

FONDATION
croix-rouge française



| Pour la recherche humanitaire et sociale

L'isolement des immigrants vieillissants en Seine-Saint- Denis

Gloria FRISONE

Docteure en anthropologie sociale et ethnologie
EHESS-CESPRA



Les Papiers de la Fondation n° 43

Novembre 2022

-----www.fondation-croix-rouge.fr-----

Cette recherche a été réalisée dans le cadre de l'appel à bourses de recherche de la Fondation Croix-Rouge française et avec le soutien financier de son partenaire, Agirc-Arrco.

La Fondation Croix-Rouge française, créée sur l'initiative de la société nationale de la Croix-Rouge française, a pour vocation d'initier, de soutenir et de récompenser les projets de recherche qui mettent en perspective les principes, pratiques et finalités d'une action humanitaire en transition.

À travers des appels à bourses postdoctorales, l'attribution de prix de recherche et l'organisation d'événements scientifiques, la Fondation Croix-Rouge française vise à définir les enjeux de l'action humanitaire de demain, accompagner les acteurs et les personnes, parties prenantes de la solidarité internationale, diffuser les savoirs issus de regards croisés et stimuler le débat.

Les propos et opinions exprimés dans cet article n'engagent que son/ses auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement ceux de la Fondation Croix-Rouge française.

Le contenu de cet article relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'auteur.

Il est interdit pour un usage autre que privé, scientifique ou pédagogique de reproduire, diffuser, vendre et publier intégralement ou partiellement sous quelque forme que ce soit cet article sans autorisation écrite particulière et préalable, dont la demande doit être adressée à la Fondation Croix-Rouge française.

© Tous droits réservés.

Avec le soutien de



Pour citer cet article :

FRISONE Gloria « L'isolement des immigrés vieillissants en Seine-Saint-Denis », Fondation Croix-Rouge française, *Les Papiers de la Fondation*, n° 43, Novembre 2022, 22 p.

Résumé

La recherche ici présentée a été réalisée grâce au soutien conjoint de la Fondation Croix-Rouge française et la complémentaire retraite Agiirc-Arrco, deux acteurs de référence mutuellement impliqués dans la lutte contre la précarité et l'isolement social des seniors. Dans la poursuite d'une étude précédente en anthropologie et santé publique qui avait déjà porté un certain éclairage sur les difficultés d'accès des immigrés âgés aux dispositifs de prévention du vieillissement, cette recherche s'appuie principalement sur une méthode ethnographique qui combine l'analyse des documents politiques et législatifs, l'observation participante sur le terrain, et des entretiens semi-directifs avec les acteurs locaux et les usagers issus de l'immigration de 55 ans ou plus. L'objectif est d'appréhender les raisons de leur moindre recours, voire du non-recours, et de favoriser leur accès aux services de prévention et de promotion du bien vieillir. L'importance de cette enquête repose sur la grande fragilité des immigrés âgés, face à laquelle les dispositifs existants nécessitent encore aujourd'hui une réflexion approfondie et une adaptation, afin d'étendre à toute la population les mêmes attentes de bien vieillir.

Mots-clés : Immigrés vieillissants, prévention, bien vieillir, précarité, isolement social.

Summary

This research has been realized by the complementary findings of Fondation Croix-Rouge française and Agiirc-Arrco, mutually involved against the precariousness and social isolation of elderly. Coming from a previous study in anthropology and public health which had already demonstrated the difficulties of elderly immigrants to access to aging prevention devices, this research aims at understanding the reasons for their lesser use, or even the non-use of this programs, to promote the successful aging in Seine-Saint-Denis. The ethnographic method is combined with the analysis of political and legislative documents, participant observations in the fieldwork, and semi-structured interviews with local actors and elderly immigrants aged 55 or over. The importance of this survey is based on the great fragility of elderly immigrants. In this context, we should adapt the existing systems for preventing the loss of autonomy to extend to all population the same expectations for a successful aging.

Keywords: elderly immigrants, prevention, successful aging, precariousness, social isolation.

L'isolement des immigrés vieillissants en Seine-Saint-Denis

Introduction

Contexte de recherche

La lutte contre l'isolement des seniors en France est au cœur de la « Loi d'adaptation de la société au vieillissement » promulguée le 28 décembre 2015¹. Associées dans cette mission, la Fondation Croix-Rouge française et l'Agence de complémentaire retraite Agirc-Arrco ont attribué une bourse de recherche au projet intitulé « L'isolement des immigrés vieillissants en Seine-Saint-Denis ». Cette recherche vise à appréhender les dynamiques sociales et les particularités territoriales qui sont à la base du moindre recours, voire du non-recours, des immigrés vieillissants aux services de prévention de la perte d'autonomie inscrits dans les Contrats locaux de santé du département concerné. Elle a pour vocation de favoriser leur accès aux dispositifs de prévention et de promotion du bien vieillir.

Parler d'immigrés vieillissants plutôt que d'immigrés âgés n'est pas un détail terminologique, mais relève d'un positionnement théorique fondamental. En premier lieu, quand nous parlons d' « immigré » nous faisons référence à la définition officielle de l'INSEE selon laquelle l'immigré est « une personne née étrangère à l'étranger »². Cette définition fait rentrer dans la catégorie d'immigré aussi bien les immigrés naturalisés (de nationalité française) que les immigrés étrangers et correspond au point de vue de la société d'accueil, la France, où se situe notre terrain de recherche. En deuxième lieu, portant sur la prévention des conséquences pathologiques du vieillissement, responsables de la dépendance et de la perte d'autonomie, notre proposition prend en compte les différentes phases de l'entrée en vieillesse : asymptomatique, présymptomatique, non pathologique. Il s'agit donc de se concentrer plus sur le processus de vieillissement que sur la définition de « personnes âgées ». Cette phase précoce du vieillissement est moins définie par les études statistiques qui fixent l'âge de l'entrée en vieillesse entre 60 et 65 ans, à savoir au moment de l'accès à la retraite³. En revanche, nous avons choisi de centrer notre proposition sur les immigrés âgés de 55 ans et plus. Vu l'instabilité des trajectoires professionnelles et la précarité des conditions de vie, cette phase précoce touche les immigrés de manière encore plus prématurée. De nombreuses études sociologiques ont montré que les personnes issues des premières migrations des années 60-70 représentent une population particulièrement fragile⁴ avec un

¹ BROUSSY, Luc, L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO ! », Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Rapport à Mme Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie, 2013, 202 pp. [Source en ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Broussy.pdf (Date de consultation : 21 août 2021).

² Définition INSEE. [Source en ligne] <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328> (Date de consultation : 30 juin 2021).

³ BOURDELAIS, Patrick. *Le nouvel âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement et des populations*. Paris : Odile Jacob, 1993, 29 pp. – GUILLEMARD, Anne-Marie, *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*. Paris : Mouton, 1972, 343 pp.

⁴ BAS-THERON, Françoise, MICHEL, Maurice. Rapport sur les immigrés vieillissants. *Inspection générale des affaires sociales*. Rapport 2002, n° 126, Paris. [Source en ligne] <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000107.pdf> (Date de consultation : 21 août 2021) – BERCHET, Caroline, JUSOT, Florence, Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une

état de santé bien plus dégradé par rapport à la population autochtone de même âge et condition⁵ : venant en prévalence de l'Afrique du Nord et subsaharienne, sont restées vivre et vieillir dans les quartiers populaires et les banlieues industrialisées⁶. Entrant prématurément dans la vieillesse, ils peuvent entraîner une dépendance également précoce⁷.

Cette fragilité accrue des immigrés face au vieillissement dépend d'une condition particulièrement exacerbée de *précarité* et d'*isolement*, ceux-ci étant deux désavantages sociaux distincts, quoiqu'associés le plus souvent. La *précarité* des immigrés concerne plus particulièrement l'instabilité juridique et professionnelle, les mauvaises conditions de logement, de maigres ressources économiques et une couverture médicale insuffisante. L'*isolement* indique plutôt « la situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger »⁸. De ce fait, l'*isolement social*, étant une condition objective de marginalisation territoriale, exclusion sociale et pauvreté relationnelle, se distingue de l'*isolement psychologique*, qui désigne plutôt un sentiment de solitude subjectivement perçu, pouvant survenir en conséquence de l'isolement social, pour entraîner, ensuite, la perte d'autonomie. L'impact de l'isolement sur la santé physique et psychologique des personnes âgées est devenu désormais évident : il accélère les pertes d'autonomie, notamment chez les plus âgés⁹. Combattre l'isolement des seniors s'inscrit dès lors dans une politique de santé publique qui a pour mission de prévenir la dépendance et la perte d'autonomie.

La carence d'une politique de prévision du vieillissement de l'immigration explique la cumulation de tous les désavantages sociaux et économiques qui sont à la base de la détérioration de l'état de santé¹⁰. Bien que la précarité socio-économique joue un rôle de

analyse en décomposition. *Économie publique*, 2009, v. 1-2, n. 24-25, pp. 73-100 [En ligne] <http://economiepublique.revues.org/8484> (Date de consultation : 21 août 2021).

⁵ ATTIAS-DONFUT, Claudine, TESSIER, Philippe. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société*, 2005, v. 3, n° 46, pp. 89-129 [Source en ligne] <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2005-3-page-89.htm> (Date de consultation : 21 août 2021) – BERCHET, Caroline, JUSOT, Florence. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé*, 2012, n. 172, pp. 1-8 [En ligne] <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf> (Date de consultation 21 août 2021).

⁶ LILLO, Natacha, et al. Île-de-France, histoire et mémoires des immigrations depuis 1789. Histoire des immigrations, Panorama régional, *Hommes & migrations*, 2009, v. 2, n. 1278, pp. 18-31 [Source en ligne] <https://journals.openedition.org/hommesmigrations/209> (Date de consultation : 21 août 2021) – BERNARDOT, Marc. *Loger les immigrés. La Sonacotra 1956-2006*. Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant, 2008, 296 pp. – BERNARDOT, Marc. Le vieillissement des migrants dans les foyers. *Hommes & Migrations*, 1999, n. 1219, Connaître et combattre les discriminations, p. 99-102 [Source en ligne] <https://doi.org/10.3406/homig.1999.3335> https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_1999_num_1219_1_3335 (Date de consultation : 21 août 2021).

⁷ GALLOU, Rémi. Le vieillissement des immigrés en France. Le cas paroxystique des résidents des foyers. *Politix*, 2005, n° 72, p. 57-77 [Source en ligne] www.cairn.info/revue-politix-2005-4-page-57.htm (Date de consultation : 20 août 2021).

⁸ SERRE, Jean-François. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité. *Les éditions des journaux officiels*. Conseil économique, sociale et environnemental. « Les avis du CESE, 2017, p. 8., 185 pp. [Source en ligne] : https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_17_isolement_social.pdf (Date de consultation : 17 août 2021).

⁹ AQUINO Jean-Pierre. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Rapport 2013 sur la loi d'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Mission d'appui IGAS, Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie [Ressource en ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Aquino.pdf (Date de consultation : 20 août 2021).

¹⁰ CHAOUITE, Abdellatif. Personnes âgées immigrées et politique publique. *Les cahiers de Profession Banlieue*. « Questions de santé : des outils au plan local », juin 2007, p. 108 [pp. 107-118].

premier rang¹¹, l'isolement social et le manque d'intégration semblent avoir un impact encore plus néfaste sur l'état de santé, en posant des barrières à l'accès aux droits et aux soins¹². Cette problématique du vieillissement des personnes immigrées devient un enjeu de plus en plus important du vivre ensemble, de la citoyenneté et de l'égalité comme en témoigne la Mission d'Information de l'Assemblée nationale sur les immigrés âgés qui s'est tenue entre janvier et juillet 2013¹³. Créée le 20 novembre 2012, « à la suite de la visite que le Président Bartolone a effectuée, en compagnie de plusieurs collègues députés, dans un foyer Adoma, de Bobigny », elle a pour objectif de prendre en compte la situation de forte précarité et la difficulté d'accès aux droits de tous ces immigrés âgés ayant contribué à l'essor de la France, surtout pendant la période des « Trente Glorieuses ». Cette mission a eu le mérite de donner plus de visibilité à la situation du vieillissement des migrants et de proposer des préconisations pour améliorer leurs conditions de vie et favoriser leur accès aux droits et aux soins.

Notre enquête intervient dans ce contexte. À partir du constat posé sur le moindre recours aux soins, notre objectif est de questionner l'accès des immigrés à la prévention face au vieillissement. D'après le peu d'études sociologiques sur le sujet, on sait que l'expérience migratoire peut « complexifier les possibilités d'accès au bien-vieillir des personnes immigrées en France »¹⁴ malgré l'ouverture des services de prévention à toute la population âgée, sans aucune distinction de nationalité ou origine¹⁵. D'abord l'immigré, et notamment l'immigré âgé est touché par la discrimination¹⁶. Ensuite, la marginalité et l'isolement influencent également le sentiment d'avoir ou non le droit¹⁷. Enfin, recourir aux actions de prévention suppose aussi d'en ressentir le besoin et d'en percevoir l'utilité¹⁸. Or, dans des conditions de forte précarité (baisse des ressources, paupérisation), la santé n'est pas toujours considérée comme étant prioritaire, surtout pour un retraité immigré qui se trouve toujours à faire face aux contraintes sociales liées au projet migratoire : survenir aux besoins de sa famille et envoyer une partie

¹¹ FASSIN, Didier. Les inégalités de santé. In : Fassin D., Hauray B. (eds.). *Santé publique. L'état des savoirs*. Paris : Inserm, La Découverte, p. 413-424, 2010.

¹² ATTIAS-DONFUT, Claudine. *L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*. Paris : Armand Colin Éditeur, 2006, pp. 121-151 - BEAUCHEMIN, Cris, HAMEL, Christelle, SIMON, Patrick (dir.) *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France*. Paris : Ined éditions (Coll. Grandes enquêtes), 2015, 624 pp.

¹³ BACHELAYS, Alexis. Rapport sur la Mission d'Information de l'Assemblée nationale sur les immigrés âgés janvier et juillet 2013. N° 1214, Assemblée Nationale, 14ème Législature [Source en ligne] https://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-mimage/12-13/c1213017.asp#P9_207 (Date de consultation : 18 août 2021).

¹⁴ MARTINEAU, Aurélien, PLARD, Mathilde. Les personnes âgées immigrées à l'épreuve du *successful aging*. Cybergeo : European Journal of geography, « Politique, culture, représentations », document 853, mars 2018 [Source en ligne] <http://journals.openedition.org/cybergeo/29118> (Date de consultation : 20 août 2021).

¹⁵ CHAOUITE. Personnes âgées immigrées et politique publique, 2007, *op. cit.*, p. 111.

¹⁶ BEQUE, Maryline. Le vécu des attitudes intolérantes ou discriminatoires par les personnes immigrées et issues de l'immigration. Études et résultats, ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale, Direction de la recherche, des études et des statistiques (DRESS), n. 424, septembre 2005, pp. 1-7 [Source en ligne] URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er424.pdf> (Date de consultation : 23 août 2021).

¹⁷ CADRE, Estelle. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé publique*, v. 19, n. 2, 2007, pp. 99-109.

¹⁸ LOMBRAIL, Pierre., PASCAL, Jean. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, vol. 3, n° 8, 2005, p. 31-39.

de sa petite retraite au pays d'origine¹⁹. D'après des études anthropologiques²⁰, les différences culturelles interviennent également dans les représentations de la vieillesse et de la maladie. De ce fait, les programmes de prévention de la perte d'autonomie définis dans les plans « bien vieillir » et centrés sur le concept gériatrique de « vieillissement actif », n'arrivent pas à cibler les immigrés âgés²¹.

Sur la base des résultats d'études précédentes, nous nous attendions à faire le constat en premier lieu de l'insuffisance de certaines actions ciblant uniquement les conditions de précarité les plus visibles et reconnues, comme celles des résidents des foyers de travailleurs migrants. Nous avons donc ciblé tous les immigrés en condition de précarité, soient-ils des résidents des foyers ou demeurant en habitat diffus²². Parmi ces derniers, les femmes sont les plus isolées et par conséquent encore moins joignables par les dispositifs²³. Dans la conviction que l'expérience personnelle du vieillissement et la condition de santé sont influencées aussi par les représentations associées au « bien vieillir », nous essayerons de mesurer l'impact d'un certain décalage culturel pouvant perdurer et de suggérer des pistes ou stratégies pour améliorer l'accès des immigrés aux programmes bien vieillir.

Terrain de recherche

Compte tenu des caractéristiques socio-économiques de ses populations et des enjeux liés au bien-vieillir des personnes âgées immigrées, nous avons choisi de placer le terrain de recherche dans le département de la Seine-Saint-Denis. En moyenne, la population âgée du département, avec un indicateur de fragilité de 5, est considérée comme étant en plus grande fragilité que dans les autres départements d'Île-de-France. De plus, la présence de population de nationalités étrangères, très marquée dans le département (29,7 %, versus 19 % en Île-de-France, versus 9,3 % au niveau national, au recensement 2015), est également forte parmi les personnes âgées²⁴. Enfin, comme évoqué dans le Schéma départemental d'autonomie et d'inclusion 2019-2024 « la nationalité étrangère peut constituer un indicateur de fragilité sociale en termes d'accès ou de recours aux droits »²⁵. Ce département compte également un

¹⁹ ATTIAS-DONFUT, Claudine, *L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France* 2006, *op. cit.*

²⁰ NGATCHA-RIBERT, Laëtitia. Migrants âgés et maladie d'Alzheimer : cultures, diversités, identités », *Hommes & migrations*, n. 1309, pp. 79-85.

²¹ FRISONE, Gloria, COUILLLOT, Marie-France. Le bien-vieillir et les immigrés en Seine-Saint-Denis. Les pistes d'une enquête. *Retraite et société*, n° 80, 2018, p. 35-55.

²² Pour « habitat diffus » l'on entend généralement des logements ordinaires relevant d'une construction individuelle et destinée à loger des particuliers (soient-ils seuls ou en couple, on des familles). Dans cette catégorie l'on retrouve les hôtels meublés, des garnis, et toute appendice locative (Gallou 2007, p. 91).

²³ ATTIAS-DONFUT, Claudine, DELCROIX, Catherine. Femmes immigrées face à la retraite ». *Retraite & société*, n° 43, 2004, p. 137-163 [Source en ligne] <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2004-3-page-137.htm> (Date de consultation : 19 août 2021).

²⁴ En 2011 on compte 66 000 personnes étrangères âgées de plus de 55 ans (soit 20% de la tranche d'âge, contre 11% en Ile-de-France. (Service de l'Observatoire Départemental, SOD, de la Direction de la stratégie, de l'organisation et de l'évaluation, DSOE. Les personnes âgées en Seine-Saint-Denis, Janvier 2016, p. 4 [Source en ligne] https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/2016_focus_n4_janvier.pdf (Date de consultation : 20 août 2021).

²⁵ Schéma Autonomie et Inclusion 2019-2024, p. 82 [Source en ligne] https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/schema_departemental_autonomie_et_inclusion_2019-2024_-3.pdf (Date de consultation : 20 août 2021).

nombre important de foyers de travailleurs migrants (FTM), accueillant des hommes isolés. Installés durablement dans ces habitats collectifs, dont certains ont été transformés en Résidences sociales dans le cadre du Plan national de traitement des foyers de travailleurs migrants depuis 1997²⁶, ces résidents ont vieilli dans des logements inadaptés à l'âge avancé²⁷. D'autres types d'habitats sont l'habitat diffus (hôtels meublés, garnis, et autres appendices locatifs indignes) et logement ordinaire²⁸.

En Seine-Saint-Denis les mauvaises conditions de logement des immigrés âgés prennent des proportions inquiétantes²⁹. Ici, la politique de santé publique s'associe à la politique de la ville dans la « lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé », notamment dans les « zones urbaines sensibles » (ZUS), qui ont fait l'objet d'un processus de décentralisation du pouvoir national en faveur des collectivités locales³⁰. Pour finaliser ce projet, les premiers CLS ont été signés en 2011 et relancés en 2016. Enfin, une troisième génération de CLS a vu le jour à partir de 2018. Signés entre les Agences Régionales de Santé (ARS) et les territoires, ces contrats témoignent de l'intérêt des politiques publiques locales à s'investir dans la lutte contre les disparités dans l'accès aux services sanitaires pour la population la plus fragile³¹. D'autres acteurs également impliqués sont : la Préfecture, le Conseil départemental, CPAM, MSA, CCAS ou CDAS, des associations et des professionnels de santé du secteur public ou en libéral³². Grâce à une analyse détaillée des Contrats locaux de santé (CLS) sur l'ensemble du territoire, nous avons décidé de restreindre notre investigation à cinq communes où les dispositifs de prévention inspirés du « bien vieillir » ciblent spécialement les immigrés vieillissants habitant dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville³³. Ensuite, nous avons analysé les politiques de prévention prévues, les actions menées par les professionnels du domaine sanitaire et social, ainsi que les représentations et perceptions des immigrés eux-mêmes face au vieillissement. Enfin, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de différents professionnels du social et de la santé, et auprès d'immigrés âgés.

Méthodologie

²⁶ DESRUMAUX, Gilles. Étranges étrangers, étranges foyers ! *Écart d'identité*, « Lieux des mémoires de l'immigration : un patrimoine national », n° 115, 2009, p. 29 [29-37].

²⁷ SAMAOLI, Omar. Immigrants d'hier, vieux d'aujourd'hui : la vieillesse des Maghrébins en France, *Homme & Migration*, n° 1126, 1989, p. 9-14.

²⁸ GALLOU, Rémi. Le vieillissement des immigrés dans la cité, *Les cahiers de Profession Banlieue*, « Questions de santé : des outils au plan local », juin 2007, p.91 [83-105].

²⁹ SAMAOLI, Omar. *Retraite et vieillesse des immigrés en France*. Paris : L'Harmattan, 2007, p. 89 [276 pp].

³⁰ RICHARD, Catherine. La santé et la politique de la ville, *Les cahiers de Profession Banlieue*, « Questions de santé : des outils au plan local », juin 2007, p. 9-32.

³¹ MANNONI, Chantal. *Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis* : Profession Banlieue, Préfecture de la Seine-Saint-Denis, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, 112 pp.

³² PLARD, Mathilde., MARTINEAU, Aurélien, FLEURET, Sébastien. Les immigrés au seuil du grand âge. *Homme & Migration*, n° 1309, 2015, p. 31-37.

³³ Dans le respect de l'anonymat de nos référents et interlocuteurs qui recouvrent des fonctions publiques bien reconnaissables, nous n'allons pas citer dans cet article les cinq collectivités concernées, mais nous allons utiliser une indication chiffrée en suivant l'ordre alphabétique (C1, C2, C3...).

Cette recherche est focalisée sur des contextes micro-locaux et vise à faire émerger le point de vue des personnes interrogées. Elle adopte principalement une méthode ethnographique qui combine l'analyse des documents politiques et législatifs, l'observation participante sur le terrain, et des entretiens semi-directifs avec les acteurs locaux et les usagers issus de l'immigration de 55 ans ou plus. Avec une vocation proprement *émique*, l'approche anthropologique vise à interroger le point de vue des personnes interpellées pour mettre en lumière la complexité des situations et la pluralité des perspectives. Cette approche reste la mieux adaptée à cerner la perception de risque des personnes immigrées face au vieillissement qui dépend aussi bien de représentations culturelles de la vieillesse que des expériences réelles de précarité et isolement. Or, ce regard a servi également à appréhender la perspective de tous les autres intervenants : responsables d'institutions, membre du milieu associatif, professionnel de santé, etc.

Cela dit, afin de mieux cerner les déterminants environnementaux, économiques et sociaux de santé sur le territoire, la recherche de terrain a été anticipée par une analyse détaillée des diagnostics sanitaires qui introduisent les CLS, auxquels ont participé les organismes publics contactés. Ensuite, nous avons mené des entretiens avec un représentant de chaque structure (responsables, directeurs, chargés de missions, etc.). Les institutions mobilisées ont été cataloguées en trois typologies : les *organismes* publics (16 intervenants), *les associations* (8 intervenants) et *les professionnels de santé* (4 intervenants). L'objectif de ces entretiens est de comprendre si la condition de vulnérabilité des immigrés vieillissants a émergé en tant que problématique de santé publique, si elle a été prise en charge par les dispositifs de prévention existants et comment cette prise en charge a été menée. Une attention particulière a été portée sur les freins et les leviers dans l'accès à ces dispositifs de prévention de la part des immigrés vieillissants. Quelles sont les difficultés rencontrées à rejoindre ce public ? Quelles sont les stratégies adoptées pour contourner ces difficultés ? Comment réussir à mettre en place une politique d'« aller vers » ? Une question centrale se pose sur ce point : faut-il prévoir une prise en charge spécifiquement adaptée à cette population où il vaut mieux favoriser son accès aux services du droit commun ?

Quant aux immigrés âgés de 55 ans ou plus, nous en avons interviewé 16 au total avec une surreprésentation des hommes (12) par rapport aux femmes (4). Rencontrées à l'occasion d'observations participantes au sein des structures associatives, centres municipaux et résidences sociales où sont mises en place des actions d'intégration (permanences d'accès aux droits et aux soins, atelier linguistique, civilisation), ateliers de bien-vieillir (éducation thérapeutique, activité physique) et action de prévention (dépistages des maladies chroniques, dépistage et vaccination anti-COVID-19 etc.), ces personnes ont été interviewées sur place. Dans un seul cas, un résident du foyer a été interrogé en dehors de sa résidence. En ce qui concerne les femmes, nous les avons rencontrées plusieurs fois dans les associations et à l'occasion de visites à domicile. Les questions posées ont toujours abordé trois thématiques principales : le projet migratoire (migration provisoire, définitive, aller-retour), la condition de vie en France dans le passage entre l'activité professionnelle et l'accès à la retraite, leur état de santé et leurs approches à la santé et à la prévention. L'objectif de ces entretiens était de comprendre leurs points de vue par rapport aux actions qui sont mises en place, les besoins ressentis et les modalités d'accès aux soins et à la prévention, ainsi que les représentations associées aux concepts de bien vieillir pouvant faire l'objet d'un décalage culturel avec l'administration publique, le système sanitaire, les collectivités locales et les associations qui sont en premier plan sur l'offre de services de proximité.

L'ambition finale de notre proposition est de pouvoir montrer les relations dialectiques complexes qui existent entre les différentes réalités des territoires. Il s'agit aussi d'appréhender les stratégies d'intervention des différents intervenants (professionnels de santé, interprètes professionnels et médiateurs, associations), sans négliger également les représentations culturelles et les attitudes sociales face au vieillissement, ainsi que leur impact sur la perte d'autonomie des personnes vieillissantes immigrées. L'objectif est de favoriser l'accès des immigrés âgés aux programmes en soutien du « bien vieillir », mais aussi de faire remonter les besoins réellement perçus par cette population migrante. Pour que ces programmes de prévention atteignent leur mission d'améliorer la santé des immigrés vieillissants et de retarder leur perte d'autonomie, il est prioritaire d'améliorer les dispositifs déjà existants et de mettre en place d'autres stratégies directement consacrées à la population immigrée vieillissante, compte tenu aussi de l'importance d'adopter des approches scientifiques, sociales et politiques plus ouvertes et pluralistes.

Résultats

Dans leur ensemble, les entretiens confirment tout ce qui a été repéré dans la vaste littérature disponible aujourd'hui en matière d'immigration. Ce cadre général peut se résumer en trois aspects principaux soulignés dans le rapport Broussy³⁴.

En premier lieu, *l'histoire de la migration influence* les modes de vie et les conditions de logements des immigrés vieillissants d'aujourd'hui. « Les résidents des foyers des travailleurs migrants construits dans les années 1960 sont issus d'une migration maghrébine et subsaharienne qui remonte aux premiers flux migratoires »³⁵. Pour les hommes arrivés en France en tant qu'ouvriers temporaires et vivant toujours dans ces foyers on observe : une vulnérabilité sociale et sanitaire caractérisée par la vie en foyer, des difficultés d'accès aux droits et aux soins dues à l'insécurité professionnelle pesant sur le montant de la pension, des difficultés au maintien des droits et de gestion administrative dues à un mode de vie transnational (aller-retour, « navette »), l'apparition de maladies professionnelles aggravées à l'âge de la retraite, des habitudes alimentaires fortement conditionnées par la vie en collectivité, etc. Quant aux femmes, qui « ont rejoint leurs maris dans le cadre d'une politique successive de regroupement familial »³⁶, nous observons une barrière linguistique plus forte et répandue, un veuvage plus fréquent, une condition d'isolement à cause d'une activité professionnelle moindre, un sentiment de solitude plus déclaré, et un réseau social encore plus restreint qui les éloigne davantage du droit commun.

En deuxième lieu, *le profil sociologique de cette population n'a pas changé depuis la migration en France*. Pour ces hommes et ces femmes issus de l'immigration, un lien persiste entre la pénurie des ressources économiques et les difficultés d'accès aux droits qui se poursuit dans la vieillesse. Si « les personnes qui habitent dans les foyers [...] se rendent compte qu'ils n'ont pas fait valoir leurs droits, qu'ils ont une petite retraite », les femmes qui ont travaillé en moindre mesure « se retrouvent avec des très petites retraites ou des minimas

³⁴ BROUSSY, Luc. L'adaptation de la société au vieillissement de sa population, 2013, *op. cit.*

³⁵ Responsable développement social de la Direction territoriale de la Seine-Saint-Denis de Adoma (en partenariat avec CDC Habitat), Entretien en présentiel, Mercredi 28 avril 2021, 9h-12h.

³⁶ Responsable du Service Communale d'Hygiène et de Santé, C4, Entretien en présentiel.

sociaux »³⁷. La condition permanente de précarité économique et d'isolement social liée aux contingences matérielles du départ se transmet et se simplifie tout au long de la vie.

Enfin, *isolement social et précarité économique sont à la base d'une condition de santé très vulnérable et fragile*. Les pathologies les plus diffuses sont le diabète, l'obésité, le surpoids, les problèmes de la vue, les atteintes buccodentaires et, enfin, l'hypertension artérielle, une « *maladie silencieuse* »³⁸ qui se cache derrière une absence des symptômes en engendrant une attitude de non-recours ou de recours retardé aux soins. Premièrement lié à leur condition économique et à l'extraction ouvrière, l'isolement social cumulé tout au long de la vie n'a pas permis aux immigrés de sortir de la condition débutante, en engendrant une fragilité majeure.

Droit commun ou dispositif spécifique ?

La fragilité majeure des immigrés vieillissants se présente désormais comme un défi collectif impliquant les acteurs politiques et associatifs à l'échelle nationale et locale.

À l'échelle nationale, cette action de prévention relève du droit commun et se décline sur trois niveaux : la prévention primaire qui comprend une série d'actions inscrites dans la politique de bien vieillir (activité physique, atelier bien-vieillir, campagnes d'information, dépistages des maladies chroniques) ; la prévention secondaire concernant les ateliers de prévention de chutes pour les personnes de 60 ans ou plus et l'éducation thérapeutique consacrée aux patients atteints de pathologies chroniques nécessitant un suivi au quotidien (diabète, hypertension, maladies cardiovasculaires, maladies neurodégénératives, etc.) ; enfin, la prévention tertiaire qui comporte une série de prestation et d'aides à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie. L'objectif de ces services est de prévenir la perte d'autonomie, favoriser le maintien à domicile et retarder l'entrée en institutions (EHPAD, maisons de retraite). Dans leur ensemble, ces actions de prévention font l'objet de projets d'intervention au niveau local.

Dans une démarche de décentralisation du pouvoir et des compétences en santé publique, ces programmes sont financés par l'État qui, pour autant, ne se fait pas porteur des projets. Créée en 2015, avec l'entrée en vigueur de la « Loi d'adaptation de la société au vieillissement », la conférence des financeurs, coordonnée par la Caisse nationale d'Assurance vieillesse (CNSA), prévoit une série de réunions distribuées « sur l'ensemble du territoire métropolitain et outremer, à même d'orienter une stratégie commune en matière de prévention de la perte d'autonomie »³⁹. Ainsi, cette action de prévention se concrétise au niveau local. L'État a le rôle de financeur et veille à l'efficacité des programmes locaux.

Toutefois, les institutions et associations qui travaillent plus en proximité avec la population précarisée des quartiers se rendent compte que « le droit commun national ne suffit pas en

³⁷ Cheffe de service santé publique, Direction de santé, C5, Entretien en visioconférence, Mardi 8 décembre, de 10h à 11h15.

³⁸ Infermière en pratique avancée, CMS C5, Foyers ADOMA C5, internat de master Université Paris 8, Entretien en visioconférence, Jeudi 21 janvier, de 10h à 11h30.

³⁹ Chargée de mission au sein de la Direction de la compensation de la perte d'autonomie - Pôle Partenariats institutionnels de la CNSA, Entretien en visioconférence, Jeudi 10 décembre, de 16h à 17h00.

Seine-Saint-Denis »⁴⁰, car il ne répond pas aux besoins des populations des quartiers prioritaires où les personnes âgées risquent d'être davantage touchées par l'isolement. Des mesures majeures, relevant d'une « politique volontariste locale », sont donc mises en œuvre par le Conseil Départemental. Ces mesures locales ne prévoient pas la réalisation de dispositifs spécifiques pour les immigrés âgés : certaines actions sont portées en faveur des personnes âgées en général, d'autres interviennent dans la prise en charge de la population étrangère et des sans-papiers. Dans les deux cas, il s'agit surtout d'actions intégrées dans la politique de la ville en soutien des quartiers prioritaires. Cependant, en tant que population précaire, les immigrés vieillissants seraient formellement touchés par le droit commun qui vise à lutter contre la précarité territoriale dans les QPV. En général, le droit commun local cible, d'abord, la précarité territoriale et, indirectement, la « question migratoire ». Ce serait donc par une approche « territoriale » que la « question migratoire » finit par être traitée de manière indirecte et transversale. La gestion territoriale de la précarité permet, d'abord, d'« aller vers » la population la plus fragile des quartiers prioritaires, ce qui relève d'une « une volonté politique » bien déclarée⁴¹. Cette approche territoriale de la précarité sert aussi à garantir des droits équitables et ouverts à tous et est censée concerner en même temps les immigrés âgés, sans mettre en place des dispositifs spécifiques à leurs égards qui risqueraient de les discriminer. Dans le respect du principe d'autonomie de l'utilisateur, « il faut que ces personnes aient des droits », mais il faut en même temps que « ces droits soient garantis « dans des lieux ouverts à tous ». Élaborer des programmes spécifiques pour ces personnes serait équivalent à « les enfermer et les considérer comme un public qui n'a pas la capacité d'aller vers le droit commun ». ⁴²

Or, dans les faits, les immigrés vieillissants peinent toujours à accéder aux dispositifs de prévention relevant du droit commun, ce qui rend parfois nécessaire de « mettre en place des actions et une façon de faire un peu spécifique »⁴³. Sans préjudice des raisons éthiques, si on ne veut pas discriminer positivement les immigrés en leur consacrant des dispositifs spécifiques, parallèlement on devrait leur permettre de s'emparer de leurs droits pour éviter toute forme de discrimination négative. Cette contradiction entre discrimination positive et négative rejoint pour certains la volonté ancrée dans la « culture politique française » de conserver « l'image d'égalité de la France »⁴⁴. Pour garantir l'application réelle de la politique « d'aller vers » et éviter la discrimination négative des immigrés vieillissants, les acteurs locaux sont donc amenés à adapter les valeurs éthiques de la Nation aux contextes locaux.

Comment éviter la discrimination négative sans basculer sur une discrimination positive ?

⁴⁰ Conseiller socio-éducatif du Pôle expertise médicale dans le Service populations âgées de la Direction personnes âgées et handicapées du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, Entretien en visioconférence, Lundi 7 décembre de 14h à 15h45.

⁴¹ Chef de service du Pôle Prévention et Promotion de la santé, C2, Entretien en visioconférence, Vendredi 18 décembre, de 10h50 à 11h30.

⁴² Chargée de la documentation, de la gestion de l'information et des questions de santé, Association C5, Entretien en présentiel, Mercredi 2 décembre, de 9h à 10h15.

⁴³ Responsable CMS C1, Entretien en présentiel, Vendredi 2 avril, de 13h à 14h.

⁴⁴ Directeur, Association C3, Entretien en présentiel, Jeudi 22 avril, de 14h30 à 16h30.

La constatation faite à l'échelle locale du non-recours des immigrés aux dispositifs de soins et de tentative de solution face au vieillissement, amène les institutions locales à réaliser des actions spécifiques ciblant un public particulier : les habitants des FTM. Tous les interlocuteurs, se tardent à parler de ces ex-travailleurs immigrés, dont la condition d'extrême précarité et d'isolement a été désormais bien saisie. Si on n'accepte pas de spécifier la prise en charge de la population immigrée en matière de catégorie sociale, il est tout à fait attendu, voire demandé, de mener des actions en dehors du droit commun pour aller en direction des résidents des FTM. Financées par les ARS et le Département, ces actions spécifiques sont mises en place par les associations. L'approche est dans ce cas sociale et vise à combattre la précarité et l'isolement auprès la population particulièrement fragile des foyers. Tout d'abord, c'est leur condition sociale et non pas leur origine « ethnique » qui est prise en compte. En plus, ces dispositifs sont conçus comme étant des passerelles qui ont pour vocation d'orienter vers le droit commun un public isolé dans les foyers.

Cette démarche est au cœur de la fonction publique de médiation sociale gérée par les entreprises gestionnaires et assurés par des travailleurs sociaux et des associations. La médiation sociale et la médiation gérontologique sont des dispositifs d'accompagnement au droit commun, implantés directement dans les FTM. Ils se différencient en fonctions de l'âge. « La médiatrice sociale travaille avec tout le public, quel que soit l'âge, et gère toutes les démarches administratives »⁴⁵. En revanche, « la médiation gérontologique se caractérise encore plus par une "démarche d'aller vers" et cible les résidents âgés avec des difficultés de santé »⁴⁶. L'action gérontologique naît au sein de l'action de médiation sociale et vise à répondre à l'exigence née du constat fait que la population vieillissante vivant en résidence sociale ne sollicite pas facilement les institutions et ne connaît pas ses propres droits. Elle favorise en même temps l'accès en foyer des services d'aides à domicile ou le transfert en EHPAD qui fait « suite à une demande d'hospitalisation »⁴⁷. En général, les dispositifs de médiation sont considérés comme des passerelles vers le droit commun, ce qui permet formellement d'éviter la discrimination positive.

Quant aux immigrés vieillissant en habitat diffus, ils sont encore largement méconnus, voire invisibles, et par conséquent éloignés davantage du système de droits commun. La raison est double : d'une part la fragilité des habitants en foyers atteint dans certains cas son paroxysme, d'autre part, ils sont plus visibles et mieux reconnaissables par les pouvoirs publics. Dans ce cas, les acteurs locaux font face à une contrainte « éthico-politique » majeure : « si on n'essaye pas de cibler spécifiquement » la population immigrée et vieillissante, c'est parce que « ça pourrait sembler peu étique finalement d'agir en faveur d'une certaine population »⁴⁸. L'invisibilité des immigrés résidants en dehors des structures d'hébergement est ainsi expliquée par la volonté d'éviter toute forme de stigmatisation fondée sur le repérage statistique de leurs origines. Cependant, en contact avec un public vivant dans une forte précarité comme les immigrés vieillissants dans le diffus, des associations mettent en place des dispositifs de médiation directement consacrés au public étranger. Il s'agit des Permanences d'accès aux droits assurées par les associations en lien avec les Directions de santé et les services communaux d'accompagnement social (assistantes sociales, écrivains publics, adultes, relais, pairs aidants, etc.).

⁴⁵ Responsable insertion sociale, Adoma, Entretien en présentiel, Mercredi 19 mai 2021, 10h-12h.

⁴⁶ Responsable insertion sociale, Adoma.

⁴⁷ Responsable insertion sociale, Adoma.

⁴⁸ Chef de service du Pôle Prévention et Promotion de la santé, C2.

Les raisons du non-recours sont multiples et strictement associées

Les constats faits par les professionnels de santé et du social sur les difficultés qui rencontrent les migrants vieillissants dans leur parcours d'accès aux droits et à la santé confirment nos hypothèses de départ : barrière linguistique et culturelle, méconnaissance des droits, faibles ressources économiques. Nos interlocuteurs soulignent également une couverture médicale insuffisante et une offre de soins réduite dans les quartiers prioritaires. On observe aussi une certaine méfiance des migrants vieillissants vis-à-vis de l'administration. Cette méfiance, doublée de l'absence d'un réseau social de confiance, éloigne les migrants vieillissants des services d'aide et d'accompagnement en renforçant leur isolement social, notamment pour ceux qui vivent dans le logement diffus.

Parmi ces freins, une place particulière est accordée au décalage culturel. Les acteurs opérant en première ligne auprès de ce public perçoivent un décalage concernant les représentations culturelles du bien-vieillir qui explique les réticences des immigrés à entreprendre spontanément une démarche de prévention. « Au-delà de la barrière linguistique, il y a aussi tout un tas de représentations » qui expliquent un recours moindre ou retardé à la prévention et une attitude plus marquée auprès des immigrés âgés à consulter les services de soins et infirmiers « dans l'urgence »⁴⁹. S'il est vrai que « tout le monde veut bien vieillir, quand votre quotidien est aussi difficile, quand vous n'avez pas trop de perspective, je ne sais pas si la prévention va être une priorité »⁵⁰.

Cette réticence vis-à-vis de la prévention est doublée d'un sentiment d'exclusion perpétré pendant de nombreuses années qui se traduit dans une perception d'illégitimité et une posture méfiante à l'égard des institutions. Si les immigrés vieillissants apparaissent difficilement abordables par les services sanitaires, insuffisamment sensibilisés aux questions de santé et encore moins intéressés à la prévention et au bien-vieillir, c'est aussi parce que « durant toute leur vie, ils ont développé un manque de confiance, voire une véritable crainte, vis-à-vis des institutions françaises ». Cet inconfort est lié à « un sentiment de non-légitimité » qui s'est installé à partir de l'impression durable d'avoir été « laissés se débrouiller tout seuls pendant plusieurs années »⁵¹.

Par ailleurs, un frein émergent est devenu le point névralgique de toute difficulté à l'accès à la prévention. Il s'agit de la fracture numérique qui, pour un nombre considérable d'intervenants, serait responsable de l'isolement de la population âgée et immigrée. Pour toute personne âgée, surtout si elle se trouve en situation de précarité, cette barrière complexifie la gestion autonome des démarches administratives, d'autant plus si l'utilisateur ne maîtrise pas parfaitement la langue française. Les deux freins, barrière linguistique et fracture numérique, se superposent et se renforcent réciproquement. À ces difficultés s'ajoutent aussi les faibles ressources économiques, alors qu'un maigre réseau relationnel prive les immigrés âgés de toute personne de confiance « pouvant les aider par exemple à réserver les visites médicales sur la plateforme Doctolib' »⁵². Pour résumer, la fracture numérique est un frein sur lequel convergent tous les autres freins : barrage de la langue, manque de ressources économiques, réseau relationnel pauvre ou insuffisant.

⁴⁹ Infirmière en pratique avancée, CMS C5, Foyers ADOMA.

⁵⁰ Chargée de la documentation, de la gestion de l'information et des questions de santé, Association C5.

⁵¹ Chargé de mission en santé publique, ARS Île de France, Délégation départementale de Seine-Saint-Denis, Entretien en visioconférence, Jeudi 21 janvier, de 10h à 11h30.

⁵² Médecin généraliste, CMS C1, Entretien en présentiel, Mardi 8 juin, 11h, cabinet médical.

Le point de vue des usagers : les immigrés vieillissants face au défi de bien vieillir

Toutefois, on ne peut pas saisir les raisons du non-recours sans recueillir le point de vue des usagers. En posant la question aux immigrés vieillissants rencontrés sur le terrain, les premiers freins remarqués sont ceux de la précarité sociale et économique. Madame T. est une femme de 63 ans d'origine congolaise accompagnée par des associations. En France depuis 2002, elle avait rejoint ses enfants avec son mari désormais décédé. À la suite du décès de son fils aîné qui s'occupait d'elle en l'accueillant à son domicile, Madame T. a entrepris une démarche de demande de logement social, ses deux filles résidant en France ne pouvant l'accueillir chez elles. En attendant que sa demande aboutisse, elle est contrainte de louer une petite chambre au rez-de-chaussée avec un lit, un petit frigo et deux chaises. Les toilettes ne comptent qu'un petit WC et un levier minuscule posé sur la chasse. En contrepartie de ces conditions indignes, le loyer coûte 500€, alors que le Revenu de solidarité active (RSA) s'arrête aux 450 euros : « Il faut qu'il y ait quelqu'un qui te dépanne pour compléter », dit-elle découragée.

N'ayant pas de cuisine, elle ne mange pas correctement, ce qui entraîne de mauvaises habitudes alimentaires : « il faut manger, mais je fais comment ? Donc, je suis habituée, je mange des biscuits le soir et c'est tout. S'il n'y a pas, il n'y a pas ». Pour contrôler les niveaux de cholestérol et prévenir des maladies cardiovasculaires, le médecin lui a prescrit un traitement qu'elle ne peut pas acheter. « Comment je ferais moi ? » Dépourvue de mutuelle et incapable de se repérer dans les démarches pour obtenir la complémentaire santé solidaire (CSS), elle préfère prioriser le logement plutôt que la santé : « C'est quelque chose que je ne maîtrise pas bien. Je galère, mais si tu as où dormir, même si tu n'as pas à manger ce n'est pas grave »⁵³. Comment envisager la prévention si les conditions de départ sont aussi pénibles ? Madame T. ne connaît même pas la signification de ce terme ou tout de moins elle ne l'associe pas spontanément à la santé. D'abord, devoir subvenir aux nécessités de base réprime toute possibilité de se soigner. Ensuite, les difficultés rencontrées à gérer les tâches administratives éloignent la personne d'un suivi médical stable et régulier. Enfin, les mêmes barrières remarquées par les acteurs sociaux, les professionnels et les intervenants associatifs se chargent ici d'un contenu d'expérience extrêmement révélateur : « c'est très compliqué, très compliqué et maintenant quand il y a quelque chose je vais directement à l'association. À mon âge il y a des choses, même internet, il y a quoi là ? Je ne sais pas. Ça, c'est pour les jeunes. À mon âge j'ai trop de manquement ».

Pauvreté, précarité, sentiment d'exclusion et non-légitimité, faible couverture médicale, difficultés administratives : à la base, une condition d'isolement social qui risque d'engendrer un isolement psychologique, voire un sentiment de solitude, pouvant même entraîner un état dépressif. « Je passe la journée renfermée chez moi, toute seule » – pleure Madame T. Cette détresse s'aggrave ultérieurement en vieillissant : « c'est avec l'âge aussi...avant je me promenais, je marchais, je pouvais aussi aller dans le jardin, mais maintenant je ne peux rien faire, je suis coincée dans une chambre comme ça ». Cette dame fait face à une souffrance psychique qui peut représenter un indice précurseur de la perte d'autonomie. Pour limiter l'impact de l'isolement social sur la santé psychophysique des immigrés vieillissants, il devient

⁵³ Madame T., 63 ans, Congo-Brazzaville, Téké, Entretien à domicile, C3, Mardi 18 mai 2021, 14h-17h.

donc nécessaire de leur garantir de meilleures conditions de vieillissement. En somme, avant de favoriser leur bien-vieillir, il faudrait en premier éviter leur mal-vieillir.

La prise de conscience qu'il n'y a pas une seule manière d'entendre et de vivre le bien-être dans la vieillesse amène à questionner les dispositifs de prévention classiques axés sur une approche médicalisée.

En premier lieu, opter pour des approches inclusives, pluralistes et ouvertes permet d'entendre véritablement les besoins et les points de vue des usagers immigrés. Monsieur N. est un homme malien à l'apparence plutôt jeune, très tranquille, confiant et posé. Âgé de 62 ans, il travaille dans la restauration collective, mais voudrait faire la demande d'une retraite anticipée. « Je me sens fatigué, j'ai lâché [...] je ne pourrais pas travailler trois mois de plus ». Selon lui « bien-vieillir c'est la retraite et la retraite c'est la liberté de pouvoir habiter « six mois au Mali et six mois ici » car « ici on est seuls, il n'y a que le travail, alors qu'au pays on a toute la famille, on a des amis, des vrais, vrais amis ». ⁵⁴

En deuxième lieu, parler de prévention en termes de santé n'est pas une bonne solution ; il serait plus propice de concevoir le bien-vieillir comme une forme particulière de « bien-être » et de « qualité de vie ». Monsieur K. est un homme Kabyle de 76 ans qui habite dans un FTM. Suivi par le même médecin traitant auquel il fait confiance depuis son arrivée en France, il raconte qu'en Algérie « il n'y a pas besoin de médicaments [...] parce qu'on vit dans de meilleures conditions ». Selon Monsieur H., un Algérien de 85 ans, résidant lui aussi dans un foyer d'un quartier sensible, « si on est en bonne santé il ne faut pas se prendre la tête avec ça »⁵⁵. Quant à l'activité physique, comme explique Madame Z., une femme tunisienne de 56 ans visitée à son domicile : « Nous, les Africains, on n'a pas la coutume de faire du sport, de faire des activités ». Pourtant, quand les activités sportives sont proposées par des associations, les femmes immigrées décident d'y adhérer. C'est l'occasion pour instaurer des liens sociaux. « Quand j'ai vu I. qui fait le vélo et tout, ça m'a plu et je lui ai dit vas-y, on n'y va ! »⁵⁶.

Enfin, « bien vieillir c'est d'abord bien vivre »⁵⁷. Il serait donc convenable de « travailler ensemble à ce que, eux, ils entendent par bien-être », pour pouvoir ensuite « aborder des questions comme le diabète ou l'hypertension »⁵⁸. Les professionnels de santé qui travaillent en proximité des immigrés reconnaissent même l'opportunité d'une formation interculturelle qui passe par une « analyse des pratiques professionnelles ». L'objectif est « donner au soignant les clés pour mieux répondre aux problématiques de ce public-là, qui est très spécifique et qui a connu un parcours migratoire particulier »⁵⁹. S'il est vrai que « tout le monde veut bien vieillir, qu'est-ce que cela veut dire pour des personnes issues de l'immigration, précarisées par une série de désavantages socio-économique, relativement âgées et en mauvaise santé ? »⁶⁰. Pour répondre à cette question, il est nécessaire de maintenir un regard réflexif sur nos propres représentations culturelles. Nos concepts de vieillissement, de santé et de maladie sont eux aussi le produit d'une histoire particulière qui attend encore d'être reconnue.

⁵⁴ Monsieur N. 62 ans, Mali, Bambara, Entretien en FTM, C4, Jeudi 24 juin 2021, 14h-18h.

⁵⁵ Monsieur H., 85 ans, Algérie, Kabyle, Entretien en FTM, C5, Mercredi 23 juin 2021, 14h-18h.

⁵⁶ Madame Z., 65 ans, Tunisie, Entretien à domicile, C3, Mardi 4 mai 2021, 10h-12.

⁵⁷ Chargée de la documentation, de la gestion de l'information et des questions de santé, Association C5.

⁵⁸ Infirmière en pratique avancée, CMS C5, Foyers ADOMA.

⁵⁹ Directrice, Association, C5, Entretien en présentiel, Jeudi 6 mai 2021, 10h-11h30.

⁶⁰ Chargé de mission en santé publique, ARS Île de France, Délégation départemental de Seine-Saint-Denis.

Conclusions

Au-delà des difficultés pratiques et des contraintes éthiques qui ont émergé au cours de l'étude, nous avons cherché à proposer des nouvelles pistes d'intervention pour limiter l'isolement des immigrants vieillissants et favoriser leur accès aux dispositifs de prévention. Ces stratégies doivent être élaborées en consultant le public cible et les acteurs locaux en cohérence avec les réalités locales.

Certainement nos conclusions souffrent de certaines limites méthodologiques et scientifiques qui sont propres à la recherche ici présentée. Étant qualitative, elle ne s'est pas appuyée sur les échantillons statistiques qui sont des outils méthodologiques de type quantitatif. Certes, un travail d'équipe avec un collaborateur expert à utiliser les outils statistiques aurait garanti une majeure représentativité des données. Cependant, la difficulté à repérer les migrants dans le diffus serait restée inchangée. Autre défaut lié aux conditions pratiques de l'enquête : le nombre de migrants de 55 ans ou plus que nous avons rencontrés et interviewés est dans leur ensemble insuffisant pour pouvoir tirer des conclusions générales sur leur condition et leurs besoins. L'accès aux lieux de résidence des personnes âgées issues de l'immigration reste difficile à être garanti dans une recherche d'un an. En ce qui concerne les femmes, elles habitent majoritairement dans le diffus et ne sont pas connues par les institutions, sauf celles qui vont les consulter spontanément. En ce qui concerne les hommes, ils se trouvent plus facilement dans les foyers, des lieux de vie collective, peu accessibles et plutôt clôturés par une gestion administrative fort hiérarchisée. En définitive, avec tout individu vieillissant et immigré, une seule visite n'est pas suffisante pour parler des épisodes biographiques et approcher des thématiques intimes telles que l'état de santé, la condition socio-économique, le cadre de vie, etc. Pour cette raison, notre souhait serait de pouvoir continuer à approfondir la thématique de l'étude par une ethnographie axée davantage sur les conditions de vie des usagers.

Malgré tous les défauts techniques et les circonstances défavorables, nous pouvons avancer un certain nombre de suggestions théoriques et recommandations pratiques pour améliorer l'intervention avec la population immigrée en matière de prévention et de bien-vieillir.

Le cloisonnement des services et un système d'information vertical excluent des dispositifs du droit commun un grand nombre de migrants vieillissants.

Les pratiques de médiation dans le contexte du soin et en milieu social se popularisent, mais les travailleurs sociaux impliqués ne bénéficient pas d'une reconnaissance institutionnelle ni d'une formation spécifique sur la dimension interculturelle de leur profession.

Les pratiques de médiation sociale et gérontologique, fondées particulièrement sur la connaissance des acteurs et l'installation d'un lien de confiance avec les usagers, ne sont pas implantées de manière stable et régulière dans les lieux de résidence des immigrants vieillissants (foyers ou habitant diffus).

Un décroisement des services dédiés au bien-vieillir et une meilleure intégration des informations disponibles faciliterait une meilleure prise en charge des migrants vieillissants.

Les services de proximité, les pratiques de médiation sociale et les dispositifs « passerelle » qui ont pour mission d'orienter les immigrants vieillissants vers le droit commun (notamment en

matière de suivi médical et de prévention) pourraient profiter de la contribution des immigrés résidents (ou non) dans les foyers dans le cadre d'un nouveau recrutement professionnel.

Plus dans les détails, notre travail ethnographique a mis en lumière un décalage qui existe entre les règlements étatiques et la pratique de terrain. L'« articulation verticale entre les organismes financeurs (CNAV, l'ARS, Conseil départemental, etc.) et les associations, ne permet pas aux acteurs locaux de construire des programmes adaptés et concrétiser la politique d'« aller vers ». En même temps, la condition de « dépendance financière » des associations à l'égard des institutions nationales oblige les porteurs des projets à aller à la recherche d'une « raison de légitimité » face aux financeurs⁶¹. Le cadre des actions locales en direction de la population en condition de précarité n'est pas libre, mais soumis à des paramètres généraux qui correspondent aux critères de réceptions des projets.

En premier lieu, les actions financées sont dirigées vers « toute personne à partir de 60 ans ». Et pourtant, si on veut assurer la promotion du bien-vieillir, le public bénéficiaire des actions de prévention devrait être visé au moins à partir de 55 ans. En deuxième lieu, si la prévention ne commence qu'à partir de 60 ans, les immigrés qui sont victimes d'une vieillesse prématurée en seraient exclus. Par ailleurs, comme nombre d'interlocuteurs nous évoquent « avec ce public il y a besoin d'un temps plus long de transition », et il faut passer par « un travail de préparation »⁶². Il en résulte la nécessité d'inscrire dans la durée toute action de prévention ou de médiation, soit-elle installée à l'extérieur ou à l'intérieur du foyer. Or, cette urgence perçue par les acteurs locaux qui assurent des services de proximité et interviennent auprès des populations immigrées et vieillissantes se heurte encore une fois aux conditions des appels à projets, qui sont limités à la durée d'un an. Cette condition stricte demande un « grand effort des associations dans la redéfinition fréquente de différentes stratégies, méthodes et objectifs d'intervention », afin d'assurer une action continue auprès du même public.

Tout compte fait, la précarité de certaines populations comme les immigrés vieillissants n'est pas visée par les financeurs nationaux des projets locaux : « Au niveau national on ne cerne pas cette problématique qui est plutôt ressentie au niveau territorial, dans des contextes particuliers comme celui de la Seine-Saint-Denis ». La capacité des dispositifs à rejoindre la population immigrée n'est pas mesurée dans les évaluations des programmes soutenus. « Je ne sais pas non plus quelle est la part du public immigré qui participe aux actions de prévention parce que ce n'est pas forcément une donnée qu'on va demander »⁶³. C'est une attitude politique encrée, qui finit par mettre le voile sur certaines situations complexes, complexifiant ultérieurement l'accès des immigrés vieillissants aux dispositifs de prévention. Ces barrières inattendues sont posées par les professionnels et les institutions, au détriment de leur état de santé et de toute espérance de bien vieillir. L'isolement social cumulé tout au long de la vie n'a pas permis aux immigrés de sortir de la condition débutante, en engendrant une fragilité majeure. Initialement liée à leur condition économique et à l'extraction ouvrière, cette détresse dépend surtout d'un parcours de vie qui a été fortement conditionné par les politiques françaises en matière de migration et d'intégration. Cela a des répercussions sur les modes

⁶¹ Directrice, Service de prévention, CCAS, C5, Entretien en présentiel, Mercredi 21 mai 2021, 15h30.

⁶² Chargée de mission « accès aux droits et inclusion sociale », Association C4, Permanence accès aux droits, Centre social C4, Entretien en visioconférence, Jeudi 24 juin 2021, 14h-18h.

⁶³ Chargée de mission au sein de la Direction de la compensation de la perte d'autonomie - Pôle Partenariats institutionnels de la CNSA, Entretien en visioconférence, Jeudi 10 décembre, de 16h à 17h00.

de vie et les conditions de logements des hommes et des femmes immigrées vivant toujours leur vieillesse dans les mêmes habitats inadaptés qui les avaient accueillis au départ.

Cette condition d'isolement social risque d'engendrer un isolement psychologique limitant fortement les conditions favorisant leur bien-vieillir. En cohérence avec la « Loi d'adaptation de la société française au vieillissement de sa population », limiter l'isolement des immigrés vieillissant s'inscrit dans la volonté des pouvoirs publics de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées et devient ainsi un enjeu collectif majeur dans une société fondée sur l'inclusion de toutes les origines et de toutes les générations. L'évolution des politiques publiques françaises reflète la volonté d'identifier les fragilités en amont et de combattre les inégalités sociales dans les quartiers prioritaires en prenant en compte les différentes variables, comme la pauvreté, le territoire et l'isolement. Face à cet enjeu, l'approche territoriale s'appuie sur un déterminisme économique ou culturel qui n'est pas adapté aux problématiques multidimensionnelles du vieillissement de la population immigrée. En partant du principe que les conditions déterminant la précarité des immigrés vieillissants soient liées uniquement à des désavantages territoriaux, on finit par méconnaître l'intrication entre ces conditions inégales d'accès aux droits et aux soins et l'histoire de l'immigration et des politiques d'intégration en France. Nous percevons en filigrane la nécessité d'une prise de conscience collective sur l'implication des politiques d'intégrations dans la condition de précarité, isolement et fragilité des immigrés vieillissant en France. L'importance de cette mission repose sur la grande fragilité des immigrés âgés, face à laquelle les dispositifs de prévention de la perte d'autonomie existants nécessitent encore aujourd'hui une réflexion approfondie et une adaptation.

Bibliographie

AQUINO Jean-Pierre. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Rapport 2013 sur la loi d'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Mission d'appui IGAS, Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie [Ressource en ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Aquino.pdf (Date de consultation : 20 août 2021).

ATTIAS-DONFUT, Claudine. *L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France*. Paris : Armand Colin Éditeur, 2006, pp. 121-151.

ATTIAS-DONFUT, Claudine, TESSIER, Philippe. Santé et vieillissement des immigrés. *Retraite et société*, 2005, v. 3, n° 46, pp. 89-129 [Source en ligne] <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2005-3-page-89.htm> (Date de consultation : 21 août 2021).

ATTIAS-DONFUT, Claudine, DELCROIX, Catherine. Femmes immigrées face à la retraite ». *Retraite & société*, n° 43, 2004, p. 137-163 [Source en ligne] <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2004-3-page-137.htm> (Date de consultation : 19 août 2021).

BACHELAYS, Alexis. Rapport sur la Mission d'Information de l'Assemblée nationale sur les immigrés âgés janvier et juillet 2013. N° 1214, Assemblée Nationale, 14ème Législature [Source en ligne] https://www.assemblee-nationale.fr/14/cr-mimage/12-13/c1213017.asp#P9_207 (Date de consultation : 18 août 2021).

BAS-THERON, Françoise, MICHEL, Maurice. Rapport sur les immigrés vieillissants. *Inspection générale des affaires sociales*. Rapport 2002, n° 126, Paris. [Source en ligne] <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/034000107.pdf> (Date de consultation : 21 août 2021) – BERCHET, Caroline, JUSOT, Florence, Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition. *Économie publique*, 2009, v. 1-2, n. 24-25, pp. 73-100 [En ligne] <http://economiepublique.revues.org/8484> (Date de consultation : 21 août 2021).

BEAUCHEMIN, Cris, HAMEL, Christelle, SIMON, Patrick (dir.) *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France*. Paris : Ined éditions (Coll. Grandes enquêtes), 2015, 624 pp.

BERCHET, Caroline, JUSOT, Florence. État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. *Questions d'économie de la santé*, 2012, n. 172, pp. 1-8 [En ligne] <https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf> (Date de consultation 21-aût 2021)

BEQUE, Maryline. Le vécu des attitudes intolérantes ou discriminatoires par les personnes immigrées et issues de l'immigration. Études et résultats, ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère de la santé et de la protection sociale, Direction de la recherche, des études et des statistiques (DRESS), n. 424, septembre 2005, pp. 1-7 [Source en ligne] URL : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er424.pdf> (Date de consultation : 23 août 2021).

BERNARDOT, Marc. *Loger les immigrés. La Sonacotra 1956-2006*. Bellecombe-en-Bauges : Éditions du Croquant, 2008, 296 pp. – BERNARDOT, Marc. Le vieillissement des migrants dans les foyers. *Hommes & Migrations*, 1999, n. 1219, « Connaître et combattre les discriminations », 1999, p. 99-102 [Source en ligne] <https://doi.org/10.3406/homig.1999.3335> https://www.persee.fr/doc/homig_1142-852x_1999_num_1219_1_3335 (Date de consultation : 21 août 2021).

BOURDELAIS, Patrick. *Le nouvel âge de la vieillesse. Histoire du vieillissement et des populations*. Paris : Odile Jacob, 1993, 29 pp. – GUILLEMARD, Anne-Marie, *La retraite, une mort sociale. Sociologie des conduites en situation de retraite*. Paris : Mouton, 1972, 343 pp.

BROUSSY, Luc, L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : FRANCE : ANNEE ZERO ! », Mission Interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, Rapport à Mme Michèle DELAUNAY, Ministre déléguée aux personnes âgées et à l'Autonomie, 2013, 202 pp. [Source en ligne] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Broussy.pdf (Date de consultation : 21 août 2021).

CADRE, Estelle. Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins ». *Santé publique*, v. 19, n. 2, 2007, pp. 99-109.

CHAOUIE, Abdellatif. Personnes âgées immigrées et politique publique. *Les cahiers de Profession Banlieue*. « Questions de santé : des outils au plan local », juin 2007, p. 108 [pp. 107-118].

DESRUMAUX, Gilles. Étranges étrangers, étranges foyers ! *Écart d'identité*, « Lieux des mémoires de l'immigration : un patrimoine national », n° 115, 2009, p. 29 [29-37].

EDWARDS, Patrick. Vieillir en restant actif. Cadre orientation. Contribution de l'Organisation mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, Madrid, Espagne, 2002. [En ligne] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67758/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf;jsessionid=86C640B212E88CDBAB073026DB319452?sequence=1 (Date de consultation : 29-05-2018, à 19h17).

FASSIN, Didier. Les inégalités de santé ». In : Fassin D., Hauray B. (eds.). *Santé publique. L'état des savoirs*. Paris : Inserm, La Découverte, p. 413-424, 2010.

FRISONE, Gloria, COUILLOT, Marie-France. Le bien-vieillir et les immigrés en Seine-Saint-Denis. Les pistes d'une enquête. *Retraite et société*, n° 80, 2018, p. 35-55.

GALLOU, Rémi. Le vieillissement des immigrés dans la cité, *Les cahiers de Profession Banlieue*, « Questions de santé : des outils au plan local », juin 2007, p.91 [83-105].

GALLOU, Rémi. Le vieillissement des immigrés en France. Le cas paroxystique des résidents des foyers. *Politix*, 2005, n° 72, p. 57-77 [Source en ligne] www.cairn.info/revue-politix-2005-4-page-57.htm (Date de consultation : 20 août 2021).

LILLO, Natacha, et al. Île-de-France, histoire et mémoires des immigrations depuis 1789. Histoire des immigrations, Panorama régional, *Hommes & migrations*, 2009, v. 2, n. 1278, pp. 18-31 [Source en ligne] <https://journals.openedition.org/hommesmigrations/209> (Date de consultation : 21 août 2021).

LOMBRAIL, Pierre., PASCAL, Jean. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*, vol. 3, n° 8, 2005, p. 31-39.

MANNONI, Chantal. *Politique de la ville, territoire et santé. Réflexions autour des ateliers santé ville et de leurs enjeux en Seine-Saint-Denis* : Profession Banlieue, Préfecture de la Seine-Saint-Denis, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, 112 pp.

MARTINEAU, Aurélien, PLARD, Mathilde. Les personnes âgées immigrées à l'épreuve du *successful aging*. *Cybergeo : European Journal of geography*, « Politique, culture, représentations », document 853, mars 2018 [Source en ligne] <http://journals.openedition.org/cybergeo/29118> (Date de consultation : 20 août 2021).

NGATCHA-RIBERT, Laëtitia. Migrants âgés et maladie d'Alzheimer : cultures, diversités, identités », *Hommes & migrations*, n. 1309, pp. 79-85.

PLARD, Mathilde., MARTINEAU, Aurélien, FLEURET, Sébastien. Les immigrés au seuil du grand âge. *Homme & Migration*, n° 1309, 2015, p. 31-37.

RICHARD, Catherine. La santé et la politique de la ville, *Les cahiers de Profession Banlieue*, « Questions de santé : des outils au plan local », juin 2007, p. 9-32.

SAMAOLI, Omar. Immigrants d'hier, vieux d'aujourd'hui : la vieillesse des Maghrébins en France, *Homme & Migration*, n° 1126, 1989, p. 9-14.

SAMAOLI, Omar. *Retraite et vieillesse des immigrés en France*. Paris : L'Harmattan, 2007, p. 89 [276 pp].

Sitographie

Définition « Immigré » INSEE. [Source en ligne] <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1328> (Date de consultation : 30 juin 2021).

Schéma Autonomie et Inclusion 2019-2024, p. 82 [Source en ligne] https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/pdf/schema_departemental_autonomie_et_inclusion_2019-2024_-3.pdf (Date de consultation : 20 août 2021).

Service de l'Observatoire Départemental, SOD, de la Direction de la stratégie, de l'organisation et de l'évaluation, DSOE. Les personnes âgées en Seine-Saint-Denis, Janvier 2016, p. 4 [Source en ligne] https://ressources.seinesaintdenis.fr/IMG/2016_focus_n4_janvier.pdf (Date de consultation : 20 août 2021).