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes immigrées vieillissantes, la prise en compte de ce public dans les politiques sanitaires et socio-médicales paraît nécessaire. Toutefois, il semble pertinent de veiller à ce que cela ne conduise pas à une stigmatisation, source de discriminations⁷⁸. S'il est difficile de promouvoir des programmes d'action spécifiques dans les documents de planification⁷⁹, il serait intéressant que les schémas gérontologiques et les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) intègrent mieux ces problématiques. La coordination des actions apparaît dès lors indispensable, ce que le développement des relations ville/hôpital⁸⁰ ou les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) tendent à favoriser. Enfin, la question de l'accompagnement des allers-retours avec le pays d'origine ne doit pas être omise, car elle est un des éléments qui fragilise le parcours de soins des personnes immigrées vieillissantes. Le développement de la coopération hospitalière, encore balbutiante, devrait permettre de répondre à une partie des attentes en ce sens, mais la question du remboursement des soins effectués à l'étranger, notamment pour les maladies professionnelles, reste posée⁸¹.

La connaissance des populations immigrées vieillissantes est un enjeu crucial afin d'adapter au mieux les réponses en termes d'accès aux soins et de prise en charge. Or, les

⁷⁵ Haut Conseil à l'intégration (HCI), Avis du Haut Conseil à l'intégration sur la condition sociale des travailleurs immigrés âgés, *Le bilan de la politique d'intégration (2002-2005)*, Paris, 2005, 58 p.

Entretiens avec Ludivine HADDADI et Séverine SOETAERT, *op. cit.*

⁷⁶ BARTKOWIAK Nadège, *L'accueil des immigrés vieillissants en institution*, Presses de l'EHESP, 2008, 128 p.

⁷⁷ Entretien avec Séverine SOETAERT, *op. cit.*

⁷⁸ Entretien avec le Professeur Dominique SOMME, *op. cit.*

⁷⁹ BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

⁸⁰ Travail de l'association « Intermed » à Grenoble

⁸¹ Avis du Haut Conseil à l'intégration sur la condition sociale des travailleurs immigrés âgés, *Le bilan de la politique d'intégration (2002-2005)*, *op. cit.*

acteurs de terrain constatent un manque de données récurrent. Pour répondre à cette difficulté, des observatoires se mettent en place, notamment sur le champ de la précarité⁸². La prévention doit aussi être encouragée pour pouvoir anticiper les nouveaux besoins des personnes immigrées vieillissantes : la mobilisation des médecins généralistes, des médecins traitants mais aussi de la médecine du travail quant aux difficultés rencontrées par ces populations doit être soutenue, comme des campagnes de dépistage et d'éducation thérapeutique ciblées. Les « *parcours de prévention santé* » développés par le service social de la CARSAT pour le département du Rhône sont ainsi une innovation intéressante qui pourrait être étendue⁸³.

Enfin, il apparaît nécessaire d'envisager les nouvelles problématiques qui vont émerger concernant les personnes immigrées vieillissantes, afin de les intégrer aux réflexions actuelles sur l'évolution du paysage sanitaire et médico-social français. Comme le montre l'émergence de la question des femmes immigrées vieillissantes souvent d'origine maghrébine⁸⁴, les problématiques liées aux personnes immigrées vieillissantes vont évoluer avec l'avancée en âge de certaines populations. A titre d'exemple, l'accompagnement futur de la dépendance des immigrés d'origine portugaise, souvent rentrés au Portugal au moment de la retraite ou en situation d'allers-retours avec la France, commence à se poser⁸⁵. Toutefois, nos recherches ne nous ont pas permis de vérifier cette hypothèse d'évolution et ses impacts possibles en France.

De la même manière, la prise en charge du vieillissement des migrants primo-arrivant déjà âgés, à l'état de santé dégradé, des réfugiés aux parcours de vie difficiles, et des sans-papiers ne doit pas être oubliée. Si certaines actions sont mises en place sur le terrain⁸⁶, force est de constater qu'elles sont uniquement locales et qu'il n'y a pas de réflexion globale sur le sujet. Il en est de même concernant la prise en compte des pratiques culturelles et culturelles, alors même que ces sujets sont un enjeu pour la prise en charge de la dépendance, de l'accès aux soins et du respect des droits des usagers.

⁸² « Observatoire des situations de fragilités », entretien avec la Responsable du Pôle régional d'intervention en prévention de la CARSAT Rhône-Alpes.

⁸³ Entretien avec la Responsable du service social CARSAT pour le département du Rhône.

⁸⁴ Entretiens avec Omar SAMAOLI et avec Moncef LABIDI, *op. cit.*

⁸⁵ Population issue de la principale vague d'immigration portugaise des années 1960 à 1970, ayant en moyenne 65 ans aujourd'hui, dont les enfants vivent en France, mais qui souhaitent finir leur vie au Portugal. Cette question commence à émerger au Portugal, notamment dans les secteurs sanitaires et sociaux (étude proposée par le CHU de Coimbra dans le cadre des stages internationaux).

⁸⁶ Réseau Louis Guilloux à Rennes – association de réseau ville/hôpital proposant, entre autres, des consultations de médecine générale dédiées aux primo-arrivants et aux personnes non francophones.

B. La nécessité d’agir au-delà des secteurs sanitaire et médico-social pour une prise en compte globale de la personne immigrée vieillissante

Au-delà des propositions intéressant directement les champs sanitaire et médico-social, des pistes peuvent être soulevées dans d’autres domaines ayant un impact sur la situation des personnes immigrées vieillissantes. Ainsi, des préconisations importantes relèvent des politiques locales (1) tandis que d’autres portent sur les déterminants de santé comme l’amélioration de l’accès aux droits (2) ou encore sur les conditions de logement (3).

1. Développer des politiques et des actions locales adaptées à chaque territoire

Comme a pu le souligner Omar SAMAOLI⁸⁷, les personnes immigrées vieillissantes sont souvent des personnes qui ne s’expriment pas, qui ne décident pas et que l’on n’écoute pas. Il apparaît donc aujourd’hui nécessaire d’intégrer davantage cette population à l’espace public, afin de lutter contre l’isolement et de favoriser l’adaptation des politiques locales à leurs problématiques. En ce sens, le rapport d’information BACHELAY-JACQUAT préconise la participation des personnes immigrées vieillissantes à la vie locale⁸⁸. Suivant la même logique, le rapport du HCI encourage leur association aux manifestations et événements locaux⁸⁹. La mise en œuvre de ces propositions contribuerait à rendre les personnes immigrées vieillissantes plus visibles, condition *sine qua non* à l’identification de leurs besoins. A ce propos, il est intéressant de citer l’exemple de la ville de Nantes qui a travaillé à l’amélioration de la prise en compte des migrants, notamment en instaurant un dialogue entre les personnes immigrées vieillissantes, leurs enfants, les professionnels du vieillissement et les acteurs du champ migratoire⁹⁰.

L’implication des acteurs locaux sur la question des personnes immigrées vieillissantes est d’autant plus importante que la prise en compte de leurs besoins semble bien davantage relever de l’échelon local que national. En effet, s’il peut sembler nécessaire que certains enjeux de l’accompagnement de ces personnes soient portés au niveau national, il est surtout indispensable que les actions mises en œuvre soient en

⁸⁷ Entretien Omar SAMAOLI, *op. cit*

⁸⁸ BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit*.

⁸⁹ Avis du Haut Conseil à l’intégration sur la condition sociale des travailleurs immigrés âgés, *Le bilan de la politique d’intégration (2002-2005)*, *op. cit*.

⁹⁰ Colloque national, « Quel accompagnement pour les personnes âgées immigrées ? », 13 novembre 2012, Paris : http://www.colloque-immigresages.com/2012/res/boucle_migrantsages_13112012.pdf

adéquation avec les besoins identifiés sur le territoire. Une étude réalisée par l'ODAS pour le Ministère de l'intérieur illustre ainsi la nécessaire articulation entre élan national et interventions locales. Celle-ci vise à recenser les différents projets ou actions existants autour de ce public dans plusieurs départements afin d'élaborer un guide méthodologique pour les cadres territoriaux⁹¹. Par ailleurs, les personnes immigrées vieillissantes, comme les problématiques qu'elles rencontrent, étant souvent « invisibles », il est nécessaire d'« aller au-devant » de ce public⁹². Cela relève notamment de la responsabilité des collectivités territoriales. Sur ce point, il est intéressant de mentionner que le département de Paris a développé des outils pour avoir une connaissance plus précise des personnes immigrées vieillissantes en logements diffus, population particulièrement délicate à appréhender.

Afin de garantir l'efficacité des actions locales, il est également primordial de développer le travail en réseau sur les territoires concernés (département, quartier, ville...) et les partenariats entre les différents intervenants. Le travail coordonné des acteurs est une ressource précieuse en ce qu'il permet à différents univers – vieillissement, précarité, logement social, santé mentale, etc. – de se rencontrer et d'échanger leurs bonnes pratiques. Les exemples locaux rencontrés – Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), liens CARSAT/CCAS – montrent la richesse de ces liens pour l'amélioration de l'accompagnement des personnes immigrées vieillissantes.

2. Faciliter l'accès aux droits des personnes immigrées vieillissantes

Dans une logique d'adaptation des dispositifs de droit commun, le rapport d'information BACHELAY-JACQUAT⁹³ suggère de mobiliser les organismes de sécurité sociale pour éviter les ruptures de droit à l'arrivée à l'âge de la retraite⁹⁴. Si les acteurs publics se mobilisent de plus en plus sur la question – avec par exemple la publication du « Guide du retraité étranger »⁹⁵ – il est nécessaire d'agir pour garantir la permanence d'accès aux droits des personnes immigrées vieillissantes.

Pour ce faire, le rapport donne quelques pistes d'action concrètes telles que la formation des agents d'accueil et la mise en place de guichets spécifiques. L'exigence de

⁹¹ Travaux d'Emmanuelle GUILLAUME, chargée de mission à l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS)

⁹² Réseau Ressources pour l'égalité des chances et l'intégration (RECI), « Point de vue sur... personnes âgées immigrées : un devoir de (re)connaissance pour une action adaptée à leurs besoins », Réseau Recî, 2013, 8 p.

⁹³ BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

⁹⁴ Exemples d'actions de prévention, collectives ou individuelles, menées par le Pôle régional d'intervention en prévention de la CARSAT Rhône-Alpes, comme les missions d'accompagnement des services sociaux CARSAT pour chaque département.

⁹⁵ MAFESSOLI Murielle, « Agir auprès des personnes âgées immigrées : un défi pour les politiques publiques », *op. cit.*

formation des agents des organismes sociaux peut être élargie aux travailleurs sociaux amenés à agir auprès de ce public. L'idée serait de développer leurs connaissances des droits des étrangers et leurs compétences d'accompagnement des personnes immigrées dans leurs démarches administratives. La formation pourrait également viser à donner à ces professionnels une meilleure visibilité de l'application des accords bilatéraux de sécurité sociale⁹⁶. Sur la question des guichets spécialisés, il convient de souligner la pertinence de développer aussi bien des services spécifiques d'aide et d'information⁹⁷ que des permanences d'accueil avec interprète⁹⁸ dans les différents organismes de protection sociale⁹⁹.

Si le rapport BACHELAY-JACQUAT évoque également l'augmentation du seuil d'accès à la CMU-C¹⁰⁰, ainsi que l'application plus souple de la condition de résidence, il n'est pas certain que ces éléments soient envisagés. La possibilité de modifier la condition de résidence principale pour bénéficier de l'ASPA a été écartée par la Ministre de la santé Marisol TOURAINE¹⁰¹ du fait du risque de rendre exportables toutes les aides sociales françaises. Néanmoins, comme l'a souligné le HCI, cette obligation de résidence ne doit pas être entendue comme permanente compte tenu de la pratique des allers-retours avec le pays d'origine qui concerne un grand nombre de personnes immigrées vieillissantes.

Enfin, il convient de mentionner ici le rôle central des associations sur la question des droits. Ainsi, des associations comme « Migrations Santé » ou encore « *Ayyem Zamen*¹⁰² » aident les personnes immigrées vieillissantes dans leurs démarches administratives et facilitent leur accès aux droits. Par la même occasion, ces institutions contribuent à sortir les usagers de l'isolement et agissent ainsi sur « *le traitement du social et de la sociabilité* »¹⁰³. Ayant reconnu l'expertise du secteur associatif dans l'identification et la prise en charge des attentes des immigrés âgés, le rapport BACHELAY-JACQUAT préconise de renforcer et de pérenniser le soutien de ces organisations par les pouvoirs publics, notamment par l'octroi de crédits des politiques de la ville et d'intégration¹⁰⁴.

⁹⁶ France Terre d'Asile, « Les réfugiés âgés : invisibles parmi les invisibles », *Les cahiers du social*, n° 34, mars 2013, 83 p.

⁹⁷ Avis du Haut Conseil à l'intégration sur la condition sociale des travailleurs immigrés âgés, *op. cit.*

⁹⁸ Exemple de la CARSAT de Nantes.

⁹⁹ CARSAT et CNAV notamment. Entretien avec un agent de développement local pour l'intégration de l'ASAMLA de Nantes

¹⁰⁰ BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

¹⁰¹ Audition de Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des femmes, in BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

¹⁰² Gestionnaire des cafés sociaux à Paris

¹⁰³ Entretien avec Moncef LABIDI, *op. cit.*

¹⁰⁴ BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

3. Lutter contre la précarité du logement

Les conditions de logements peuvent influencer considérablement le bien-être d'un individu et constituent ainsi un déterminant de santé sur lequel il est important d'agir. De la même manière, pour les personnes âgées plus spécifiquement, les réflexions du rapport BROUSSY¹⁰⁵ comme les grandes orientations du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement¹⁰⁶, font du logement un levier d'amélioration de la situation des âgés. Du fait de leurs fragilités encore plus spécifiques, cette voie d'action semble également pertinente pour les personnes immigrées vieillissantes.

Cela est d'autant plus vrai qu'une partie d'entre elles vit dans des conditions précaires et inadaptées à leur avancée en âge, comme en foyers de travailleurs migrants ou en hôtels meublés. Selon Moncef LABIDI, il y a en France un « *entêtement à ne voir le logement des migrants que sous la forme d'un hébergement*¹⁰⁷ ». Une politique favorisant l'accès à des logements décents et individuels pour les personnes immigrées encore relativement autonomes serait souhaitable. Ainsi, le développement de l'accès à l'aide sociale à l'hébergement, en s'inspirant notamment des démarches engagées dans le département du Nord¹⁰⁸, pourrait être intéressant.

Par ailleurs, si le rapport BACHELAY-JACQUAT préconise de favoriser l'accès à des logements appropriés en achevant la transformation des foyers de travailleurs migrants en résidences sociales adaptées à la perte d'autonomie¹⁰⁹, Moncef LABIDI critique ce « *relookage*¹¹⁰ » et encourage ainsi l'élaboration de solutions innovantes. Certaines expérimentations telles que les « *domiciles partagés* »¹¹¹, les « *logements intergénérationnels* »¹¹² ou encore les « *maisons kangourous* »¹¹³ développées en Belgique gagneraient en effet à être plus largement développées.

¹⁰⁵ BROUSSY Luc, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro !*, op. cit.

¹⁰⁶ Projet de loi n°2674 relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, op. cit.

¹⁰⁷ Entretien avec Moncef LABIDI, op. cit.

¹⁰⁸ Entretiens avec Ludivine HADDADI et avec Séverine SOETAERT, op. cit.

¹⁰⁹ BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, op. cit.

¹¹⁰ Entretien avec Moncef LABIDI, op. cit.

¹¹¹ Expérimentation de l'association *Ayyem Zamen*, gestionnaire des cafés sociaux situés à Paris.

¹¹² SUINEN Philippe, « Vieillesse et migration. Réflexion & action du Conseil de l'Europe », op. cit.

¹¹³ Les « maisons kangourou » sont des lieux dans lesquels des familles d'origine immigrées cohabitent avec des personnes âgées belges, dans une logique d'entraide. Entretiens avec Jean-Michel CAUDRON et Khadija QESMOUN.

Conclusion

Pour reprendre les propos de Denis JACQUAT¹¹⁴, « *prendre la mesure de cette question dans tous ses aspects politiques, historiques, économiques, sociaux, et culturels, et la population immigrée âgée dans sa très grande richesse d'origines, de situations, d'aspirations* [suppose de s'intéresser] *à l'émigré et à l'immigré, à celui qui est rentré au pays comme à celle qui est installée en France, au travailleur et au retraité, à l'ouvrier et au travailleur agricole, à la personne vieillissante et à la personne âgée, à la femme et à l'homme seul comme à celui qui vit en famille, au mal logé en foyer ou en habitat diffus, au malade et à tous ceux qui les rencontrent, les aident...* ». En définitive, il apparaît que la prise en charge des personnes immigrées vieillissantes dans les secteurs sanitaire et médico-social appelle une réflexion particulière et complexe, mais qui dépasse aussi les limites de nos futurs secteurs professionnels.

D'une part, il faut constater que les personnes immigrées vieillissantes constituent un public pluriel dont l'inclusion au cadre de prise en charge des personnes âgées est possible du fait de problématiques communes à toutes les personnes vieillissantes en France. Nonobstant, certaines fragilités des âgés se retrouvent amplifiées pour les immigrés, dans leurs prises en charge sanitaire et médico-sociale, du fait de leurs parcours de vie particuliers mais également des influences de leurs différences culturelles.

D'autre part, des améliorations sont nécessaires dans l'accès aux dispositifs de droit commun d'accompagnement du vieillissement, afin de favoriser l'adaptation, l'accompagnement et l'anticipation dans l'accès aux soins des personnes immigrées vieillissantes. En parallèle, d'autres actions plus larges sont envisageables pour une prise en compte globale de la personne immigrée vieillissante.

En termes plus généraux, les dispositifs de droit commun semblent être les plus pertinents à favoriser. Il importe d'adapter l'existant : d'une part, pour une effectivité plus rapide, d'autre part, pour ne pas stigmatiser les personnes immigrées vieillissantes, et enfin pour rendre accessibles les dispositifs prévus pour toutes les personnes âgées. Qu'elles soient immigrées ou non, celles-ci doivent avoir accès aux mêmes droits, « *ni plus ni moins*¹¹⁵ ».

De la même manière, des actions locales, adaptées aux territoires et à leurs problématiques semblent également plus constructives, même si une impulsion nationale

¹¹⁴ BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *op. cit.*

¹¹⁵ Entretiens avec Pascale VUILLERMET et Agnès FINET, MDA Isère, *op. cit.*

reste nécessaire pour garantir l'égalité des territoires et favoriser l'action des acteurs en ce sens. Cette impulsion nationale aurait un réel intérêt sociétal et de promotion de l'interculturalité, d'autant plus qu'elle serait en lien direct avec les politiques d'intégration et de valorisation des immigrés. C'est d'ailleurs ce que préconise Claudine ATTIAS-DONFUT¹¹⁶, « *les vieux immigrés représentent un riche potentiel de communication entre les générations et entre les peuples qu'il conviendrait sans doute de mieux valoriser* ».

Ainsi, cette question dépasse notre analyse sanitaire et médico-sociale et suscite plusieurs constats et questionnements indispensables. En premier lieu, en termes sociétaux, l'oubli des personnes immigrées vieillissantes interpelle et constitue souvent l'entrée dans l'analyse de cette question. Pour Emile TEMIME¹¹⁷, les personnes immigrées vieillissantes sont une « *catégorie peu attendue, et peu souhaitée, puisqu'elle était imprévisible, dans la mesure où l'immigré n'était là, par définition, qu'à titre provisoire, pour des raisons de travail. [...] [Une] catégorie assurément peu visible dans le passé, aujourd'hui encore ignorée du grand public, catégorie oubliée parce qu'elle se fait oublier, mais dont l'importance numérique est de plus en plus évidente, et qu'il faut bien maintenant prendre en compte, ne serait-ce que parce qu'elle ne cesse de s'accroître à un rythme de plus en plus élevé* ».

Néanmoins, l'existence même de nombreuses réflexions et travaux sur la prise en compte des personnes immigrées vieillissantes, tout comme la mobilisation visible d'acteurs locaux, montrent que ce constat peut être nuancé. Il est difficile de dire que les personnes immigrées vieillissantes sont oubliées en tant que telles. Dans la plupart des cas, ces personnes sont invisibles car leur intégration dans les dispositifs de droit commun ne pose pas problème et elles sont donc prises en charge. Pour autant, certaines personnes immigrées vieillissantes, plus vulnérables, restent difficilement repérables. En ce sens, la question de la prise en compte des personnes immigrées vieillissantes revient à interroger l'attention portée à la vieillesse précaire, voire à la personne âgée dans sa globalité, comme personne à part entière. Il s'agit, pour les personnes immigrées vieillissantes comme pour les personnes âgées non immigrées, de respecter leurs choix afin de garantir un vieillissement dans la dignité, que ce soit en France, dans le pays d'origine ou toujours entre les deux.

¹¹⁶ ATTIAS-DONFUT Claudine, *L'enracinement: Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*, Armand Colin, 2006, 358p.

¹¹⁷ TEMIME Émile, « Vieillir en immigration », *op. cit.*

Malgré le caractère *a priori* temporaire de la problématique des personnes immigrées vieillissantes isolées, notamment des *chibanis*, une action immédiate est nécessaire pour une meilleure prise en charge, du fait de leurs difficultés réelles. Néanmoins, la question des personnes immigrées vieillissantes est évolutive, et ne se posera pas dans les mêmes termes dans les cinq, dix ou quinze ans à venir. Ainsi, les solutions à apporter devront être anticipées et adaptées.

Enfin, en tant que futurs professionnels, ce travail influencera positivement notre appréhension des différentes situations rencontrées par les personnes âgées, notamment les personnes immigrées vieillissantes. Cette expérience formatrice nous apportera les premiers réflexes d'analyse et d'anticipation nécessaires.

Bibliographie

OUVRAGES :

ATTIAS-DONFUT Claudine, *L'enracinement: Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*, Armand Colin, 2006, 358 p.

BARTKOWIAK Nadège, *L'accueil des immigrés vieillissants en institution*, Presses de l'EHESP, 2008, 128 p.

BOUSNANE Mohamed, BA Abdoul, SKANARI Fatima (Dir.), *Le vieillissement dans l'immigration : l'oubli d'une génération silencieuse*, Actes du colloque de décembre 2006, Paris, L'Harmattan, 2009, 152 p.

JOVELIN Emmanuel, MEZZOUJ Fatima, *Sociologie des immigrés âgés : d'une présence (im)possible au retour (im)possible*, Paris, Editions du Cygne, 2010, 206 p.

SAMAOLI Omar, *Retraite et vieillesse des immigrés en France*, Paris, L'Harmattan, 2007, 252 p.

SAMAOLI Omar, LINBLAD Peter, PATEL Naina, MIRZA Naheed R. et AMSTRUP Kirsten, *Vieillesse, démence et immigration*, Paris, L'Harmattan, 2000, 250 p.

RAPPORTS

BACHELAY Alexis, JACQUAT Denis, *Une vieillesse digne pour les immigrés âgés : un défi à relever en urgence*, Mission d'informations sur les personnes âgées, Rapport d'information n°1214, Paris, Assemblée Nationale, juillet 2013, 613 p.

BAS-THERON Françoise, MICHEL Maurice, *Rapport sur les immigrés vieillissants*. Rapport IGAS n°2002-126, Paris, La documentation française, novembre 2002, 157 p.

BOBBE Sophie, RIBERT Evelyne, TERRAY Emmanuel, « Droits des travailleurs migrants : le cas des retraites. Combattre la discrimination à l'égard des assurés non communautaires, un enjeu social pressant », Institut interdisciplinaire d'anthropologie du contemporain (IIAC), Paris, mars 2013, 86 p.

BROUSSY Luc, *L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro!*, Mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Paris, La documentation française, janvier 2013, 202 p.

Délibération de la HALDE n°2009-148 du 6 avril 2009 sur la lutte contre les discriminations

Haut Conseil à l'intégration (HCI), Avis du Haut Conseil à l'intégration sur la condition sociale des travailleurs immigrés âgés, *Le bilan de la politique d'intégration (2002-2005)*, Paris, 2005, 58 p.

Rapport MONALISA, *Préconisations pour une mobilisation nationale contre l'isolement des âgés*, Ministère des affaires sociales et de la santé, juillet 2013, 144 p.

TEXTES JURIDIQUES :

Directive européenne 2003/86/CE du Conseil du 22 septembre 2003 relative au droit au regroupement familial

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

Décret n°2007-354 du 14 mars 2007 relatif aux modalités d'application de la condition de résidence pour le bénéfice de certaines prestations et modifiant le code de la sécurité sociale

Circulaire du Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, « Police des lieux de sépulture. Aménagement des cimetières - Regroupements confessionnels des sépultures », NOR: INTA0800038C, 19 février 2008.

Projet de loi n°2674 relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, enregistré à la présidence de l'Assemblée Nationale le 20 mars 2015

ARTICLES :

ATTIAS-DONFUT Claudine, TESSIER Philippe, « Santé et vieillissement des immigrés », *Retraites et Société*, n°46, mars 2005, p. 91-129.

COLLECTIF, « Le vieillir-ensemble. Des femmes maghrébines dans la cité », *Ecartis d'identité*, n°118, vol.1, 2011, 82 p.

CROGUENNEC Yannick, Département des Statistiques, des études et de la documentation, Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration, « Qui sont les immigrés âgés ? », *Infos migrations*, n° 34, février 2012, 4 p.

CROGUENNEC Yannick, Département des Statistiques, des études et de la documentation, Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration, « L'état de santé de la population immigrée âgée », *Infos migrations*, n° 35, février 2012, 4 p.

GALLOU Rémi, « Les immigrés isolés : la spécificité des résidents en foyer », *Retraite et Société*, n° 44, La Documentation française, 2005, 142 p.

GALLOU Rémi, « Le vieillissement des immigrés en France. Le cas paroxystique des résidents des foyers », *Politix*, n° 72, 2005/4, 73 p.

HAMEL Christelle, MOISY Muriel, « Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé », Paris, INED, 2013, 60 p.

LABIDI Moncef, « Immigrés âgés : une vieillesse désenchantée », *L'animation sociale avec les personnes âgées*, n°1, septembre-novembre 2013.

LEYENDECKER Simon, MAFESSOLI Murielle, « Les immigrés âgés à Strasbourg : un vieillissement singulier », *Compas Etudes*, n°15, février 2015, 6 p.

HELFTER Caroline, « L'accompagnement des immigrés âgés : un enjeu de société », *ASH*, n°2734, 25 novembre 2011, 4 p.

MAFFESSOLI Murielle, Observatoire régional de l'intégration et de la ville (ORIV), « Agir auprès des personnes âgées immigrées : un défi pour les politiques publiques », *Actualités sur... l'intégration, la promotion de l'égalité et la ville*, n° 83, avril 2013, 4 p.

Réseau Ressources pour l'égalité des chances et l'intégration (RECI), « Point de vue sur... personnes âgées immigrées : un devoir de (re)connaissance pour une action adaptée à leurs besoins », Réseau RecI, 2013, 8 p.

SAMAOLI Omar, « La vieillesse des immigrés, la fin du voyage! », *Ecartis d'identités*, n° 120, 2012, p. 55-61.

SAMAOLI Omar, « Accorder une citoyenneté complète aux immigrés âgés », *TSA*, n°49, février 2014, 2 p.

SUINEN Philippe, « Vieillesse et migration. Réflexion & action du Conseil de l'Europe », *L'Observatoire*, n°61, 2009, p.102-104

TEMIME Émile, « Vieillir en immigration », *Revue européenne des migrations internationales*, Vol. 17 n°1, 2001, p. 37-54.

ETUDES

BOUVIER, Gérard, « L'enquête Handicap-Santé 2008-2009 », Paris, Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), octobre 2011, 61 p.

HAMEL Christelle, MOISY Muriel, « Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé, Enquête sur la diversité des populations en France », *Série Trajectoires et origines (TeO)*, Paris, INED, janvier 2013, 50 p.

France Terre d'Asile, « Les réfugiés âgés : invisibles parmi les invisibles », *Les cahiers du social*, n° 34, mars 2013, 83 p.

Migrations santé, « Enquête sur la santé des migrants âgés », sous la direction de Mohamed EL MOUBARAKI, Paris, mai 2014, 4 p.

COMMUNICATIONS

Actes du Cycle d'échanges sur les enjeux de l'intégration de l'ORIV Alsace, 24 mars 2015:

- Approche méthodologique pour développer les pratiques inspirantes pour l'accompagnement des personnes âgées immigrées vers le droit commun par les collectivités territoriales – Jean-Michel CAUDRON
- Les personnes âgées immigrées : un enjeu de politiques publiques ? – Martine THIEBAULD, agent de développement local pour l'intégration (ADLI/ORIV)
- Etude sur l'état de santé des migrants vieillissants en Alsace – Observatoire Régional de la santé en Alsace.

Actes du séminaire de réflexion CATRED, « L'égalité des droits pour tous, Suppression du droit sociaux des immigré-é-s âgé-é-s, contrôle de la résidence et harcèlement par les caisses de sécurité sociale », Paris, 24 novembre 2012.

AUTRES

ASSFAM, *Accompagner les migrants âgés vers l'accès au droit et à la santé : fiches d'expériences et bonnes pratiques de l'ASSFAM*, Paris, 2012, 34 p.

GRDR MIGRATION, *Citoyenneté – Développement, Méthodologies d'interventions auprès des résidents âgés des foyers des travailleurs migrants*, Paris, GRDR, 2012, 24p.

Réseau Vieillesse Plurielles, *Guide pratique pour faciliter l'accès des immigrés âgés aux dispositifs de droit commun*, Lille, ARELI, février 2013.

Union des professionnels de l'hébergement social (UNAF0), *Le guide du retraité étranger*. Paris, UNAF0, 2014, 127 p. (nouvelle éd.).

WEBOGRAPHIE

Colloque national, « Quel accompagnement pour les personnes âgées immigrées ? », 13 novembre 2012, Paris : http://www.colloque-immigresages.com/2012/res/boucle_migrantsages_13112012.pdf

Informations ministérielles sur le statut d'étranger malade et sur sa procédure d'acquisition : <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F17164.xhtml>

Plaquette d'information CARSAT Rhône-Alpes – Atouts prévention retraite : <http://www.msa0169.fr/lfr/documents/98785/2535605/Plaquette+Atouts+Pr%C3%A9vention+Rh%C3%B4ne-Alpes>

Association Pays'ages – <http://www.alpesolidaires.org/pays-ages-la-maison-des-sages>

Association Intermed – <http://www.intermed-reseau-sante.fr/presentation-du-reseau/>

Réseau Louis GUILLOUX, Rennes - <http://www.reseauvillehopital35.org/>

Liste des annexes

Annexe 1 – Liste des entretiens réalisés dans le cadre du Module Inter
Professionnel (MIP)

Annexe 2 – Grilles d’entretien utilisées

Annexe 3 – Répartition de la population immigrée âgée des pays tiers (55 ans
et plus) pour 5 régions

Annexe 4 – Part des personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins pour
des raisons financières par sexe, âge, origine

Annexe 1 – Liste des entretiens réalisés dans le cadre du Module Inter Professionnel (MIP)

Certains entretiens de la liste suivante sont anonymisés, conformément à la volonté des personnes concernées.

- Monsieur Jean-Michel CAUDRON, consultant ingénierie sociale
- Monsieur Mohamed EL MOUBARAKI, directeur de « Migrations Santé »
- Madame Agnès FINET, chargée des schémas gérontologie et handicap, Maison départementale de l'autonomie, Conseil départemental de l'Isère
- Madame Ludivine HADDADI, directrice du foyer logement Alma-Fontenoy de Roubaix
- Monsieur Denis JACQUAT, député de Moselle
- Monsieur Moncef LABIDI, sociologue et fondateur des cafés sociaux de Paris (association *Ayyem Zamen*)
- Madame Khadija QESMOUN, sociologue
- Madame SAFWATE, coordinateur de terrain de « Migrations Santé »
- Monsieur Omar SAMAOLI, gérontologue et sociologue, directeur de l'Observatoire gérontologique des migrations en France
- Monsieur le Professeur Dominique SOMME, gériatre, chef du service de gériatrie du CHU de Rennes, chercheur en santé publique
- Madame Séverine SOETAERT, directrice générale du Centre communal d'action sociale de Roubaix
- Madame Pascale VUILLERMET, directrice adjointe santé et autonomie, Maison départementale de l'autonomie, Conseil départemental de l'Isère
- Responsable du service social CARSAT pour le département du Rhône
- Responsable du pôle régional d'intervention en prévention de la CARSAT Rhône-Alpes
- Assistante sociale à la cellule de coordination de la Permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Rennes
- Assistante sociale au service des urgences du CHU Rennes
- Médecin néphrologue, Centre de dialyse (région PACA)
- Responsable de mairie de quartier, collectivité territoriale
- Conseiller municipal

- Chargés de mission, CODES 30
- Directrices d'EHPAD dans la région lyonnaise
- Pilote dispositif MAIA Rennes
- Directeur de pompes funèbres
- Agent de développement local pour l'intégration de l'Association santé migrants Loire Atlantique (ASAMLA)
- Usager du café social de Belleville
- Usagers du Foyer-Logement Alma-Fontenoy

Annexe 2 – Grilles d’entretien utilisées

➤ **Grille acteurs de terrain et institutionnels (semi-directif)**

- Présentation du travail de recherche/contexte du travail
- Présentation de la personne,
 - parcours, fonction actuelle, genre, âge...
 - Histoire de la question (comment la personne en est-elle arrivée à cette question ? à partir de quand ? Comment ? Circonstances ? Contexte ?)
- Définition de la personne immigrée vieillissante
 - Est-ce que vous rencontrez dans votre établissement/service/activité des personnes immigrées vieillissantes ? Pouvez-vous les caractériser ? (Quel(s) profil(s) ? Quel âge ?)
- Attentes/besoins des personnes immigrées vieillissantes ?
 - Attentes ?
 - Besoins ?
 - Problématiques de prise en charge ? Est-ce que cela a une conséquence sur la prise en charge de la dépendance, de l’accès aux soins et de la qualité du soin des personnes ?
 - Sont-ils spécifiques par rapport à ceux des personnes âgées non immigrées ?
- Réponse apportée par les politiques ou dispositifs locaux ou nationaux :
 - Dispositifs locaux pour prendre en charge les personnes immigrées vieillissantes ? Qu’avez-vous mis en œuvre ? Avec qui ? Comment ? Est-ce que cela a marché ? Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en œuvre ? Est-ce que vous allez continuer ? Est-ce qu’il y a de nouveaux projets ?
 - Que pensez-vous de la politique nationale de prise en charge de ce public ? Quelles sont les évolutions en cours, les perspectives ? Quels outils pour vous ? Quels impacts ? Comment ?
 - Quelles ressources ?
- Propositions d’amélioration / leviers
 - Quelles carences ou évolution(s) possible(s) ?
 - Que souhaiteriez-vous voir développer ? Pour qui ?
- Toutes les situations/problématiques que nous venons d’évoquer sont-elles spécifiques aux personnes immigrées vieillissantes venues du Maghreb ou concernent-elles

également les personnes immigrées vieillissantes venues des pays de l'UE, des Amériques ou d'Asie?

- Conclusion : remerciements et proposition envoi du rapport / Possibilité de rencontrer un usager/visite de la structure ?

➤ **Grille chercheur (semi directif)**

- Présentation du travail de recherche/contexte du travail
- Présentation de la personne,
 - fonction actuelle,
 - données personnelles qui peuvent contextualiser son discours (travaux de recherche, notamment sur le thème)
 - Histoire de la question (comment la personne en est-elle arrivée à cette question ? à partir de quand ? Comment ? Circonstances ? Contexte ?)
- Définition de la personne immigrée vieillissante : Pour vous, comment se caractérise une personne immigrée vieillissante ?
 - Pouvez-vous les caractériser ? (Quel profil type ? Quel âge ? Quel parcours d'immigration et d'intégration ? Naturalisé ou pas ? Impacts sur leur situation ?)
- Attentes/besoins des personnes immigrées vieillissantes ?
 - Attentes ?
 - Besoins ?
 - Problématiques de prise en charge ? Est-ce que cela a une conséquence sur la prise en charge de la dépendance, de l'accès aux soins et de la qualité du soin des personnes ?
 - Sont-ils spécifiques par rapport à ceux des personnes âgées non immigrées ?
- Réponse apportée par les politiques ou dispositifs locaux ou nationaux.
 - Est-ce que vous avez proposé des choses ? Qu'avez-vous vous-même constaté sur le terrain, en termes de politiques locales, politiques nationales ?
 - Que pensez-vous de la politique nationale de prise en charge de ce public? Quelles sont les évolutions en cours, les perspectives ? Quels outils pour vous ? Est-ce que cela vous affecte ? Comment ?
 - Quelles ressources ?
- Propositions d'amélioration / leviers
 - Quelles carences ou évolutions possibles ?

- Qu'est-ce que vous souhaiteriez voir développer ? Pour qui ?
- Toutes les situations/problématiques que nous venons d'évoquer sont-elles spécifiques aux personnes immigrées vieillissantes venues du Maghreb ou concernent-elles également les personnes immigrées vieillissantes venues des pays de l'UE, des Amériques ou d'Asie?
- Conclusion : remerciements, proposition envoi du rapport, demande de documentation.

➤ **Grille usagers (semi-directif)**

- Présentation du travail de recherche/contexte du travail
 - Etudiant en formation, futur cadre du système de santé.
 - Travail de recherche pour l'identification des besoins et recherche d'amélioration des réponses
 - Volonté de rencontrer des usagers pour connaître leurs besoins/leurs attentes
- Présentation de la personne,
 - situation actuelle et parcours (âge, situation conjugale/enfants, professionnelle, logement, date d'arrivée en France, pourquoi ?)
- Attentes/besoins des personnes immigrées vieillissantes ?
 - Est-ce que vous rencontrez des difficultés particulières liées à votre avancée en âge (santé/prise en charge/ démarches administratives) ? Attentes ? Besoins ?
 - Comment sont-elles prises en compte ? A quoi cela est-il lié selon vous ?
 - Est-ce que cela a une conséquence sur la prise en charge de la dépendance, de l'accès aux soins et de la qualité du soin ?
- Réponse apportée par les politiques ou dispositifs locaux ou nationaux.
 - Y-a-t-il des choses (associations, mairie, CCAS, ...) proposées dans votre quartier/ville ? Que pensez-vous de ce qui est proposé dans votre quartier/ville ?
 - Est-ce que vous les utilisez ? Pourquoi oui/pourquoi non ? Est-ce que cela marche ? Qu'en pensez-vous ?
 - Avez-vous un avis sur les politiques nationales ?
- Propositions d'amélioration / leviers
 - Quelles carences ou évolutions possibles ?

- Qu'est-ce que vous souhaiteriez voir développer ? Pour qui ?
- Est-ce que vous pensez à des choses à mettre en œuvre ?
- Conclusion : avez-vous des choses à rajouter ?/ remerciements

➤ **Grille d'entretien – médecins/professionnels de santé (semi-directif)**

- Présentation du lieu d'intervention :
 - Fonction actuelle,
 - Histoire de la question au sein de la structure (Y-a-t-il eu une évolution du traitement de la question?)
- Définition de la personne immigrée vieillissante : Pour vous comment se caractérise une personne immigrée vieillissante ?
 - Pouvez-vous les caractériser par rapport à votre lieu d'intervention ? (Quel profil type ? Quel âge ? Quel parcours d'immigration et d'intégration ? Naturalisé ou pas ? Est-ce que cela change quelque chose ou pas ?)
- Attentes/besoins des personnes immigrées vieillissantes repérés par votre organisme ?
 - Attentes ?
 - Besoins ?
 - Problématiques de prise en charge ? Est-ce que cela a une conséquence sur la prise en charge de la dépendance, de l'accès aux soins et de la qualité du soin des personnes ?
 - Sont-ils spécifiques par rapport à ceux des personnes âgées non immigrées ?
- Réponse apportée par les politiques ou dispositifs locaux ou nationaux.
 - Est-ce que vous avez proposé des actions ? Qu'avez-vous, vous-même constaté sur le terrain, politiques locales, politiques nationales ?
 - Que pensez-vous de la politique nationale de prise en charge de ce public? Quelles sont les évolutions en cours, les perspectives de cette question ? Quels outils pour vous ? Est-ce que cela vous affecte ? Comment ?
 - Quelles ressources ?
- Propositions d'amélioration / leviers
 - Quelles carences ou évolutions possibles ?
 - Qu'est-ce que vous souhaiteriez voir développer ? Pour qui ?
 - Toutes les situations/problématiques que nous venons d'évoquer sont-elles spécifiques aux personnes immigrées vieillissantes venues du Maghreb ou concernent-elles également les personnes immigrées vieillissantes venues des pays de l'UE, des Amériques ou d'Asie?

- Conclusion : avez-vous des choses à rajouter ? Remerciements. Souhaitez-vous recevoir notre rapport ?

➤ **Grille politique (semi directif)**

- Présentation du travail de recherche/contexte du travail
- Présentation de la personne,
 - Parcours, fonction actuelle,
 - Histoire de la question (comment êtes-vous arrivé à cette question ? à partir de quand ? Comment ? Circonstances ? Contexte ?)
- Définition de la personne immigrée vieillissante
 - Quel regard vous portez sur les personnes immigrées vieillissantes ? Pouvez-vous les caractériser ? (Quel profil ? Quel âge ?)
- Attentes/besoins des personnes immigrées vieillissantes ?
 - Attentes ?
 - Besoins ?
 - Problématiques de prise en charge ? Est-ce que cela a une conséquence sur la prise en charge de la dépendance, de l'accès aux soins et de la qualité du soin des personnes ?
 - Sont-ils spécifiques par rapport à ceux des personnes non immigrées ?
- Réponse apportée par les politiques ou dispositifs locaux ou nationaux.
 - Est-ce que vous avez proposé des actions ? Qu'avez-vous, vous-même constaté sur le terrain, politiques locales, politiques nationales ?
 - Que pensez-vous de la politique nationale de prise en charge de ce public ? Quelles sont les évolutions en cours, les perspectives ? Quels outils pour vous ? Quels impacts dans vos actions ? Comment ?
 - Quelles ressources ?
- Propositions d'amélioration / leviers
 - Quelles carences ou évolutions possibles ?
 - Que souhaiteriez-vous voir développer ? Pour qui ?
 - Qu'est-ce que vous proposez ? Qu'est ce qui peut bloquer ? Quels sont les leviers d'actions ? Quels sont les débats ?
 - Toutes les situations/problématiques que nous venons d'évoquer sont-elles spécifiques aux personnes immigrées vieillissantes venues du Maghreb ou

VIII

concernent-elles également les personnes immigrées vieillissantes venues des pays de l'UE, des Amériques ou d'Asie?

- Conclusion : remerciements et proposition envoi du rapport.

Annexe 3 – Répartition de la population immigrée âgée des pays tiers (55 ans et plus) pour 5 régions

Sources : CROGUENNEC Yannick, Département des Statistiques, des études et de la documentation, Secrétariat général à l’immigration et à l’intégration, « Qui sont les immigrés âgés ? », *Infos migrations*, n° 34, février 2012, 4 p

Tableau 1 : répartition de la population immigrée âgée des pays tiers (55 ans et plus) pour cinq régions

Pays de naissance	Île-de-France	Provence-Alpes-Côte d’Azur	Rhône-Alpes	Nord-Pas-de-Calais	Languedoc-Roussillon
Algérie	26%	35%	44%	48%	30%
Maroc	17%	21%	16%	34%	43%
Tunisie	10%	22%	13%	3%	7%
Turquie	3%	2%	8%	2%	2%
Viêt-Nam	4%	2%	2%	1%	2%
Serbie	4%	1%	2%	1%	1%
Cambodge	3%	1%	1%	1%	0%
Sénégal	2%	1%	1%	1%	0%
Mali	3%	0%	0%	0%	0%
États-Unis d’Amérique	1%	1%	1%	0%	1%
Effectifs	333 676	88 737	86 306	31 331	29 674

Source : recensement de la population, 2008

Champ : population immigrée des pays tiers âgée de 55 ans et plus

Annexe 4 – Part des personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières par sexe, âge, origine

Sources : CROGUENNEC Yannick, Département des Statistiques, des études et de la documentation, Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration, « L'état de santé de la population immigrée âgée », *Infos migrations*, n° 35, février 2012, 4 p

Tableau 6 : Part des personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins pour des raisons financières par sexe, âge, origine

	Afrique	Divers	UE27	Non immigrés
Plus de 55 ans	16,8	6,8	4,9	6,3
55-64 ans	17,6	5,8	7,2	7,4
65-74 ans	14,0	8,8	4,4	7,3
75 ans et plus	18,5	5,9	2,2	4,0
Hommes	17,9	6,3	4,4	4,7
Femmes	15,3	7,4	5,3	7,7

Source : enquête Handicap-Santé, 2008-2009, INSEE

Thème n°6

Animé par : CHAUVIN Karine, Sociologue, Chargée d'enseignement EHESP
MOHAËR Françoise, Psychosociologue, ASKORIA, Rennes

Vieillesse immigrée : vieillesse oubliée ? Anticipation, adaptation, accompagnement

Lisa BERLING, ED3S ; Charlotte BOYER, EDH ; Juan CAICEDO, EAAH ; Anne Sophie DE LIMA LOPES, EDH ; Stéphanie EGRON, IES ; Laura ESCALE, EIASS ; Léa LE MARCHAND, ED3S ; Julie MEZROUH, EAAH ; Angèle RABILLER, EIASS ; Liliane RAJESSON, EDS.

Résumé :

Avec l'arrivée à l'âge de la retraite et le vieillissement des personnes ayant immigré en France, le débat autour de leur accompagnement sanitaire et médico-social a émergé. Le « mythe du retour », bien qu'il ne se soit pas concrétisé, a persisté jusqu'à récemment et leur vieillissement en France n'a pas été anticipé. Alors même que se prépare une loi d'adaptation de la société au vieillissement, ces personnes immigrées vieillissantes auraient-elles été oubliées ?

Il s'agit de connaître les ressources, freins et leviers des secteurs sanitaire et médico-social pour répondre aux besoins et attentes des personnes immigrées vieillissantes. De la même manière, il sera intéressant de savoir si ces éléments sont particuliers aux immigrés âgés et sont facteurs de fragilités dans l'accès aux soins et l'accompagnement de la vieillesse des personnes immigrées. Enfin, l'oubli même de ces personnes immigrées vieillissantes sera questionné : cet élément est-il observé du fait de l'intégration invisible de ces personnes aux dispositifs de droit commun ou de leur non prise en compte ?

Touchées par les mêmes difficultés que l'ensemble de la population âgée – précarité financière et économique, isolement et bien sûr dépendance – elles semblent toutefois plus fragiles. Elles doivent ainsi faire face à un vieillissement précoce, à des diagnostics tardifs, à une prise en charge discontinuée. Si cela peut s'expliquer par leurs parcours de vie dans l'immigration et par des différences culturelles, ce constat questionne également leur accompagnement. Plus globalement, notre réflexion s'oriente vers la définition des leviers nécessaires à la prise en charge de la personne âgée dans sa globalité, avec son histoire, ses influences, ses codes et ses références.

Nos propositions auront pour perspective de garantir une vieillesse digne à ces personnes qui ont contribué à la reconstruction de notre pays, et de leur donner une visibilité dans la société. Ainsi, « vieillesse immigrée » ne rimera plus avec « vieillesse oubliée ».

Mots clés : *personnes immigrées vieillissantes, sanitaire, médico-social, accès aux droits, accompagnement, anticipation, adaptation, interculturalité, précarité, dépendance, isolement.*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs