

Maux d'exil

Billet

Un droit à « bien vieillir »

Pays de tradition d'immigration, la France a assisté par le passé à l'enracinement et au vieillissement d'immigrants sur son territoire. Pour autant, depuis plusieurs décennies, la condition des immigrés âgés est devenue une question sociale. Celle-ci a notamment émergé car le mythe du retour avait été entretenu pour une frange de la population migrante, confortant son maintien à l'écart dans des dispositifs spécifiques et précaires.

En 1980, A. Sayad soulevait la question occultée du vieillissement de ces travailleurs immigrés ayant participé à la croissance économique. La « vacance » associée à la cessation de l'activité professionnelle et l'expérience de la retraite dans le pays d'immigration entraînent douloureusement en dissonance avec le principe du travail et du passage sur lequel leur présence en France s'était fondée. Depuis, nombres d'études ont mis en évidence l'hétérogénéité de la population immigrée âgée en France (en foyer ou en habitat diffus ; reléguée ou ayant connu l'ascension sociale ; isolée ou entourée...). Parallèlement, des mobilisations collectives ont porté la revendication d'une égalitarisation des droits sociaux entre nationaux et immigrés, d'une amélioration de leur accès aux droits. Les immigrés âgés sont toujours l'objet d'une attention croissante, comme en témoigne la mission parlementaire d'information sur les immigrés âgés de 2013 ou diverses initiatives de collectivités territoriales.

Ce numéro de Maux d'exil entend ainsi contribuer au débat actuel sur les difficultés des migrants âgés en matière d'accès à la santé. L'éclairage sociologique apporté par C. Attias-Donfut est illustré par l'expérience des acteurs de la prévention, de l'accès aux soins et de l'accès aux droits, pour une meilleure prise en compte du double enracinement et du droit à « bien vieillir » entre ici et là-bas.

Estelle d'Halluin

Vice-présidente du Comede

DOSSIER: SANTE ET ACCÈS AUX SOINS DES MIGRANT.E.S AGÉ.E.S

Panorama

Santé et vieillesse des immigrés en France

Claudine Attias-Donfut

Directrice de recherche à la retraite, Caisse nationale d'assurance vieillesse



Jusqu'à une période récente, l'image de l'immigration en France s'est confondue avec celle d'hommes plutôt jeunes, en quête de travail. Avec l'importance accrue de l'immigration familiale, la tendance est désormais à l'installation permanente, les femmes étant aussi nombreuses que les hommes. Il en est résulté un vieillissement croissant de la population immigrée en France et une préoccupation nouvelle sur les politiques de santé en direction des immigrés âgés. Mais, ainsi que le souligne D. Fassin (2000, p. 6), il ne s'agit pas de penser que la santé des immigrés existe en soi, « inscrite en quelque sorte dans des gènes, des microbes et des processus, mais qu'elle existe dans la relation qui est

historiquement construite par des acteurs sociaux ». S'il y a une spécificité des différences de santé observées dans le cadre des migrations, elle tient à quatre principales hypothèses, non exclusives : une éventuelle sélection des personnes en bonne santé ou au contraire une plus grande exposition à certaines maladies, des habitudes culturelles entraînant des modes de vie et d'alimentation différents, des conditions socio-économiques et des carrières professionnelles spécifiques et enfin des difficultés particulières d'accès aux soins.

> Un effet de sélection... qui ne dure pas

Si la population des migrants est *a priori* considérée comme un groupe à risque

en matière de santé, on trouve aussi paradoxalement des analyses et des données concluant à une meilleure santé des migrants comparés à l'ensemble de la population, en France et dans d'autres pays d'immigration, tenant principalement à un effet de sélection (les difficultés de santé faisant obstacle à l'immigration). Mais cette situation ne serait pas durable. Au Canada par exemple, des travaux ont montré que l'écart de santé entre les natifs et les migrants, à l'avantage de ces derniers, se réduit jusqu'à éventuellement disparaître avec l'augmentation de la durée de résidence dans le pays d'accueil (Chen et al., 1996). L'existence de l'effet de sélection des migrants en bonne santé ne fait toutefois pas l'objet d'un consensus. Par ailleurs les migrants, selon leurs origines peuvent avoir une plus grande prédisposition à certaines maladies, comme par exemple le diabète. Dans un rapport de 2012, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) montre que l'épidémie de diabète (comme l'épidémie d'obésité) procède de plusieurs inégalités : territoriales d'abord, les départements d'outre-mer et les régions du Nord et de l'Est sont les plus touchés ; socio-économiques ensuite, les Français les plus pauvres sont les plus concernés. Enfin, il y a aussi des inégalités selon le pays d'origine : les originaires du Maghreb, et notamment les femmes, sont particulièrement exposés du fait de l'interaction probable d'un risque génétique et d'un changement brutal d'environnement. Selon l'étude Entred 2007-2010 (ou Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques), on peut ainsi résumer les caractéristiques générales des personnes diabétiques : une population âgée, plus pauvre et née à l'étranger dans 23% des cas.

> Des conditions de vie et de travail qui altèrent la santé

L'analyse de la santé des immigrés âgés montre à l'évidence une grande diversité de situations. Si, globalement, la comparaison avec l'ensemble de la population indique un état de santé moins favorable pour les immigrés, c'est principalement dû aux conséquences du travail professionnel sur la santé des hommes et des femmes. Accidents du travail, maladies professionnelles, usure au travail, touchent surtout les ouvriers et les femmes employées dans les services aux particuliers. Le poids déterminant du niveau d'éducation et du niveau de vie sur la santé, est bien établi dans les recherches sur la santé. L'enquête sur le passage à la retraite des immigrés (enquête PRI, Attias-Donfut et al. 2006) confirme l'influence du niveau d'éducation qui explique en grande partie la variabilité observée. Il demeure une légère influence du pays d'origine, après contrôle des facteurs socio-économiques, les ressortissants d'Europe du Nord et d'Afrique Sub-Saharienne (les hommes plus que les femmes) se distinguant par une meilleure santé, objective et subjective. L'indicateur objectif est la mesure des limitations dans la vie quotidienne et le degré de handicap éventuel. Et la santé subjective est donnée par l'évaluation générale de leur santé par les individus eux-mêmes : cet indicateur subjectif est largement utilisé dans les études sur la santé et sa validité est bien établie. Dans l'enquête PRI, la confrontation des résultats obtenus respectivement selon ces deux indicateurs met en évidence de grandes variations interculturelles dans l'expression même de l'évaluation de la santé. Il reste que le risque de handicap est très largement déterminé par la catégorie socioprofessionnelle : sa prévalence chez les ouvriers est plus du triple de celle des cadres et professions intellectuelles supérieures. La santé des femmes apparaît généralement moins bonne que celle des hommes, quelles que soient les caractéristiques étudiées, à l'exception du statut d'activité. En effet, près de la moitié des hommes disent avoir subi un accident du travail, une maladie professionnelle ou des problèmes de santé liés à leur activité professionnelle, alors que seules 16,1 % des femmes sont dans le même cas. L'enquête PRI souligne néanmoins les plus grandes difficultés de santé des femmes immigrées, notamment de celles qui ont

travaillé dans le secteur des services à la personne. Les travaux domestiques en particulier sont des travaux pénibles et ont des conséquences négatives sur la santé qui s'aggravent avec l'âge.

> Des plus grandes difficultés d'accès aux soins

Les aides reçues pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne engendrées par les problèmes de santé, proviennent essentiellement de la famille très proche, conjoint ou enfant, tandis que les aides professionnelles sont plus rares, seule une faible minorité de ceux qui souffrent de handicaps en bénéficient.

Les réseaux familiaux, ainsi que les autres réseaux informels, bénévoles et associations, ne sont ni suffisants ni capables de fournir les soins adéquats en cas d'invalidité ou de maladie. Les difficultés d'accès aux soins et aux services socio-sanitaires sont accentuées par le manque d'information, les difficultés de langage, la méconnaissance des procédures... autant d'obstacles pour réussir à faire reconnaître les besoins et avoir recours aux services d'aide. De surcroît, la conception ethnocentrée des services et le manque de formation des professionnels aux questions interculturelles peuvent créer des obstacles à leur recours. De plus, le stéréotype selon lequel les migrants seraient réticents à faire appel à des personnes extérieures à la famille n'est pas avéré, même si l'on observe, comme dans la majorité de la population, une certaine réserve à l'égard de l'hébergement en institution. L'idée courante selon laquelle les familles immigrées sont très solidaires et assurent le support nécessaire tend à occulter leurs besoins d'assistance en les faisant assumer exclusivement par la famille. Des initiatives intéressantes, comme celles qui sont décrites dans ce numéro témoignent du succès que rencontrent les services de santé adaptés à certaines populations bien ciblées et de la nécessité de les développer. ■

Attias-Donfut C. avec la col. Davaud P. Gallou R. Rozenkier A. et Wolff F.C., L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France, Armand Colin, 2006.

Chen J., Ng E., Wilkins R., La santé des immigrants au Canada en 1994-1999, 1996 Rapports sur la santé, vol. 7, n° 4, pp. 37-50, 1996.

Fassin D., Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration, Hommes et migrations, n°1225, pp. 5-12, 200.

Maux d'exil - Le Comede

Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 39 32 Fax 01 45 21 38 41
Mèl: contact@comede.org
Site: www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION:
Didier Fassin

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION:
Arnaud Veisse

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO:
Gabrielle Buisson-Touboul, Anne Marie Chemali, Benjamin Demagny, Catherine Donnars, Laure Feldmann, Françoise Fleury, Yasmine Flitti, Aude Nguyen.

ISSN 1959-4143 - En ligne 2117-4741

LES SERVICES DU COMEDE

www.comede.org - ☎ 01 45 21 39 32

■ MAUX D'EXIL, 4 NUMÉROS PAR AN

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

■ GUIDE COMEDE, REPERTOIRES REGIONAUX ET LIVRETS BILINGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DROITS, SOUTIEN ET ACCES AUX SOINS

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi, 9h30-12h30. Soutien et expertise pour l'accès aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et aux autres prestations liées à l'état de santé.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE MEDICALE ☎ 01 45 21 38 93, du lundi au mercredi, 14h30-17h30.

Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers.

■ PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE SANTE MENTALE ☎ 01 45 21 39 31, mardi et mercredi, 14h30-17h30.

Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

■ FORMATIONS ☎ 01 45 21 63 11

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés et le droit à la santé des étrangers.

■ CENTRE DE SANTE À BICETRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques avec interprète, sur rendez-vous du lundi au vendredi. ☎ 01 45 21 38 40.

■ ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE A AUBERVILLIERS (93).

Permanence téléphonique, consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous mardi, mercredi et vendredi. ☎ 01 43 52 69 55.

En 2012, les activités du Comede ont été soutenues par des donateurs privés, et :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- Le Ministère de la Santé, Direction générale de la santé ;
- Le Ministère de l'Intérieur, Service de l'asile ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- L'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances ;
- Le Fonds pour le développement de la Vie associative ;
- L'Agence régionale de santé IDF et la DT du Val-de-Marne ;
- La Direction régionale de la Jeunesse, des sports et de la cohésion sociale IDF ;
- La Délégation régionale aux droits des femmes et à l'égalité IDF ;
- La Caisse régionale d'assurance maladie IDF ;
- La Ville de Paris et la Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- Le Fonds européen d'intégration ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida
- Aides, Médecins sans frontières, la Fondation des entreprises du médicament et le Fonds Inkmann.

Accès à la prévention

Bilan de santé et prévention du bien vieillir

Véronique Herr, Médecin directeur de l'IRIPS, centre de prévention du bien vieillir Agirc-Arrco

L'IRIPS, centre de prévention du bien vieillir des caisses de retraite complémentaire Agirc-Arrco pour la région PACA, installé à Marseille, Toulon et Nice, est une association à but non lucratif, regroupant des géiatres, des psychologues, des orthophonistes et des travailleurs sociaux. Nous recevons des allocataires relevant du régime AGIRC-ARRCO à partir de l'âge de 55 ans. Nous pratiquons une évaluation gériatrique standardisée ainsi qu'une évaluation psychologique, cognitive et sociale pour chacune des personnes que nous recevons dans nos locaux. Sensibilisés à la problématique des vieux migrants, nous avons également réalisé des bilans dans des foyers ADOMA et nous consultons régulièrement au sein d'AMPIL (Action Méditerranéenne pour l'Insertion sociale par le Logement) association située au centre ville de Marseille, quartier à forte densité de population immigrée (les immigrés représentent 30% de la population âgée de plus de 55 ans des 1^{er} et 2^{ème} arrondissements).

> Pathologie médico-psychique

Notre expérience auprès des migrants âgés est fondée sur des années de pratique en divers lieux, auprès de populations immigrées aux conditions de vie différentes. Au niveau médical, nous constatons régulièrement l'existence de poly-pathologies chez nos allocataires âgés migrants avec par ordre de fréquence les pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, coronaropathie, artériopathie des membres inférieurs), les pathologies digestives, les pathologies articulaires (arthrose et /ou des séquelles d'accident du travail) et les cancers. Il est à noter que 20% des vieux migrants vus en consultation présentent une glycémie à jeun élevée voire un diabète avéré. Les déficits sensoriels sont présents chez plus de 80%



des consultants, et les problèmes bucco dentaires (édentation partielle ou totale, gingivopathie) chez 65%. Les patients vus dans le cadre des consultations à AMPIL c'est-à-dire les migrants les plus isolés et précaires présentent pour 44% d'entre eux des baisses de l'acuité visuelle et auditive qui nécessiteraient un appareillage rapide, 80% des hommes décrivent des troubles urinaires et 44% d'entre eux nécessiteraient une prise en charge thérapeutique ou/et des investigations complémentaires, 67% des consultants nécessiteraient des soins dentaires importants. Il est à noter l'extrême fréquence des troubles psychologiques. Ainsi, 67 à 80% des vieux migrants présentent des troubles anxieux, 20 à 22% des états dépressifs avérés et 15 à 18% des troubles psychiatriques autres. Cette souffrance psychique s'explique autant par l'immigration en elle-même que par le stress engendré par la précarité financière, professionnelle, par l'isolement social et souvent par le sentiment de « n'être plus de nulle part », « de ne pas être d'ici mais de ne plus être de là bas ».

Toutes les pathologies ci-dessus énoncées sont non spécifiques mais elles apparaissent souvent de façon plus précoce chez

les migrants et la prise en charge médicale est fréquemment insuffisante. Or, 72 à 77% des allocataires reçus ont un médecin traitant mais les notions de médecin référent et de parcours de soin ne sont, par contre, pas toujours bien comprises ou connues.

> Difficultés d'accès aux soins et à la prévention

Les trois quarts des allocataires reçus à AMPIL n'ont pas de mutuelle complémentaire et renoncent à certains soins et à l'achat de médicament. La mise sous ALD pourtant médicalement justifiée pourrait en aider certains, nous regrettons que cela soit si peu fait. Ainsi, 45 à 55% des patients vus ont un suivi médical irrégulier ou inadapté malgré un médecin traitant identifié, et ce principalement pour impécuniosité. La prise en charge médicale de ces patients se heurte toutefois à d'autres difficultés. La notion de prévention est peu connue. Les consultations médicales « doivent » être curatrices et non préventives. Aussi, la disparition des symptômes cliniques entraîne souvent l'arrêt des traitements et une mauvaise adhésion au projet thérapeutique en cas de maladie chronique (hypertension ou diabète par exemple). Le besoin de soulagement et de guérison rapides induisent souvent un certain nomadisme médical en cas d'impression d'échec de la prise en charge proposée, ainsi qu'une forte auto-médication (52% des consultants). Le corps est souvent considéré comme un « outil », et certaines consultations sont souvent tardives, en cas d'aggravation nette de l'état de santé ou de la survenue d'une incapacité.

Certains thèmes s'avèrent plus délicats à aborder, notamment pour des raisons de pudeur. La rencontre soigné/soignant peut être gênée par des représentations culturelles et des explications de la maladie divergentes. Il y a parfois incompréhension de l'ordonnance liée à un illettrisme, à la mauvaise maîtrise de la langue française. Nous regrettons souvent l'absence de médiateur santé ou/et d'interprètes.

Pour les plus isolés socialement, l'absence d'aidants naturels ou de personnes référentes rend le maintien à domicile problématique.

> Vulnérabilité sociale et accès aux droits

L'habitat est parfois inadapté aux incapacités du patient, ou insalubre voire temporaire (hébergement d'urgence) ; l'institutionnalisation trop chère et impensable culturellement. Cependant, les difficultés financières restent l'écueil le plus fréquent à la prise en charge thérapeutique. Ces personnes ont souvent exercé des métiers peu qualifiés, ont eu des carrières professionnelles interrompues (chômage, accident du travail) et ont peu de revenus : 75% de celles reçues à AMPIL disposent de moins de 795 euros par mois, 67% des allocataires vus dans les foyers ADOMA en 2006 avaient des revenus inférieurs au minimum vieillesse et les revenus moyens des personnes reçues par notre travailleuse sociale sur l'IRIPS sont de 850 euros pour une personne et 1250 euros pour un couple. Les patients les plus isolés et ceux qui maîtrisent mal le français notamment, ne perçoivent que rarement leur retraite à taux plein (complexité administrative, incompréhension, difficulté linguistique), et se retrouvent donc dans des situations financières telles que toute dépense de santé est impossible ou non prioritaire. Comment, dans des conditions financières si précaires, aller voir un spécialiste ? Que penser des consultations médicales refusées pour cause de CMU ? Comment, sans mutuelle, payer le forfait journalier en cas d'hospitalisation ? Nombre d'allocataires hospitalisés ressortent endettés... Les demandes sociales les plus fréquentes faites à l'IRIPS par ce public portent pour 25% sur l'aide à l'appareillage dentaire, pour 21% sur l'aide à la mutualisation, pour 20% sur l'aide au paiement de dettes (EDF, loyer) et pour 10% sur l'aide à l'appareillage auditif. A noter que le passage à la retraite et le veuvage sont des périodes à partir desquelles un équilibre budgétaire fragile peut basculer (diminution des revenus) et entraîner des difficultés telles que la santé en est affectée.

À l'instar du reste de la population française, les migrants vieillissent... mais avec davantage d'incapacités, de pathologies et de souffrance psychique. Le besoin de médiateur-santé, d'interprètes, de coordination des différents intervenants médico-psycho-sociaux auprès de ces

migrants âgés est pressant afin de les accompagner dans leur parcours administratif et de santé. Ces personnes sont déjà fragiles, qu'en sera-t-il demain ? Comment sera prise en charge leur dépendance ? Les migrants âgés d'aujourd'hui représentent tous les publics fragiles, précaires, isolés, qui ont ou auront des difficultés d'accès aux soins. Il y a urgence à en prendre conscience et à agir. ■



Dans cette étude publiée en **avril 2013** en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie, **France Terre d'Asile** se penche sur la vulnérabilité particulière des **réfugiés âgés**. S'ils partagent un certain nombre de caractéristiques communes avec l'ensemble des migrants vieillissants, les réfugiés connaissent des difficultés spécifiques dans un contexte de traumatismes, de pertes, de crises et de changements dus tant aux violences subies dans le pays d'origine, qu'à l'exil lui-même et aux ruptures dans les conditions de vie dans le pays d'accueil ; autant de facteurs de vulnérabilité sur le plan psychologique et social. Principalement originaires d'Europe (47%) et d'Asie (38%), ils partagent très largement un sentiment de déclassement voire parfois d'échec social ou professionnel qui peut s'expliquer par un décalage fort entre le niveau d'étude et les emplois exercés ainsi que par le morcellement du parcours professionnel. L'accès à la pension de retraite est un réel parcours du combattant, en raison des problèmes d'accès à l'administration du pays d'origine. Ces difficultés contraignent souvent les réfugiés à occuper un emploi jusqu'à un âge avancé ou, en cas d'incapacité, à toucher une pension très faible.

Accès aux soins
et aux droits

Ici et là-bas pour les Chibani-a-s

La Case de Santé, Centre de santé communautaire, Toulouse

La Case de Santé est un centre de santé agréé et un lieu d'accès aux droits (Pôle Santé Droits). Depuis 2006, une équipe pluridisciplinaire coordonnée (médecine générale, soins infirmiers, psychologie, médiation en santé et travail social) s'attache à une approche globale en santé, développant un projet de médecine générale avancée, prenant en compte les déterminants sociaux de la santé. Notre action s'articule sur trois axes : une prise en charge individuelle coordonnée, une démarche en santé communautaire et des actions de plaidoyer.

> Interprétariat : une nécessité pour les Chibanis aussi

La Case de Santé est située à Toulouse dans le quartier Arnaud Bernard, haut lieu de rencontre des communautés immigrées, notamment maghrébines. Cette implantation a facilité la fréquentation de la Case de Santé par les personnes immigrées âgées. Les Chibani-a-s constituent 13% des usager-e-s, et nous avons développé des compétences utiles à l'accompagnement de ces personnes, mis en place un protocole pluridisciplinaire, un programme d'action collective et des stratégies de plaidoyer. De ces six années de pratique, tentons de tirer quelques éléments d'observation et quelques recommandations.

La Case de Santé propose un recours à l'interprétariat professionnel pour ses patient-e-s. Pour certaines personnes immigrées âgées, une consultation médicale à la Case de Santé avec interprétariat est souvent une grande première en 20 ou 30 ans de présence en France. Pour beaucoup, c'est enfin la possibilité d'exprimer leurs maux avec leurs mots.

Concernant les soins primaires, la langue reste un obstacle à l'accès à des soins de qualité et peu de lieux de soins ambulatoires se donnent les moyens d'y répondre. De la même manière, en matière d'éduca-



tion thérapeutique, de prévention et de dépistage, les outils sont peu adaptés. Ce défaut d'outils rend difficile l'évaluation de la démence, impacte la bonne compréhension et la prise des traitements par des patients âgés souvent atteints de polypathologies intriquées entre elles.

Ces bonnes pratiques de prise en charge nécessitant du temps, le paiement à l'acte en soins de premiers recours est un frein à leur mise en place. D'autres modes de rémunération, en particulier pour ces publics vulnérables, doivent être envisagés.

> De l'invisible au visible, du constat à la formation

Difficultés d'accès aux soins et barrière de la langue pour exprimer des difficultés intimes se combinent et induisent un sous-repérage de la souffrance psychique des Chibani-a-s. Or l'expérience de la discrimination, les trajectoires douloureuses, la question de la mort, la double appartenance sont autant de facteurs d'anxiété, de dépression et de troubles psychiques. Des troubles dont nous avons pu observer des formes aiguës liées au sentiment de

harcèlement ressenti lors des contrôles ciblés par les Caisses sociales (cf. infra).

Invisibles, les Chibanis l'ont aussi été vis-à-vis du travail. Exposés à des produits nocifs et des travaux pénibles, avec des carrières morcelées et des trajectoires complexes, la reconnaissance de la maladie professionnelle, qui est déjà un parcours du combattant en soi, est rendue encore plus difficile. Autre point aveugle : la santé des femmes immigrées âgées. Elles sont sous représentées parmi nos usager-e-s, alors qu'elles représentent plus de la moitié des personnes immigrées âgées en Midi-Pyrénées. La plupart sont en situation de vulnérabilité (score Epice > 30, in BEH n°14/2006), ce qui est corrélé en particulier à un mauvais suivi gynécologique. Face à cet éloignement du soin et de la prévention, l'existence de lieux d'échange et de suivi adaptés, si besoin en non mixité, permet de faire émerger des difficultés souvent tues. Les difficultés rencontrées dans la relation à ces personnes tiennent en effet plus souvent à la méconnaissance et à la crainte des soignants d'évoquer leur intimité, qu'à des barrières culturelles, sociales ou

Le collectif « **Justice et Dignité pour les Chibanis et les Chibanias** » est un collectif national qui s'est constitué pour veiller, alerter, se mobiliser autour des conditions de vie indignes et des pratiques discriminatoires que subissent les personnes immigrées retraitées.

Il rassemble des Chibanis et Chibanias, des associations, des professionnels ou des soutiens dans plusieurs villes de France.

Ses principales revendications sont :

- un accès aux soins sans restrictions ici et là-bas
- un accès aux droits sociaux et politiques sans restrictions ici et là-bas
- un accès au logement digne et adapté à leurs conditions de vieillissement
- la reconnaissance et la visibilité de l'histoire et de la mémoire des luttes

www.chibanis.org, contact@chibanis.org

linguistiques qui viendraient des patientes. De ce fait, la formation des professionnels de santé et du social doit intégrer les spécificités du parcours migratoire des émigré-e-s âgé-e-s, entre ici et là-bas, entre la langue maternelle et celle du pays d'« accueil », et souvent aussi d'injonctions violentes et douloureuses. Nous assurons ainsi un module d'enseignement en médecine générale à la faculté de Toulouse. Enfin, des moyens doivent être alloués à la production de données épidémiologiques de qualité concernant ces populations.

> Travailler sur l'environnement

L'isolement, la précarité, et l'inadaptation du logement conduisent à des déséquilibres alimentaires et à l'apparition de carences. Un cas de scorbut a été dépisté chez un patient de la Case de Santé ! La plupart des personnes immigrées âgées que nous accompagnons vivent dans des logements inadaptés au vieillissement, que ce soit en foyer ou dans l'habitat diffus.

Nos orientations vers les services spécialisés de gériatrie se sont toutes soldées par des échecs. Quelles que soient les limites de la prise en charge, les services hospitaliers sont en grande difficulté pour gérer la sortie des patients. En institution, les rares études disponibles montrent une très

forte sous-représentation des personnes immigrées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. « *Le défi lancé par l'accueil des immigrés âgés en maison de retraite est celui de l'ouverture à l'interculturel, de l'alliance de l'égalité et de la différence dans une prestation de qualité* »¹. Il y a urgence à imaginer et organiser un service de maintien à domicile adapté aux difficultés des vieux migrants.

> Accès aux droits

Le niveau de l'Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées (ASPA), revenu de base dans la plupart des cas, dépasse le plafond de la CMUC, ce qui prive certaines personnes de couverture maladie complémentaire. Une étude récente en Haute Garonne² montre que le taux de recours à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) des personnes d'origine étrangère est faible, 4% contre 18% des personnes concernées du département. Pourtant, 11,5% des 60 ans ou plus dans le département sont d'origine étrangère.

Leur mode de vie, fait d'allers retours entre la France et le pays d'origine, engendre des ruptures de droits, par manque de souplesse des dispositifs parfois (APA), par défaut de maîtrise de la langue et analphabétisme le plus souvent (CAF, ASPA). Certaines caisses n'hésitent pas à couper brutalement le versement de prestations en cas de non réponse à un courrier.

Enfin, depuis 2008, ces mêmes caisses opèrent des contrôles massifs et ciblés de la condition de résidence. Les personnes immigrées âgées doivent justifier d'un temps de présence en France suffisant pour pouvoir continuer à percevoir un certain nombre des prestations (ASPA, APL, CMU...). Ces contrôles, les ruptures de droits et les redressements imposés sont la source d'une grande anxiété et d'un profond sentiment d'injustice de la part de ces personnes.

> De l'individuel au collectif : El Zamane et le collectif Chibani-a-s

Depuis 2008, un espace de convivialité et d'autonomie fonctionne dans les locaux de la Case de Santé. El Zamane (" Le Temps ") a pris la forme d'un café social où, tous les jeudis, les Chibanis partagent un peu plus qu'un repas. Il a permis l'émergence d'une

dynamique collective, renforcée lors des contrôles opérés par les caisses de sécurité sociale. C'est à partir de cette dynamique et avec les Chibanis d'El Zamane que le collectif « Justice et Dignité pour les Chibani-a-s » (voir encadré) s'est constitué.

C'est un chantier énorme qui s'ouvre sur la question des droits des personnes immigrées âgées. Et il ne faut pas compter sur la mission d'information parlementaire en cours³ pour tout régler. Aujourd'hui, les personnes immigrées âgées sont un peu moins dans l'ombre. Et c'est surtout grâce à leur mobilisation, ce qui doit nous interroger sur nos pratiques professionnelles en matière de plaidoyer, et nous encourager à rendre possible ce type de démarche « communautaire » qui vise à l'implication des personnes concernées. Pour autant, la période « post mission parlementaire » sera sans doute difficile et le risque de démobilitation est réel. Une fois le buzz retombé, il faudra continuer. ■

1) Bartkowiak Nadège, *L'accueil des immigrés vieillissants en institution, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008.*

2) *Qualité de la mise en œuvre de l'APA à domicile : positionnements de gestionnaires, professionnels et bénéficiaires pour une approche croisée de la qualité, ORSMIP, Juin 2011.*

3) *Assemblée nationale, Mission d'information sur les immigrés âgés présidée par Denis Jacquat, mise en place en janvier 2013.*

**PERSONNES ÂGÉES
IMMIGRÉES : UN DEVOIR
DE (RE)CONNAISSANCE
POUR UNE ACTION ADAPTÉE
À LEURS BESOINS,
Réseau Recî,
www.reseau-reci.org**

Publié en juin 2013, ce *point de vue* sur... du réseau *Ressources pour l'égalité des chances et l'intégration* vise à mettre en avant quelques points de vigilance pour permettre une action publique plus efficiente. Elle passe par le fait de tenir compte à la fois des freins particuliers rencontrés par ces publics mais aussi d'une démarche volontaire de les inscrire dans les politiques publiques au même titre que les autres populations âgées présentant des situations de fragilité.

**Vulnérabilité
et état de santé**

Vieillirons-nous bien ensemble ?

Le Comede, Rapport d'observation et d'activité 2012

Selon l'Insee, les personnes de 60 ans et plus représentaient 13% des 2,4 millions d'étrangers ressortissants de pays-tiers résidant en France en 2009. La grande majorité de ces 320 000 personnes continueront leur vie ici, parfois avec des allers-retours dans le pays d'origine. Or beaucoup d'entre elles se trouvent dans une situation de grande vulnérabilité sociale, associée à une forte prévalence de maladies chroniques, et restent souvent exclues des dispositifs de prévention et de soins.

> Caractéristiques démographiques et vulnérabilité sociale

En 2012, le Comede a soutenu directement 445 migrant.es âgé.e.s de plus de 60 ans, dans le cadre des permanences téléphoniques (PT 71%, dont 53% de femmes), au Centre de santé (22%, dont 64% de femmes) et à l'Espace santé droit (7%, dont 61% de femmes). Les appelant.e.s des PT résident en France depuis 4 ans en moyenne. Elles et ils sont principalement originaires d'Afrique du Nord (45%), de l'Ouest (16%), centrale (12%), d'Europe de l'Ouest (9%) et de l'Est (6%). Les personnes nées en Afrique sub-saharienne y sont ainsi davantage représentées que parmi l'ensemble des migrants âgés de plus de 60 ans en France (voir tableau). Il en est de même pour les femmes, qui représentent 55% des appelant.e.s de plus de 60 ans vs 37% dans les données de recensement pour les pays tiers (120 000 personnes).

La formation initiale et la profession exercées dans le pays d'origine ont été documentées en 2012 pour les patients du Centre de santé : concernant les migrants âgés, 34% avaient réalisé des études primaires, 24% des études secondaires et 18% des études universitaires, alors que 16% n'avaient aucune formation (formation professionnelle 6%). Dans le pays d'origine, les professions étaient principalement employés (16%), commerçants (14%), professions intermédiaires (10%), professions intellectuelles (9%), et ouvriers (5%),

ETRANGERS ÂGÉS > 60 ANS EN FRANCE

Effectifs par sexe et par origine géographique, données Insee 2009

MILLIERS	Total	M	F
TOTAL	699	394	305
Eur. de l'Ouest	379	194	185
Pays-tiers	320	201	120
Afrique australe	1%	1	2
Afrique centrale	1%	2	2
Afrique de l'Est	<1%	<1	<1
Afrique du Nord	72%	152	78
Afri. de l'Ouest	4%	12	3
Améri. du Nord	2%	4	3
Améri. du Sud	1%	1	2
Asie centrale	<1%	<1	<1
Asie de l'Est	4%	5	8
Asie du Sud	1%	1	2
Caraïbes	nc	nc	nc
Europe de l'Est	10%	17	15
Moyen-Orient	1%	2	2
Océanie	<1%	<1	<1
Pays-tiers	100%		

et 45% n'avaient pas de profession. La situation familiale est partagée entre les deux pays : 82% ont des membres de leur famille dans le pays d'origine et 72% en France, 58% ont des enfants en France et 73% dans le pays d'origine.

Les migrants âgés se trouvent dans une situation de vulnérabilité sociale plus importante que les autres exilés soutenus par le Comede. Ils vivent dans des conditions d'hébergement très précaires (98% des patients du Centre de santé et 90% des bénéficiaires des Permanences téléphoniques n'ont pas de « chez soi »), et la majorité d'entre eux ont des ressources inférieures au plafond de la CMU-C (97% CDS, 93% PT). Les patients du CDS sont principalement hébergés chez un particulier (79%, principalement membre de famille), en Cada (8%) et en hébergement social (6%), alors que 5% sont sans abri (3% au Samu social, 1% dans un

squatt et 1% à la rue). Plus de la moitié des patients du Centre de santé (55%) et des bénéficiaires des PT (62%) n'ont pas de protection maladie. Ils se trouvent en situation de séjour précaire (96% des patient.e.s et 87% des appelant.e.s), doublée d'un grand isolement social : 50% ne peuvent s'exprimer en français ou en anglais (vs 42% des moins de 60 ans), et 17% n'ont personne pour les accompagner dans leurs démarches. Un.e patient.e sur dix n'a pas mangé à sa faim pendant les derniers jours pour des raisons financières.

> Maladies graves et chroniques

Les patient.e.s du Centre de santé bénéficient d'un bilan de santé, dont les résultats conduisent à dépister ou confirmer les principales pathologies graves qui affectent les exilés. Au terme de ce bilan, on retrouve une maladie chronique chez 66% des migrant.e.s âgé.e.s ≥ 60 ans versus 51% chez les plus jeunes. Les taux de prévalence des principales pathologies sont significativement plus élevés à partir de 35 ans

RÉPARTITION DES PATHOLOGIES GRAVES

Migrants âgés ≥ 60 ans 2012

2012	n	CDS	PT	ESD
N	173	91	53	29
Maladies chr.	145	84%	83%	86%
Asthme	5	5%	-	-
Cancer	33	3%	45%	21%
Diabète	26	18%	9%	17%
Handicap	1	0%	2%	-
Insuf. rénale	4	2%	4%	-
M. Cardio-v.	61	46%	15%	38%
Malad Inf. P.	19	11%	9%	14%
Inf. à VHB	2	2%	0%	-
Inf. à VHC	9	5%	8%	-
Inf. à VIH	6	2%	2%	10%
Tuberculose	1	0%	0%	3%
Troubl. psy.	9	5%	8%	-
Total	173	100%	100%	100%

pour les maladies cardiovasculaires (max > 65 ans) et le diabète (max entre 60 et 65 ans), et à partir de 40 ans pour l'hépatite C chronique (max entre 60 et 65 ans) et les cancers (max entre 60 et 65 ans).

Au total, les principales affections graves chez les migrant.e.s âgé.e.s soigné.e.s au Centre de santé sont les maladies chroniques non infectieuses (84%, vs 40% pour l'ensemble des malades), en premier lieu maladies cardio-vasculaires (46%) et diabète (18%). La répartition des pathologies graves au sein des dispositifs dédiés à l'accès aux soins permet d'observer une forte sur-représentation pour le cancer, l'infection à VIH, l'infection à VHC et les troubles psychiques (voir tableau supra), ce qui évoque des difficultés accrues d'accès aux droits pour les personnes concernées.

> Accès aux soins et aux droits

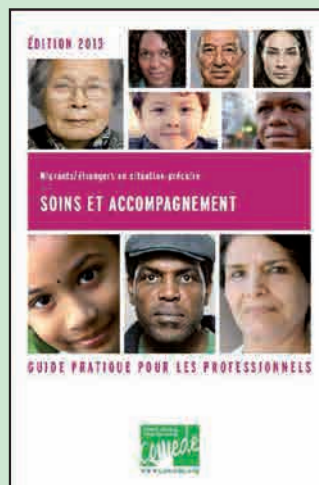
La moitié des migrant.e.s âgé.e.s qui s'adressent aux dispositifs de soutien du Comede le font en raison de difficulté d'accès aux soins (51% à l'ESD et 49% dans le cadre des permanences téléphoniques). Les obstacles à l'accès aux soins sont en premier lieu des obstacles à l'accès aux droits. Dans l'observation du Centre de santé comme dans celle des permanences téléphoniques, 80% des obstacles à l'accès aux soins tiennent aux dysfonctionnements de la Sécurité sociale.

Pour les personnes âgées qui partagent leur retraite entre leurs deux pays, l'application de la condition de résidence habituelle en France pose des problèmes particuliers : soit du fait qu'elles subissent des contrôles et restrictions de la part des services de l'État (voir la délibération de la Halde n°2009-148 sur le caractère discriminatoire de ces contrôles), soit parce que la condition légale est inadaptée pour les personnes dans cette situation. Les ruptures de droits auxquelles elles sont confrontées à l'occasion du retour en France après un séjour plus ou moins long au pays d'origine, alors même qu'elles résident en France en séjour régulier et sont pensionnées de droit français, retardent ou empêchent leur accès aux soins. Ces ruptures de protection maladie (assurance maladie de base ou complémentaire CMU) s'accompagnent souvent d'une rupture de versement des minima sociaux et autres prestations sociales (Allocation de solidarité

CENTRE-RESSOURCES DU COMEDE, POUR LES PROFESSIONNELS ET ASSOCIATIONS INTERVENANT AUPRÈS DES MIGRANTS/ÉTRANGERS EN SITUATION PRÉCAIRE

GUIDE COMEDE 2013

Édité avec le concours de la DGS et de l'INPES, l'édition informatique 2013 du guide Soins et accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire compte 43 articles (372 pages), et sera complétée dans l'édition papier prévue en 2014. **L'édition 2013 est disponible sur les sites internet du Comede (www.comede.org) et de l'INPES (www.inpes.sante.fr).**



aux personnes âgées, Allocation logement, etc.), ce qui aggrave encore leur situation de vulnérabilité. Sur ces questions, les conventions liant la France et la majorité des pays d'origine de ces ressortissants (notamment Maghreb) n'apportent pas de solutions satisfaisantes. De même, l'interprétation par les Caisses d'assurance maladie de la condition de résidence habituelle en France rend également difficile l'accès rapide à une protection maladie pour les migrant.e.s âgé.e.s qui viennent rejoindre les membres de leur famille, souvent leurs enfants français, résidant en France de longue date.

Les situations de vulnérabilité sociale et d'isolement (voir supra) contribuent largement aux difficultés d'accès aux droits et leur renoncement aux soins : perte des documents d'identité liée à l'absence de logement ou à la survenue d'un accident grave ou d'une complication de la maladie (AVC, handicap, troubles psychiques, etc.) ; extrême précarité des migrant.e.s âgé.e.s venu.e.s rejoindre leur.e.s conjoint.e.s, décédé.e.s depuis en France. Ces situations

PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES NATIONALES DU COMEDE

Permanence téléphonique Droits, Soutien, Accès aux Soins : 01 45 21 63 12 (du lundi au jeudi 9h30-12h30).

Soutien et expertise pour l'accès aux soins et l'obtention d'une protection maladie, aux dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et aux autres prestations liées à l'état de santé.

Permanence téléphonique Médicale : 01 45 21 38 93 (les lundis, mardis et mercredis de 14h30 à 17h30).

Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico-juridiques pour le droit des étrangers.

Permanence téléphonique Santé Mentale : 01 45 21 39 31 (les mardis et mercredis de 14h30 à 17h30).

Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

s'aggravent face aux demandes croissantes de production de justificatifs de la part des administrations. Elles conduisent souvent les personnes concernées, mais aussi les travailleurs sociaux qui les accompagnent, à renoncer à toute démarche. Les personnes qui relèvent du droit au séjour pour raison médicale sont confrontées à des difficultés croissantes d'accès aux procédures (voir rapport Comede 2012).

Enfin, les migrant.e.s âgé.e.s subissent largement les pratiques restrictives des administrations : refus de carte de résident de dix ans pour des personnes résidant en France depuis de nombreuses années, impossibilité de se faire rejoindre par sa/son conjoint.e faute de remplir les conditions légales de ressources et de logement prévues par la procédure de regroupement familial, ou encore difficultés à faire prendre en compte l'isolement au pays d'origine pour justifier du droit à l'installation en France, y compris auprès de ses enfants français et/ou y résidant de longue date. ■