

# **Cycle d'échanges 2015 sur les enjeux de l'intégration de l'ORIV : approche méthodologique pour développer les pratiques inspirantes pour l'accompagnement de personnes âgées immigrées vers le droit commun par les collectivités locales (intervention du 24 mars)**

*Version de Jean-Michel CAUDRON, du 25 mars 2015*

*Ingénierie sociale* Jean-Michel CAUDRON et l'ODAS (Observatoire national de l'action décentralisée) ont mené une recherche-action, entre fin 2013 et fin 2014, concernant l'accompagnement des personnes âgées immigrées par les collectivités territoriales (projet cofinancé par la Direction de l'accueil, de l'intégration et de la citoyenneté, du Ministère de l'Intérieur, dans le cadre de l'appel à projet national 2013).

L'objectif était de se déplacer sur le terrain pour analyser, par un regard croisé, les pratiques des collectivités locales qui facilitent l'accès au droit commun pour ces personnes âgées.

Le résultat de la démarche sera présenté, courant 2015, dans un guide de pratiques « inspirantes » à destination des cadres proches du niveau stratégique dans les conseils généraux et les communes. Ce guide sera diffusé largement, auprès des acteurs concernés.

Les actions expertisées sont classées, avec leur analyse, en 8 grandes thématiques.

Pour développer de telles actions, différents supports financiers sont possibles, tel que le FAMI (Fonds accueil migration intégration), du Ministère de l'Intérieur ou, encore, l'initiative « La France s'engage » du Président de la République...

## **1) Mobiliser un territoire et ses partenaires**

Les besoins ne remontent pas forcément vers les instances décisionnelles de la collectivité locale. Ainsi, lors de la visite du groupe de travail qui a accompagné la rédaction du guide, la direction de l'autonomie du Conseil général du Maine-et-Loire a indiqué n'avoir pas de remontées de problèmes spécifiques de la part de personnes âgées immigrées. Mais le logiciel utilisé par le Conseil général du Maine-et-Loire ne permet pas, pour l'instant, de repérer des populations spécifiques. Il n'affiche donc pas de politiques spécifiques en direction des personnes âgées immigrées. Celles-ci sont intégrées au sein de l'ensemble des personnes âgées en précarité et en fragilité auprès desquelles interviennent les services du Conseil général du Maine-et-Loire).

Par contre, lorsque le Conseil général du Maine-et-Loire a mis en place des formations sur l'approche multiculturelle du vieillissement, nombre de travailleurs sociaux se sont inscrits à cette formation, exprimant leurs attentes quant à une telle formation...

La direction de l'autonomie du Conseil général du Maine-et-Loire souligne que l'échelle de la perception des problèmes serait prépondérante. Pour elle, les problématiques rencontrées par les personnes âgées immigrées sont d'abord locales, pour renforcer le vivre ensemble. C'est donc de la responsabilité des communes, des centres sociaux, etc.

Mais, pour l'adjoint au maire chargé des affaires sociales de la Ville de Trélazé (à côté d'Angers), une commune qui voudrait faciliter le « vivre ensemble » sur son territoire aura des difficultés à repérer objectivement les personnes immigrées (tant nominativement que populationnellement). En effet, elle n'a que la liste électorale en sa possession (où les personnes étrangères ne sont pas inscrites et à laquelle les personnes nouvellement naturalisées ne pensent pas qu'elles doivent faire elles-mêmes la démarche d'inscription) et elle n'a pas le droit de constituer un fichier sur une population spécifique.

Face à ces difficultés en termes d'observation des besoins des personnes âgées immigrées de son territoire, l'objectif de la collectivité sera de mobiliser tous les acteurs de son territoire, grâce à un diagnostic partagé, de manière à apporter une synergie de réponses cohérentes aux besoins qui seraient peu, mal ou pas couverts.

Nous sommes bien, pour le coup, dans le cadre d'une démarche de développement social (au sens large) local, en s'appuyant sur un processus de conduite de projet.

Nous ne nous appesantirons pas sur les principes d'une démarche de développement social local et sur les détails méthodologiques du processus de conduite de projet, car ce n'est pas l'objet de ce guide, mais resterons sur quelques conseils qui, au vu de notre expertise d'ingénierie, des auditions et des visites sur le terrain du groupe de travail qui a accompagné la rédaction de ce guide, semblent opportuns :

- repérage du territoire de pertinence pour le projet, des acteurs-clés (personnes physiques et morales) et des lieux-clés de ce territoire,

- importance de l'action de terrain, pour mobiliser les acteurs, qu'ils soient de terrain ou institutionnels,
- conception d'une culture et d'orientations communes entre les partenaires (par exemple, pour le CCAS d'Angers, la volonté d'un parcours de vie fluide de la personne avec le moins de ruptures possibles), pour renforcer un partenariat opérationnel, voire pour accroître le plaisir de travailler ensemble,
- réalisation de diagnostics partagés, entre autres en mobilisant des citoyens (formés de façon ad hoc) pour passer des entretiens auprès des personnes concernées,
- pendant la phase de diagnostic partagé (comme l'a mené le Pôle territorial de la Ville d'Angers sur le quartier de La Roseraie [cf. « Zoom sur le terrain »]), occupation des lieux publics empruntés par les gens (parvis publics, marchés, etc.), mise en place de lieux de rencontre informels (« cafés sociaux » ou assimilés, etc.), de groupes de travail d'habitants, exploitation de films, d'expositions, etc.,
- organisation de réunions « Tupperware », avec 2, 3 familles, dans un des domiciles d'entre elles (remarque et suggestion de l'adjoint aux affaires sociales de la Ville de Trélazé, Maine-et-Loire), car, d'elles-mêmes, les personnes âgées immigrées et leur famille, n'iront jamais exprimer collectivement leurs problèmes liés au vieillissement, car ceux-ci doivent être traités habituellement au sein de la famille,
- utilisation des instances de démocratie participative, comme les conseils de quartier (le Pôle territorial de la Ville d'Angers sur le quartier de La Roseraie s'est appuyé sur le Conseil de quartier de la Roseraie pour porter le diagnostic partagé, l'entrée étant le « Vivre ensemble dans le quartier »), les conseils des sages, les cafés des âges, etc., afin de mobiliser la société civile,
- exploitation, pour mener à bien le diagnostic partagé, puis pour développer les actions, de dispositifs ou dynamiques nationaux (Politique de la Ville, Monalisa, appels à projet DAAEN/Fami, appels à projets CNSA, Réseau francophone des Villes-amies des Aînés [le CCAS d'Angers et le Pôle territorial de la Ville d'Angers sur le quartier de La Roseraie ont inscrit la démarche de diagnostic partagé dans la démarche Villes-amies des Aînés pour profiter de la dynamique engendrée par la démarche], Adli, etc.), voire d'un projet européen Interreg<sup>1</sup>, pour des régions transfrontalières ou les régions de 3 pays de l'Union européenne, etc.

Le diagnostic sur les besoins des personnes âgées immigrées peut être aussi la conséquence d'un diagnostic plus large en termes de population, comme lors d'un plan local de santé, d'une OPAH<sup>2</sup>, etc. Parfois des situations complexes récurrentes sont découvertes à l'occasion de ce diagnostic plus large, sans qu'une problématique autour des personnes âgées immigrées n'ait été repérée comme très prégnante sur le territoire en question.

La collectivité sera confrontée, sûrement, durant le diagnostic partagé à faire le tri entre ce qui serait spécifiques aux personnes âgées immigrées et ce qui est commun à toutes personnes en très grande précarité sociale, à toutes personnes en très grand isolement et/ou souffrant d'un très grand sentiment de solitude, problématiques renforcées par l'âge, à toutes personnes âgées qui, entre autres, auraient changé de région, qui seraient éloignées de leur famille, etc.

Il peut exister des difficultés de compréhension des codes administratifs pour la personne et sa famille, surtout si celle-ci est restée au pays, mais ceci peut être vrai aussi pour des personnes nées en France, pas toujours à un degré moindre, surtout en situation de crise familiale, quand les incapacités physiques et/ou décisionnelles s'installent chez la personne âgée.

Il y a, peut-être, des codes culturels qui marquent, qui ont marqué la vie de la personne âgée immigrée et qui sont à respecter (des codes religieux, traditionnels, familiaux, etc.), mais c'est aussi vrai (pour des personnes âgées nées en France, qui auraient changé de région, même si c'est à un degré moindre).

Certaines de ces personnes âgées immigrées vivent dans des habitats extraordinaires (dans des foyers de travailleurs migrants ou des résidences sociales [rappel : 10% des personnes âgées immigrées au niveau national] ou, encore, chez des « marchands de sommeil », en habitat indigne), ce qui entraîne des contextes de vie très spécifiques.

Toujours est-il que souvent les personnes âgées immigrées (et donc les problématiques qu'elles rencontrent) sont souvent invisibles (c'était souvent dans le « contrat moral » qui leur a permis de venir en France, de « se rendre invisibles »), même si elles « tiennent les murs » des places publiques dans certains quartiers, dans certaines villes, et sont non demandeuses d'aide par la collectivité.

Un diagnostic partagé aurait donc déjà, comme impact, de rendre visibles ces personnes âgées immigrées et de reconnaître leur participation au redressement de la France, après la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale, et à l'accroissement de sa richesse. En prenant en compte, de façon non stigmatisante, leurs besoins maintenant qu'elles sont âgées, que ces besoins soient communs à toutes personnes âgées, à toutes

<sup>1</sup> Inter-régions

<sup>2</sup> Opération programmée d'amélioration de l'habitat

personnes en très grande précarité sociale, à toutes personnes en très grand isolement et/ou souffrant d'un très grand sentiment de solitude, etc., ou que ces besoins soient spécifiques, de par leur migration et immigration, de par leur culture d'origine, etc.

Par contre, lors du passage au plan d'action, faut-il politiquement afficher ou pas des actions spécifiques en direction des personnes âgées immigrées (au risque de laisser croire qu'il y aurait une volonté politique de discrimination positive) ou les englober, sur le principe d'égalité républicaine, dans les actions à mener auprès des personnes en très grande précarité sociale, des personnes en très grand isolement et/ou souffrant d'un très grand sentiment de solitude, etc. ?

Nous avons pu rencontrer les 2 stratégies, lors de nos visites de terrain, même si peu de schémas départementaux comportent un axe ou des orientations spécifiques concernant les personnes âgées immigrées, ce qui ne veut pas dire que celles-ci ne soient pas intégrées dans les sujets de préoccupation de ces collectivités, au-delà de l'évolution des foyers de travailleurs migrants. Ainsi le choix du Conseil général du Val de Marne a été d'intégrer la politique de soutien aux personnes âgées immigrées au sein d'un certain nombre d'actions en faveur des personnes âgées plutôt que de définir une orientation spécifique liée au soutien des personnes âgées immigrées. Objectif de la collectivité : éviter toute forme de stigmatisation.

Néanmoins, il convient de noter l'augmentation importante depuis 2002 du nombre de schémas gérontologiques départementaux qui ont soit un axe personnes âgées immigrées, soit qui citent les personnes âgées immigrées parmi les populations concernées par des actions :

- de 2 conseils généraux cités nommément dans le rapport de l'IGAS de 2002,
- en passant par 10 conseils généraux cités dans l'enquête du CNRPA de février 2008 (enquête auprès des Coderpa — 68 de ceux-ci avaient répondu —,
- à, aujourd'hui, au moins 30 conseils généraux (résultat obtenu par une investigation par moteur de recherche sur « personnes âgées immigrées » et « migrants âgés »),
- ce qui fait une belle progression en 12 ans, depuis 2002.

Par ailleurs, nous verrons plus loin que les stratégies des collectivités locales ne sont pas forcément de porter elles-mêmes les actions, mais plutôt de soutenir des actions d'autres collectivités locales ou du milieu associatif, déjà en les promouvant (par exemple, lors des visites de terrain du groupe de travail qui accompagne la rédaction de ce guide), ou, encore, en « passant » par des organismes dont ils ont une sorte de « tutelle » (comme les comités départementaux d'éducation pour la santé, par exemple). Cette sorte de « sous-traitance » peut se faire durablement dans le temps ou ponctuellement (par exemple, durant la période qui précède les élections qui conduisent au renouvellement de l'exécutif de la collectivité).

Enfin, comme indiqué dans des chapitres qui vont suivre, les constants peuvent être révélés au détour d'une action portant sur une autre problématique concernant les personnes âgées immigrées (passage à la retraite de bénéficiaires du RSA, professionnalisation de personnes en contrat particulier-employeur au sein de leur propre famille, etc.).

## **2) Accompagner de façon individualisée**

La personne âgée immigrée est d'abord une personne âgée, avec l'ensemble des problématiques qui pourraient être causées par l'âge. La démarche auprès d'elle est bien de l'aborder de façon individualisée, en tenant compte de son projet, de son contexte et de son milieu de vie, comme nous l'avons vu plus haut. Qu'elle vive en ville ou à la campagne... Que ses enfants (si tant est qu'elle en ait eu) vivent en France ou sont restés au pays... Que ceux-ci aident ou pas leurs parents... Etc., etc. Chaque situation est spécifique et unique et ne doit pas être jugée.

Mais, bien sûr, il faudra échanger avec la personne âgée immigrée pour connaître son projet migratoire actuel, au regard de celui qui l'a fait venir en France, entre autres pour sa fin de vie, pour l'accompagner de façon adaptée. Que la migration soit ancienne (depuis 30, 40 ans, etc.) ou récente (par exemple ces anciens combattants de l'armée française marocains faisant une migration économique à 85 ans, pour toucher l'Aspa, qui leur nécessite de résider en France 6 mois et un jour par an, ou, encore, ces femmes, souvent plus jeunes, venues rejoindre leur mari dans les dernières années de vie, et qui se retrouvent en très grande précarité sociale à leur décès, sachant peu le français, encore moins leurs droits)... Etc., etc. Chaque situation est spécifique et unique et ne doit pas être jugée.

Par contre, il faut pouvoir être face à la personne ou à ses côtés, car, d'elle-même, elle ne viendra pas forcément, voire rarement (comme déjà évoqué) à un service qui pourrait l'aider à évaluer ses besoins et à trouver les réponses pour l'accompagner, elle et ses proches, dans son grand âge.

Par exemple, comme nous l'avons entendu de la part de l'équipe de la Maison du Partage du CCAS d'Aubagne, il peut être important d'aller rencontrer dans la rue les personnes âgées immigrées, sur les places et bancs publics qu'elles occupent (« où elles tiennent les murs »), pour créer un sentiment de confiance. Celui-ci peut être acquis :

- 1) en respectant le fait qu'elles sont de la génération la plus âgée (avec tout le respect que nous devons « culturellement » à une personne très âgée),
- 2) en valorisant leurs capacités d'adaptation, malgré les différences culturelles et administratives auxquelles elles ont dû s'adapter dans leur pays d'accueil et le sentiment de l'exil,
- 3) en prenant en compte qu'elles peuvent avoir des difficultés de compréhension de l'évolution culturelle de leur pays d'origine, voire de leurs propres enfants,
- 4) etc.

Cette démarche de rue, sur Aubagne, a comme objectif d'amener vers la Maison du partage, lieu d'« accueil de jour » (sorte de « café social ») en centre ville. Ce lieu intermédiaire entre les personnes et les services de droit commun n'est pas centré sur les personnes âgées immigrées, il est ouvert à toute personne en grande précarité. Cette « maison de solidarité », où se rassemblent services publics, lieux d'accueil, boutiques solidaires, etc., tant pour la synergie entre acteurs que pour faciliter la vie des personnes en grande précarité, est animée de façon coordonnée et est « agréable » en termes d'accueil architectural et d'agencement, respectueuse de la dignité de tous les citoyens qui la fréquentent.

Nous retrouvons l'intérêt de tels lieux d'accueil conviviaux à travers les cafés sociaux de l'association d'Ayyem Zamen sur Paris, les « petits déjeuners » de l'Amphil sur Marseille, etc.

Ce type de démarche pour approcher les personnes doit sûrement être bénéfique pour faire baisser le non-recours au droit. En effet, si les services apportent des réponses adaptées aux besoins des personnes âgées immigrées, le « téléphone arabe » va fonctionner entre les personnes. Les services devront alors faire face à un afflux d'autres personnes en difficulté...

L'objectif est, de toute façon, de trouver l'entrée (droits administratifs, santé, accompagnement dans les gestes de vie quotidienne, logement, vie sociale, vie civique, etc.) qui, quand la personne se sent en confiance (grâce à des professionnels qui sont capables d'écouter, d'avoir de l'empathie et de compréhension attentionnée, tout en étant efficaces dans les réponses apportées aux besoins de la personne), d'aller vers les autres besoins de la personne. Par exemple, le travail de santé publique des services du Conseil général des Bouches-du-Rhône par l'entrée tuberculose ou VIH<sup>3</sup> et/ou pour les bilans de santé pour l'Ofii<sup>4</sup> démontre la possibilité à la personne âgée immigrée de pouvoir commencer à exprimer les différents problèmes qu'elle rencontre. D'ailleurs, plus facile semble être la démarche vers d'autres services quand la personne a déjà eu des contacts avec des services sociaux, entre autres à l'accueil en France, dans le cadre du CAI<sup>5</sup>, comme a pu le pointer l'étude auprès des femmes âgées immigrées du CRPVE, déjà citée.

Cette prise en charge globale de la personne âgée immigrée, à travers l'ensemble des problématiques qu'elle aurait, à partir d'une entrée qui ouvrirait sur les autres problématiques nécessite une connaissance et une synergie entre les professionnels des différents champs (l'expérience de l'atelier-santé ville de Marseille-centre montre qu'un travail de coordination entre ces différents professionnels reste à faire), qui peuvent déjà, souvent, ne pas se connaître, entre ceux du champ du vieillissement, ceux de la grande précarité sociale, ceux de la lutte contre le grand isolement et le sentiment de solitude, ceux du logement social, ceux de la santé mentale, etc., ce qui ne facilite pas la coordination entre les professionnels des différents champs.

Les collectivités, à travers les CCAS, les Clic et les Maia de leur territoire, les réseaux de santé, les ateliers-santé ville, les collectifs santé, etc., ont sûrement un rôle (qu'elles soient conseil général ou ville) pour favoriser cette connaissance réciproque et cette synergie entre les acteurs de différents champs, qui s'occupent... des mêmes personnes... Sans, bien sûr, surajouter du supplément au mille-feuille socio-médicosocio-sanitaire-etc., français... En imaginant une intermédiation (via des professionnels tels que les Adli) qui ne serait pas une usine à gaz et en évitant que des services soient juges et parties... En rappelant (pour éviter tout blocage dans la transmission des informations sur une personne) que le secret professionnel est forcément partagé, si tant est que l'on a recueilli le consentement de la personne pour que des éléments de sa vie soient transmis à d'autres professionnels...

Si les personnes âgées immigrées, à travers différentes études, semblent montrer un réel attachement à la France (admonestant même leurs enfants quand ceux-ci diraient du mal de la France), un certain nombre d'entre elles (pour celles qui pratiquent une religion dont les préceptes modèlent et rythment leur vie quotidienne [prières quotidiennes, obligations de périodes de jeûnes, interdits alimentaires, rites dans la toilette, etc.], jusque dans la mort [rites dans la toilette mortuaire, dans la gestion du deuil et dans l'enterrement du corps]) peuvent souffrir de ne pas être reconnues dans le respect de leurs pratiques religieuses, pratiques qui ont structuré toute leur vie et qui font (peut-être encore plus dans l'approche de leur mort) leur identité.

---

<sup>3</sup> Virus de l'immunodéficience humaine

<sup>4</sup> Office français de l'immigration et de l'intégration

<sup>5</sup> Contrat d'accueil et d'intégration

Pour les collectivités locales se pose alors le challenge entre l'obligation constitutionnelle de respecter les croyances de la personne et le principe de laïcité de l'Etat français et des services publics.

Il peut être bon de rappeler que la laïcité est la séparation de la chose publique et de la religion, laissant celle-ci dans le champ privé, et donc la tolérance de la religion que peut avoir l'autre.

Sur ce principe, comment accompagner par des politiques publiques dans son grand âge la personne dont la vie, de par son choix religieux, est basée sur des préceptes religieux se traduisant par des codes guidant ses actes de la vie ? Comme, plus largement, la personne née à l'étranger qui pourrait avoir des codes culturels de son pays d'origine qu'elle se doit de respecter jusque dans sa mort.

Le professionnel qui intervient auprès de cette personne peut ignorer ces codes culturels (au-delà de codes strictement religieux), voire peut s'interroger sur les limites de son accompagnement si surviennent des contradictions entre les attentes de la personne et le respect des principes laïcs de son intervention ou encore que le respect des codes de la personne puisse contrarier l'obligation de l'employeur du professionnel de protéger les conditions de travail de son employé.

Ainsi, nous avons été interpellés, dans le cadre de notre activité de consultant en ingénierie gériatrique, par l'infirmière coordonnatrice d'un service d'aide et de soins infirmiers en France qui nous relatait 2 situations où son équipe a été mise en difficulté :

- un patient marocain s'était souillé pendant la nuit et l'aide soignante, croyant bien faire, avait amené du papier toilette dans la maison, pour le nettoyer, alors qu'il n'y en avait pas dans les habitudes traditionnelles de ce monsieur, ce que la famille du vieux monsieur n'a pas apprécié,
- un patient sénégalais musulman avait des tapis de prière dans tout son appartement, la famille a demandé à l'aide soignante d'enlever ses chaussures pour marcher sur les tapis, ce qu'a fait l'aide soignante, mais son employeur le lui a reproché ceci, car elle risquait de s'abîmer les pieds en cas d'accident.

Ces 2 exemples sont révélateurs de la nécessité de conseils auprès des services d'intervention, pour respecter les codes culturels (déjà en séparant de qui relève de codes religieux ce qui est plus une habitude culturelle traditionnelle) ou, pour le moins, pour trouver des compromis acceptables pour les uns et les autres, pour éviter des tensions inutiles, perturbantes et pour la personne accompagnée et pour le professionnel, autour de la toilette, de la fin de vie, etc.

Certes la laïcité peut se décliner de façon différente selon les pays, mais, néanmoins, il pourrait être intéressant de voir comment les autres pays européens francophones gèrent ces problématiques, car il semble qu'elles sont traitées de façon plus facile dans ces autres pays.

Ainsi, la Belgique (même si la laïcité y a un sens différent de celui de la France, ce pays ayant une religion d'Etat [la religion catholique]), fait un travail qui semble intéressant sur l'approche multiculturelle du vieillissement (cf., ci-après, le rapport « Les soins de santé face aux défis de la diversité : le cas des patients musulmans », de la Fondation Roi Baudouin, et le travail du CPAS<sup>6</sup> de Mons).

Le CCAS de Roubaix (Nord), lui, a trouvé un compromis. Si, dans les services autour du domicile (service d'aide et d'accompagnement à domicile, service de portage de repas) qu'il gère en direct, il respecte le principe de laïcité d'un service public, il accompagne les associations communautaires, au sein du Conseil roubaisien de l'interculturalité et de la citoyenneté, à repérer sur Roubaix, voire à mettre en place des réponses adaptées pour des personnes âgées immigrées qui souhaiteraient un respect complet de leurs pratiques religieuses dans les prestations de service à domicile.

En tout cas, il semble nécessaire d'imaginer des fonctions de médiations inter-âges interculturelles, comme l'a démontré la 1<sup>ère</sup> rencontre « Paroles de Marocains vivant en France et nés avant 1940 », le 17 juin 2014 à Montpellier, organisée par le Préfet Jean-Christophe Parisot de Bayard, préfet en mission de service public sur le thème de l'exclusion, et la consule du Maroc à Montpellier, Soraya Jabry. Cette réunion a démontré l'intérêt de créer un poste de médiateur régional pour arriver à cette fluidité dans la vie des personnes âgées immigrées, médiateur régional qui serait chargé de faciliter le développement du « vivre ensemble à travers nos âges et nos cultures ».

A noter le dossier thématique portant sur « Les carrés confessionnels musulmans, la spécificité de l'Alsace et de la Moselle », (effectué en 2010-2011 par l'Adli du Bas-Rhin, suite à une demande du CCAS de Sélestat auprès de l'Oriv). Ce dossier présente les résultats d'un état des lieux sur les « carrés musulmans » existant en Alsace, complété par quelques expériences mosellanes. Le rappel du contexte juridique national et spécifique à ces départements, ainsi que les expériences présentées dans ce dossier doivent permettre d'apporter des éléments de réponse quant à la mise en place d'un carré confessionnel au sein d'un cimetière communal (cf. l'extrait ci-après) :

- [http://www.oriv-alsace.org/wp-content/uploads/oriv\\_dossier\\_thematique\\_carres\\_confessionnels\\_musulmans1.pdf](http://www.oriv-alsace.org/wp-content/uploads/oriv_dossier_thematique_carres_confessionnels_musulmans1.pdf).

<sup>6</sup> Centre public d'action sociale (équivalent du CCAS en Belgique)

### 3) Favoriser l'accès aux droits administratifs

Ce chapitre était d'abord intitulé « favoriser l'accès aux droits », mais, comme les droits de la personne couvrent aussi l'accès au soin, au logement, à la vie sociale, à la vie civique, etc., nous avons précisé que nous ne traiterons que de l'accès aux droits administratifs dans ce chapitre.

Les droits administratifs concernent :

- les allocations (nationales) de type sécurité sociale auxquelles a droit tout Français ou toute personne étrangère en situation régulière qui a ouvert des droits par ses cotisations (allocation retraite, assurance maladie, CMU, CMU-C, ACS, allocation logement), allocations qui, certaines (allocation retraite), peuvent passer la frontière, les autres non,
- les compléments de ressource de type aide sociale légale (Aspa, aide sociale à domicile, aide sociale en hébergement), compléments de ressources qui ne passeront jamais la frontière,
- des allocations hybrides (allocations attribuées par un droit universel, mais toujours classées dans l'aide sociale distribuée via le conseil général : Apa, PCH<sup>7</sup>), allocations qui ne passeront jamais la frontière,
- des aides sociales facultatives, en fonction des critères d'attribution des règlements d'aide sociale des organismes sociaux et des collectivités locales.

Les procédures d'obtention puis de maintien de ces droits administratifs restent complexes pour quelqu'un qui n'a pas une connaissance fine des codes culturels de l'administration française et des organismes sociaux français, surtout si ceux-ci (pour optimiser leurs coûts de fonctionnement) continuent à développer un accès à leurs services de plus en plus robotisé (téléphoniquement) et numérisé, pour optimiser le fonctionnement des services tout en réduisant le coût de fonctionnement. Bien sûr cette problématique n'est pas propre aux personnes âgées immigrées, mais à nombre de personnes en grande précarité sociale et/ou très isolées et/ou ayant du mal à comprendre des systèmes robotisés et numérisés, etc. (cf. les différentes études sur le non-recours aux droits, déjà citées). La non compréhension ou la mauvaise compréhension de la langue peut renforcer cette problématique.

De plus, si l'on acquiert des droits comme citoyen résident de son pays d'accueil et, déjà, de son territoire de vie, l'on reste citoyen de son pays d'origine (si l'on ne s'est pas fait naturalisé), avec une complexification dans la compréhension des droits qui s'appliquent, entre ceux du pays d'origine et ceux du pays d'accueil, sur des sujets comme le mariage, le divorce, l'héritage, etc.

Nous ne parlerons pas, dans ce guide (puisque cela n'en est pas l'objet), des efforts manifestes que les services administratifs et organismes sociaux font pour faciliter l'information auprès des usagers qui pourraient être « empêchés » d'accès à leurs droits.

Mais, comme l'accès à ces droits nécessite une démarche proactive de l'utilisateur pour demander ses droits et que la personne âgée immigrée, par méconnaissance, par difficulté de compréhension du système, voire par pudeur et dignité, peut ne pas faire soi-même la démarche de demande d'activation de ses droits, nous traiterons des stratégies, directes et/ou indirectes, des collectivités locales pour faciliter la démarche de ces personnes âgées immigrées tant dans l'obtention d'allocations de type de sécurité sociale (pour lesquelles les collectivités locales n'ont aucune responsabilité) que pour les autres allocations pour lesquelles les collectivités locales peuvent, au moins, avoir la responsabilité de traiter le dossier, voire d'attribuer elles-mêmes ces allocations. Ce qui n'est aucunement de la discrimination positive, puisque nous sommes bien sur des allocations acquises à des ayant-droits.

Comment concilier la nécessité d'un accompagnement individualisé de personnes qui ne vont pas d'elles-mêmes vers les services de droits communs face à des procédures « standardisées » de services qui doivent gérer un nombre important de personnes en difficulté, sans avoir forcément les moyens humains pour le faire.

Car l'enjeu est bien là : comment réduire la précarité que subit une personne qui a des droits ouverts pour lesquels elle n'a pas fait de demande ou quand le traitement de sa demande dure, renforçant sa situation précaire, avec toutes les conséquences que cela peut entraîner sur ses autres droits, sa santé, le contexte de son habitat, sa vie sociale, sa vie civique. Quelles sont les stratégies à disposition des collectivités locales, qu'elles soient conseils généraux, qu'elles soient communes ou groupements de communes ?

Dans ce chapitre, nous resterons sur les allocations qui octroient des ressources (les autres allocations seront abordées dans les chapitres suivants).

Après analyse des expériences visitées et/ou expertisées, il semble nécessaire, pour avoir une démarche proactive en allant vers des personnes qui n'iront pas d'elles-mêmes requérir leurs droits :

- d'écrire et/ou de traduire les documents d'information de manière à ce qu'ils soient compréhensibles, même si la traduction dans la langue maternelle ne suffit pas à comprendre le fonctionnement d'une administration :

---

<sup>7</sup> Prestation de compensation du handicap

- il n'est d'ailleurs pas nécessaire, d'après différents échos de terrain, de traduire tout un document, par exemple, en arabe (d'une part nombre de personnes âgées immigrées, aujourd'hui, sont analphabètes dans la langue officielle de leur pays, d'autre part elles ne parlent, peut-être, qu'un dialecte local), par contre, il peut être intéressant que la page de garde ou le haut de l'affiche soit en arabe pour que la personne se dise « c'est aussi pour nous, ils ont pensé à moi », même si elle n'arrive pas bien à comprendre ce qui est écrit en arabe,
- il est sûrement intéressant que les documents administratifs puissent être « faciles à lire et à comprendre » (pas que pour les personnes âgées immigrées, d'ailleurs), en se basant sur les « règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre »<sup>8</sup> ([http://www.inclusion-europe.org/images/stories/documents/Project\\_Pathways1/FR-Information\\_for\\_all.pdf](http://www.inclusion-europe.org/images/stories/documents/Project_Pathways1/FR-Information_for_all.pdf)). Par exemple, dans le cadre de sa politique en faveur de l'amélioration du cadre bâti et du dispositif Papa<sup>9</sup>, la Cnav développe, en lien avec Adoma, l'Unafo et le GRDR, des supports de communication adaptés aux usagers des foyers de travailleurs migrants et de résidences sociales et forme les acteurs-relais à leur utilisation. Une réflexion est en cours autour des supports les mieux adaptés (pictogrammes, photos, langage facile à comprendre, etc.) — cf. document « Définition de méthodes et techniques pédagogiques pour les réunions d'information à destination des habitants de foyers de travailleurs migrants » —,
- la connaissance du français ne suffit pas pour comprendre les codes culturels des administrations françaises, ce qui fait que le traducteur en français doit pouvoir aussi traduire aussi ces codes administratifs et d'être dans l'intermédiation, au-delà d'un simple interprétariat,
- il peut être aussi pertinent d'aider les personnes âgées immigrées à repérer les logos des organismes importants pour eux, afin qu'ils ne jettent pas les courriers qu'ils recevraient de ces organismes,
- d'imaginer des espaces de convivialité (gérés par des associations soutenues par les conseils généraux et/ou les villes ou CCAS, ou gérés directement par les CCAS) où les personnes, une fois mises en confiance, pourront se confier aux travailleurs sociaux qui animent ces espaces sur leurs difficultés, puis pourront venir avec leur « sac Tati » qui rassemble les éléments épars et restants de leur carrière professionnelle hachée, durant laquelle leurs employeurs successifs ne les ont pas toujours déclarés, comme dans les expériences présentées dans les « Zooms sur le terrain », telles que :
  - les cafés sociaux de l'association d'Ayyem Zamen sur Paris,
  - les « petits déjeuners » de l'Ampil sur Marseille,
  - la Maison du partage du CCAS d'Aubagne,
  - etc.,
- de mobiliser les compétences ad hoc (si les collectivités ne les ont pas en interne) pour installer, au moins provisoirement, des interfaces qui activeront la jonction entre les services de droit commun et les personnes âgées immigrées, comme les expériences présentées dans les « Zooms sur le terrain », telles que :
  - le Conseil général du Nord qui finance (à travers son Fonds départemental d'innovation) le dispositif « Vieillesse plurielles »,
  - la Ville de Montreuil qui active le GRDR au sein des foyers de travailleurs migrants implantés sur la commune,
  - la Ville de Nantes qui participe au financement de l'Adli, porté par l'association Asamla, qui a pu négocier avec la Carsat des Pays de la Loire des « rendez-vous individualisés attentionnés »,
  - le CCAS d'Aubagne qui a pu expérimenter, avec le soutien de l'Unccas, la fonction de « coordonnateur de projet de vie »,
  - etc.

Par contre, attention d'anticiper la venue importante en nombre des personnes âgées immigrées vers les services de droit commun si la promotion de ces services est une réussite, pour éviter d'être débordé par l'afflux de ce nouveau public, avec des demandes complexes, voire inconnues des services (comme le Clic du CCAS de Montreuil a pu en faire les frais).

A noter que si des financements peuvent être trouvés (comme le Fami, par exemple) par des CCAS pour faciliter l'interface entre les personnes âgées immigrées et les services de droit commun, certains CCAS s'interrogent sur ce qui se passera une fois que ces financements extraordinaires ne seront plus possibles. N'auront-ils pas contribué à mettre en place un accès au droit commun par substitution, par carence des services de droit commun ordinaires (pour ne pas dire « services communs de droit commun »), du fait de

<sup>8</sup> A noter que le champ du handicap mental s'est saisi de ces règles, pour communiquer plus facilement

<sup>9</sup> Préservation de l'autonomie des personnes âgées

la carence de ces services (carence causée par la complexité du suivi social, la nécessité d'intervention en situation d'urgence, le flux important de demandes, le manque de temps, etc.), qui plus est sans que ces services de droit commun ne leur paient pour cette prestation ? Tout en suscitant espoir et réponse auprès des personnes âgées immigrées... Tout ceci sans équité des citoyens qui seront plus ou moins accompagnés selon la volonté politique et technique du CCAS d'un tel accompagnement...

Le CCAS, le dernier filet social pour les personnes en très grande précarité ? D'après la directrice d'un CCAS rencontré, Le CCAS paie souvent pour des personnes pour qui leurs droits n'ont pas encore été mis en place. C'est quoi, en fait, le droit commun ? Le CCAS se retrouve à faire la 1<sup>ère</sup> ligne pour les services qui ne délivrent pas leurs droits communs, l'argent que le CCAS met là, il ne le met pas dans les besoins des usagers dépendant de ses compétences qu'il devrait couvrir.

En tout cas, si les expérimentations se développent avec des financements extraordinaires, il semble nécessaire de prévoir d'emblée le moment de sortie de la phase de test, entre autres au niveau financier. Comment pérenniser le dispositif avec un financement ordinaire ? Et, d'ailleurs, comment en analyser les conditions de démultiplication sur d'autres territoires, car c'est bien l'objectif d'une expérimentation, de se démultiplier (et non de se reproduire, car il n'y a pas de recette « plaquable » à n'importe quel territoire) ?

En tout cas, sur l'« excuse » de services de droit commun du manque de temps face à une masse de dossiers à traiter, pour ne pas pouvoir proposer un accompagnement individualisé en cas de situations complexes, l'exemple du Conseil général du Nord est illustrant, via le dispositif « Vieillesse plurielles », de réaliser un suivi intentionné de personnes âgées immigrées en situation complexe pour l'activation de l'aide sociale, grâce à un référent institutionnel au sein de son service gestion de l'aide sociale dédié à ces situations. Ce référent est au service du directeur du service/établissement social/médicosocial pour faciliter, pour la personne âgée immigrée pour laquelle la recherche d'obligés alimentaires serait long, au détriment du bien-être de la personne, d'accorder l'aide sociale à l'hébergement sans que cette recherche préalable soit faite, le Conseil général se réservant le droit de recourir après auprès des éventuels obligés alimentaires.

Bien sûr, l'on pourrait rétorquer qu'un tel dispositif puisse être ouvert, pour un traitement équitable, à toute autre personne en très grande précarité sociale (c'est bien l'objectif, d'ailleurs, du Conseil général du Nord d'étudier la possibilité de cette extension), mais, s'il est sûrement plus facile, en termes de nombre de dossiers à traiter, à la Carsat des Pays de la Loire de proposer des « rendez-vous individualisés attentionnés » qu'à d'autres Carsat (qui ont plus de personnes âgées immigrées à accompagner), le fait que le Conseil général du Nord, dont le territoire départemental est le plus peuplé, avec des besoins sociaux importants, soit capable d'avoir ce suivi intentionné, peut intéresser d'autres départements. D'autant que, si un tel suivi favorise le bien-être de la personne, il s'avère qu'il fait, aussi, gagner du temps de traitement et de relance et au directeur du service/établissement social/médicosocial qui accueille une personne âgée immigrée et au service de gestion de l'aide sociale du Conseil général..., ce qui n'est pas négligeable en ces temps d'optimisation du fonctionnement des services. De toute façon, les situations vraiment complexes ne sont pas si nombreuses que cela...

Des référents institutionnels au sein des conseils généraux pour faciliter la gestion des situations complexes rencontrées par les personnes âgées immigrées semblent donc une piste à explorer...

#### **4) Faciliter la prise en charge de sa santé**

La charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 définit la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci ». Cette définition envisage la santé « comme étant la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ». La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme un but dans la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Comme le précise l'OMS, la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, elle est vue comme un bien-être physique, moral, affectif et/ou social.

Elle est influencée par de nombreux facteurs : l'habitat (le logement, l'aménagement du quartier, etc.), l'espace (ville, quartier, village, etc.), les relations avec l'entourage, les décisions politiques (réglementations en faveur de la santé, etc.), etc. Ainsi, chaque secteur d'activité est susceptible d'influencer ces déterminants de santé à son propre niveau d'intervention. Promouvoir la santé, c'est aussi intervenir dans des secteurs autres que le sanitaire comme l'enseignement, l'emploi, le social, la culture, l'environnement, etc.

Le sentiment de l'exil, voire d'avoir raté son projet migratoire, la « célibatérisme » et la misère de sa vie psychoaffective, les souffrances rencontrées tout le long de la vie s'exprimant par les douleurs du corps, etc., peuvent perturber la capacité de ressentir du bien-être, d'autant qu'un certain fatalisme face à la maladie (plus dû à une interprétation magico-traditionnelle de préceptes religieux qui devraient plutôt conduire à prendre soin de son corps pour avoir toutes ses capacités pour aider l'autre), une certaine



pudeur d'exprimer des mots sur ses maux, peuvent empêcher de se prendre en charge et de prendre soin de soi.

L'enjeu est donc comment amener la personne âgée immigrée à prendre soin d'elle-même et à développer sa prise en charge de santé et de son bien-être, en se sentant en confiance avec les ressources proposées par les acteurs locaux, ressources que pourraient mobiliser les collectivités locales.

Laissons de côté le fait que le montant de l'Aspa est légèrement supérieur au plafond pour bénéficier de la CMU et de la CMU-C, car ceci n'est pas de la responsabilité des collectivités locales, sauf à ce qu'elles mettent en place des réponses en termes de santé gratuites ou à coût réduit pour les usagers en grande précarité sociale.

La santé n'est pas forcément une compétence ordinaire des conseils généraux et des villes (mais elles peuvent se saisir de celle-ci tant qu'elles gardent des compétences d'action générale), mais certaines se sont données l'objectif de faciliter l'accès démocratique aux soins car santé publique, pour les personnes en grande précarité, mais aussi pour tous (pour éviter la résurgence ou le développement d'épidémie telles que la tuberculose, la rougeole, etc.).

Tout retraité du régime général peut bénéficier des bilans de santé des CPAM, comme de ceux des centres de prévention santé des caisses de retraite complémentaires Agirc-Arrco, ainsi que des actions de sensibilisation autour du bien vieillir de celles-ci. De même, les retraités des régimes spéciaux de sécurité sociale, à commencer par ceux ressortissants de la MSA.

Mais peu de personnes âgées immigrées vont d'elles-mêmes vers ces services, sauf si ceux-ci agissent fortement en direction de ces personnes, tel que l'Irips, le centre de prévention santé des caisses de retraite complémentaires Agirc-Arrco implanté sur Provence-Alpes Côte d'Azur (cf., ci-après, l'interview de Véronique Herr, médecin-directeur de l'Irips, « Bilan de santé et prévention du bien vieillir », dans *Maux d'exil*, de la Comede<sup>10</sup>, juin 2013, n°40).

Trois niveaux de stratégie sont possibles, complémentaires bien sûr :

- partir du renforcement de la collaboration et de la coordination entre les services :
  - entre autres, il semble nécessaire de développer, voire d'instaurer une connaissance entre les acteurs des champs de la gérontologie, de l'accompagnement de personnes en grande précarité sociale, du logement social, de la santé mentale, de la politique de la ville, etc. :
  - par exemple, à partir de groupes de travail animés par l'atelier-santé ville de Marseille, en vue de l'élaboration du plan local de santé, le Réseau de santé gérontologique de Marseille-centre avait imaginé un projet expérimental d'accompagnement de 20 personnes âgées immigrées, sur une année. Cet accompagnement comprenait un diagnostic de leurs besoins, un diagnostic des freins d'accès aux droits, une prise en charge continue de leurs soins et un diagnostic de la pertinence de la démarche en réseau. Or, il s'est avéré que, si dans chacun des champs les acteurs se connaissaient plus ou moins, les acteurs des différents champs entre autres ne se connaissaient pas, alors qu'ils accompagnaient les mêmes personnes,
  - voire, à l'instar de certaines Maia qui développent actuellement un suivi intentionné de personnes en situation de handicap vieillissantes qui seraient dans un contexte complexe, les Maia dont les territoires comportent un nombre important de personnes âgées immigrées n'auraient-elles pas à s'organiser pour avoir un tel accompagnement intentionné auprès de personnes âgées immigrées dont la situation serait complexe ? En tout cas, l'expérience de Marseille-centre sus-citée a démontré la limite d'une animation d'un groupe de travail au sein d'une démarche d'atelier-santé ville où, après une connaissance réciproque, une culture partagée, l'élaboration de procédures de travail, l'analyse des pratiques (tout ceci est bien du ressort de l'action d'atelier-santé ville), les acteurs en venaient à jouer le groupe de coordination pour traiter individuellement des situations complexes,
  - sur d'autres territoires, des réseaux intégrés de professionnels de santé facilitent l'approche des personnes âgées immigrées, pour qu'elles prennent conscience de la nécessité pour elles de prendre en charge leur santé (Intermed, réseau d'accès à la santé créé à l'initiative d'Adoma, en Rhône-Alpes, ainsi qu'en Auvergne depuis peu [<http://www.intermed-reseau-sante.fr>], la Carmad, réseau de santé gérontologique des Yvelines [<http://gerondicap.org/CARMAD.html>], etc.),
- installer de nouvelles fonctions auprès des personnes âgées immigrées :
  - l'expérience des postes de médiateurs santé mis en place, de façon de plus en plus systématique, par Adoma, au sein de ses foyers de travailleurs migrants et de ses résidences sociales posent l'intérêt d'un professionnel médicosocial qui fait l'interface entre les résidents âgés et les professionnels de santé/services hospitaliers,

---

<sup>10</sup> Comité médical pour les exilés

- l'ensemble des Adli favorise la rencontre entre les services de droit commun et les personnes âgées immigrées, sans, pour autant, être dans le suivi systématique et de longue durée d'une interface entre les uns et les autres (par contre, à titre d'exemple, ils peuvent se saisir de la complexité de la situation d'une personne pour instaurer de nouveaux processus de rencontre ou pour mobiliser de nouveaux services, etc.),
- et trouver les dynamiques de terrain qui permettent de toucher directement les personnes âgées immigrées et qu'elles deviennent, s'il y a des retombées positives pour elles-mêmes, les meilleures publicitaires des préventions nécessaires pour bien vieillir. Il semble nécessaire de privilégier un travail de sensibilisation de proximité, plutôt dans l'action de terrain de visu, pour amener les personnes à reconnaître leurs propres problématiques de santé et à se soigner d'elles-mêmes, tant physiquement que psychologiquement, abandonnant le fatalisme d'être malades. Les retombées en termes de prévention des dynamiques mises en place semblent montrer que des actions ciblées (sans qu'elles soient stigmatisantes) auprès de populations à risque peuvent avoir plus d'impact que des campagnes de prévention « universelle ». Plusieurs dynamiques semblent être emblématiques des actions à mener :
  - des femmes immigrées âgées, attirées par des actions de sport pour tous, conçues par le Centre de santé de la Ville de Grande-Synthe (Nord) — lequel avait constaté l'absence des personnes âgées immigrées dans ses activités, alors qu'elles sont nombreuses sur le territoire communal —, en sont venues à s'occuper de la santé de leur corps, puis à entraîner leur mari dans ces activités,
  - que cela soit des médecins urgentistes qui animent des permanences médicales dans des lieux de type « café social » (Maison du partage du CCAS d'Aubagne) conduit une moindre grande appréhension des personnes en grande précarité quand elles doivent fréquenter les services d'urgence hospitaliers, ce qui, du coup, rend plus fluide leur passage dans ces services,
  - les Clic de l'Hérault ayant constaté l'absence de personnes âgées immigrées dans les actions de sensibilisation autour du diabète, alors que ces personnes sont considérées comme à risque pour cette maladie chronique, l'Adli de l'Hérault a pu les accompagner par une démarche adaptée pour que ces personnes puissent bénéficier d'actions de prévention,
  - les « causeries autour d'une tasse de thé à la menthe » que mènent les médecins retraités de l'association Arcopred<sup>11</sup> (créée par le Professeur Lamarque<sup>12</sup>) au sein de la Pension de famille Fermaud-Merci d'Adoma, à Montpellier (grâce à l'intermédiation de l'Adli de l'Hérault) entraînent une prise de conscience importante, dont découlent nombre de bilans de santé, bien plus, en pourcentage, que suite à des conférences grand public (qu'anime aussi, par ailleurs, l'équipe d'Arcopred), auxquelles, de toute façon, les personnes âgées immigrées ne vont pas,
  - l'annonce par l'Adli de l'Ain sur les radios locales d'un stand sur le diabète sur le marché, l'« harrangage » sur le marché, la foule autour du stand, les tests diabète faits sur place, qui débouche sur un partage de nourriture, les retombées en termes de bilans de santé et diagnostics, le suivi des personnes qui se sont lancées dans une démarche de soin (personnes-relais, groupe de parole organisé par des infirmières au centre social), etc., ont entraîné le souhait d'autres associations de prévention ou, encore, d'infirmières du Centre hospitalier d'Oyonnax d'utiliser le même type de dynamique pour d'autres problèmes de santé (dépistage du cancer du colon, etc.).

A noter les travaux :

- de l'Inpes<sup>13</sup> en cours pour concevoir des outils d'informations-sensibilisation en termes de prévention compréhensibles par tous,
- de l'Adli de l'Ampil, avec les partenaires qu'elle a su mobiliser, pour imaginer un outil de diagnostic d'une désorientation pour une personne analphabète.

## 5) Favoriser son accompagnement dans son grand âge

L'accompagnement de la personne âgée dans son grand âge est d'abord de la responsabilité de la famille, mais celle-ci peut être restée au pays, sans vraiment connaître la situation en France de son parent âgé (avec des relations distendues entre la mère et les enfants et le père-portefeuille loin des radars affectifs de la famille), ou, en France, être tiraillée par un mode de vie plus « occidental » et le respect de la tradition familiale de s'occuper des parents âgés (dans la religion musulmane, pour garder la bénédiction religieuse des parents). Il peut se faire, aussi, qu'un des petits-enfants doive suspendre ses projets personnels pour assurer un emploi de gré à gré auprès du parent âgé.

<sup>11</sup> Prévention & dépistage

<sup>12</sup> Père de la radiologie moderne en France. Il est aussi l'initiateur du Mammobile, etc.

<sup>13</sup> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Nous avons entendu parler de peu d'expériences de liens avec la famille restée au pays de la part des services sociaux médicosociaux (l'animateur de la Pension de famille Fermaux-Merci, d'Adoma, à Montpellier, communique régulièrement, en accord avec le résident âgé, avec la famille restée au pays, sur la situation du parent âgé).

Il y aurait sûrement, pour les collectivités locales, un intérêt de mettre en place des réponses sociales médicosociales entre la France et le pays d'origine, afin que la personne puisse choisir la façon dont elle veut vivre son grand âge, sans que cela soit par défaut, entre autres en facilitant une politique d'accompagnement de la famille quand celle-ci est restée au pays, afin que celle-ci puisse continuer à soutenir affectivement son parent âgé même s'il reste vivre en France.

Grâce au Conseil général de Seine-Saint-Denis, nous avons découvert, pour les familles installées en France, un cycle de sensibilisation et d'information à destination des aidants familiaux des parents immigrés, porté par le réseau mémoire Aloïs, avec l'aide du service d'ethnopsychiatrie de l'Hôpital Avicenne, de Bobigny, mais ce cycle a dû s'arrêter par faute de renouvellement de la subvention de l'ARS, malgré l'intérêt manifeste pour les membres de famille participantes.

Par ailleurs, le Conseil général de Seine-Saint-Denis, travaillant sur la professionnalisation des personnes en gré à gré, a pu mettre en place 2 groupes de formation et d'échange de pratiques (dans le cadre de sa convention d'aide à domicile avec la CNSA) dans lesquels l'on compte plusieurs personnes s'occupant d'un membre âgé de la famille, venant en France pour un projet migratoire économique.

Les crédits de la CNSA pour les formations d'aide aux aidants sont, d'ailleurs, sûrement une piste de financement que les collectivités locales pourraient solliciter (les conseils généraux, dans le cadre de leur convention d'aide à domicile avec la CNSA).

Pour mobiliser les services sociaux médicosociaux, qui sont actuellement peu utilisés par les personnes âgées immigrées (cf. les analyses des difficultés par les services du CCAS de Roubaix, ci-après), nous avons déjà parlé des formations à l'interculturalité et les fiches-repère d'Areli pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile, des postes de médiatrices santé, de coordonnatrices de parcours de vie, etc.

Nous pouvons rajouter la grille de repérage des partenaires à activer pour aboutir à des heures d'aide à domicile à destination des gestionnaires de foyers de travailleurs migrants conçue par Adoma Ile-de-France ou, encore, l'exemple des plans d'aide mutualisés, en regroupant dans une même enveloppe l'Apa du Conseil général des Bouches-du-Rhône, le Pap<sup>14</sup> de la Carsat de Paca<sup>15</sup>, les allocations de la caisse de retraite complémentaire AG2R, au sein de plusieurs foyers de travailleurs migrants d'Adoma. L'expérimentation qu'a menée l'Unccas avec le CCAS d'Aubagne aura permis l'extension de cette mutualisation d'heures d'aide à domicile au foyer de travailleurs migrants d'Adoma d'Aubagne.

Nous avons déjà évoqué que peu de personnes âgées immigrées résident en Ehpa, comme en Ehpad, alors que la démarche de projet d'accompagnement personnalisé devrait permettre de tenir compte des attentes culturelles spécifiques que pourrait avoir la personne.

L'adjoint au maire chargé des affaires sociales de Trélazé avait interrogé des directeurs de foyers-logements ou d'EHPAD qui se disent prêts à accueillir des personnes âgées immigrées. Ils expliquent qu'ils n'ont pas de demandes, mais l'agencement et le fonctionnement de leur établissement sont-ils adaptés (question que se posaient ces directeurs) ? Et quid du regard des autres résidents sur ces résidents qui seraient nés ailleurs... Sans compter le coût de l'hébergement, qui empêcherait l'envoi d'argent à la famille au pays...

A noter que :

- les expériences des cafés sociaux de l'association Ayyem Zamen de Paris 20<sup>ème</sup>, du café social itinérant de Batik International de Paris 13<sup>ème</sup>, etc., montrent l'intérêt de tels lieux pour faire émerger l'envie de la personne âgée immigrée d'être accompagnée pour des services adaptés, selon ses besoins,
- les personnes âgées immigrées ne se sont pas bousculées pour rentrer dans l'Ehpad Hector Berlioz, du Groupe SOS, à Bobigny, attendant à un foyer de travailleurs migrants transformé en résidence sociale, qui leur était destiné. De même, l'Ehpad réservé à des personnes âgées chinoises à Paris XIII<sup>ème</sup>,
- quelques foyers-logements personnes âgées ont un nombre important de personnes âgées immigrées, tel que le foyer-logement Alma-Fontenoy, géré par le CCAS de Roubaix, qui a, sur les quarante-cinq résidents, trente-deux originaires d'Afrique du Nord,
- les 2 représentants de la communauté marocaine du quartier de la Roseaie (Angers) n'étaient jamais rentrés dans l'Espace Robert Robin du CCAS d'Angers (espace intergénérationnel, avec Clic, réseau de santé, Maia, foyer-logement, etc.) situé au cœur du quartier, l'ont fait la 1<sup>ère</sup> fois lors

<sup>14</sup> Plan d'actions personnalisé

<sup>15</sup> Provence-Alpes-Côte d'Azur

de la visite de la délégation du groupe de travail accompagnant la rédaction du guide et ont profité, dans le couloir en sortant, de demander des renseignements sur les services proposés par l'Espace Robert Robin,

- plusieurs conseils généraux (Seine-Maritime, Val de Marne) étudient la possibilité d'héberger des personnes âgées immigrées par des familles d'accueil d'origine étrangère,
- le projet de loi d'adaptation de la société française au vieillissement devrait permettre la création de poste de coordonnateur prévention qui interviendrait sur le territoire autour des foyers-logements qui deviendraient des résidences autonomie (cf. l'action d'accompagnement social médicosocial de l'association Générations solidaires, sur le quartier Empalot, de Toulouse, grâce l'implication de la société civile du quartier).

## 6) « Améliorer » le logement

Les foyers de travailleurs migrants et les résidences sociales doivent être des équipements comme les autres de la ville et peuvent devenir des pivots de la vie sociale de leur territoire de proximité.

Mais le projet de la personne peut être de quitter le foyer de travailleurs migrants, surtout quand il se transforme en résidence sociale, plus chère.

Comment sortir de son foyer de travailleurs migrants ou de son meublé (habitat indigne), tellement peu cher qu'il permet d'envoyer un maximum d'argent à la famille ?

L'expérience de relogement des locataires d'un habitat indigne à Montpellier, dans le cadre de rénovation urbaine du centre ville, dans une pension de famille (maison-relais) gérée par Adoma, nous semble une piste à démultiplier. Les locataires ont été associés à la conception du projet, projet accompagné par l'Adli de l'Hérault. Cette opération est présentée ci-après (Pension de famille Fermaud-Merci).

Nous pouvons noter aussi les habitats-kangourou du Foyer Dar al Amal, de Molenbeek, et la Maison Biloba, du quartier Barbant en Région Bruxelles-capitale, les projets de domiciles partagés de l'association Ayyem Zamen ou de collocations coordonnés par l'Adli du Gard, etc.

A noter que :

- pour des personnes vivant dans l'aller et retour (pour qui « *l'avion est leur foyer-logement* », pour l'adjoint au maire chargé des affaires sociales de Trélazé), les expériences de logements partagés en résidence sociale menées par Adoma n'ont pas de résultat probant, car les résidents ont du mal à partager leur espace privé, déjà réduit,
- le regroupement familial tardif n'est pas possible en foyer de travailleurs migrants et en résidence sociale, vu la taille des logements et d'obtenir un logement suffisamment vaste pour accueillir une famille en HLM n'est pas possible tant que la famille n'est pas là,
- de quitter son appartement HLM devenu trop grand n'est pas facile quand l'appartement plus petit proposé par le bailleur social est plus cher...

## 7) Permettre la participation à la vie sociale

L'intégration à la vie sociale permet de développer son capital social et d'exploiter les ressources de son territoire pour accroître son bien-être et trouver les réponses à ses besoins.

Cela peut commencer en aidant les personnes en grande précarité à mobiliser les « petites énergies », afin que se créent des réseaux d'entraide, que chacune des personnes pourra solliciter.

Nous ne reviendrons pas sur l'intérêt des lieux de type « café social » déjà cités, du mouvement Monalisa (dans lequel certains conseils généraux s'investissent pour réduire l'isolement, entre autres, des personnes âgées immigrés, entre autres via une territorialisation de Monalisa sur la proximité), de repérer les personnes-relais et les réseaux constitués, plus ou moins visibles, pour s'appuyer sur eux, pour toucher les personnes les plus isolées, etc.

L'enjeu semble, sur un territoire, de casser une logique de ghettoïsation sans rompre les liens communautaires. Ainsi l'association Ain'pacte, animée par l'Adli de l'Ain, met en place des actions pour faire travailler les associations immigrées avec d'autres associations locales (festival de cinéma, concours gastronomique, etc.), afin de créer une relation de confiance.

L'activité de médiation culturelle ou la mise en valeur de la mémoire de l'immigration peut permettre une meilleure intégration, de donner une place dans la vie de la cité et de sentir la prise en compte de l'histoire personnelle comme une part de l'histoire de la France.

La mobilisation de groupes de femmes dans des activités dans le quartier renforcera les liens sociaux autour des différents membres du groupe et donc leurs capacités à se prendre en charge individuellement.

## 8) Faciliter l'implication dans la vie civique

Des instances formelles (Conseil nantais pour la citoyenneté des étrangers de Nantes, Conseil roubaisien de l'interculturalité et de la citoyenneté de Roubaix, avec un collègue avec les associations engagées

d'accès aux droits et à la promotion de l'interculturalité et avec un collège avec les associations représentant les communautés étrangères ou d'origine étrangère, etc.) ou informelles (Arbre à palabre de Rennes et autres cafés des âges) permettent l'implication collective des personnes âgées immigrées dans la vie de la cité.

La vie civique peut aussi passer par la mobilisation de jeunes retraités immigrés, qui ont « réussi » leur « intégration », comme trait d'union (informations, sensibilisation, lien social, incitation à anticiper la complexification de situation, etc.) auprès des personnes immigrées plus âgées ou des jeunes issus de l'immigration (« passeurs de sagesse » de Verviers, Belgique).

Lors du café géronto du 23 avril 2004, animé par Perspective asbl (à Verviers, Province de Lège) à l'occasion de la consultation dans le cadre de l'avant-projet de Plan fédéral de Développement Durable 2004-2008, sur le thème « Quelle réflexion pour répondre à la problématique du vieillissement des populations issues de l'immigration ? », Pierre Gobiet, président de l'asbl Co-Errance, centre de santé mentale<sup>16</sup> pour personnes issues de l'immigration, a présenté l'action de l'association, qui venait de mettre en place un conseil des sages (panaché de jeunes et de plus vieux, de personnes d'origine belge et de personnes d'origine d'Afrique centrale, panaché de femmes et d'hommes), qui l'accompagne comme « interface » auprès de la population aidée. Puis Canissius Karake, membre de ce conseil des sages, explique son rôle de « passeur de sagesse » auprès des jeunes des communautés africaines de Verviers, qui peuvent être déstructurés du fait de l'absence de transmission orale de la part des « vieux » de leur famille, de par leur absence. Il les aide à retrouver des racines et à se développer « ici et maintenant », en Belgique, apportant la richesse de leur culture et participant au métissage de la société belge.

## 9) En guise de conclusion

Et si les personnes âgées immigrées étaient une partie de la réponse, car, en les reconnaissant collectivement à hauteur de leur engagement pour la reconstruction de la France et pour leur rôle de pionniers pour la modernité de leur pays d'origine, les jeunes ne seraient-ils pas plus fiers de leur père et ne se sentiraient-ils pas plus « enfants de la République » et valorisés dans une fonction de « trait d'union » entre le pays de leur père et le pays où ils sont nés ?

Pour se faire, ne serait-il pas opportun, comme professionnels engagés, d'inviter ces personnes âgées immigrées à investir en masse la « Réserve citoyenne dans l'Éducation nationale », voulue par le Président de la République, suite aux assassinats de début janvier 2015 ? Qu'elles puissent venir expliquer aux jeunes dans les écoles comment elles ont su garder foi dans des valeurs de tolérance et ont su résister et faire preuve de capacités de résilience, malgré le sentiment de l'exil, l'éloignement géographique et affectif de la famille et les conditions qu'elles ont vécues lors de leur « accueil » en France...

---

<sup>16</sup> Equipe de secteur psychiatrique en Belgique