



# Les personnes immigrées vieillissantes en Midi-Pyrénées

CONDITIONS D'ACCES AUX SOINS  
ET AUX SERVICES - 2011

Observatoire  
Régional de  
la Santé de  
Midi-Pyrénées





# Les personnes immigrées vieillissantes en Midi-Pyrénées

CONDITIONS D'ACCÈS AUX SOINS  
ET AUX SERVICES - 2011

Jean Mantovani  
Amandine Albisson  
Myriam Astorg  
Dr Françoise Cayla

ETUDE REALISEE AVEC LE SOUTIEN DE LA DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE (DRJSC)





## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	1
DÉMARCHE .....	1
CHAPITRE 1. DONNEES DE CADRAGE.....	3
CHAPITRE 2. LES PRINCIPAUX ACQUIS DES ÉTUDES ET DE LA RECHERCHE.....	9
1. Les freins à l'accès aux services gérontologiques du côté des personnes.....	11
2. Des publics peu connus et peu visibles au sein des dispositifs institutionnels....	12
3. Des dispositifs peu accessibles, peu à même de considérer les situations « hors norme ».....	12
4. Un manque de coordination des actions .....	13
CHAPITRE 3. ETAT DES PROCÉDURES ENGAGÉES, DES POTENTIELS ET DES DIFFICULTÉS DE DÉVELOPPEMENT EN 2011 .....	15
1. Conditions de vie et représentation sociale dans les pôles ruraux.....	16
2. Mobilisations et dispositifs en milieu urbain .....	28
3. Fractures et fragilisation de l'action engagée .....	36
SYNTHÈSE.....	41





## INTRODUCTION

La question des immigrés âgés se situe à la croisée de plusieurs problématiques :

- celle qui s'attache à la pauvreté/précarité et à ses conséquences en matière d'inégalités d'accès aux droits, aux services, à la santé et aux soins,
- celle du vieillissement et à ses conséquences en matière du maintien ou de remise en cause de l'autonomie des individus, d'éventuels besoins de soutien « informels » ou « formels,
- celle de l'altérité considérée au sens du statut de l'étranger, et de la stigmatisation et des discriminations vécues,
- celle des conséquences historiques de la colonisation et de la décolonisation, avec ses répercussions au niveau individuel.

La DRJSCS a souhaité faire un état des lieux en 2011 sur la situation des migrants vieillissants et sur leurs conditions d'accès aux soins et aux services en Midi-Pyrénées afin de guider l'élaboration d'une politique qui favorise la prise en compte de ce public par les acteurs de droit commun et qui participe à la réduction des inégalités sociales de santé.

## DÉMARCHE

Quatre axes de travail ont structuré cette recherche d'éléments diagnostics :

- L'animation d'un groupe technique, chargé de valider la démarche et les résultats, réunissant chercheurs, acteurs institutionnels et associations.
- Une synthèse bibliographique afin de dégager les freins à l'accès aux droits et aux services des migrants âgés.
- La mobilisation et l'analyse des données et indicateurs accessibles afin de présenter les principaux repères chiffrés qui peuvent servir de données de cadrage.
- Des entretiens semi-directifs, sur deux pôles ruraux : Lavelanet, Moissac et un pôle urbain : Toulouse, auprès des professionnels et associations intervenant dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et des populations en difficultés d'accès aux soins et aux services :
  - Circonscriptions d'Action Médico-sociale (ou UTAMS) et CLIC
  - Service social de l'hôpital
  - CCAS
  - EHPAD
  - SSIAD
  - Associations : Case Santé, Petits Frères des Pauvres, Génération Solidaire
  - Une investigation spécifique a été réalisée sur Toulouse auprès des responsables des foyers des travailleurs migrants.







# **CHAPITRE 1.**

## DONNEES DE CADRAGE



## DONNEES DE CADRAGE

**Définition :** Selon la définition adoptée par le Haut Conseil de l'immigration, est immigrée toute personne née à l'étranger et résidant en France.

**Source de données :** Le recensement de la population.

### Repères chiffrés sur la population immigrée en Midi-Pyrénées

- En 2007, 206 160 immigrés résident dans la région, soit 7,3% de la population.
- Plus de la moitié des immigrés sont originaires de l'Union européenne, un quart sont originaires des pays du Maghreb.
- Midi-Pyrénées se situe au 5<sup>e</sup> rang des régions françaises métropolitaines pour le nombre total d'immigrés (après l'Île-de-France, Rhône Alpes, PACA et Languedoc-Roussillon).
- La part des immigrés dans la population varie selon le département de 4,2% dans l'Aveyron à 8,7% en Haute-Garonne.
- 62 800 immigrés sont âgés de 60 ans ou plus.

#### ■ Les populations immigrées ont un indice de vieillissement très élevé

En 2007, parmi les personnes immigrées de la région, on compte 355 personnes âgées de 60 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Cet indice traduit un vieillissement 3 fois plus important que pour la population d'origine française où on compte 100 personnes âgées pour 100 jeunes. En Haute-Garonne, comme pour l'ensemble de la population, l'indice de vieillissement est plus faible que dans la région et ce, quel que soit le pays d'origine des immigrés, à une seule exception : les immigrés marocains, légèrement plus « vieillissants » en Haute-Garonne.

Les populations âgées les plus « vieillissantes » sont celles des immigrés originaires d'Italie, d'Espagne et du Portugal. Ce fort vieillissement s'explique à travers l'histoire des migrations en France, ces populations ayant migrés plus fortement au milieu du 20<sup>e</sup> siècle. À l'inverse, les plus faibles indices de vieillissement concernent les populations immigrées originaires de Turquie, d'autres pays d'Afrique et d'autres pays d'Europe qui ont immigré plus récemment.

#### ■ Les personnes âgées de 75 ans et plus immigrées représentent en Midi-Pyrénées près de 26 500 personnes.

Parmi elles, plus de 11 000 vivent en Haute-Garonne, 2 400 sont originaires des pays du Maghreb, 1600 vivant en Haute-Garonne.

Plus de 500 personnes sont âgées de 85 ans et plus et sont originaires du Maghreb, 300 d'entre-elles résidant en Haute-Garonne.



Indice de vieillissement des populations par pays d'origine  
En Midi-Pyrénées

Pays d'origine	Effectif		IDV
	≥ 60 ans	< 20 ans	
Portugal	6 380	1 421	449,0
Italie	13 409	120	11 171,8
Espagne	18 436	299	6 157,4
Autre Pays de l'UE des 27	10 549	4 406	239,4
Autre Pays d'Europe	867	1 287	67,4
Algérie	4 811	1 682	286,1
Maroc	4 291	1 942	221,0
Tunisie	964	344	280,3
<b>Maghreb</b>	<b>10 066</b>	<b>3 967</b>	<b>253,7</b>
Autres pays d'Afrique	793	2 386	33,2
Turquie	135	394	34,4
Autres pays	2 201	3 438	64,0
<b>Total</b>	<b>62 837</b>	<b>17 718</b>	<b>354,6</b>
<i>Pop. non immigrée</i>	<i>622 673</i>	<i>621 271</i>	<i>100,2</i>

Source : Insee, RP2007, Fichier individuel (local région ou canton)

En Haute-Garonne

Pays d'origine	Effectif		IDV
	≥ 60 ans	< 20 ans	
Portugal	1 630	509	320,2
Italie	6 100	90	6 803,6
Espagne	7 739	149	5 189,3
Autre Pays de l'UE des 27	2 274	1 583	143,7
Autre Pays d'Europe	289	486	59,6
Algérie	3 003	1 238	242,5
Maroc	2 234	879	254,1
Tunisie	725	290	249,7
<b>Maghreb</b>	<b>5 962</b>	<b>2 408</b>	<b>247,6</b>
Autres pays d'Afrique	427	1 397	30,6
Turquie	89	294	30,4
Autres pays	1 236	1 890	65,4
<b>Total</b>	<b>25 747</b>	<b>8 806</b>	<b>292,4</b>
<i>Pop. non immigrée</i>	<i>201 791</i>	<i>282 120</i>	<i>71,5</i>

Source : Insee, RP2007, Fichier individuel (local région ou canton)

Effectifs des personnes immigrées de 60 ans ou plus en Midi-Pyrénées selon le pays d'origine en 2007

Pays d'origine	60-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total	% total
Portugal	4 883	1 255	243	6 381	10,2
Italie	4 794	5 944	2 669	13 407	21,3
Espagne	8 799	6 465	3 173	18 437	29,3
Autre Pays de l'UE des 27	7 511	2 177	861	10 549	16,8
Autre Pays d'Europe	518	233	116	867	1,4
Algérie	3 594	955	263	4 812	7,7
Maroc	3 406	703	183	4 292	6,8
Tunisie	606	289	69	964	1,5
<b>Maghreb</b>	<b>7 606</b>	<b>1 948</b>	<b>514</b>	<b>10 068</b>	<b>16,0</b>
Autres pays d'Afrique	634	130	29	793	1,3
Turquie	108	15	12	135	0,2
Autres pays	1 511	504	186	2 201	3,5
<b>Total</b>	<b>36 363</b>	<b>18 671</b>	<b>7 804</b>	<b>62 838</b>	<b>100,0</b>

Source : Insee, RP2007-Fichier individuel (localisation région)

Répartition des personnes immigrées de 60 ans ou plus en Haute-Garonne selon le pays d'origine en 2007

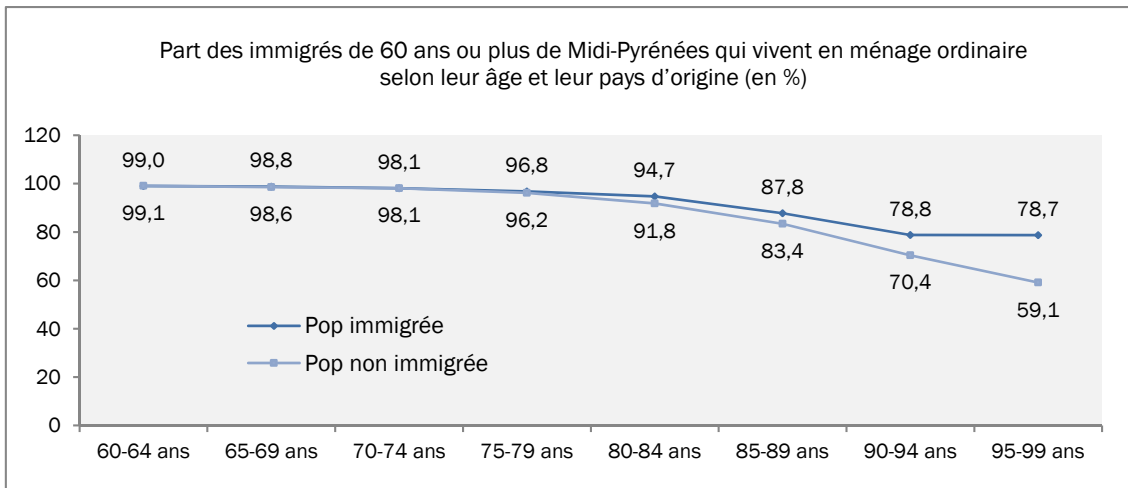
Pays d'origine	60-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total	% total
Portugal	1 303	264	63	1 630	6,3
Italie	2 176	2 750	1 174	6 100	23,7
Espagne	3 866	2 608	1 264	7 739	30,1
Autre Pays de l'UE des 27	1 504	502	269	2 274	8,8
Autre Pays d'Europe	191	64	33	289	1,1
Algérie	2 262	588	153	3 003	11,7
Maroc	1 676	436	122	2 234	8,7
Tunisie	456	220	48	725	2,8
<b>Maghreb</b>	<b>4 395</b>	<b>1 244</b>	<b>323</b>	<b>5 962</b>	<b>23,2</b>
Autres pays d'Afrique	337	74	17	427	1,7
Turquie	73	9	8	89	0,3
Autres pays	835	264	137	1 236	4,8
<b>Total</b>	<b>14 678</b>	<b>7 780</b>	<b>3 288</b>	<b>25 747</b>	<b>100,0</b>

Source : Insee, RP2007-Fichier individuel (localisation région)



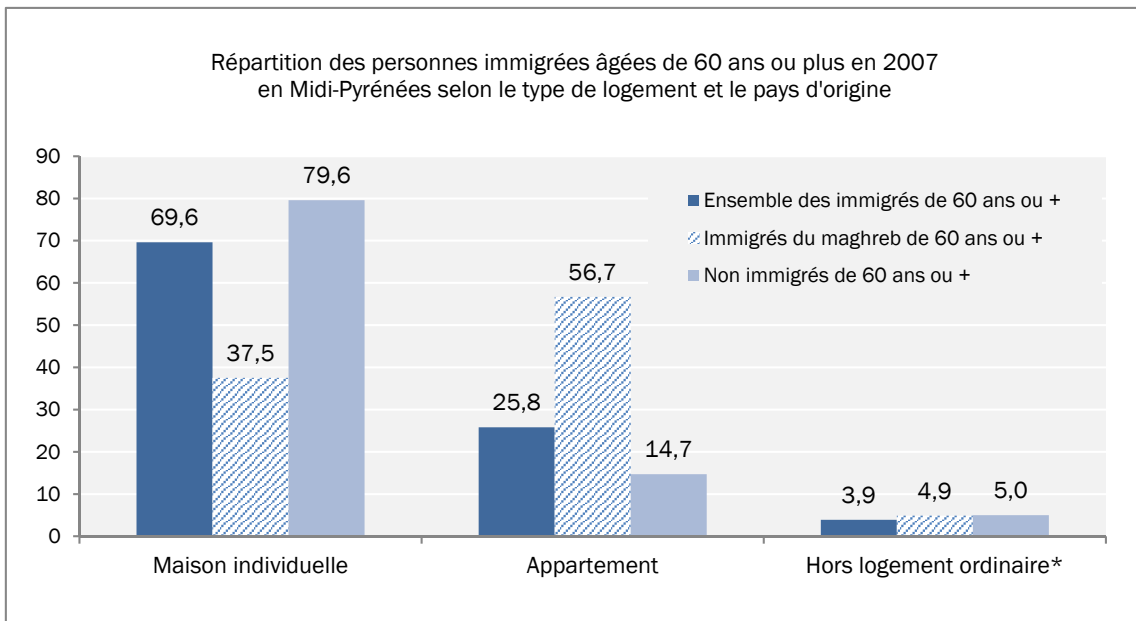
## Lieux de vie et mode de cohabitation

■ Plus de 95% des personnes âgées de 60 ans ou plus immigrées vivent en ménage ordinaire ; 3,9% vivent « hors logement ordinaire »\*



Source : Insee, RP 2007 - Fichier individuel (localisation région)

■ Plus d'un immigré sur deux âgés de 60 ans ou plus originaire du Maghreb vivent en appartement (un sur quatre dans la population non immigrée)



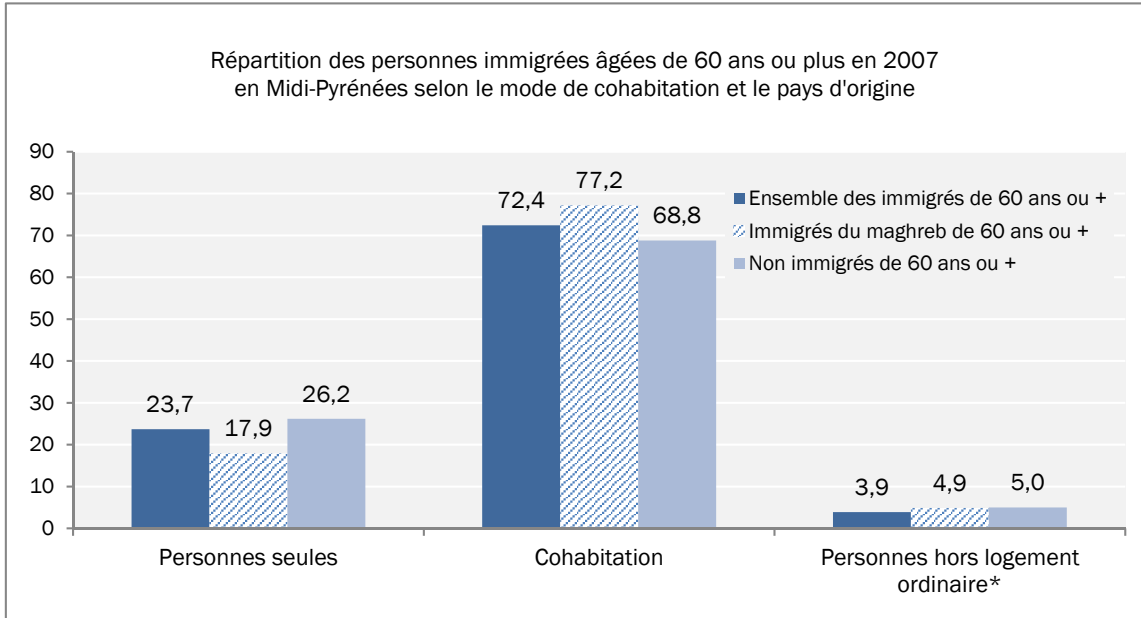
Source : Insee, RP 2007 - Fichier individuel (localisation région)

\* Hors logement ordinaire : dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale ; membres d'une communauté religieuse ; dans une caserne, base ou camp militaire, en établissement pour élèves ou étudiants ; en établissement social de court séjour ; autre catégorie de communauté ; habitat mobile ; marinières et sans-abri



**■ 23,7% des personnes immigrées âgées de 60 ans ou plus vivent seules, 17,9% pour les immigrés du Maghreb.**

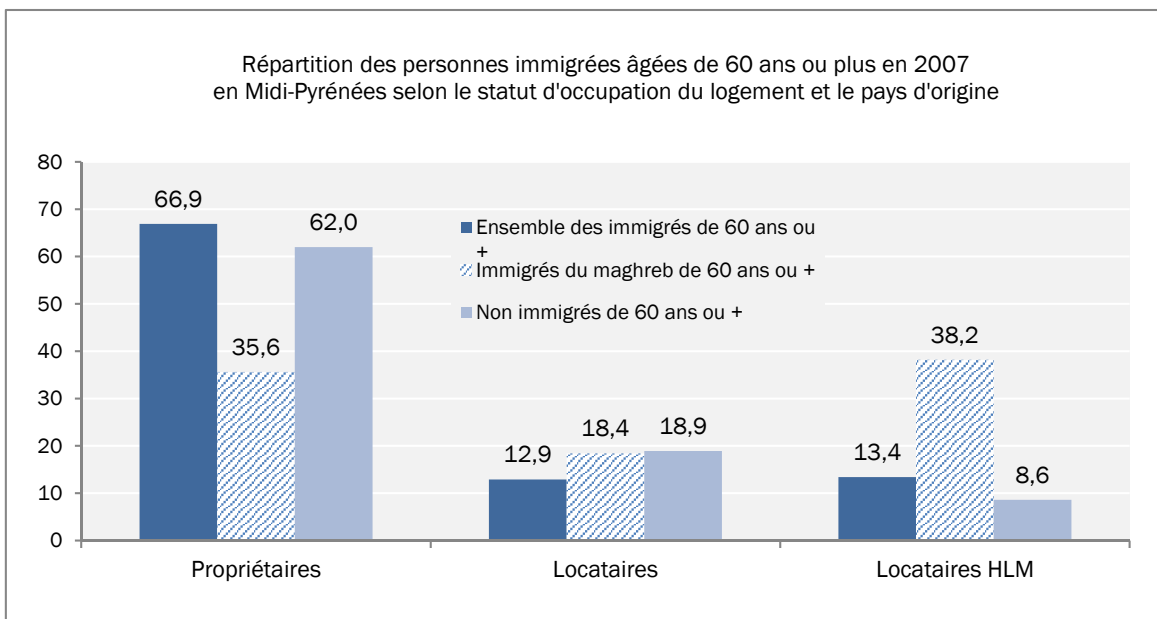
Cette proportion est inférieure à celle observée dans la population non immigrée (26,2%).



Source : Insee, RP 2007 – Fichier individuel (localisation région)

\* Hors logement ordinaire : dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale ; membres d'une communauté religieuse ; dans une caserne, base ou camp militaire, en établissement pour élèves ou étudiants ; en établissement social de court séjour ; autre catégorie de communauté ; habitat mobile ; marinières et sans-abri

**■ 38,2% des personnes immigrées âgées de 60 ans ou plus originaires du Maghreb vivent en HLM (8,6% pour les populations non immigrés)**



Source : Insee, RP 2007 – Fichier individuel (localisation région)



## De qui parle-t-on ? Quelles catégories évoque la question ?

La région Midi-Pyrénées n'est pas spécialement représentée comme terre d'immigration. Pourtant, évoquer les problématiques liées au vieillissement des personnes d'origine immigrée peut renvoyer à différents flux migratoires d'âge et de natures diverses : l'immigration des réfugiés de la guerre d'Espagne, l'immigration italienne des années 20-30, l'immigration économique des Portugais et des Espagnols après la guerre, les naufragés de la guerre d'Indochine, etc. Il se trouve même certains interlocuteurs pour parler de « migrations » à propos de « l'exode » de ceux qui ont quitté la région pour aller faire carrière à Paris ou ailleurs, avant de « retourner au pays » à l'âge de la retraite. Certains ont d'ores et déjà pris la mesure de l'immigration des retraités originaires des pays du Nord de l'Europe vers le Sud-Ouest français : anglais, néerlandais, allemands...

Nous avons fait pour notre part le choix, comme d'autres travaux d'étude et de recherche, de nous concentrer sur les migrants de l'après seconde guerre mondiale et antérieure aux années 80, dont la majorité des primo-arrivants s'inscrit aujourd'hui dans la classe d'âge des 65 ans et plus. Les parcours des migrants considérés n'en sont pas moins divers, tournés vers l'agriculture autant que vers les activités du BTP, l'artisanat, le commerce ou vers les industries traditionnelles aujourd'hui moribondes... Nous n'avons jamais souhaité établir de distinctions tranchées entre catégories de migrants en fonction de leur origine géographique ou de leur parcours. Pour mieux saisir en quoi le fait d'être resté un « migrant » jusque dans le grand âge peut avoir des conséquences en matière d'accès aux droits communs, à la santé et aux soins.

Mais nos investigations auprès des intervenants du champ médico-social rencontrent presque toujours une même difficulté qui signe ce que sont les représentations sociales et politiques actuelles de l'immigration, quasi inmanquablement focalisées sur la figure de l'ancien travailleur originaire d'un pays du Maghreb, et essentiellement sur les situations d'hommes.

En Midi-Pyrénées peut-être plus qu'ailleurs, la question de l'immigré âgé désigne ainsi une catégorie, certains acteurs issus de l'immigration espagnole, portugaise ou autre n'étant pas les derniers à considérer qu'il n'est d'immigré que le « maghrébin ».

*« Mais la difficulté, c'est vrai que de parler de migrants vieillissants quand on parle des Espagnols à Lavelanet, enfin ils sont complètement intégrés à la population, à la dynamique locale donc heu. Ces migrants-là, ils sont partie prenante de tout, ils sont même élus donc voilà, la présidente de l'association des Espagnols c'est la secrétaire du Maire, à partir de là si cette population n'est pas associée ... ! » (Intervenant d'une DT)*



## **CHAPITRE 2.**

### LES PRINCIPAUX ACQUIS DES ETUDES ET DE LA RECHERCHE



Cette synthèse bibliographique des constats qui ont pu être établis sur les freins à l'accès aux droits et aux soins des migrants vieillissants en France se base essentiellement sur trois rapports :

- « *La question des migrants vieillissants : enjeux sociaux et de santé publique. Situation en Midi-Pyrénées* », rapport réalisé conjointement par l'ORS de Midi-Pyrénées et l'INSERM U 558, (DRASS et ACSE MIP dans le cadre du PRIPI), Octobre 2008.
- « *État de santé et accès aux soins des migrants en France. Analyse et synthèse bibliographique* », réalisée par l'ORS de Languedoc-Roussillon, DRASS Languedoc-Roussillon, dans le cadre du PRIPI), Janvier 2006.
- « *Conditions de vie, état de santé et difficultés d'accès aux soins des immigrés vieillissants en Limousin* », réalisée par l'ORS du Limousin, (DRASS Limousin, dans le cadre de l'Observatoire Social du Limousin) Décembre 2008.

### Plusieurs constats partagés sur les conditions de vie et l'état de santé

De façon très synthétique les différentes études mettent toutes en avant :

- L'importance des difficultés de santé (maladie, handicap, perte d'autonomie) à un âge peu avancé, imputables pour beaucoup à la précarisation des situations de travail (pénibilité des conditions de travail, métiers à risque...) entraînant souvent l'arrêt précoce d'activité pour raisons de santé (accident de travail, invalidité...).
- La forte association entre « santé précaire » et précarité économique : faibles pensions de retraite, minima sociaux (notamment dans le cas des préretraités). Les difficultés financières constituant souvent le premier frein pour un accès à une couverture maladie complémentaire.
- Les conditions de logement souvent précaires, habitat dans des foyers vétustes et inadaptés à l'âge (cf. foyers ADOMA), dans le locatif privé ou social dégradé voire indécents.
- L'hétérogénéité du public des « vieux migrants » : concernant les origines, les parcours et les situations, parmi lesquelles les personnes seules, les familles, les doubles résidents, les anciens combattants, les ruraux, les urbains... L'accès aux droits et les conditions du vieillir peuvent être alors variables d'un individu ou d'un groupe à l'autre.

Ces différents rapports montrent ainsi combien la problématique des « vieux migrants » est marquée par la **transversalité de différents champs**, tels que ceux de la précarité, des inégalités sociales d'accès aux droits communs, des processus de ségrégation sociale, de l'immigration et du vieillissement, comme affectant le corps individuel et le corps social, alors objet de politiques.

Un constat général se dégage : en dépit de trajectoires d'enracinement familial sur plusieurs générations, pour la majorité des personnes interrogées, l'accès des plus âgés à leurs droits, aux institutions et aux services gérontologiques reste très limité.





## Des éléments de compréhension sur les freins à l'accès aux droits et aux services

Nous nous attacherons ici à dégager plus particulièrement les constats établis dans le cadre de l'étude-action réalisée par l'ORMSIP/INSERM U558, à des fins de définition des besoins de l'action publique, pour la DRASS et ACSE MIP, pour deux raisons principales :

- d'une part parce qu'elle a été effectuée à l'échelle locale, sur divers sites en Midi-Pyrénées (Toulouse, Montauban, Tarbes),
- d'autre part, parce que les données ayant été recueillies par entretiens, avec divers intervenants et professionnels de l'action sociale **et les personnes elles-mêmes**, les résultats présentent plus d'éléments de compréhension qualitatifs que les autres études, plus basées sur la méthode des questionnaires (auprès des professionnels et des personnes).

### 1. Les freins à l'accès aux services gérontologiques du côté des personnes

**La réticence** à faire appel aux aides professionnelles du champ gérontologique (aide et soins à domicile) est prégnante chez un grand nombre de « vieux migrants » (particulièrement chez des personnes originaires du Sud Est asiatique). L'aide informelle, le soutien aux plus âgés se conçoivent majoritairement dans le cadre familial (conjoints, enfants) et non dans celui de l'intervention de professionnels de santé considérés comme « extérieurs, étrangers. »

Il s'agit là d'un trait commun aux familles et aux personnes rencontrées indépendamment de leur statut matrimonial ainsi que de leur origine géographique.

Si la réticence des personnes se justifie souvent par la faiblesse de leurs ressources (faibles pensions de retraite ou minima sociaux), elle se justifie également par le sentiment d'« illégitimité » à porter une demande, une « honte sociale »<sup>1</sup> à faire entrer un étranger chez soi. Une représentation de l'intervention de professionnels extérieurs qui apparaît dès lors, difficile à dépasser.

**La réticence concerne toutefois peu le recours aux soins médicaux.** En effet, selon l'étude de l'ORMSIP/INSERM, faire appel au médecin ne semble pas présenter de difficultés majeures pour les personnes interrogées. Selon l'étude de l'ORS Languedoc-Roussillon aussi 94% des vieux migrants enquêtés déclarent avoir un médecin traitant et 89% d'entre eux citent un médecin généraliste comme premier référent majeur en matière de soins<sup>2</sup>.

**La barrière linguistique** est également évoquée comme frein à l'accès aux soins (et aux droits en général), particulièrement concernant les femmes isolées (séparées ou veuves) ayant vécu longtemps repliées sur l'espace domestique, certaines d'entre elles n'ayant pas investi l'apprentissage de la langue française.

---

<sup>1</sup> « Le vieillissement des migrants. Situation en Midi-Pyrénées », ORSMIP/INSERM, Octobre 2008, p. 49.

<sup>2</sup> « État de santé et accès aux soins des migrants en France. Analyse et synthèse bibliographique », ORS de Languedoc-Roussillon, Janvier 2006, p. 25.



**Le manque d'information et la méconnaissance de leurs droits** en matière d'accès aux services de santé sont également soulevés. Selon l'enquête réalisée par l'ORS du Limousin (auprès de 119 personnes de 55 ans ou plus, originaires d'Afrique ou d'Asie), 79%<sup>3</sup> des personnes interrogées ne se sentaient pas suffisamment informées de leurs droits en matière de santé, 63% ne connaissaient pas l'existence de services destinés à faciliter la vie des personnes vieillissantes et 9% seulement en avaient déjà utilisé.

## 2. *Des publics peu connus et peu visibles au sein des dispositifs institutionnels*

L'étude en Midi-Pyrénées avait pu faire le constat d'un nombre grandissant et significatif d'acteurs amenés à intervenir, même ponctuellement, sur des situations d'immigrés vieillissants en difficulté. Mais malgré la multiplicité d'acteurs intervenant sur des situations diverses de personnes immigrées âgées en difficulté au niveau local, il apparaît que ce sont souvent les situations « **à la marge** » ou **singulières**, concernant un ou des individus, qui se sont imposées comme les plus visibles et les situations du plus grand nombre des vieux migrants restent marquées **par leur invisibilité**.

Certains services sociaux institutionnels rencontrés n'avaient engagé aucune démarche de prise en considération particulière de leurs publics d'origine immigrée; participant ainsi à la non-identification des situations suivies et des besoins qui s'y rapportent. Une identification des besoins pourtant essentielle à la définition d'une action publique adaptée.

Les services destinés au « maintien des personnes âgées à domicile » (services d'auxiliaire de vie, de soins infirmiers, d'aide-ménagère, de portage de repas...) ainsi que les services en charge de l'APA, font généralement état du faible nombre de personnes immigrées âgées qu'ils sont amenés à suivre. On observe par ailleurs, un très faible accès des migrants âgés aux EHPAD ainsi que dans les maisons de retraite.

Ainsi pour une majorité des acteurs rencontrés, les vieux migrants restent **confinés à l'état de « non public de l'action publique institutionnelle » car appréhendés comme des publics « sans demande »**.

## 3. *Des dispositifs peu accessibles, peu à même de considérer les situations « hors norme »*<sup>4</sup>

L'étude réalisée en 2006-2007 a pu rendre visible la situation de certaines personnes vieillissantes d'origine immigrée confrontées aux difficultés de formuler, porter ou faire entendre une demande devant les institutions et services alors que leur besoin est manifeste.

Ce constat renvoie au constat réitéré dans le champ de l'action sociale, selon lequel, les personnes, familles et groupes sociaux les plus démunis, s'avèrent le plus souvent les moins à même de formuler **une demande recevable**.

---

<sup>3</sup> « Conditions de vie, état de santé et difficultés d'accès aux soins des immigrés vieillissants en Limousin », ORS-Limousin, Décembre 2008, p. 61.

<sup>4</sup> Idem, p. 112.



Or, les structures de droit commun, prestataires de services étant ouvertes à tous demandeurs légitimes, sur un mode égalitaire, la question de la réticence ou de la difficulté que peuvent connaître certains « publics » à formuler une demande recevable n'est généralement pas prise en compte.

La prestation de droit commun doit être interrogée alors sur sa capacité de réponse aux sollicitations explicites mais aussi sur sa capacité de participation à **la construction et légitimation de la demande sociale**.

De plus, les dispositifs du travail social et de l'action de « maintien à domicile » des personnes vieillissantes se révèlent être peu accessibles aux migrants vieillissants les plus en difficulté, demandant un certain nombre de prérequis.

En effet, les dispositifs présupposent notamment :

- un logement normé,
- un ou des « aidants » au sein de la structure familiale, à même de porter la demande devant un guichet,
- un statut d'habitant permanent dont le réseau social de proximité (voisinage, relations amicales...) est repérable et peut être éventuellement sollicité<sup>5</sup>.

Or, les vieux migrants dits les plus « isolés » n'apparaissent pas comme habitants à part entière. C'est le cas notamment de personnes vivant dans d'anciens foyers pour travailleurs immigrés (mais aussi les « locataires non officiels » de logement vétuste, sous-locataires d'associations, hébergés chez un tiers...). En effet, ces structures d'une part, ne relèvent pas du droit commun du logement et d'autre part, les chambres individuelles s'avèrent peu accessibles à l'intervention extérieure.

De plus, des personnes ne disposent pas de ressources familiales. C'est le cas d'hommes seuls, de femmes veuves ou de « doubles résidents » n'ayant pas de famille sur place mais au pays d'origine. (Cela sans exclure l'existence de sociabilités entre pairs d'âge et d'origine...).

La pratique de la double résidence s'avère de plus, très peu accessible aux acteurs de l'accompagnement des personnes à domicile.

**L'inadaptation de l'offre des dispositifs du travail social et de l'action de maintien à domicile des personnes, pour de nombreuses situations de migrants âgés, est ainsi mise en perspective.**

#### *4. Un manque de coordination des actions*

L'étude action de l'ORSMIP/INSERM a pu par ailleurs réaffirmer l'existence de segmentations entre les interventions et les champs de compétence concernant les dispositifs ayant trait à la « vieillesse » et à la « précarité ». Un enchevêtrement d'interventions de différents secteurs (social, médical, médico-social, socio-culturel...) et d'acteurs (institutionnels et associatifs) qui nécessitent une meilleure coordination et une transversalisation des moyens existants.

En effet, l'enquête a pu mettre en exergue que l'isolement de certains professionnels quant à leur action auprès des migrants âgés et le manque de moyens, se mesurent surtout à **l'absence ou à la fragilité des liens** établis entre les différentes structures impliquées et à **l'absence d'instances de concertation** à même de définir les besoins et le rôle de chacun.

---

<sup>5</sup> Idem, p. 113.





## **CHAPITRE 3.**

### ETAT DES PROCEDURES ENGAGEES DES POTENTIELS ET DES DIFFICULTES DE DEVELOPPEMENT EN 2011



Dans ce chapitre les points de vue et les positionnements des acteurs interrogés **en 2011** sur les 3 sites nous permettent d'apprécier et de faire le point sur :

- leur niveau de sensibilisation à la question,
- les procédures et actions engagées dans les différents sites d'étude et leur portée. En quoi les dispositifs locaux se sont-ils ou non organisés pour une meilleure prise en compte de la spécificité de ces publics ?
- les potentiels de développement d'une action adaptée,
- les difficultés rencontrées et les limites des interventions en termes de lutte contre la discrimination.

Ce volet de résultats de l'enquête de terrain s'inscrit dans une double perspective :

- de mise en regard des résultats de ce travail avec ceux de la recherche-action réalisée en 2006-2007, accompagnée par un comité technique dont le travail a débouché sur la mise en œuvre de la plate-forme régionale CIRRV (2008-2010),
- de comparaison entre les sites d'enquête retenus parmi les petites villes de la région et le contexte toulousain.

## 1. Conditions de vie et représentation sociale dans les pôles ruraux

### 1.1 Tissu social et réticence

Les deux petites villes considérées présentent des caractéristiques assez proches en termes de lien social, malgré un contexte socio-économique relativement différent, sur lequel nous revenons plus bas.

« Sur L., (il y a) une importante population vieillissante d'origine immigrée, espagnole, portugaise, marocaine et algérienne »<sup>6</sup>. La ville compte aujourd'hui quelques 7 000 habitants et a connu une importante immigration des pays du Sud aux lendemains du deuxième conflit mondial, au temps où la cité comptait jusqu'à 11 000 personnes et « énormément d'emplois dans l'industrie textile. La population est maintenant très vieillissante : 34% des habitants ont plus de 60 ans »<sup>7</sup>. Il est resté de nombreuses familles d'origine étrangère et aujourd'hui « en présence d'une deuxième et d'une troisième génération » qui jouent un rôle essentiel dans le soutien aux plus âgés. La ville se définit plutôt comme « un grand village », dans lequel les réseaux d'interconnaissances sont dits particulièrement entourants.

D'un point de vue assez général, l'essentiel du soutien relèverait donc des relations informelles, même si certains peuvent considérer que « l'APA est venue « compenser à minima » les difficultés, en permettant l'emploi de gré à gré, tout en mettant quelque peu à mal les solidarités familiales<sup>8</sup> ». Mais il reste bien difficile de dire en quoi ces déclarations s'informent d'autre chose que du sens commun sur le familialisme local. À défaut d'investigation approfondie, il est également difficile d'accorder beaucoup de crédit aux formules qui affirment par exemple que « Les personnes originaires d'Europe « fonctionnent de la même façon » que les autochtones au niveau de l'utilisation des services », que « effectivement (cette population) s'est insérée dans un réseau de soins et dans un réseau d'accès aux droits donc voilà les gens connaissent quand même les structures et les intervenants qui gravitent sur le territoire, ils savent où aller ».

---

<sup>6</sup> Agent hospitalier.

<sup>7</sup> Élu local. « Effectivement à une époque, ça a été un site industriel assez florissant avec l'industrie textile sur Lavelanet donc ça a attiré beaucoup de monde qui est venu chercher du travail et qui en a trouvé donc qui se sont sédentarisés sur le territoire. Donc on retrouve pas mal de communautés hispaniques, portugaises et aussi maghrébines ». « La désindustrialisation a marqué plusieurs générations ».

<sup>8</sup> Agent de développement local.



Que ce soit à L. ou à M., les formules les plus récurrentes insistent sur la non-demande ou la faiblesse de la demande : « *les migrants sédentaires, après, c'est une population qui reste peu demandeuse (bis)* ». Une grande partie des acteurs fait état d'une forte réticence des personnes dans leur relation aux services et plus largement à l'espace public, d'« *une relation de pudeur* », en particulier des personnes d'origine maghrébine face à l'intervention d'un tiers dans le cadre de l'aide à domicile : « *l'intervention d'un tiers est très très mal vécue et donc souvent rejetée* », particulièrement pour l'aide à la toilette. L'essentiel intéresse la famille dès lors que le regroupement familial a largement permis que « *les parents rejoignent leurs enfants déjà installés*<sup>9</sup> ».

« *Ce n'est pas une génération qui s'est imposée, ils ont travaillé, ils n'ont pas appris à parler et ils passent inaperçus* ».

Cette dernière formule est d'une assistante sociale de M. et se rapporte donc à un contexte assez sensiblement différent.

L. est une ancienne ville industrielle, M. est une ville de 12 000 habitants au centre d'un territoire rural agricole (fruitiers, céréales, vignes...), qui a essentiellement attiré une main d'œuvre de salariés agricoles. Dans ce cas, les figures de migrants vieillissants les plus souvent évoquées cultivent moins l'enracinement familial intergénérationnel que la double résidence de ces hommes, souvent travailleurs saisonniers restés attachés à leur région rurale d'origine, au Maroc pour la plupart, et pourtant captifs du « pays d'accueil » : « *Ils ne peuvent pas partir de France sinon on leur enlève l'ASPA, comme ils ont été déclarés au lance pierre par les employeurs, ils ont très peu de retraite, ils restent ici avec 600 ou 700 euros, ça les oblige à avoir un pied à terre et après, tant qu'ils peuvent faire l'aller-retour, aller de temps en temps chez eux, ça va mais arrivé un moment où ils ne peuvent plus et donc c'est là où, encore on n'a pas eu trop de problèmes mais à mon avis ça va arriver parce qu'ils ne se soignent pas très bien, ils ne veulent pas d'intervention, on ne les connaît heu enfin voilà, s'ils sont malades dans leur chambre, je ne sais pas si quelqu'un viendrait nous alerter*<sup>10</sup> ».

Ces ouvriers ont souvent suivi des trajectoires sociales de grande précarité et dans un isolement marqué : ils ont été « *souvent logés chez les employeurs qui font part à la mairie de leur impossibilité de continuer à les loger. Nécessité de partir car ils récupèrent eux-mêmes ou leurs enfants la maison ou alors les personnes ne peuvent plus y rester en raison de la vétusté du logement, les propriétaires ne faisant pas de travaux*<sup>11</sup> ». Beaucoup d'entre eux ont été les premières victimes de la crise de l'économie agricole et du recul de la demande de main d'œuvre qui s'en est ensuivie : « *ils ont quitté le monde du travail dès qu'ils ont eu un pépin* »<sup>12</sup>.

Le « *CCAS essaie de les reloger mais avec de faibles voire très faibles revenus et face à des personnes qui ne veulent pas se déraciner de leur lieu de vie* ».

Beaucoup de ces hommes isolés habitent aujourd'hui en logement insalubre, mais leur situation ne fait guère l'objet d'une intervention coordonnée au plan médico-social, face à des propriétaires souvent qualifiés de « *marchands de sommeil qui louent cher à des personnes à faibles ressources* ». La part des personnes âgées est très importante au centre de la ville, constituant dans l'ensemble une population peu visible, les personnes d'origine étrangère étant tenues pour les plus invisibles d'entre elles, dans un contexte d'habitat décrit comme rendant difficile un accompagnement professionnel à domicile (exemples de colocation, de logement tenu pour indigne...).

Cette composante sociale attire beaucoup de commentaires.

Mais nombre d'acteurs s'accordent aussi à considérer que les personnes vieillissantes les plus discrètes sont encore celles qui vivent en famille. Car les familles cohabitantes sont également considérées comme nombreuses, représentatives des parcours d'enracinement ancien. La plupart des acteurs s'accordent à considérer que le rôle des familles dans le soutien aux plus âgés est sans doute plus prépondérant dans ce contexte semi-rural que dans l'univers des ouvriers de l'industrie.

---

<sup>9</sup> Id.

<sup>10</sup> Assistante sociale de CMS. Moissac.

<sup>11</sup> Élué.

<sup>12</sup> Agent de la MSA.



Les enfants, et les femmes de la deuxième génération en particulier, sont décrits comme jouant un rôle souvent exclusif, plus encore dans les familles d'origine maghrébine que chez les immigrés d'origine espagnole.

Ainsi, le propos reste encore une fois assez stéréotypique : les exemples tirés de la pratique des acteurs sociaux et médicaux sont les seuls à ouvrir sur une plus grande diversité des situations familiales, certaines d'entre elles dans lesquelles les descendants habitent à une grande distance de leurs parents.

## 1.2 Les limites de l'intermédiation

Quelles que soient les qualités que déclarent les acteurs à la trame des réseaux informels de proximité dans les petites villes considérées, le point de vue dominant est que les conditions d'intermédiation entre les offreurs de services sociaux et de santé, d'une part, les migrants vieillissants et leur entourage, de l'autre, sont le plus souvent nettement déficitaires.

Les fractures évoquées concernent aussi bien :

- les conditions d'accès à l'information et les limites des moyens accessibles,
- les fonctions et les acteurs intermédiaires susceptibles de participer à la construction de la demande sociale des immigrés,
- les instances et procédures organisées pour l'accès aux dispositifs.

Le propos mérite cependant d'être relativisé aux différents niveaux. Au niveau le plus informel, celui des relations interpersonnelles, les acteurs interrogés s'appuient sur divers exemples qui évoquent notamment :

- le rôle de quelques personnes vieillissantes issues de l'immigration qui sont devenues des figures locales reconnues, auxquelles les autres migrants âgés peuvent s'adresser, s'informer, trouver un relais, sinon une fonction de porte-parole.
- L'existence de quelques petites associations qui s'attachent à représenter les immigrants en fonction de leur pays d'origine. C'est dans la ville de L. que ces associations apparaissent les plus solides, en milieu industriel plus qu'en milieu agricole, et plus parmi les personnes et familles originaires d'Espagne ou du Portugal que parmi les immigrés d'Afrique du Nord. « L'association des personnes d'origine maghrébine au projet (territorial) est « plus compliquée » dit ainsi un acteur du développement local ariégeois.
- L'émergence dans les deux collectivités locales considérées d'élus descendants de primo arrivants des Trente Glorieuses. Adjoints au maire et conseillers municipaux sont également plus nombreux parmi les familles d'origine hispanique, mais il est différents exemples concernant des personnes d'origine marocaine qui font figure de médiateurs à L. et M.

Plus généralement, les acteurs politiques des deux villes revendiquent tous un tissu associatif « très dense, plus de 126 associations sur la ville. Des associations caritatives subventionnées (qui) sont en contact avec des personnes migrantes, vieillissantes aussi, qui font des remontées auprès de la mairie. » Ces structures restent cependant peu en lien avec les migrants vieillissants. « Il n'y a pas vraiment d'action ciblée envers ces publics »<sup>13</sup>. Certains disent même qu'il n'existe « pas de liens avec le réseau associatif sur ce public-là ». « Alors ici on a un club du 3<sup>e</sup> âge »<sup>14</sup>, à L. comme à M. mais chacun constate que ces « clubs » sont bien peu accessibles à certaines catégories d'anciens migrants...

Dans un registre proche, certains évoquent le rôle de quelques petites associations caritatives de confessions diverses, certaines subventionnées par la collectivité. Quelques acteurs de ces structures sont parfois désignés comme étant en contact avec des personnes et des familles migrantes,

---

<sup>13</sup> Élus - Moissac.

<sup>14</sup> Élu - Lavelanet.





mais très rarement les personnes les plus âgées. Les signalements et autres « remontées » auprès des deux mairies restent ainsi relativement rares.

**La médiation plus institutionnelle** tient surtout à la dynamique de la coordination gérontologique et du développement local, en lien avec l'hôpital local. Le Centre Local de Coordination et d'Information et les services en charge de la mise en œuvre de l'APA représentent un potentiel de relais de l'information et d'orientation des personnes et des familles que chacun s'accorde à considérer comme important. Même s'ils ont une équipe médico-sociale indépendante des Centres Locaux (CMS) en termes d'action, il y a une forte territorialisation des missions. « *On a une organisation depuis longtemps qui fait que la population est très informée des droits sociaux et puis bon on a un réseau de CLIC important puisqu'il y a autant de CLIC que d'ADS* »<sup>15</sup>.

Mais le renforcement des cloisonnements entre le social et le médical, notamment consécutif à la réforme hospitalière participe à distendre les relations de proximité : « *automatiquement il y avait une coordination, mais là depuis un an, c'est terminé* »<sup>16</sup>. Les ressources de la médiation ne sont pas très nombreuses dans les petits pôles urbains, et l'offre de services elle-même reste peu dense. Certains professionnels disent ne pas savoir parfois vers qui orienter les migrants vieillissants, « *parce que nous sur le secteur, on a peu de ressources () quand même* »<sup>17</sup>, et peu de moyens pour aller « vers » les publics les moins visibles, par déficit d'acteurs assumant des fonctions d'intermédiaires et de coordination. Dans le cas ariégeois, le constat est dressé que l'hôpital n'est pas associé aux rencontres régulières entre le personnel du CLIC et le Conseil Général. « *Il n'y a pas de temps où l'on puisse se poser autour d'une table et réfléchir justement un petit peu à cette prise en charge, moi je n'ai jamais de retour sur comment ça se passe à domicile, bon c'est un peu frustrant aussi* »<sup>18</sup>.

La médiation reste le plus souvent référée à la sphère familiale sinon communautaire, parfois de façon différentielle selon les origines géographiques : « *par exemple, les Maghrébins sont souvent en famille encore, par contre les Espagnols et Portugais non puisque les enfants sont partis donc ils se retrouvent vraiment tout seuls* »<sup>19</sup>, mais le plus souvent comme globalement peu visibles, « isolés », en difficulté pour se faire comprendre, en mal de solidarités informelles inter familiales :

- « *Voilà il y a aussi ces personnes qu'on ne connaît pas, c'est ça aussi le problème, on parle de choses qui ne sont pas palpables* »<sup>20</sup>
- « *Bien souvent, (on a) de grosses difficultés effectivement à communiquer et à se comprendre. Et puis pour certains, bon bien qu'étant en France depuis de nombreuses années, il y a quand même encore des difficultés de communication, d'apprentissage de la langue* »<sup>21</sup>.
- « *ils fréquentent la Mosquée, ils ont tout une mine d'informations* »<sup>22</sup>. Mais encore l'entraide communautaire () reste limitée, pas forcément de relations quotidiennes, de visites chez les uns ou chez les autres... » () « *cette solidarité, on ne la sent pas encore, on ne la sent pas énormément* »<sup>23</sup>, disent ainsi ceux qui constatent par ailleurs, en particulier à M., que les ressources de la représentation associative sont faibles.
- « *Ces personnes ne se soignent pas et elles ne vont pas d'elles-mêmes vers le CLIC ou une assistante sociale, non, absolument pas. () elles sont moins connues, voilà, moins répertoriées* »<sup>24</sup>.

---

<sup>15</sup> Développement local Ariège

<sup>16</sup> Id.

<sup>17</sup> Assistante Sociale Ariège.

<sup>18</sup> Acteur hospitalier.

<sup>19</sup> 2lue Moissac

<sup>20</sup> Id

<sup>21</sup> Élu Ariège

<sup>22</sup> Élu Moissac

<sup>23</sup> Id.

<sup>24</sup> Assistante sociale.



**La place des migrants vieillissants dans l'espace public peut ainsi être considérée de façon paradoxale, à la fois comme peu visibles et sans demande, et parfois comme victimes de discrimination parce que considérées comme trop visibles en tant que groupes ethniques :** « *Il y avait une place où les personnes se retrouvaient qui a été refaite par la municipalité, construction d'une fontaine en plein milieu, plus personne autour. « Donc déjà ils ont un peu repoussé le problème hein, ils ne sont plus en centre-ville, ils se remettent un peu plus sur le côté, on les pousse un peu quoi »*<sup>25</sup>.

Le lien direct des migrants vieillissants aux politiques locales apparaît aussi des plus ténus, si on considère leur représentation directe dans les instances municipales et intercommunales, et celle de leurs familles, pratiquement inexistante.

Le constat d'ensemble qui précède indique bien que cette génération de retraités est restée à la marge des débats locaux qui se rapportent au développement social comme à l'accès des plus modestes à la citoyenneté de proximité.

Le temps écoulé depuis l'arrivée des primo-immigrés a commencé à se traduire par quelques évolutions, mais qui concernent essentiellement leurs descendants familiaux. Sur les deux sites, les conseils municipaux ont aujourd'hui intégré une à deux personnes reconnues comme faisant partie des enfants des migrants les plus âgés, et auxquelles les acteurs interrogés accordent un certain crédit en matière de médiation sociale, dans le signalement des situations individuelles et familiales les plus précaires.

Mais les relais potentiels sont encore peu nombreux dans l'ensemble, et **il reste encore une fois patent que ceux qui disposent des supports les moins assurés se situent parmi les plus démunis, les moins entourés au sens familial et des réseaux sociaux, c'est-à-dire surtout parmi les « hommes seuls » qui le sont restés depuis leur arrivée sur site ; c'est à dire surtout parmi les « chibanis », personnes vieillissantes originaires d'un pays du Maghreb.**

### 1.3 Un besoin de lieux de permanence et d'accueil souvent mis en avant

Si on s'attache maintenant plus attentivement à la question de l'accès à l'information, de l'accès aux services de droit commun en charge de l'aide aux plus âgés, le propos des acteurs emprunte couramment à différents registres :

- **Le premier est plutôt le fait de soignants qui se trouvent, de plus en plus souvent, disent-ils au fur et à mesure du vieillissement d'ensemble de la classe d'âge, confrontés à des situations patentes de non accès aux soins ou de « retards de soins ».** Ce type de propos, résume la question du vieillissement des migrants en termes de déficit d'accès à la prévention, selon un schéma qui se répète : un médecin a été appelé auprès d'une personne dont la santé s'est fortement dégradée. Si le médecin ne provoque pas tout de suite une hospitalisation, « *les infirmières vont chez les personnes sur signalement du médecin, parfois des personnes très isolées*<sup>26</sup> ». Elles découvrent alors à leur tour ces personnes dans « *un état de délabrement* », formule qui résume à la fois l'état de santé et de perte d'autonomie, que les conditions d'habitat du patient. Nous reviendrons plus bas sur ce type de propos, qui désigne les insuffisances des dispositifs supposés accompagner ces publics en amont du soin.
- **Un deuxième registre, tout aussi récurrent, consiste à considérer que le droit commun doit rester le même pour tous, que les migrants âgés ne relèvent pas d'une intervention spécifique :** « *je ne vois pas pourquoi ça devrait être une préoccupation à partir du moment où les personnes cotisent à la sécurité sociale ou en tout cas ont une carte vitale, il n'y a pas de notion de ( ) citoyenneté, il n'y a pas de notion d'être maghrébin*<sup>27</sup> ». Le principe de fond est qu'il n'est pas

---

<sup>25</sup> Assistante Sociale MSA 82

<sup>26</sup> Agent hospitalier – Moissac.

<sup>27</sup> Agent de service infirmier – 82.



de raison majeure de soumettre les personnes âgées d'origine immigrée à un traitement particulier, le risque pouvant être d'accroître encore la discrimination dont ils sont l'objet.

**Toutefois l'enquête dans les deux sites ruraux semble indiquer que l'actualité de la réflexion et des débats sur les besoins d'une prise en compte plus adaptée porte surtout sur les moyens d'information, et en premier lieu sur le déficit de lieux visibles accessibles aux publics les plus fragiles.**

Nous revenons d'abord sur ce type de propos, qui s'attache d'abord à considérer la « non-demande », la réticence des migrants à faire appel aux services, comme le problème essentiel. Il est particulièrement récurrent sur le site Tarn-et-garonnais.

*« Ces personnes âgées, migrantes vieillissantes, moi je n'ai pas l'impression qu'elles soient très demandeuses. Elles se débrouillent, ce sont des gens qui se débrouillent, qui vivent chichement peut être pour certains mais on n'en entend pas parler<sup>28</sup> ».*

*« Ils ne sont pas demandeurs, ils viennent un peu à la permanence mais vraiment quand ils ont un papier qu'ils ne comprennent pas ou quand ils sont coupés de l'ASPA ou de l'allocation logement parce qu'ils sont partis plus de trois mois et qu'ils n'ont pas renvoyé la déclaration de ressources. Voilà, on est obligés de refaire »<sup>29</sup>.*

L'argument est surtout développé par ceux des acteurs interrogés qui participent déjà depuis plus ou moins longtemps à proposer des lieux d'accueil et de permanence ouverts à la demande des personnes d'origine immigrée. Certains font état de progrès réalisés, de nouveaux publics auxquels leur structure de rattachement est parvenue à se rendre accessible.

**C'est le cas avec les permanences que la MSA 82** a développé de longue date à Montauban (accueil des personnes, suivi administratif, mais sans pouvoir parler d'accompagnement social durable). Et il reste, en particulier sur le site rural considéré, que : *« c'est un public qu'on ne voit pas du tout, qui nous ne demande absolument rien. On a quelques prises en charge d'aide-ménagère aux familles avec un public immigré mais difficilement.<sup>30</sup> »* De même en milieu hospitalier : *« Nous recevons peu de personnes aux permanences<sup>31</sup> ». - « Clairement ils ne se présentent pas à la PASS, c'est moi qui vais vers eux dans les services quand on m'interpelle sur des situations, mais ils ne viennent pas à mes permanences (). C'est plus du cas par cas quand les services me signalent une situation, généralement ce sont des personnes qui ne parlent pas français donc ils ne viennent pas spontanément dans mon bureau<sup>32</sup> ». « On les voit peu, c'est surtout ça<sup>33</sup> ».*

**Dans ce contexte, divers intervenants, les élus en premier lieu, affichent des objectifs de multiplication et de diversification de l'offre des « guichets » d'accueil et autres lieux d'écoute. La logique d'ensemble va dans le sens d'une couverture territoriale de grande proximité :** que les structures ouvertes au public soient les mêmes *« dans le plus petit bourg du département, qu'il y ait le même service que sur la ville pôle<sup>34</sup> »*), et aussi au plus près des quartiers dans lesquels les migrants vieillissants sont nombreux. Les instances municipales de M. portent ainsi des projets qu'elle partage avec les principaux animateurs des réseaux médico-sociaux sur le territoire :

- d'une part, *« mise en place d'un projet d'ouvrir une permanence municipale »*, projet de Maison de la Solidarité, largement ouverte sur la ville, les prestataires de services et les associations,
- d'autre part d'ouverture d' *« une annexe »* répondant au *« souhait de mettre en place également une permanence de maintien à domicile, dans le quartier de logement social »*.

---

<sup>28</sup> Élu.e.

<sup>29</sup> Équipe médico-sociale du département – 82.

<sup>30</sup> MSA 82.

<sup>31</sup> Assistante sociale PASS 09.

<sup>32</sup> Assistante sociale PASS 82.

<sup>33</sup> Intervenante en SSR.

<sup>34</sup> Développement territorial 09



Une majorité des acteurs se montrent ainsi sensible aux problématiques de la construction d'une demande citoyenne, d'une offre de droit public susceptible de soutenir les familles, renvoyées aux représentations stéréotypiques selon lesquelles « *c'est la famille qui prend en charge, il y a la solidarité familiale qui pallie*<sup>35</sup> » (aux difficultés de santé et de perte d'autonomie des plus vieux), mais aussi de protéger les plus âgés face aux risques qui s'attachent aux situations dans lesquelles « *de manière générale, ils gardent leurs aînés à domicile*<sup>36</sup> », et aussi de faire face aux situations spécifiques de vieilles personnes sans soutien familial proche...

Les limites de l'accès à l'offre gérontologique professionnelle se mesurent aussi à travers quelques données : le bassin de M. compte environ 500 bénéficiaires de l'APA parmi lesquels quelques dizaines de personnes issues de l'immigration des Trente Glorieuses, dont « deux ou trois personnes » originaires de l'un des pays du Maghreb.

**Le développement de l'offre d'information peut-il à lui seul faire face à cette complexité ?** On peut en douter, dans les petites cités étudiées comme dans les villes de plus grande taille ou dans la métropole régionale, où la question de l'accès à l'information et aux services est également souvent posée comme cruciale.

**Cet appel au développement de l'offre d'information et de coordination traduit les paradoxes et contradictions des politiques qui se sont succédés.**

Certaines ont pendant un temps, accordé la priorité à la mise en œuvre des Centres Locaux d'Information et de Coordination, en leur assignant notamment une mission de lutte contre les discriminations et les inégalités sociales qui en résultent. Mais avant que la deuxième phase de décentralisation, à partir de 2002, ne débouche, du moins en Midi-Pyrénées, sur un certain recul de ce type de préoccupation se sont alors de nouveau imposées les représentations et les positionnements d'acteurs que nous évoquions plus haut, selon lesquelles « *il n'y a pas de distinction (à faire)* », pas de différence justifiable à développer une action spécifique en direction des « publics » les moins à même de se faire demandeurs.

On constatera cependant que le propos sur les limites des dispositifs existants, en termes de visibilité, d'acceptabilité et d'accessibilité de l'offre de soutien organisé au plus âgés, rappelle de bien près les débats qui ont animé la gérontologie sociale, aux lendemains de son avènement et du rapport Larroque (1962). En ces temps, la question des inégalités sociales devant le vieillissement concernaient déjà les personnes vieillissantes d'origine immigrées, celles des « vagues » antérieures d'immigration en France, mais plus largement différentes composantes sociales auxquelles participaient les plus défavorisés, urbains et ruraux non migrants.

**On constatera aussi que l'argument qui vient d'être évoqué reflète les efforts de différentes catégories de professionnels dans le sens d'une définition plus assurée des situations de fragilité particulière, d'une élaboration des situations à risque par les professionnels. La démarche est d'intérêt, même si elle ne trouve pas aujourd'hui vraiment à poser des principes satisfaisants dans le cas complexe des personnes vieillissantes issues de l'immigration.**

---

<sup>35</sup> Équipe médico-sociale – Département du Tarn et Garonne.

<sup>36</sup> Service de soins infirmiers.



#### 1.4 L'accès à la prévention. Une question essentielle

Nous avons déjà évoqué cette question parmi celles qui reflètent le plus souvent les points de vue des acteurs considérés en milieu « semi rural », et en premier lieu, mais pas exclusivement, parmi les soignants interrogés. Il faut s'y arrêter encore.

Les soignants s'accordent généralement à considérer, après bien des études, que les plus âgés issus de l'immigration de l'après-guerre ne souffrent pas de problèmes de santé spécifiques, au sens culturaliste du terme. Les pathologies auxquelles ils sont confrontés sont les mêmes que celles qui touchent les patients d'autres origines géographiques mais les problématiques rencontrées sont plutôt d'ordre social. Elles concernent l'accès aux droits qui leur sont ouverts, leur méconnaissance des dispositifs institutionnels, des ressources mobilisables, des normes administratives... « *Voilà, ce sont souvent des personnes qui n'ont pas de couverture complète, qui ne connaissent pas leurs droits, qui ont peu de ressources donc, par exemple, qui n'établissent pas de CMU<sup>37</sup>, qui ne se paient pas de mutuelle, qui préfèrent garder cet argent là pour l'envoyer au pays, c'est ces cas de figures là on va dire<sup>38</sup>* ».

Ce sont les images des « immigrants isolés », essentiellement originaires du Nord-Ouest africain qui reviennent le plus souvent : « *La grosse problématique c'est que ce sont souvent des personnes isolées, qui ont très peu de famille sur place ou de la famille qui est restée au pays donc plus personne. Là récemment, s'est posé le problème d'un monsieur qui avait sa famille en Algérie et qui ne pouvait plus rester à domicile. Pas de relais à la maison et donc on a sollicité une place en institution. Bon, avec la réalité aussi qu'il y a très peu de places en institution donc il a fallu organiser le retour à domicile pour ce monsieur, voilà avec un plan d'aide assez conséquent<sup>39</sup>* ». Il faut entendre par là que les questions de prévention ne concernent pas que celles de la « prévention primaire », avant apparition des premières difficultés majeures de santé, mais un complexe qui concerne aussi bien « l'amont » que « l'aval », les retours d'hospitalisation, la prévention secondaire, l'accompagnement des familles en deuil... Les questions d'articulation entre le social et le médical, et en particulier avec l'action sociale et les hospitaliers locaux est au centre du propos, parfois avec le sentiment, déjà évoqué que les conditions qui réglaient ces rapports dans le passé, se sont récemment dégradées. **Les « migrants vieillissants » se situent ainsi, contre leur gré, au centre des questions de régulation médico-sociale.**

Si l'on recentre le propos sur les enjeux de la prévention primaire, ce sont les services en charge de la mise en œuvre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) qui sont le plus souvent désignés et concernés. Ses acteurs posent tout autant le préalable de la question sociale, et souvent très tôt avant que ne s'impose une problématique de perte d'autonomie : « *C'est vraiment après tout ce qui est social, voilà, l'isolement, même au niveau des démarches administratives, quand il s'agit par exemple de solliciter les droits à la retraite, c'est là que se pose tout un tas de problèmes<sup>40</sup>* ». Ce « tout un tas de problèmes » traduit la complexité des situations auxquelles se confrontent de prime abord des acteurs sociaux qui n'en ont qu'une maîtrise très partielle.

Dans ces paysages institutionnels semi-ruraux de nos deux sites d'enquête, légèrement contrastés, la coordination médico-sociale et entre soutien formel et informel n'apparaît pas si favorable à la prévention primaire que ne le voudraient certains discours sur les réseaux et les « solidarités locales » de proximité, et notamment en matière d'accès à la prévention de la dépendance et des problèmes de santé.

---

<sup>37</sup> Propos repris par plusieurs intervenants.

<sup>38</sup> Assistante sociale de PASS – 82.

<sup>39</sup> Agent hospitalier. Ariège.

<sup>40</sup> Équipe médico-sociale APA.



Le propos des acteurs de l'APA reproduit encore les précédents : il faut bien prendre acte que les migrants vieillissants, « *notamment chez les personnes d'origine maghrébine* » expriment « *peu de demandes au regard du nombre de familles qui seraient concernées* » () « *Après c'est vrai que sur cette population-là, on a une grosse partie qui est faite de solidarités familiales* (), *puisque'on a très peu de familles qui bénéficient de l'APA, dans les familles marocaines* ». « *Quand il y a des demandes, elles sont liées aussi au contexte économique, c'est à dire que les personnes vont faire la demande pour pouvoir employer quelqu'un de leur famille pour être l'aidant familial* <sup>41</sup>».

Les formules en viennent souvent à remettre en cause les capacités de l'offre à s'adapter à la demande et à ses spécificités : « *On se retrouve avec pas mal de personnes, une qui fait la toilette, une qui prépare le repas... et ça, elles (les familles d'origine immigrée) n'acceptent pas du tout, et souvent, là aussi, elles préfèrent s'en passer que d'avoir (à faire avec) ce roulement* <sup>42</sup>». **Encore une fois, ces formes de manifestation d'une réticence face aux modalités de mise en œuvre de l'offre de service n'ont que bien peu à voir avec une quelconque spécificité d'origine « culturelle » : elles font partie intégrante des problématiques de gérontologie sociale** qui constatent de longue date que certaines personnes ou familles confrontées à la perte d'autonomie, pas nécessairement les plus mal situées dans l'échelle sociale, en l'absence de médiation et de régulation satisfaisante, éprouvent de réelles difficultés à se conformer aux contraintes qu'imposent les modes d'organisation des services au nom de la « prise en charge » des plus fragiles.

Certains des acteurs sollicités par l'enquête ont aussi mis l'accent sur un paradoxe connu des investigations gérontologiques : alors que la « population » des anciens immigrants les plus âgés se définit de plus en plus comme statistiquement et notoirement « vieillissante », prématurément concernée par la perte d'autonomie, les structures représentatives de l'offre d'aide au « maintien à domicile » se disent confrontées à un « moins de travail », en particulier parmi les catégories de ménages les plus défavorisées... Les ressorts socio-économiques de ce type de phénomènes sont difficiles à analyser, mais ils concernent évidemment les conditions de ce que nous traitons ici sous le thème de la « médiation sociale ».

**Ainsi le premier bilan de cette étude centrée sur les acteurs du secteur médico-social n'est guère différent des études antérieures, plus centrées sur les immigrants âgés et leur entourage : l'offre publique a peu de prise sur des « publics » réticents, discrets, non demandeurs ou peu à même de porter une demande devant les institutions et leurs représentants, qui se considèrent comme illégitimes dans le rapport aux professionnels de la gérontologie. Le constat ne renvoie pas essentiellement à la question de l'immigration. Il concerne au plus près les origines mêmes de la gérontologie sociale.**

Les ressources mobilisables pour faire face à ce type de phénomène relèvent moins de la technicité des professionnels concernés que de leur capacité à s'inscrire dans une démarche de promotion de la citoyenneté des personnes et de leur entourage. C'est-à-dire que la question est éminemment politique.

Dans le contexte actuel, suite à deux phases de décentralisation de l'action publique, ce propos interroge les dispositifs locaux et leurs modalités de mise en œuvre, de définition des besoins et des priorités opérationnelles.

---

<sup>41</sup> Id. Agents de la mise en œuvre de l'APA – Ariège.

<sup>42</sup> Équipe médico-sociale APA.





## 1.5 Dispositifs locaux et procédures engagées en milieu semi-rural

Le propos qui précède interroge d'abord les potentiels du partenariat local, entre représentants du politique local, professionnels de tous horizons, et acteurs « informels ». Nous parlons ici de « procédures » mises en œuvre au sens que ce terme a pris dans le contexte de passage d'une action publique planifiée au niveau national à la promotion de l'action décentralisée. C'est dans les échanges entre acteurs inscrits dans un « territoire » que peut et que doit se construire une définition des besoins, et les réponses appropriées. Les deux sites considérés renvoient bien à cette définition héritée du processus de décentralisation.

### **Procédures, dispositifs et réseaux particulièrement actifs...**

À M. comme à L., comme dans la plupart des territoires de pôles ruraux ou semi-ruraux, les relations entre acteurs professionnels, voire avec le bénévolat associatif, est particulièrement riche. Peut-on pour autant parler de « mise en procédure » de la question des migrants vieillissants dans des contextes locaux où les relations relèvent d'abord des relations de voisinage et d'échanges au quotidien entre pairs sociaux ?

Sans rentrer dans les détails, les relations « partenariales » de proximité se montrent particulièrement riches. À M. les relations de « réseaux », entre professionnels associent sous différentes formes des représentants des services départementaux en charge de la mise en œuvre de l'APA, des représentants du CCAS, des associations d'aide au maintien à domicile, de la MSA, des SSIAD, etc. ». Il en va de même sur le site de L., avec quelques élus locaux investis dans le développement territorial, des acteurs du CLIC intercommunal, ceux de l'hôpital local, du CCAS et du centre intercommunal d'action sociale (CIAS), les « associatifs », bénévoles ou professionnalisés, comprenant notamment les structures qui se consacrent au maintien des plus âgés à leur domicile, etc.

Mais, s'agissant des migrants vieillissants, le constat reste encore polarisé sur le déficit de médiation compétente : « *L'une des solutions serait d'avoir des médiateurs* ». Mais il n'y a pas « *quelqu'un de repéré qui organise les choses* ».

### **...mais sans investissement spécifique**

Il est très peu, sinon pas du tout, d'exemples de procédures spécifiques à la catégorie sociale considérée. Si les élus de la municipalité de M. peuvent dire : « *le CCAS a des subventions de l'ACSE dans le cadre du PRIPI.*<sup>43</sup> », la démarche s'inscrit dans le cadre de la lutte contre le logement indigne, qui ne cible que partiellement les migrants vieillissants habitants du centre-ville vétuste. Il s'agit en particulier de mettre en œuvre le règlement sanitaire départemental qui implique des « *rencontres avec de nombreux propriétaires, des médiations et mises en demeure avec des travaux* », qui fait dire que « *les rénovations de logements sont en marche*<sup>44</sup> », dans la mise en place des visites visant à lutter contre l'insalubrité de certains habitats, « *avec la conseillère en économie sociale et familiale du CCAS et une personne de la DDCSPP* »<sup>45</sup>. La mairie de M. s'emploie à « *lancer une étude sur une OPAH*<sup>46</sup> », dont il serait bien difficile de déterminer *a priori* quelles seraient les conséquences, positives ou négatives, sur les conditions de vie des migrants âgés isolés. Considérant de plus près le point de vue des publics considérés : « *la question de trouver un logement décent n'est absolu-*

<sup>43</sup> Propos tenu juste avant la fusion de l'ancienne Agence pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances au sein de l'actuelle DRJSCS.

<sup>44</sup> Élu(e) 82.

<sup>45</sup> Traduire DDCSPP par : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection de la Population. PRIPI : Programme régional pour l'Intégration des Populations Immigrées.

<sup>46</sup> Opération d'amélioration de l'habitat.



ment pas la priorité des personnes<sup>47</sup> ». La question du logement est importante, particulièrement dans le Tarn et Garonne chez les anciens ouvriers agricoles. « *Beaucoup de personnes suivies par le passé étaient logées chez l'employeur mais dès que le contrat se termine, elles ne sont plus logées* ». La coupure de liens avec l'employeur se passe souvent mal, « *les personnes se retrouvent dans un logement le plus insalubre possible parce que le moins cher possible, en centre-ville parce que pas de moyens de locomotion pour se loger plus en campagne* ». » Mais aucune procédure spécifique n'a été mise en œuvre pour faire face aux ruptures résidentielles évoquées.

Les dispositifs et procédures qui se destinent aux « personnes âgées » sont pluriels, mais ils relèvent de la régulation institutionnelle entre action gérontologique et politiques de soutien à l'emploi et aux services à domicile. Les exemples sont nombreux, notamment, dans un désordre qu'il faut tenir pour significatif :

- À M., l'action départementale a mis en œuvre un « *dispositif de protection de la personne âgée avec un n° vert* <sup>48</sup> », dont il est dit qu'il s'agit d'un « *protocole très fonctionnel* ». Mais le dispositif reste relativement peu accessible pour les plus démunis, même s'il se donne de « *passer en revue toutes les personnes ayant besoin d'être relogées, avec des propositions des bailleurs sociaux* <sup>49</sup> ».
- Sur le même site, l'offre de places de SSIAD a été récemment développée. Mais l'offre nouvelle est moins accessible aux personnes d'origine immigrée qu'aux autres catégories. L'orientation par les médecins de ville ne participe pas beaucoup à améliorer leur accès à ces nouveaux services. Avant cette dernière évolution, les SSIAD du département avaient déjà montré qu'ils avaient su s'ouvrir sur les vieux immigrants des pays du Sud européen, mais très peu sur les personnes d'origine maghrébine : « *Sur 54 places de SSIAD en Tarn et Garonne, il y avait 11 personnes d'origine immigrée, principalement européenne : espagnole et italienne. (Mais seulement) une personne originaire du Maghreb* <sup>50</sup> ».
- Toujours sur le même site, les représentantes du service de portage de repas à domicile disent qu'elles « *ne pensent pas que des vieux migrants en bénéficient par rapport au problème de la nourriture* <sup>51</sup> ». La municipalité a mis en place « *un fichier par rapport à l'isolement des personnes* <sup>52</sup> », mais dans un esprit de prévention de l'isolement hérité des conséquences de la canicule de 2003, dont il est dit qu'il ne cible pas les immigrants âgés.
- À L., les instances de développement local portent un projet intitulé « *Vieillir au village* », lancé à l'initiative de la municipalité. Il s'agit de créer un réseau de proximité et de solidarité autour et avec les personnes âgées sur la commune, à travers des personnes bénévoles, dans les rapports de voisinage. La démarche vise de potentiels financements par l'ARS et le Conseil Général, qui semblent s'être montrés intéressés. Un de ses buts majeurs, révélateur de l'état actuel de la problématique, serait encore de « *toucher des personnes isolées avec de faibles revenus, des personnes malades et qui ne peuvent pas se soigner* » () « *Des Espagnols étaient présents lors de la dernière réunion publique. J'ai trouvé paradoxal de les qualifier de « migrants » au regard de leur niveau d'enracinement et d'intégration* <sup>53</sup> ». Les personnes âgées constituent « *une population fragilisée* », avec laquelle il s'agit de « *rechercher contact de manière non planifiée ou institutionnalisée* », en quête de « *continuité de vie à domicile () mais sans anticipation de l'avancée en âge* ». Dans le contexte ariégeois, les problématiques de l'action publique, adossées aux données démographiques locales, se confirment autour des vieilles personnes en situation de « *précarité financière* », autour de l'isolement des personnes âgées et de celui des aidants familiaux, constatant par exemple qu'il y a « *beaucoup d'appels l'hiver aux services* ».

---

<sup>47</sup> MSA 82.

<sup>48</sup> Équipe du CMS de M.

<sup>49</sup> Élu(e).

<sup>50</sup> Coordination gérontologique.

<sup>51</sup> Mairie de Moissac.

<sup>52</sup> Id.

<sup>53</sup> Développement local et Mairie- Ariège.





La liste de ces exemples est encore longue : en Ariège, « le SSIAD fait remonter () des situations au Centre Communal d'Action Sociale », participant ainsi à la « découverte » de la « *problématique du logement indécent, voire insalubre, sur la commune* » et à l'engagement d'un « *travail de lutte contre l'habitat indigne () avec la préfecture*<sup>54</sup> ».

En Ariège, Les opérateurs des SSIAD « travaillent beaucoup » selon leur propre propos, avec les acteurs du CLIC local, lesquels, avec des moyens limités (un plein temps et demi au moment de l'enquête) occupe une position centrale. Mais les questions sur les conditions et le statut des immigrants âgés provoquent surtout un propos sur le manque de financement, de moyens. Même si subventionné par la Mairie locale à hauteur de 10000 euros. Les opérateurs du CLIC disent avoir beaucoup de travail et peu de moyens, être « *contraints à devoir faire les choses vite*<sup>55</sup> ». Il y a des « *réunions tous les mois avec les deux CLIC du département et les prestataires. Les partenariats avec les structures de type hôpital, etc. (mais ce) sont plus des partenariats de convention ou induits par leur fonctionnement* », qui traduisent surtout un potentiel significatif : « *la coordination départementale au niveau des CLIC où des conventions peuvent être travaillées*<sup>56</sup> ».

Le propos des acteurs interrogés sur la condition des personnes âgées d'origine immigrée porte encore et toujours sur le moindre accès de ces dernières aux dispositifs et aux services :

- À L., la PASS est spécialisée sur la périnatalité, un manque : « *Voilà il n'y a pas de PASS généralisée qu'on puisse solliciter*<sup>57</sup> ».
- Dans le Tarn et Garonne, il existe une commission qui se réunit une fois par mois, mise en place en amont de la loi DALO, « *regroupant le Conseil Générale, la Direction Départementale du Travail, les bailleurs sociaux, la Caisse d'Allocation Familiale, la MSA, les restos du Cœur*<sup>58</sup> », en présence de maires invités, mais elle fait peu de place aux vieux issus de l'immigration.
- La permanence de la Mutualité Sociale Agricole à M., propose un accompagnement social, ainsi que des aides à l'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques, ORL... Il n'y a « *pas demande de personnes d'origine immigrée*<sup>59</sup> ».
- La question de l'accès des personnes d'origine immigrée aux maisons de retraite, suscite aussi toujours les mêmes réponses. Les longues listes d'attente ne laissent guère de place aux immigrants.
- Etc.

Une des très rares initiatives ayant participé à aborder la condition des immigrants âgés de façon spécifique tient au rôle du CIRREVI (Centre d'Information et de Recherche Régional sur le Vieillissement des Immigrés), plate-forme régionale mise en place en 2008-2009 avec le soutien de la DRASS puis de la DRJSCS. Elle a consisté à diffuser les informations nécessaires à une meilleure compréhension de la situation des immigrants bi-résidents au regard du droit des impôts. Les enseignements diffusés par ce biais, sur un sujet qui restait jusque-là des plus ardues et méconnus, même pour les acteurs administratifs, ont été mis en œuvre à différents niveaux, et notamment au sein de la MSA du Tarn et Garonne.

---

<sup>54</sup> Id. et SSIAD ariégeois.

<sup>55</sup> SSIAD et CLIC ariégeois.

<sup>56</sup> Développement territorial ariégeois.

<sup>57</sup> Opérateur PASS – Ariège.

<sup>58</sup> MSA du Tarn et Garonne.

<sup>59</sup> Id.



## 2. Mobilisations et dispositifs en milieu urbain

Dans le contexte complexe de l'agglomération toulousaine, différentes initiatives et manifestations ont contribué à faire une plus grande place à la question du vieillissement des migrants, et à une plus grande sensibilisation des acteurs à cette problématique. La phase d'engagement des services de l'État à partir de 2006-2007, a produit, au moins dans un premier temps, des résultats considérables... avant que cette phase ne débouche, sur une autre période, contemporaine de la mise en œuvre de la RGPP, plutôt marquée par le désengagement, l'indécision, sinon par des politiques publiques orientées vers la répression, dans les incertitudes entre politiques sociales, politique de protection des populations, politiques des finances de l'État et politiques de l'immigration.

Dans ce sens, les objectifs de ce chapitre sont de dresser un bilan longitudinal qui s'intéresse aux évolutions constatables sur le site toulousain entre 2006 et 2011.

### 2.1 La mobilisation des acteurs en 2007-2009

#### Le collectif d'acteurs

On rappellera d'abord que l'étude-action lancée en 2007 pour une période longue avait fait une priorité initiale de la mobilisation d'un « comité des acteurs » qui a vite trouvé, dans le contexte de l'animation d'étude, à s'étoffer rapidement jusqu'à s'inscrire comme comité technique pérenne, puis en collectif pluridisciplinaire associant une multiplicité d'opérateurs, professionnels ou bénévoles. L'étude ayant fait la preuve que les acteurs susceptibles de se mobiliser autour de ces publics particuliers étaient nombreux mais souvent isolés, en manque d'information et de coordination, ce comité ou collectif avait progressivement réussi à mobiliser :

- Des opérateurs institutionnels, travailleurs sociaux de la MSA 31, de la MSA 82, de la CRAM, des CCAS des deux villes associées à l'activité du CIRRV (Toulouse et Montauban)...
- Des acteurs associatifs nombreux dont nous ne citerons ici que ceux qui ont joué un rôle essentiel à différentes échelles territoriales.
- Des équipes et intervenants individuels relevant de :
  - L'association AMAR (Association Montalbanaise d'Aide aux Réfugiés), qui a hébergé la plateforme CIRRV depuis 2009 ;
  - La Case de Santé dans le quartier toulousain d'Arnaud Bernard ;
  - L'association des Petits Frères des Pauvres, à Toulouse (Quartiers Nord, anciens foyers de travailleurs immigrés) ;
  - La structure « Alliance et Partage, notamment dans le foyer de l'avenue de Fronton ;
  - « Générations Solidaires » dans le quartier d'Empalot-Rangueil ;
  - La Maison de Bagatelle ;
  - Etc.
- Des représentants du secteur socioculturel et de l'action interculturelle ;
- Des personnes et organisations inscrites plutôt sur le versant militant.

### 2.2 La mise en œuvre du CIRRV

La mise en œuvre de la plateforme régionale CIRRV (Centre d'Information et de Recherche Régional sur le Vieillissement des Immigrés), a constitué une avancée majeure, bien que dotée de moyens limités<sup>60</sup>, et tout d'abord en matière de mobilisation des acteurs.

---

<sup>60</sup> Un demi-poste sur financement DRASS puis DRJSCS, complété d'un demi-poste ADLI.



## Le CIRRV

### Centre d'Initiatives et de Recherches Régionales autour du vieillissement des populations Immigrées

« Le CIRRV se veut une passerelle entre les institutions, les professionnels et autres acteurs de terrain, en lien avec les personnes immigrées vieillissantes ().

C'est un lieu de concertation (pour tous ceux) qui mènent des actions envers ou avec cette population (). C'est un lieu de ressources, d'expérimentations et d'actions () espace commun sur le territoire régional ».

Ses objectifs initiaux se déclinaient sous différents axes :

- Information, sensibilisation, prévention ;
- Études, conseil, expertise, appui et accompagnement ;
- Aide à l'innovation, au montage de projets, à l'expérimentation ;
- Animation de réseau ;
- Formation, information, partage de culture.

Trois pôles d'action principaux :

- Pôle ressources : surtout centré sur la production et la capitalisation de connaissances,
- Pôle d'animation du collectif d'acteurs, de mobilisation de nouveaux acteurs,
- Pôle « actions »

L'action du CIRRV au cours des années 2009-2011 a été particulièrement significative dans différents secteurs :

#### **Le développement du partenariat et la sensibilisation se sont faits dans de multiples directions :**

DDASS 82, ACSE, AMAR, le CCAS, la DRASS, ADOMA, la Région, les CODERPA, la MSA 31 et 82, la CARSAT, le Conseil Général 31, différentes municipalités (Toulouse, Montauban, Moissac) l'ORSMIP, l'INSERM, les Petits Frères des Pauvres, l'Association Génération Solidaire, etc.

Avec quelques actions marquantes :

- présentation publique du diagnostic du CIRRV, définition des besoins entre actions spécifique et mobilisation des services de droit commun,
- animation régulière des « petits déjeuners » du COFRIMI,
- participation suivie au festival annuel « Origines Contrôlées », et animation de multiples autres débats,
- animation de comités techniques de travail (mobilisation des partenaires autour de thèmes de travail)...

#### **Plusieurs études, diagnostics, analyses des besoins et des attentes des publics considérés ont été réalisés.**

- En 2009/2010 le CIRRV porte une étude-diagnostic social commanditée par le bailleur ADOMA et l'ACSÉ, au sein des foyers et résidences ADOMA de Toulouse, auprès des anciens travailleurs immigrés vieillissants. Cette étude a débouché sur un ensemble de préconisations concernant l'habiter des résidents, leur santé, leur accès aux droits... Ses conclusions sont examinées avec les commanditaires.
- L'évaluation du dispositif « EL ZAMANE » en lien avec la Case de Santé, fonction d'accueil de jour.
- La production de connaissances dans la rédaction d'articles destinés à la presse, à des revues locales, à différentes revues scientifiques nationales.



- Les interventions dans le cadre de différents modules d'études supérieures : médico-social, études de journalisme, Institut d'Études Politiques, psychologie...
- Les informations de prévention, en particulier auprès des habitants des foyers sur le dépistage du cancer...

#### **L'animation de réseau**

Elle résulte directement de la mobilisation du « collectif des acteurs » associés à l'étude-action, dans des relations privilégiées entre plusieurs dizaines d'opérateurs de divers statuts.

Au-delà de l'étude, elle s'est trouvée rapidement élargie, sous des influences diverses venant y compris de représentants de l'État, en accord avec le Conseil d'Administration du CIRRV, au-delà des opérateurs publics et parapublics, en direction de l'action militante impliquée sur la question des « chibanis ». *[Nous reviendrons plus loin sur ce point]*

#### **Formations ciblées**

Le CIRRV a notamment mis en place un programme de formation des opérateurs qui a connu une audience indéniable, centré notamment sur : mieux appréhender les personnes et la question des personnes vieillissantes d'origine immigrée ; le droit et la protection juridique des migrants vieillissants, les échanges de pratiques entre intervenants...

#### **Appui et accompagnement de projets d'actions**

Plusieurs exemples peuvent être mis en avant :

- L'aide à la mise en place d'un « café social » dans le quartier de Bellefontaine (Toulouse Mirail), Projet « ADEL » du même type au centre de la ville.
- La participation aux « ateliers santé-ville » du « Grand Mirail », du quartier « Empalot », des « Quartiers Nord » de la ville...

#### **Aide à l'expérimentation et à l'innovation**

À travers la participation à l'élaboration d'un projet d'ouverture d'une maison-relais de 20 places à Montauban, l'aide à la création d'outils d'information adaptés (plaquette d'information sur différents quartiers de Toulouse), etc.

#### **Participation à l'élaboration de programmes d'études et de recherches, en lien avec le laboratoire toulousain de santé publique de Toulouse (INSERM U 1027) et l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées (ORMIP).**

Un des projets coproduits vient d'être agréé et financé par la fondation Médéric, concernant les migrants âgés atteints de pathologies de type Alzheimer.



## 2.3 Autres intervenants et interventions parmi les plus significatives

### La Case de santé

**Une formule originale : Un centre de santé où l'on mène des actions de prévention et d'éducation en santé et des actions de santé communautaire.**

L'association occupe une place de plus en plus significative dans le repérage et l'accompagnement pour soins des immigrés du centre-ville et de certains foyers, sur la base de diagnostics partagés : « *par le prisme des inégalités sociales de santé, des populations qui consultaient et pour lesquelles on s'est rendu compte que le droit commun était insuffisant voire même aggravait les inégalités* ».

La Case de Santé s'est constituée en 2006 sur un modèle de Centre de Santé Communautaire inter disciplinaire qui n'avait guère d'équivalent jusque-là en Midi-Pyrénées.

La structure regroupe des compétences de médecins généraliste, nutritionniste, infirmier, travailleur social, et participe très activement à l'animation de ville, entre approches de santé, mais aussi au plan des relations de voisinage et relations socioculturelles, en posant ses locaux comme lieu ouvert autant aux sollicitations individuelles qu'au projets collectifs.».

L'investissement de l'équipe s'inscrit dans une réflexion reposant sur la mise en place de différents programmes notamment en direction des vieux migrants atteints de pathologies graves.

Plusieurs constats ont conduit à la mise en place de ces actions :

- L'invisibilité des personnes dans les services médico-sociaux et d'un traitement différentiel dans la prise en charge médicale : « *Les UTAMS nous disent, on ne les connaît pas, ils ne viennent pas nous voir () Donc du coup. On s'est dit, () ça vaut le coup de mettre en place un programme* ».
- La visibilité des immigrés vieillissants dans le quartier aujourd'hui moins lieu de résidence que lieu de retrouvailles atout du petit commerce local, à forte composante immigrée. « *Le programme autour des vieux migrants ça a été, () on se rend compte qu'il y a des personnes qui viennent dans le quartier faire leurs courses, s'asseoir sur les bancs que des commerçants ont voulu retirer. Donc on a été aussi dans cette prise à partie là de dire mais pourquoi les retirer, ça a permis aussi de contacter des personnes âgées* ».
- Le besoin repérer par l'observation et l'analyse quelles sont les situations rencontrées sur le quartier et au-delà.
- L'approche des pathologies « *On s'est dit mais qu'est-ce que c'est que ces gens qui ont des pathologies à un âge que les Français n'ont pas* » : cas de scorbut et autres « *maladies carencielles assez évoluées* », de diabète grave.
- La nécessité de développer un espace de formations et information : « *Un important travail est à faire sur les représentations sociales des professionnels* ». En s'attachant à ne pas être un lieu stigmatisant pour une population. Il s'agit « *d'en prendre soin comme si on était un lieu spécifique tout en en n'ayant pas l'air et ça c'est compliqué* ». S'adresser par exemple à de jeunes médecins généralistes, à travers des séances destinées à déconstruire les stéréotypes liés au migrant, à « l'autre ».

L'action ciblée envers les « Chibanis » s'est construite progressivement au contact du terrain, elle n'était pas programmée à l'ouverture du centre. L'objectif est de proposer un accueil spécifique et adapté : en 2010 145 migrants âgés ont été accueillis et ont bénéficiés d'un bilan médico-social. Un espace d'autonomie et d'action « El Zamane » a été mis en place où une fois par semaine les chibanis peuvent se retrouver. La case santé participe au collectif « *justice et dignité pour les chibanis* ». L'objectif de ce collectif est de veiller, alerter, se mobiliser autour des conditions de vie indignes, des pratiques discriminatoires, et des contrôles abusifs dont sont victimes les immigrés retraités.



### **L'exemple de la médiation sociale à travers « Générations Solidaires »**

L'association est née à la fin des années 80 dans un contexte historique particulier qui a été décrit par ailleurs<sup>61</sup>, celui d'une grande cité de logement social qui faisait alors l'objet d'une procédure de Développement Social de Quartier. Sa création répondait à un ensemble de constats qui pointaient alors le vieillissement comme une des problématiques majeures du local. L'association a développé depuis lors une action qui ne s'est pas spécifiquement focalisée dans un premier temps sur les catégories d'immigrés âgés mais leur a fait une place de plus en plus significative au fil du temps.

L'association a rejoint le collectif des acteurs dès les prémices de l'étude.

Elle joue un rôle important dans la médiation locale, dans des relations étroites avec l'ensemble des services de la cité, et pour l'accompagnement individuel et collectif des vieilles personnes isolées ou en risque d'isolement.

## **2.4 Les autres procédures inscrites dans un même esprit de « diagnostic local partagé de santé »**

### **Les Ateliers Santé Ville :**

La ville de Toulouse n'a pas connu jusqu'à ce jour un développement significatif de la formule des Ateliers Santé Ville. Mais deux des premières procédures initiées se sont engagées sur la problématique considérée.

- Un premier diagnostic ASV sur les quartiers Nord de Toulouse a été réalisé entre 2006 et 2007. Il mettait déjà en évidence, entre autres considérations relatives à d'autres catégories sociales, les difficultés d'accès à la santé des immigrants vieillissants habitants des cités de logement social et des foyers du secteur urbain, parmi lesquels le principal ex foyer de travailleurs immigrés de la ville<sup>62</sup>.
- L'ouverture de l'ASV du quartier Empalot, animé par différentes instances du quartier, avec le support du CIRVI, est également venue relancer la réflexion sur la question. L'association Générations Solidaires a pris une part active dans la démarche.

### **L'implication de l'association « Les petits frères des pauvres »**

Au cours des dernières années, l'association a joué un rôle important à plusieurs niveaux dans la prise en compte de la problématique des migrants vieillissants. Avec elle, d'autres associations comme « Alliance et culture ».

L'association des « Petits frères des pauvres » s'est fortement impliquée, y compris sous forme de convention avec les instances de l'État et la société ADOMA, à différents niveaux :

- dans l'accompagnement/animation des ASV, notamment dans les quartiers Nord,
- dans la médiation au contact des habitants de différents foyers,
- dans l'animation du comité des acteurs.

Par ailleurs, une convention ADOMA/Alliance et Partage a permis à cette dernière association d'animer un « café citoyen » au sein du foyer de Fronton, de faire médiation, relais vers les professionnels, soutien administratif et citoyen...

<sup>61</sup> Voir notamment : Drulhe & alii. Les résistances locales aux politiques de santé publique. Cahiers lillois d'économie et de sociologie n° 35-36 – 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> semestre 2000. Jusqu'au rapport ORSMIP de 2009.

<sup>62</sup> Foyer dit de « Fronton » (190 places environ)



### **Le dispositif APA et les orientations des schémas gérontologiques départementaux de la région**

Suite à la mise en place du dispositif de l'Aide Personnalisée d'Autonomie, depuis 2002 et plus particulièrement au cours des dernières années, la question du statut des immigrés vieillissants, plus largement la question relative à une action adaptée aux catégories sociales les plus défavorisées, a gagné un peu de terrain au niveau des instances départementales. Dans la plupart des départements de Midi-Pyrénées, la question des immigrés âgés évoque plutôt celle des retraités migrants, ou plus étroitement, celle du solde migratoire sociodémographique des personnes âgées de plus de 60 ans. Toutes les données statistiques indiquent en effet que la région est attractive pour des personnes et ménages qui viennent ou reviennent y résider au moment où après l'âge de la retraite. Diverses composantes participent à ce phénomène : « retours au pays », migrations de retraités du Nord européen vers le soleil du Sud, rapprochements familiaux de parents âgés suscités par des enfants venus s'installer récemment dans la région... Dans la plupart des cas, l'immigration des travailleurs de l'après-guerre est peu concernée, depuis que les rapprochements familiaux des immigrants du Sud se sont vus fortement restreints.

Les Schémas Gérontologiques Départementaux n'ont guère intégré la question du vieillissement des migrants au-delà de ces considérations sociodémographiques.

Le Département de la Haute-Garonne fait seule exception à ce jour, pour avoir consacré un court « focus » aux migrants vieillissants dans le cadre de son Schéma Gérontologique, révisé en 2010.

#### **La référence aux migrants vieillissants dans le Schéma Gérontologique de la Haute-Garonne**

« On définit sous le terme de « migrants vieillissants » le public vieillissant issu de l'immigration. Si une partie d'entre eux ont eu l'opportunité d'accomplir des carrières pleines, et, par conséquent, de bénéficier de retraites à taux plein, ils sont nombreux à avoir vu leurs carrières morcelées par des périodes d'inactivité et de chômage.

Les cas les plus problématiques concernent le cumul de plusieurs désavantages : un travail non qualifié, des problèmes de santé, de mauvaises conditions de logement, etc. Ces personnes migrantes, sans avoir encore atteint le grand âge, présentent déjà de graves problèmes de santé dus à l'usure ou à la maladie, et un vieillissement prématuré. En outre, du fait de leur statut d'immigré, elles peuvent se trouver pénalisées non seulement dans l'accès aux droits les privant ainsi du bénéfice de certains services et prestations mais aussi, quand le droit leur est reconnu, dans la mise en œuvre concrète des aides et services accordés.

En Haute-Garonne, cette problématique (particulièrement prégnante à Toulouse) implique une adaptation du dispositif de prise en charge, en s'interrogeant sur :

- la pertinence à développer la présence d'interprètes dans les organisations et services médico-sociaux ;
- l'intérêt à mettre en place des formations pour sensibiliser les acteurs du champ social et médico-social ;
- la possibilité d'assurer un soutien financier aux acteurs du champ social et médico-social. »

*« Les caractéristiques dégagées lors de cette première sous-partie permettent de décliner les différentes prises en charge qui pourront être proposées aux personnes âgées d'aujourd'hui et de demain. »*

*« La diversité des profils des personnes âgées évoquée ci-dessus incite à penser une prise en charge plus individualisée et adaptée à de nouveaux besoins. »*

*Schéma gérontologique départemental de la Haute-Garonne. 2010.*





Mais certains départements, s'ils n'ont pas cherché à traiter spécifiquement de la condition des immigrés vieillissants ont mis plus largement en exergue les situations plurielles des publics les plus fragiles face à l'offre de droit public, publics les plus pauvres, publics âgés en mal d'accès aux services et aux soins... On verra dans cette attitude à la fois la volonté de ne pas cibler telle ou telle catégorie de public en fonction de leur origine ; mais de bien considérer le poids des inégalités sociales comme une dimension essentielle qui en appelle à des actions ciblées.

On prendra pour exemple le schéma gérontologique du département du Tarn, qui décrit la situation des personnes âgées dans le département en évoquant d'abord le contexte tarnais sous les titres : « une situation socio-économique peu favorable » et « un niveau de précarité sociale élevé », en se fondant sur les taux de minima sociaux dans la population totale. Si elle n'est pas désignée, la figure des migrants vieillissant apparaît assez clairement en creux, dans un département qui figure parmi ceux qui ont attiré une importante population d'origine immigrée au cours des Trente Glorieuses.

## 2. 5 La question spécifique des ex foyers de travailleurs immigrés de la ville de Toulouse

L'offre d'ensemble des foyers de travailleurs immigrés représente à peine plus de 500 places d'hébergement en Midi-Pyrénées<sup>63</sup>, concentrées sur la commune de Toulouse.

Cependant, ces ex foyers de travailleurs immigrés ont permis à une population de personnes vieillissantes d'environ 350 personnes de se fixer de plus ou moins longue date. On concevra que cet effectif ne représente qu'une part minime de la « population » étudiée, mais son importance symbolique est très importante.

La récente étude réalisée à l'initiative de la société ADOMA et de l'ex Agence pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances (ACSE), animée par le CIRRV, a dressé un bon diagnostic des enjeux de peuplement, et proposé une approche compréhensive de qualité du point de vue des personnes hébergées<sup>64</sup>.

Dans le passé, le bailleur SONACOTRA, puis ADOMA, s'est engagé dans plusieurs expérimentations intramuros dans le but de définir les besoins spécifiques de ces habitants/résidents âgés, dont une majorité continue à pratiquer la double résidence entre « pays » d'origine et « pays » de travail. Le but : préciser les besoins d'une action spécifique, faire médiation entre les habitants et les institutions sociales, accompagner les résidents dans leurs démarches administratives, leur apporter un support pour accéder aux services, et notamment à l'offre gérontologique... On citera seulement, parmi d'autres initiatives :

- la procédure de suivi confiée au CCPS au début des années 2000, en partenariat entre la SONACOTRA de l'époque et l'État,
- le projet d'accompagnement coordination porté en interne par un travailleur social,
- plus récemment l'intervention des Petits Frères des Pauvres sur certains foyers du centre-ville,
- l'animation d'un « café citoyen » au sein du foyer Fronton, confiée à l'association Alliance et Culture, bénéficiant d'un financement des instances État de la Cohésion Sociale.
- La direction d'ADOMA s'est ponctuellement engagée dans l'externalisation de certaines fonction relevant de l'action sociale, mais il manque un véritable dispositif adapté aux situations individuelles et collectives des résidents vieillissants.

---

<sup>63</sup> 515 places, sachant qu'un des foyers est géré par le Pact et qu'il est question de fermer un des établissements gérés par ADOMA

<sup>64</sup> Voir Barbau Régis. Diagnostic social au sein des foyers et résidences ADOMA de Toulouse. De la situation des immigrés vieillissants aux attentes qu'ils expriment. CIRRV. ACSE-ADOMA. 2009





Le bailleur ADOMA situe son rôle dans des limites qui renvoient à différentes dimensions :

- celui-ci souhaite rester au plus près d'une définition du métier de bailleur, centrée sur la gestion locative, et beaucoup moins dans l'investissement sur le terrain de la coordination médico-sociale. « *Notre métier c'est de fournir un logement autonome, un chez soi et il y a une fonction de gestion locative sociale et c'est essentiellement par rapport aux personnes qui sont chez nous ou qui sont en train de rentrer, c'est d'identifier leurs besoins<sup>65</sup>* ». « *Notre responsabilité (c'est) de gérer l'équilibre du « peuplement des foyers<sup>66</sup>* ».
- La coordination des moyens et des interventions au service d'une approche gérontologique adaptée reste peu accessible au bailleur, et reste à ce jour peu développée, autant du fait du bailleur lui-même que des difficultés qu'éprouvent les acteurs du médico-social de proposer une intervention au sein des foyers. Le premier fait ainsi état d' « *un problème relationnel entre le gestionnaire que nous sommes et les travailleurs sociaux* » qui fait obstacle à la collaboration.
- Un réel potentiel a pu apparaître dans le passé, notamment au détour du deuxième exemple évoqué plus haut : un acteur du champ psycho-social s'était engagé dans l'animation des relations entre résidents, opérateurs sociaux territoriaux de centre-ville et agents d'ADOMA. Mais le projet qu'elle avait déposé dans la perspective de développer son action n'a pas été retenu par le bailleur. Il reste malgré tout que ce travail a permis à certains des résidents âgés en foyer d'accéder dans de meilleures conditions à l'offre de droit public, dans le rapprochement entre services du CCAS de la ville de Toulouse, agents du Département représentants sociaux de l'Unité Territoriale du Centre-Ville et action associative.
- Aussi partielles soit-elles, les actions engagées sur au moins un des foyers considérés<sup>67</sup>, ont également permis de développer une intervention mobilisant différents acteurs, de façon continue ou ponctuelle, entre acteurs des travailleurs sociaux du CCAS, de l'équipe des Petits Frères des Pauvres, du CIRREVI, du CCMS, des services sociaux MSA et CRAM, de l'équipe médico-sociale de l'UTAMS...
- La réflexion actuelle parmi les représentants du bailleur porte sur le développement d'une « fonction de veille » : « *On a une fonction de veille, de vigilance par rapport aux besoins des personnes et puis s'assurer qu'il y a un accompagnement qui va les conduire vers les services* ». Si le personnel d'ADOMA n'est pas en mesure de s'improviser dans un rôle de suivi social individuel ou collectif l'objectif serait d' « organiser cette fonction d'alerte et de vigilance. C'est en ces termes que se négociait encore tout récemment le soutien des instances de l'État, sous forme de conventions à objectifs.

---

<sup>65</sup> Responsable ADOMA

<sup>66</sup> Id.

<sup>67</sup> Foyer Maheu, sur la rive gauche toulousaine



## 2.6 L'engagement des acteurs institutionnels

La description que nous venons de livrer de la mobilisation au sein du « collectif des acteurs » reste et restera partielle. Une grande part de l'activité de ce collectif a tenu d'emblée à l'investissement de divers acteurs, au premier rang desquels figuraient des travailleurs sociaux, agents intervenant au plus près du « terrain », affiliés à quelques-unes des principales institutions médico-sociales :

- la MSA de la Haute-Garonne et du Tarn-et-Garonne,
- l'ex CRAM (CARSAT),
- le CCAS de Montauban,
- le Département de la Haute-Garonne,
- etc.

Ces acteurs n'étaient que faiblement mandatés par leur hiérarchie pour intervenir spécifiquement auprès des migrants vieillissants. Mais ils disposaient d'une certaine marge de manœuvre au sens de leurs missions d'assistance sociale des personnes les plus démunies, dans l'approche de la complexité des situations individuelles, et parfois dans des approches plus collectives. Un des exemples les plus significatifs est à mettre au crédit des assistantes sociales de la MSA 31.

## 3. Fractures et fragilisation de l'action engagée

### Domages « collatéraux »

On s'arrêtera ici sans entrer dans le détail sur quelques-uns des repères marquants qui ont conduit à la remise en cause du travail effectué depuis 2007-2008 en Midi-Pyrénées, et à l'abandon du projet de pérennisation d'une plate-forme régionale : le CIRRV.

En 2010 le Groupe d'Information et de Soutien aux Immigrés (GISTI), association soutenue entre autres par l'ACSE, fait état des dispositions de contrôle de la situation des migrants âgés qui continuent à pratiquer la double résidence. Au même moment et dans plusieurs régions métropolitaines, certaines CAF, MSA, CARSAT, CPAM... se sont lancées à « multiplier les contrôles sur les vieux migrants » et dans ma récupérations de sommes considérées comme trop perçu pour fait de durées de résidence insuffisantes au regard des réglementations en vigueur

#### Document du GISTI

*« Non, les vieux migrants ne sont pas des fraudeurs ! Rassemblements contre le harcèlement et la chasse aux vieux migrants par les caisses de protection sociale ».*

*« Depuis quelques mois et sous couvert de lutte contre la fraude, les caisses de sécurité sociale (CARSAT, CAF, CPAM, MSA) multiplient les contrôles sur les vieux migrants, en particulier ceux vivant en foyer [1]. Du point de vue de l'administration, il s'agit de vérifier la condition de résidence en France et donc de vérifier le temps passé par les personnes sur le territoire français.*

*Si le temps passé hors de France est trop long, les personnes sont considérées comme « non résidentes » et la quasi-totalité de leurs droits sociaux en matière de vieillesse, d'aides au logement ou de protection maladie leur est supprimée, souvent sans que la décision ne leur soit notifiée ni qu'ils aient la possibilité de pouvoir s'expliquer ou contester. Et peu importe que l'application des textes ne soit pas respectée par les caisses ! Peu*



*importe aussi que les conditions dans lesquelles s'opèrent ces contrôles soient souvent discriminatoires et entachées d'illégalités comme l'a dénoncé la HALDE dans une délibération prise à la suite d'un contrôle par une CAF dans un foyer de travailleurs migrants.*

*Bien plus grave encore, à la suite de ces contrôles, les caisses opèrent des redressements insupportables pour des vieux migrants dont les revenus sont souvent de l'ordre de 700 euros par mois en raison de leur vie de travail précaire, souvent faite de travaux pour lesquels les employeurs peu scrupuleux n'ont pas versé de cotisations. Que dire de ce Monsieur dont une caisse à Toulouse réclame 22 000 euros ?*

*Pire, des caisses, comme à Perpignan, n'hésitent même plus à poursuivre ces vieux migrants sans défense devant les juridictions pénales en les accusant de fraude ! On imagine le désarroi de ces personnes âgées particulièrement vulnérables,*

*qui ne savent pas toujours lire et écrire le français et éprouvent des difficultés à comprendre et remplir les papiers. A la fois « d'ici et de là-bas », beaucoup passent leur fin de vie entre leur logement en France et leur famille restée au pays. Pourtant, après une vie passée à faire les travaux les plus pénibles en France, ils devraient avoir le droit d'être tranquilles et de ne pas devenir les cibles privilégiées de contrôles abusifs et indignes.*

*Pour afficher du chiffre et ramener suffisamment de fraudeurs dans leur tableau de chasse, il est bien sûr facile pour les caisses de s'en prendre aux plus faibles d'entre les faibles. Pourtant, les études le montrent et un colloque organisé par le Conseil d'État vient de le rappeler, la fraude sociale est avant tout celle des employeurs [4]. Ce colloque conclut que « la fraude des pauvres est une pauvre fraude » mais que « l'acharnement vise le faible et les bras sont plutôt abaissés devant le puissant ». « La fraude aux prestations est érigée en priorité, mais la plus lourde est bien la fraude aux contributions ».*

*Le malaise face à cette chasse aux vieux migrants est tel que même un directeur d'une des plus grosses CAF de France en vient à poser la question « Qu'est-ce qu'un fraudeur ? (...) Celui qui, la retraite arrivée, partage sa vie entre des séjours en France et son pays d'origine ? »*

*Face à cette situation qui a pris une tournure abjecte, les associations appellent à des rassemblements dans plusieurs villes de France dans la semaine du 20 au 25 juin pour exiger :*

*L'arrêt du harcèlement et des contrôles discriminatoires contre les vieux et vieilles immigré-e-s. La suspension des poursuites et l'annulation des redressements Une réelle écoute des vieux migrants et une concertation avec les associations Le respect des textes et leur application avec discernement et humanité, dans le respect de la dignité des vieux et vieilles immigré-e-s Une reconnaissance du droit fondamental d'aller et venir sans suspension des droits sociaux en France<sup>68</sup>. »*

Le propos est relayé au plan local :

Les opérations de contrôle ont commencé au début de l'année 2010. En Midi-Pyrénées, une des régions parmi les plus concernées par ce type de démarche, les services contentieux de la nouvelle CARSAT (ex CRAM), dans la période de mise en œuvre de la RGPP, se sont portés au premier plan en ciblant tout particulièrement les résidents des foyers, en exigeant notamment d'avoir accès aux passeports des personnes <sup>69</sup>, et en engageant une vingtaine de procédures de recouvrement.

---

<sup>68</sup> GISTI. 2010

<sup>69</sup> Mais aussi, « contrôle des pièces d'identité, quittance de loyer, relevés bancaires du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010, les déclarations d'impôts 2010, la carte de transport () pour vérifier leurs déplacements. »



La question sociale du vieillissement des personnes d'origine immigrée, dont on a vu qu'elle restait jusque-là cantonnée au champ de la réflexion de santé publique sur les besoins et les moyens d'une action sociale adaptée aux catégories sociales les plus démunies, s'est vue particulièrement politisée.

*Une cinquantaine d'immigrés maghrébins retraités ont occupé hier après-midi le hall de la Caisse régionale d'assurance maladie. Soutenus par le collectif Justice et dignité pour les chibani-a-s (les vieux migrants), ils dénoncent un contrôle qu'ils jugent discriminatoire, selon les termes de la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (Halde), et des redressements financiers pour des sommes indûment perçues. () Ces contrôles sont illégaux selon la Halde : le caractère discriminatoire est prohibé.*

*La Dépêche du Midi – 10 mars 2010.*

**Les conséquences sur le traitement social de la question à l'échelle régionale se montrent rapidement multiples :**

- Le comité technique des acteurs, dont on a vu qu'il mobilisait jusque-là intervenants professionnels d'appartenance diverse se voit sollicité sur la place publique de l'action militante, dans le registre de la défense des « chibanis ».
- Le positionnement des travailleurs sociaux salariés de Caisse (MSA, CRAM) et membres du comité des acteurs est le premier mis à mal. Plusieurs d'entre-deux s'éloignent de la sphère du CIRRV, certains pour cesser toute participation. Y participe en outre les difficultés que rencontrent les Caisses de la MSA liées à la crise de l'agriculture, ainsi que l'apparition de nouveaux « contrôles sur la condition de résidence des personnes (qui) ont également eu lieu sur Montauban l'été dernier ». « La MSA a remis les dossiers de l'ASPA en paiement mais les allocations logement sont souvent restées bloquées ».
- La plate-forme régionale est donc progressivement fragilisée, d'autant que ses acteurs de voient convoqués sur le terrain de l'action militante. Par exemple dans l'organisation en 2010 du festival « origines contrôlées », qui fait une place majeure à la dénonciation des opérations de contrôle, ainsi que dans l'organisation de différents débats publics.
- Le contexte du moment est aussi à la réforme de la DRASS et de l'ACSE en DGJSCS. Il apparaît bien peu favorable à la préservation des financements nécessaires à la pérennisation de la plate-forme régionale.
- Sont également fragilisées les associations qui ont participé activement au travail technique du comité des acteurs et aux activités de la plate-forme. Parmi elles, les Petits Frères des Pauvres et Alliance et Cultures, qui bénéficiaient encore en 2010 de financements publics pour intervenir professionnellement dans le cadre de plusieurs foyers de travailleurs immigrés, et se voient amenées à se replier sur leurs bases bénévoles surtout la première citée.)
- Le bilan de l'intervention associative dans les foyers est situé par certains des acteurs et observateurs dans un registre pessimiste : « Il n'y a plus rien aujourd'hui, on donne un numéro de téléphone aux personnes en cas de besoin. Exemple : si l'ascenseur est en panne, il faut appeler le numéro de la société à Paris ». () « Donc il y a tout ça qui manque, la proximité. Et la proximité n'existe pas, (bis), voilà ». () « l'accompagnement social n'existe plus, dans tous les foyers, qu'ils soient ici ou ailleurs »<sup>70</sup>.

<sup>70</sup> Intervenant de longue date dans un foyer



- Parmi les associations qui ont cherché à se désengager à la fin 2010, de la question des vieux immigrants telle qu'elle se présentait alors sur la scène publique, et y compris des engagements qu'elles avaient pris précédemment auprès des services de l'État, figure alors aussi l'association AMAR, porteuse du CIRRVVI, dont le conseil d'administration manifeste de moins en moins d'empressement à continuer à porter la plate-forme. À cela sans doute des raisons multiples, mais qui tiennent probablement en grande partie aux propositions précédentes, et en particulier au contexte institutionnel de politisation de la situation des résidents âgés des foyers par le biais des contrôles.
- À ce moment, il est encore question pour les services et les acteurs de l'État qui ont engagé le CIRRVVI dans un processus de pérennisation, de susciter d'autres formes de portage, peut-être au sein même de la nouvelle administration de la DRJSCS. Mais le contexte politique et administratif du moment apparaît de moins en moins favorable à la pérennisation d'un projet qui cherche à tracer des voies d'intervention sociale entre action spécifique et mobilisation de l'action de droit commun. Au premier semestre 2011, d'autres définitions et d'autres priorités ont été affectées au niveau central à la nouvelle notion de « cohésion sociale ». Celles-ci ne font plus guère de place aux problématiques du vieillissement des plus démunis, renvoyées vers les Départements, et il n'est plus question d'un « plan national Vieux Migrants », qui se profilait pourtant aux horizons des années 2008-2009.
- Le sort du CIRRVVI est scellé en mai-juin 2011.





## **SYNTHESE.**



## SYNTHESE

Cette dernière partie se veut à la fois comme synthèse du rapport et comme la conclusion d'une démarche dont on a vu qu'elle recouvre près de cinq années d'investigations, de débats et d'expérimentation.

Le propos cherche donc aussi bien à ce stade à tirer les enseignements croisés de nos investigations sur les deux sites d'aires urbaines de petite taille et ceux des évolutions constatées en site urbain, recouvrant plus particulièrement le temps de ces trois dernières années qui a débuté avec la mise en œuvre de la plate-forme régionale et s'est récemment achevée avec l'abandon du projet.

### Principaux enseignements

On ne reviendra pas ici sur les péripéties évoquées dans les trois parties précédentes, sinon pour en tirer quelques premières leçons :

Il reste très difficile de préciser les catégories sociales pertinentes pour une action de santé publique adaptée à la situation des plus démunis. Toutes les personnes et familles d'origine immigrées ne figurent pas nécessairement dans ces situations les plus défavorables : comme le montre C. Attias-Donfut, la plupart des anciens de l'immigration se sont fortement « enracinés » dans leur société de résidence, souvent en reproduisant des modèles de soutien aux plus âgés qui, s'il font une place essentielle aux supports familiaux et soulève des questions sur le risque d'enfermement et de maltraitance des plus âgés, participe souvent à un soutien de qualité, parfois dans des conditions satisfaisantes d'accès aux services publics et privés. **Mais une part conséquente des migrants âgés a connu des trajectoires sociales de grande fragilité et leur situation actuelle reste synonyme de pauvreté, de précarité, de discrimination, de moindre accès à l'information, aux droits, aux dispositifs.**

Il ne fait pas de doute que la question politique des foyers, de l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour leur réhabilitation, au service des anciens travailleurs qui y ont trouvé place au fil du temps, constitue une question de santé publique à part entière. De même, il ne fait pas de doute que les situations et parcours de résidents des foyers soulèvent de vraies questions de santé publique, concernant les besoins d'accompagnement spécifique de ces vieux immigrants qui continuent à pratiquer la double résidence depuis leur arrivée première dans la région.

Mais il faut entendre que les quelques 350 personnes vieillissantes qui sont encore aujourd'hui hébergées dans les foyers toulousains ne représentent qu'une petite minorité dans des effectifs plus larges, et mal recensés, de personnes qui pratiquent des choix de vie analogues.

Dans les villes du Tarn et Garonne, comme dans d'autres départements qui ont longtemps attiré une immigration de travail en secteur agricole, agro-alimentaire, forestier... ou sur des chantiers saisonniers, ces vieux de l'immigration se situent plutôt aujourd'hui comme habitants du « parc urbain » privé le plus vétuste, souvent dans des conditions indignes. Si les habitants des foyers sont relativement visibles, ces derniers sont parmi les plus discrets et les plus méconnus des services sociaux.





Le signe lancé par la mise en œuvre par les Caisses des contrôles sur les durées de résidence en France des personnes hébergées en foyer, marque un tournant dont on a vu les conséquences négatives qu'il a eu sur la travail engagé au cours des années précédentes au sein des comités d'acteurs et autres collectifs. On ne peut pas attribuer pour autant les difficultés rencontrées dans le contexte midi-pyrénéen comme relevant seulement de la mise en œuvre des contrôles administratifs. Dans les contingences du moment, cette initiative apparaît plutôt comme un épiphénomène mineur, mais à haute valeur symbolique. « L'incident » qui a provoqué une politisation particulièrement néfaste au travail des acteurs du terrain médico-social, renvoie à un ensemble d'obstacles beaucoup plus structurels.

Ces obstacles se montrent particulièrement denses lorsque la démarche implique plus particulièrement les politiques de l'immigration, et plus encore lorsqu'elle s'essaie à évoquer les laissés pour compte de la décolonisation.

### La situation dans les pôles ruraux

Si le décalage reste très fort dans la métropole entre politiques nationales de l'immigration, de l'emploi, des retraites, de la santé, de l'action gérontologique... et action territoriale, ce décalage reste moins sensible dans des espaces territoriaux de moindre envergure et densité de population, dans lesquels il revient aux collectivités locales de mettre en œuvre une action plus transversale, en charge de la mise en œuvre des dispositifs locaux pour une action médico-sociale plus « globale ». À ce niveau, le potentiel des ressources mobilisables apparaît souvent plus concret, dans des liens souvent tangibles entre acteurs politiques, acteurs sociaux, soignants, familles et habitants individuels. **Mais les limites des dispositifs de grande proximité sont aussi rapidement atteintes**, et notamment dès qu'il s'agit de traitement médico-social de la situation des personnes d'origine immigrée. L'exemple le plus cru est sans doute dans le contexte Tarn-et Garonnais, où les relations de médiation autour des vieux issus de l'immigration peuvent se montrer relativement efficaces... à condition de ne pas engager les collectivités locales dans une sur-visibilisation des catégories sociales les plus stigmatisées. Dans un département qui a vu se succéder diverses « vagues » d'immigration de travail depuis les années 20 du siècle dernier (Italiens, Espagnols, Portugais...), avant l'arrivée des travailleurs précaires originaires des pays du Maghreb, et aujourd'hui de celle des immigrés des pays de l'Est européen), le vote xénophobe en faveur du Front National a plusieurs fois dépassé les 30% à l'issue de certains scrutins nationaux... On entendra que l'action des collectivités locales en direction des anciens primo-arrivants les plus âgés, dont une majorité à ce jour composée d'anciens travailleurs originaires du Maroc, s'en trouve assez fortement bridée.

**Les collectivités locales considérées mettent aujourd'hui l'accent sur l'ouverture de guichets médico-sociaux et autres « maisons de la solidarité », plus largement ouverts aux catégories sociales les plus précarisées.** Elles tablent par ailleurs sur les opérateurs de terrain pour orienter vers ces nouveaux lieux d'accueil et pour activer les filières d'accès à la prévention et aux soins. Mais on peut craindre que ce schéma ne réponde que partiellement aux besoins de construction de la demande sociale et de sa légitimité à s'exprimer dans ces nouveaux espaces publics.

Au niveau local, la question de la prise en compte des situations des personnes et familles les plus démunies, comme celle des « grands précaires », en appellent régulièrement à la réunion d'une formule complexe de participation qui implique : des élus locaux, des travailleurs du social et du soin, des « médiateurs » ou « passeurs » eux-mêmes en lien étroit avec les « publics », personnes et familles considérées. Les conditions actuelles de traitement politique des conditions de discrimination dans lesquelles se trouvent contraintes aujourd'hui les personnes âgées issues de l'immigration, ne se prêtent guère à la résolution de cette équation.



### Les malentendus du « vieillissement des migrants »

Mais pourquoi chercher à développer une action spécifique pour l'accès des « vieux migrants » au droit commun ?

Il est inhabituel de finaliser un rapport d'étude sur un ensemble de questions qui sont restées partiellement sans réponse, mais cette étude au contact des acteurs publics, comme d'autres avant elle sur le même thème, s'est déroulée dans une certaine incompréhension non explicitée entre enquêteurs et enquêtés, et s'est achevée dans un certain malaise. Le sentiment des enquêteurs a souvent été que les personnes enquêtées se situaient sur la défensive, dans la réticence face au questionnement. Le malentendu a régulièrement porté sur différentes considérations, certaines relatives au fond de la question, d'autres sur **une certaine incompréhension de la notion de discrimination**.

Au premier rang figurent des formes de réticence qui interrogent l'action spécifique :

- Pourquoi chercher à faire catégories sociales autour des vieux issus de l'immigration ? Mais pourquoi donc chercher à faire catégorie ? Le malentendu est profond et ancien : il repose sur un consensus de longue histoire selon lequel il n'est pas d'action publique sans construction de catégories sociales. Mais ce consensus n'est pas fait s'agissant des vieux issus de l'immigration. L'un des revers majeur qu'aura connu le CIRRVI au cours de sa courte existence tient au refus de la collectivité régionale, pourtant récemment chargée d'assumer la formation initiale et continue des personnels médico-sociaux, de participer au financement de la formation des opérateurs sur les conditions et les enjeux du vieillissement des migrants.
- Pourquoi engager le débat sur le travail social et médico-social sur un terrain aussi politisé ? « Le CIRRVI ne doit pas être un opérateur pour mettre en place des actions directement auprès des personnes », disait par exemple le représentant du bailleur ADOMA. On peut poursuivre le questionnement sur ce type de positionnement : mais en quoi une plate-forme régionale devrait-elle se priver de « mettre en place des actions directement auprès » des publics considérés ? Qu'est-ce qui pourrait la justifier en tant que telle si elle ne se situe pas dans l'interface entre les publics potentiels, les professionnels ou bénévoles et les instances politiques ? Le CIRRVI (et le « comité des acteurs » avec lui) s'est ainsi trouvé dans ce genre d'injonction paradoxale où il était sommé de se replier sur ses fonctions premières d'information et de formation, mais sans reconnaissance de sa légitimité à se situer sur ce « créneau », faute de convergence entre représentants de l'État et de la Région.
- Pourquoi s'intéresser à ce point à une aussi infime minorité de la population de la région ? Face aux conceptions de la santé publique qui se donnent les faits sociaux minoritaires comme objet d'étude et d'action, ne cessent de se dresser les conceptions de la santé publique comme relevant uniquement des politiques de la majorité. Après tout, pourquoi les politiques de santé publique devraient-elles se pencher sur le sort des petites minorités ? Pourquoi demander au travail social et aux soignants de se mobiliser spécifiquement auprès de publics d'origine étrangère ?
- Pourquoi un questionnement particulier sur l'accès à la santé et aux soins de certaines catégories de personnes issues de l'immigration de travail ?



**Ces formules traduisent combien le débat de santé sur les « vieux migrants », et autres composantes sociales parmi les plus fragilisées, reste encore très difficile à porter.**

Cinq ans après la recherche-action menée dans la région qui permettait de dégager les facteurs faisant obstacle à l'accès aux droits et aux services des migrants vieillissants, le bilan que nous avons réalisé sur les conditions d'accès aux soins et aux services dans la région sur l'agglomération toulousaine et dans deux pôles ruraux témoigne de l'importance et de la nature des besoins qui restent les plus criants.

Trois axes d'intervention peuvent être dégagés :

- **La sensibilisation et la formation des acteurs et professionnels** : cette orientation apparaît comme un besoin majeur si l'on veut surmonter les « malentendus » de « l'inter culturalité » tels que nous les avons rencontrés auprès d'un grand nombre d'aidants professionnels et non-professionnels.  
Il s'agit d'arriver à « techniciser » ce qui ne relève pas purement de l'approche interculturelle mais de la « complexité » des situations.
- **le renforcement et le développement de la fonction « d'intermédiation »** entre public et service (ex : Génération Solidaire, Permanence MSA31 et 82). Ces modes d'intervention font preuve de leur efficacité pour « aller vers » et pour rendre accessible et traduire les modes d'utilisation des services.
- **la mise en place d'un travail de « commission » type Atelier Santé Ville** dont l'objectif est d'apprécier sur un territoire les besoins et les réponses et qui ne peut être réservé qu'aux quartiers de logement social de la métropole.

Une question reste entière, celle de l'articulation entre les différentes échelles territoriales : de la proximité à la dimension intermédiaire de la ville ou du partenariat départemental à la dimension régionale...

