

Le vieillissement des immigrés en France

Réflexion sur une dynamique de l'exclusion

Philippe Pitaud
Docteur en sociologie, gérontologue *

Michel Guilhem
Géronte

Véronique Adjuto
Coordinatrice ASPA **

Daïba Lazreug
Attachée de recherche *

3, Place Victor J. ...
13331 ...
Tél. 91 10 67 90 - 13

Depuis les années quatre-vingts, la politique d'action sociale vieillisse se réorganise autour des problèmes liés à la *dépendance* : on vit de plus en plus vieux, mais pas forcément en bonne santé. Elle se développe autour d'une alternative : l'hébergement en structure collective (maison de retraite médicalisée ou non, publique ou privée, long séjour hospitalier...); ou le maintien à domicile, qui nécessite un ensemble de services (aide à la vie quotidienne, coordination, soutien aux aidants familiaux) et qui concerne plus des trois quarts des personnes très dépendantes, c'est-à-dire confinées au lit ou au fauteuil.

Le maintien à domicile repose sur la conjugaison de trois facteurs :

- un domicile adapté ;
- un ensemble de services coordonnés ;
- le maintien d'une vie sociale, l'activation et le soutien des réseaux informels d'aide.

Ce bref rappel des enjeux actuels de la politique d'action sociale vieillisse va nous permettre de mieux situer la problématique des personnes âgées immigrées, et plus particulièrement de celles qui, isolées, vieillissent en dehors de tout réseau familial. En effet, il nous est apparu opportun, sinon fondamental, de positionner les difficultés des immigrés âgés ¹ en rappelant que la société dans

* Institut de gérontologie sociale (IGS) :

148, rue Paradis, BP 7, 13251 Marseille Cedex 20. Tél. : 91 37 03 79.

** Accueil et services aux personnes âgées des quartiers de la Porte d'Aix à Marseille (ASPA) :

74, rue Longue-des-Capucins 13001 Marseille. Tél. : 91 54 20 00.



D.E.S.S. "GÉROLOGIE"

Université d'Aix-Marseille

3, Place Victor J. ...

13331 Marseille

Tél. 91 10 67 90 - 13

laquelle nous vivons présente, bien souvent, cette particularité de ne traiter les sujets que lorsqu'ils s'inscrivent en tant que problèmes.

Cette caractéristique se double d'une évidence : les sujets ne s'inscrivent généralement en tant que problèmes que quand "l'économique" est concerné. Bien évidemment, si le révélateur est d'ordre économique, le social suit.

Dans l'immédiat, force est de constater que les immigrés âgés, souvent isolés, ne pèsent que peu dans les préoccupations du temps, et que les problèmes qu'ils posent, du fait de l'avance en âge, voient le plus souvent leur résolution au sein du monde associatif et militant.

Nous n'avons pas ici la prétention de brosser un tableau définitif de la question, mais plus modestement de présenter une série de constats, d'interrogations, et de suggérer des pistes de travail.

D'emblée, nous dirons que nous avons favorisé une recherche sur l'existant prenant le risque d'approches parfois contradictoires, voire imprécises, mais témoignant, en elles-mêmes, du faible développement de la réflexion comme de l'analyse dans ce domaine.

Regards sur le champ des connaissances

Les immigrés vieillissent donc et demeurent en France au moment de la retraite ; ceci n'est plus un secret pour personne, même si le mythe du retour a été longtemps entretenu. Sur cet éternel retour, qui n'en est pas un, nous rappellerons avec D. Sibony² que *« l'immigré va somatiser plus qu'un autre sa pulsion d'origine, qui devient compulsion [...], sa fracture de migrant, d'être en proie au déplacement impossible. Il somatise là où l'appel au "voyage" s'enkyste dans l'impuissance... »*.

Cette problématique de *« l'entre-deux »* marque très fortement le vieillissement du travailleur immigré âgé, pris entre un *« ici »* et un *« là-bas »*, qui participe *« d'une longue attente, et en l'occurrence d'une attente d'être »*. Sibony montre qu'alors, pour ceux qui se trouvent en de tels lieux, le corps peut prendre en charge la mémoire *« impossible »*.

L'avance en âge, par la réduction des capacités physiques, sensorielles et psychiques qu'elle impose peut constituer, surtout si elle est couplée à des conditions de vie sociale et économique difficiles, un terrain favorable à l'émergence d'une souffrance dont les formes diverses pourront conduire à la réduction de l'autonomie.

On commence ainsi tout juste à mesurer les risques du vieillissement des migrants, puis de leur entrée dans le grand âge avec, à l'horizon, des problèmes liés à leur dépendance physique et/ou psychique comme à leur prise en charge par un système de protection sociale exsangue.

Ainsi, en 1983, à l'occasion d'une enquête exploratoire menée en région PACA³ par l'Union départementale d'informations sociales aux personnes âgées des Alpes-Maritimes (UDISPA), et pour laquelle nous avons réalisé la phase sur Marseille, nous avons déjà noté, chez cette population*, soit une *pathologie d'acquisition* (par exemple, arthrose), fidèle reflet des conditions de vie – les retraités immigrés porteurs de séquelles du travail sont dix fois plus nombreux que dans la population française du même âge –, soit une *pathologie d'adaptation* (ulcère), résultant de la condition même de migrant, le corps étant perçu comme une machine à vendre son travail, dans une mythologie mécaniste qui exclut l'éventualité d'une panne. Tout arrêt prolongé peut être vécu comme un drame et peut évoluer en véritable névrose.

Cette population est apparue presque exclusivement masculine. Son niveau de ressources était particulièrement faible, la majorité ayant été des manœuvres ou des ouvriers. Il faut tenir compte, en outre, du fait que certains étaient chômeurs lors du départ en retraite ou ne possédaient pas toutes les pièces administratives nécessaires à la liquidation des pensions. Enfin, nombre d'entre eux, en dépit d'un long séjour en France, connaissaient mal le français.

La prolongation du séjour en France concerne moins d'un tiers de ces migrants âgés. Dans ce groupe, on semble pouvoir distinguer deux sous-populations :

- celle des célibataires sans famille, même au pays ;
- celle des mariés, ayant réussi à faire venir leur famille en France.

La séparation familiale demeure chez ces travailleurs vieillissants le mode de vie dominant. C'est à partir de ce phénomène de séparation que s'articule le désir de retour au pays au moment de la retraite.

Cette marginalité, c'est également et avant tout celle de *l'isolement* : un isolement à la fois individuel (très peu ont de la famille sur place), mais aussi collectif, au sein de certains quartiers ou foyers pour immigrés. La question du maintien au domicile risque donc de se poser, à terme, pour certains, avec à l'arrière-plan le recours aux services médicosociaux.

* Cette enquête fut menée auprès d'un échantillon de trois cents travailleurs étrangers âgés de plus de cinquante ans, "retraitables" (sur le point de partir à la retraite) ou retraités. Un questionnaire abondant en cent dix questions les principaux aspects des conditions matérielles d'existence leur a été appliqué par des enquêteurs bénévoles, membres d'associations. Il s'agissait de cerner les réalités économiques, sociales et sanitaires des candidats à la retraite et des retraités étrangers (parmi lesquels les Maghrébins représentaient 88,1 % des actifs et 94,7 % des retraités). Cette étude livre des conclusions hypothèses qui demanderaient à être vérifiées sur un échantillon réellement représentatif. On ne peut donc parler d'un travail rigoureux, mais plutôt d'une radiographie, d'un flash ou d'un sondage dans un domaine entièrement en friche.

Les premiers jalons de la recherche

Concernant la connaissance de ce phénomène du vieillissement des immigrés, force est de reconnaître que l'on n'en est, en France, qu'aux balbutiements : la recherche en gérontologie, discipline encore jeune dont les premiers travaux datent des années soixante, ne lui a consacré jusque-là que peu d'intérêt et de moyens.

Pourtant, le phénomène de l'immigration en France est fort ancien avec, il est vrai, des stratifications successives et des formes "d'intégration" différentes.

Dans nos sociétés axées sur le profit, l'intérêt porté aux travailleurs immigrés réside principalement dans leur capacité à vendre leur force de travail. Ils n'existent en tant que tels que dans un rapport à la production. On peut comprendre alors qu'avec le vieillissement et la retraite, les migrants âgés aient longtemps constitué (et constituent encore) une population aux contours flous, mal cernés. On le déplorait déjà en 1976. « *La dimension vieillesse n'est pas introduite dans les études ponctuelles ou régionales concernant les travailleurs immigrés, pas plus que dans les monographies par ethnie ou nationalité. A vrai dire, la chose n'est point aussi étonnante qu'il y paraît au premier abord et tient essentiellement à la conception même de notre politique d'immigration, celle-ci étant pensée en terme de force de main-d'œuvre utile au développement de notre économie.* »⁴

De fait, les travaux relatifs à l'approche de la vieillesse chez les migrants étaient rares, voire inexistantes dans les années soixante et soixante-dix⁵. Il faudra attendre les années quatre-vingts pour voir émerger un embryon de connaissance en ce domaine.

Pourquoi commence-t-on alors à s'intéresser au problème de la retraite des travailleurs immigrés ? J. Streiff attribue cela à une profonde transformation du phénomène migratoire, « à savoir l'extinction de la forme migration, telle qu'on a l'habitude de la penser, c'est-à-dire sur le modèle des migrations tournantes, comme une présence provisoire, limitée à la durée du travail et légitimée uniquement par le travail ». ⁶

En 1983, l'enquête de l'UDISPA⁷ a livré des résultats quantitatifs qui montrent, d'une part, que beaucoup de Maghrébins n'atteignent pas l'âge de la retraite ou lui survivent peu, du fait de leur usure prématurée liée aux conditions de vie et de travail difficiles, et d'autre part que beaucoup vivent dans une grande précarité : 48 % ont un revenu inférieur au Fonds national de solidarité (FNS).

L'année 1986 marque un premier pas dans la recherche sur le vieillissement des travailleurs immigrés. Cela se matérialise par la tenue d'un colloque à l'Université de Grenoble. Parmi les problèmes soulevés à cette occasion, nous en relevons trois.

* La prise en compte de la retraite des anciens combattants étrangers. C. Janolin, assistante sociale à l'Office des anciens combattants de l'Isère, a signalé la différence de traitement entre un ancien combattant français et un ancien combattant étranger⁸. Le montant annuel de la retraite à l'indice 33 s'élève à 1 900 francs pour le premier (*idem* pour les étrangers ressortissants de pays ayant un accord de réciprocité avec la France). Dans les autres cas, les anciens combattants, s'ils résident en France, perçoivent une retraite au taux "cristallisé" (c'est-à-dire qu'elle est versée à partir de soixante-cinq ans, et au taux et à l'indice en vigueur au moment où le pays dont ils sont ressortissants a obtenu son indépendance).

* La prise en compte de la santé et du vieillissement des immigrés en France. P et F Delormas, médecins, ont souligné le fait que les travailleurs immigrés, tout comme « l'ensemble des hommes qui ont connu les mêmes conditions difficiles de travail générant des handicaps, des dysfonctionnements divers », connaîtront une majoration de ces handicaps et de ces dysfonctionnements pendant le processus normal du vieillissement⁹.

* La conceptualisation de la retraite et de la préretraite chez l'immigré. A. Sayad qualifie de "vacance" l'état de retraite, préretraite ou chômage. Il élargit cette notion à deux autres états que sont la maladie de longue durée et l'accident du travail, « deux vacances encore plus destructrices et plus négatives [de l'identité sociale] »¹⁰. Il montre comment cette vacance est un état « quasiment insupportable », car ce qui justifiait l'émigration c'était le travail ; « l'émigration n'est bonne qu'à condition de rester éternellement jeune, mais vieillir dans l'émigration, c'est vieillir en n'étant nulle part, c'est ne pas savoir vieillir ».

Pour A. Sayad : « Vieillir en situation d'émigré ne peut être toléré qu'à la condition de travailler à justifier son "émigration de vieux" et, par là, à lui conférer une nouvelle légitimité. » Tout le problème reste en suspens depuis...

Pathologies et pratiques de soins

En 1980, M. Brahimi¹¹ mettait en lumière, pour l'année 1975, une sous-mortalité des étrangers âgés de plus de trente ans. Cette sous-mortalité est plus nette dans les courants migratoires récents, maghrébin en particulier. Elle peut être imputable à un effet de sélection : les étrangers qui viennent en France sont en général issus de pays où la mortalité est plus forte, et ils y occupaient souvent les emplois les moins enviables ; cette conjonction défavorable devrait logiquement se traduire par une mortalité supérieure à la moyenne ; c'est oublier que la migration est presque toujours sélective...

En 1988, les travaux du docteur B. Jessel indiquent que les travailleurs migrants ouvriers, ouvriers spécialisés ou manœuvres

du bâtiment et des travaux publics ont beaucoup souffert d'accidents de travail¹². Il établit une typologie des pathologies qu'il a rencontrées dans sa pratique quotidienne^{*} :

- au niveau du rachisme lombaire : des sciaticues, des lombalgies et des hernies discales. « On voit que la personne est usée sur le plan mécanique, c'est-à-dire qu'elle a beaucoup travaillé. » ;
- des infections broncho-respiratoires : « Si l'on prend les statistiques des années 50, 60, 70, on s'aperçoit que les travailleurs migrants, notamment les gens originaires d'Afrique du Nord, ont payé un lourd tribut à la tuberculose. Une tuberculose, plus une silicose pour quelqu'un qui travaille dans la poussière, ça ne fait pas de vieux os. Avoir une capacité respiratoire réduite de 30 à 40 % fait qu'à partir de soixante ans, on a de vrais problèmes de respiration. » ;
- des problèmes cardio-vasculaires ;
- des maladies métaboliques, comme le diabète, pathologie liée à une alimentation type hydrate de carbone (il a remarqué qu'à partir d'un certain âge, les migrants consomment beaucoup d'aliments de ce type). C'est alors le début de la dégénérescence de certains organes : les reins, le cerveau, les yeux.

B. Jessel indique qu'à partir de soixante-cinq ans, les gens n'intéressent plus personne, et pourtant c'est à partir de cinquante ans qu'il faut organiser le dépistage. Chez la femme, le sein et l'appareil génital, et chez l'homme, tout l'arbre digestif, l'arbre pulmonaire, etc., devraient être examinés méticuleusement. Enfin, outre l'aspect médical, il a soulevé le problème de l'isolement, les aspects psychiques et surtout la question du logement.

Quelles sont les pratiques de soins usitées par les travailleurs maghrébins ? M. Leloup et J.-P. Charpiot¹³ montrent une tendance à la sous-consommation de médecine de ville (notamment pour le recours aux spécialistes) chez les étrangers, et surtout chez les Maghrébins, ce qui s'accompagne d'un plus grand recours à l'hôpital.

Néanmoins, la morbidité le plus souvent diagnostiquée n'indique aucun particularisme. Elle renvoie à tout ce que les soignants en gériatrie connaissent : la polypathologie, les affections chroniques, les incapacités légères (diabète, rhumatismes, bronchite chronique, arthrose, diminution du périmètre de marche, difficultés à monter un escalier sans aide, confinement...). La principale conclusion qu'émettent certains médecins, c'est qu'il se dessine un vieillissement de mauvaise qualité. Il est vrai que si la morbidité diagnostiquée n'est pas différente, la façon de vivre et le rapport avec le système de soins engendrent une "morbidité ressentie" qui peut être majorée, en tout cas préoccupante.

^{*} Le docteur Jessel travaillait dans un dispensaire itinérant dans les quartiers nord de Marseille, auprès d'une population vieillissante. Sa deuxième casquette était la médecine du travail. Il voyait beaucoup de travailleurs migrants, surtout pour les problèmes de reclassement : « Bien souvent, comme il a une qualification de manoeuvre, il ne peut être reclassé et ce pauvre gars se trouve mis sur le touche, ce qui fait bouler de neige sur la précarité de la population vieillissante. »

Logement et environnement

En 1992, le Groupe d'information et de soutien aux travailleurs immigrés faisait connaître deux décisions capitales en matière de droit, stipulant clairement « aux Algériens vivant en France, le droit à l'allocation supplémentaire du FNS »¹⁴. Avant cette décision, les personnes âgées maghrébines (surtout algériennes) venaient gonfler les statistiques de la Caisse d'allocations familiales en bénéficiant du RMI à soixante-cinq ans !...

Une nouvelle identité dans l'immigration est née : celle de "vieillir en France". Certains la vivent très mal car ils se sont maintenus dans un long célibat. C'est sur ces "vulnérables de l'immigration" que les regards se sont portés : ces personnes qui, pendant trente années de travail, ont vécu seules, et se retrouvent à l'heure de l'inactivité (quelle qu'en soit la forme) doublement seules.

Qu'en est-il de cette identité lorsqu'on vit dans un cadre peu reluisant comme les foyers, les meublés, les garnis, les hôtels ? Combien sont-ils à y vivre ? Un intervenant du Fonds d'action sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles (FAS) indiquait, lors d'un colloque, que les isolés, vivant hors foyers, sont cinq fois plus nombreux que ceux qui vivent en foyer¹⁵. Toutefois, il précisait que la connaissance qu'a le FAS du vieillissement de la population immigrée est plus qualitative que quantitative.

On sait qu'au sein d'une structure (le foyer), d'un espace (le quartier), des élans de solidarité se perpétuent, des formes de vie communautaire persistent (le café, le marché...), mais celles-ci ont des limites, liées à l'apparition de la dépendance. N'oublions pas que la population des foyers vieillit. Ainsi, il est plus que probable que nous aurons, dans quelques années, plus de résidents dépendants des autres que d'adultes capables de les aider.

Si vieillir dans un foyer, un garni ou un meublé est mal vécu par la personne âgée migrante, vieillir en institution est encore "pire" surtout « lorsqu'on est issu de pays où les maisons de retraite, les foyers-logements, les auxiliaires de vie, les aides ménagères n'existent pas ou n'existent pas encore »¹⁶.

Dans l'esprit des migrants maghrébins, tout ce qui relève des instances gérontologiques (professionnalisation et institutionnalisation de la vieillesse et de la mort) est occulté, non pas parce qu'ils ne veulent pas, ou ne peuvent pas, bénéficier des services gérontologiques, mais surtout parce que « le vieillir et le mourir relèvent essentiellement de la sphère privée, domestique »¹⁷. La personne âgée fait partie de la famille et « sa protection incombe entièrement à cette dernière qui reste le pivot central d'appui affectif, la principale source d'aide matérielle et l'unique forme de prise en charge de la vieillesse dépendante ».

Enfin, certains auteurs avancent l'hypothèse que l'Islam joue le rôle de fonction symbolique de réparation, de refuge et de réappropriation chez le vieil immigré. « Face à des objectifs insuffisamment atteints

dans leur émigration, quant à la socialisation, l'estime de soi ou l'accomplissement personnel, l'Islam réassumé évite l'éclatement de la personnalité, répare une partie des traumatismes, aide à gérer l'angoisse des changements et à combler les manques. »¹⁸ Ce retour à la foi islamique des vieux migrants est loin de tout fanatisme, il apparaît comme un ferment de réconciliation et un gage de permanence identitaire. La religion est là pour leur permettre de supporter l'existence avec d'autres valeurs.

Nous concluons ce panorama en citant une recherche financée par le FAS¹⁹ qui rappelle que « le vieillissement des immigrés se situe à l'intersection de deux domaines qui se sont récemment institutionnalisés : la gérontologie et l'immigration », et que si le FAS découvre seulement le vieillissement des immigrés « c'est parce que, jusqu'ici, son action était surtout tournée vers les étrangers actifs ». Par ailleurs, en s'appuyant sur des tableaux de l'INSEE, cette équipe montre que la proportion des personnes âgées, au sein de la population étrangère en France, n'a pas varié depuis un siècle : en 1891, les individus de soixante ans et plus constituaient 7,3 % de la population étrangère totale ; en 1982, la part des plus de soixante-cinq ans était de 8 %.

Les enseignements de l'expérience marseillaise : une action préventive médicosociale

Il nous est apparu utile de synthétiser les enseignements de l'expérience de prévention menée à Marseille par l'IGS et l'ASPA*, parce que les données recueillies sont révélatrices de certaines des incidences de l'illettrisme, tant sur l'accès aux soins que sur la reconnaissance des droits sociaux de ces populations.

Cette consultation de médecine préventive a pris forme en 1992 avec le concours du FAS, et en relation avec le Centre d'examen de santé Doria, de la Fédération des organismes de sécurité sociale de la région du Sud-Est. Destinée aux personnes âgées de plus de soixante ans (ou de plus de cinquante ans vivant dans des situations marginales), elle accueille principalement, du fait de son implantation géographique dans le quartier Belsunce, une population de travailleurs immigrés vieillissants.

Afin de prévenir le vieillissement accéléré ou compliqué, l'équipe médicosociale de l'institut propose un bilan de santé annuel aux personnes âgées, aux préretraités et aux retraités. Cette action est complétée par une démarche d'éducation à la santé et au bien-vieillir.

Ces bilans sont assurés quotidiennement par une équipe de gériatres et de psychologues, spécialisés dans la connaissance des risques liés

* L'ASPA est une association de coordination des services opérant dans le cadre du maintien à domicile des personnes âgées. Elle assure par ailleurs une fonction d'accueil et d'aide aux formalités administratives. L'IGS et l'ASPA sont liés par une convention de partenariat.

au vieillissement sur les plans physique, intellectuel, psychologique et social. Ils sont gratuits pour les consultants et nécessitent de leur part une seule démarche active : prendre rendez-vous. Sur le secteur Belsunce, le recrutement se fait par le biais de l'accueil à l'ASPA. Mais d'une manière générale, l'action de l'institut est largement relayée par les médias locaux, les travailleurs sociaux et les associations caritatives. En quatorze ans, l'institut a su tisser d'importants réseaux-relais indispensables à la diffusion de l'information au niveau micro-local.

Il s'agit de bilans de santé simples, comportant peu d'exams complémentaires, mais adaptés à l'âge de la population et s'attachant surtout aux fonctions vitales. Ils reposent sur un examen général systématique, avec une orientation particulière dans le domaine cardio-vasculaire. L'objectif est d'appréhender les personnes âgées d'une façon globale, humaine, et de prévenir l'apparition ou l'évolution de pathologies qui risquent de porter atteinte à leur autonomie.

Au-delà du plan purement médical, l'équipe aborde le plan psychique et le plan social en proposant, selon les besoins, des entretiens avec une psychologue ou une assistante sociale. À l'issue du bilan, aucune prescription n'est faite ; un compte-rendu est remis à chaque consultant à l'intention de son médecin généraliste. Lorsqu'il s'agit de populations en difficulté, elles sont orientées vers des réseaux formels (tels que Médecins sans frontières ou Médecins du monde) ou informels (plateaux techniques de certains services hospitaliers). Dans tous les cas, la personne se voit remettre un livret de conseils rédigés par l'équipe. Ce document existe également pour les illettrés sous une forme illustrée.

Cette action de prévention est complétée par des opérations d'information et d'éducation à la santé, dont les objectifs s'inspirent largement de ceux définis par l'Organisation mondiale de la santé : promouvoir les comportements sanitaires favorables en développant la responsabilité individuelle et collective, le sens de la dignité et la solidarité.

Données médicosociales et épidémiologiques

Les personnes reçues à cette consultation sont essentiellement des retraités, et quelquefois leurs épouses, mais aussi des personnes en grande difficulté - à savoir, des allocataires du RMI, des chômeurs, des invalides ou des personnes sans couverture sociale. Chaque année environ cent cinquante personnes viennent ainsi à la consultation du secteur Belsunce.

Plus des deux tiers sont mariés et ont des enfants, mais souvent la famille est au pays et ils vivent seuls. La moyenne d'âge est de soixante-cinq ans. Du point de vue ethnique, 96 % de la population reçue est originaire du Maghreb, avec une forte prédominance d'Algériens. Leurs revenus sont majoritairement

faibles, et inférieurs au minimum vieillesse (soit en moyenne 2 000 à 2 500 francs pour 1995).

Plus de la moitié d'entre eux habitent à l'hôtel, généralement dans des conditions peu confortables (certains sont tenus de libérer tôt le matin leur chambre, louée au mois, voire à la semaine). Le fait de résider en hôtel entraîne donc des difficultés d'organisation du mode de vie avec de réelles répercussions physiques (surtout l'hiver) et psychiques. De plus, cela rend impossible l'accès aux prestations de soutien à domicile, en cas de perte d'autonomie.

Environ 11 % résident en foyer Sonacotra ou Alotra. Le foyer autorise la préparation des repas et la prise de repas en commun, un confort supérieur et une meilleure hygiène de vie. Mais paradoxalement (car la question se pose), ce type de logement ne favorise pas la vie relationnelle et sociale, aggrave l'isolement et est parfois la cause d'un laisser-aller physique et moral.

Tous les autres sont locataires, habitant parfois en famille ; ceux-ci jouissent d'une reconnaissance sociale et de la possibilité d'une vie plus régulière.

Enfin, la majorité d'entre eux (95 %) sont assurés sociaux, même s'ils sont nombreux à n'avoir pas pu, voulu ou su jusque-là faire valoir leurs droits, car très souvent, les cartes ne sont pas à jour, les dossiers ne sont pas en règle, tout cela fait qu'ils finissent par perdre l'accès aux droits. En cas de situation urgente, il est alors difficile d'intervenir dans la légalité. Il est à remarquer par ailleurs que 90 % d'entre eux n'ont pas de mutuelle, même parmi les allocataires du RMI, en dépit de l'existence d'une mutuelle solidarité sur le département.

Du point de vue médical, et sans entrer ici dans le détail, 37 % des consultations ont révélé une pathologie ignorée ou ont permis de prendre en charge une pathologie connue mais négligée.

Lors de l'entretien avec le médecin, la première plainte est : « *je me sens fatigué* », mais la suite de la consultation fait apparaître qu'elle n'est que l'un des symptômes d'un syndrome dépressif plus ou moins prononcé. C'est une façon d'exprimer l'isolement, la solitude, l'éloignement par rapport au pays d'origine et à la famille, les mauvaises conditions de vie et la mauvaise situation sociale ; bref, les raisons d'être dépressif ne leur manquent pas.

Viennent ensuite des plaintes qui relèvent essentiellement du domaine de la rhumatologie ou de la gastro-entérologie, et qui ne sont pas sans relation avec le domaine psychosomatique.

En résumé, on fait le constat d'une situation médicosociale souvent déplorable. Leur consommation médicale est très faible et les deux tiers n'ont pas de médecin traitant. On rencontre d'énormes difficultés à trouver le moyen de les aider dans le cadre des règlements en vigueur (ce qui explique le recours, pour certains, aux services du dispensaire de Médecins sans frontières).

Données socioéconomiques et culturelles

Sur le plan social, le relais de la consultation est pris par les intervenants de l'ASPA. Leur action auprès de cette population nous révèle que :

- plus de 53 % des personnes reçues sont retraitées ;
- 25 % environ sont des chômeurs, indemnisés par les ASSEDIC ;
- 7 % bénéficient du RMI en complément de leur retraite (ce qui signifie qu'ils ont environ 2 200 francs de revenu mensuel) et un peu plus perçoivent une pension d'invalidité.

L'analyse des dossiers fait ressortir que ces retraités relèvent essentiellement du régime général de la Sécurité sociale, et que plus de 58 % d'entre eux ne perçoivent pas de retraite complémentaire. Les déroulements de carrière (temps de travail déclaré, période de chômage, de maladie ou de travail non déclaré), l'origine et la nationalité sont autant d'éléments qui peuvent expliquer ce qui a engendré ces situations et comment s'est constitué cet état de précarité.

Concernant le faible niveau des pensions de retraite, il est imputable à l'insuffisance des cotisations : en effet, la plupart d'entre eux ne peuvent justifier de cent cinquante trimestres de cotisations au régime général et avoir une pension à taux plein.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une telle situation :

- période de travail insuffisante (ou périodes de travail non déclaré) ;
- absence totale ou partielle des justificatifs : certificats de travail, bulletins de salaire ;
- difficultés à établir la reconstitution de carrière (forte mobilité géographique liée au bassin d'emploi) ;
- période de maladie et de chômage (avec salaires de référence peu élevés).

Compte tenu de ces éléments, non seulement la pension de retraite à titre principal sera minime, mais il arrive également que la demande de retraite soit sollicitée dès soixante ans (par une pratique de licenciement, on déguise la mise à l'écart des travailleurs âgés, y compris les non-étrangers) ; la retraite est alors calculée à taux réduit en raison de l'insuffisance du nombre de trimestres de cotisation (sauf cas particulier : par exemple, inaptitude au travail).

Par ailleurs, le niveau de ressources d'un retraité peut être plus élevé, à condition de faire valoir ses droits à la retraite complémentaire, au moment où la demande de pension est adressée au régime général. Or, plus de la moitié des personnes reçues n'avait pas fait les démarches nécessaires pour l'accès à ces droits, par négligence ou par ignorance, ou en raison de l'absence de suivi régulier des démarches entreprises (problème des allers-retours au pays d'origine et des laps de temps très importants qui s'écoulent entre le moment où un courrier est adressé par un organisme et celui où le destinataire se présente à l'accueil, retards pouvant aller de plusieurs

semaines à plusieurs mois). Quoiqu'il en soit, rares sont ceux qui perçoivent une retraite "correcte" (ou du niveau du SMIC).

La nationalité constitue aussi un des éléments, et non des moindres, déterminant le bénéfice ou l'exclusion de certaines prestations d'aide sociale, comme le FNS ou le minimum vieillesse. En effet, en raison de l'absence de convention signée entre la France et les pays du Maghreb (Algérie, Tunisie, Maroc), aucune demande de FNS n'a abouti favorablement pour les ressortissants de ces pays - même si, en décembre 1992, deux arrêts de la Cour de cassation et de la cour d'appel de Lyon sont passés pour le cas Mazari Saad. À ce jour, nous ne connaissons aucun autre cas qui bénéficie du FNS ¹⁴.

L'ensemble de ces difficultés et de ces freins à l'accès au système de soins se trouve renforcé par l'illettrisme des travailleurs immigrés vieillissants : l'analyse des dossiers sociaux révèle que cela concerne 95 % des personnes reçues.

Différents obstacles nous sont apparus liés à ce problème. Tout d'abord, la prise de rendez-vous avec le médecin : les consultants n'ayant pas de repère écrit, les rendez-vous sont souvent oubliés, surtout s'ils sont pris longtemps à l'avance.

À l'issue de la consultation, l'équipe est confrontée au problème de l'observance des prescriptions : tout notre système est basé sur l'écriture, et l'illettré en est exclu. Une prescription de médicament ou d'examen à réaliser, c'est d'abord un papier sur lequel le mode d'emploi est écrit. Comment un illettré peut-il s'en servir ? En quittant le médecin, il lui reste un morceau de papier presque inutile d'un côté, et ce que sa mémoire a pu emmagasiner de l'autre. Quand nous revoyons certains consultants, nous constatons que l'observance a été catastrophique.

Une autre difficulté repérée est d'ordre médico-administratif : nombre de patients ont des papiers qui ne sont pas à jour. Les personnes illettrées ne peuvent vérifier par elles-mêmes la date de péremption de leurs documents, et quand une tierce personne la leur signale, ils ne peuvent noter ce qui leur est dit.

Globalement, beaucoup de démarches administratives nécessitent l'usage de documents qui ne restent valables que pendant un délai relativement court. L'illettrisme et les difficultés de repérage dans le temps font que, bien souvent les papiers sont à refaire quand l'intéressé envisage de s'en servir. Ceci complique beaucoup la tâche du médecin qui ne peut soigner efficacement qu'un patient bénéficiant de la prise en charge de ses frais de santé. Le volet médical doit alors attendre que le volet social soit mis à jour pour pouvoir être traité. Que dire des difficultés à résoudre en cas d'urgence !

Rappelons également les problèmes rencontrés par les illettrés âgés, au moment de la constitution de leur dossier de retraite, les agents des caisses régionales d'assurance maladie n'étant pas habilités à remplir les divers formulaires à leur place. Les associations interviennent à cet effet, mais ne peuvent totalement se substituer à la

personne. Il se crée ainsi des "zones d'ombre" entre associations et administrations où les illettrés âgés laissés à eux-mêmes se trouvent peu à peu inscrits dans une dynamique de l'exclusion.

Conclusion

D'une manière plus large, et pour conclure, nous dirons que si l'intégration passe par trois pôles structurants que sont la scolarisation, le travail et le logement, il ne reste aux vieux migrants que le logement pour s'assurer une insertion-intégration.

Partant de ce constat et des précédents, nous recommandons de mobiliser les forces et les partenaires en présence autour du logement comme facteur d'accès à la dignité sociale. Les actions en ce domaine consisteraient d'abord à faire évoluer les modes de financements publics afin de mobiliser les propriétaires privés (incitations à la réhabilitation en vue d'une location sociale) ou de permettre la remise sur le marché de logements vacants.

Par ailleurs et concernant les personnes âgées, il est bien connu que le lien entre le médical et le social est étroit, *a fortiori* quand il s'agit d'une population âgée et défavorisée. Ainsi, le plus grave problème médical de ces populations est l'obstacle financier, car si 95 % d'entre eux ont droit à la Sécurité sociale, ils ne peuvent faire l'avance du coût d'une consultation et de l'achat de médicaments.

En conséquence, beaucoup de pathologies méconnues ou négligées pourront évoluer vers une aggravation et parfois vers une situation de dépendance dont les effets seront pénalisants, et pour le sujet et pour la société d'accueil, par le coût de la prise en charge des pathologies invalidantes ou chroniques.

Il nous paraît donc prioritaire de travailler à ce que l'ensemble de ces personnes aient accès à la Sécurité sociale et, en second lieu, que l'on trouve les moyens réglementaires et financiers d'étendre leur accès à une mutuelle. Mais, dans la mesure où l'avance du coût des soins peut constituer un obstacle majeur, il nous paraît même souhaitable de bannir toute forme de contribution financière, en permettant l'accès aux soins à travers des "chèques services personnalisés" par exemple.

Plus globalement, on retiendra qu'à ces âges tout est extrêmement imbriqué. On sait ainsi, dans le champ de la gérontologie sociale, que la vieillesse accroît les inégalités sociales en les aggravant.

Les conditions de logement, l'état du capital santé, les conditions de vie sociale et les restrictions, voire l'impossibilité d'accès à l'information ou aux droits acquis du fait de l'illettrisme se conjuguent pour venir heurter la dignité de la personne contribuant à l'inscrire, par là-même, dans les prémices de la perte de l'autonomie.

Le champ des actions à mener en faveur de la préservation de l'autonomie des vieux migrants est, on le voit, étendu, et la société d'accueil aura à faire preuve, en la matière, non seulement d'imagination mais aussi d'une certaine capacité à se projeter dans l'avenir.

Sources bibliographiques

¹ Pitaut Ph. et coll., « Contribution à une réflexion sur la condition des immigrés âgés », in *Vieillir dans les villes de l'Europe du Sud*, ouvrage collectif, Ères, coll. « Pratiques du champ social », Ramonville, 1994.

² Sibony D., *Entre-deux : l'origine en partage*, Le Seuil, 1991.

³ UDISPA, « Les travailleurs étrangers à l'heure de la retraite », *Informations gérontologiques*, numéro spécial, mars 1984.

⁴ CLEIRPPA (Centre de liaison, d'étude, d'information et de recherche sur les problèmes des personnes âgées), *Documents*, n° 52, juin 1976.

⁵ À ce titre, nous signalons les premiers travaux en la matière :
Wiesniewski J., « Immigration et personnes âgées », *Hommes et migrations*, n° 892, 1975, pp. 4-7.

Chauvet J., « Les étrangers âgés en France », *Droit social*, n° 5, mai 1976, pp. 117-121.

Fould M., *Les problèmes qui se posent aux immigrés arrivant à l'âge de la retraite*, Commission internationale catholique pour les migrations, Genève, avril 1977, 4 p.

⁶ Streiff J., *in op. cit.* ³, p. 60-61.

⁷ UDISPA, *op. cit.* ³, p. 35.

⁸ Janolin C., « Situation juridique et sociale des anciens combattants étrangers résidant en France ou dans leur pays d'origine », in « La vieillesse des étrangers en France », colloque du Centre pluridisciplinaire de gérontologie, Institut d'études politiques, Université de Grenoble II, *Gérontologie*, n° 60, octobre 1986, p. 9.

⁹ Delormas P., Delormas E., « Santé et vieillissement des immigrés en France », in « La vieillesse des étrangers en France », *op. cit.* ⁸, p. 24.

¹⁰ Sayad A., « La vacance comme pathologie de la condition d'immigré : le cas de la retraite et de la préretraite », in « La vieillesse des étrangers en France », *op. cit.* ⁸, p. 37.

¹¹ Brahimi M., « La mortalité des étrangers en France », *Population*, n° 3, 1980, pp. 603-622.

¹² Jessel B., intervention au colloque *Vieillir immigré*, organisé par le Centre social Belsunce, en collaboration avec l'Action lyonnaise pour l'insertion par le logement, Marseille, 17 mars 1988, p. 7.

¹³ Leloup M., Charpiot J.-P., « Personnes âgées immigrées, la santé en question... », colloque *Immigration maghrébine et vieillissement : santé et pratiques sociales*, organisé par Migrations santé Rhône-Alpes, Lyon, 8-9 juin 1990, p. 23.

¹⁴ GISTI, « Protection sociale des étrangers : deux décisions capitales. Portée des décisions de la Cour de cassation et de la cour d'appel de Lyon relatives à l'attribution de l'allocation du Fonds national de solidarité aux Algériens », supplément au n° 18-19 de *Plein droit*, décembre 1992, 19 p.

¹⁵ Saget M., intervention au colloque organisé par le FAS : *Les immigrés vieillissent aussi*, Nice, 7-8 juin 1993, p. 60.

¹⁶ Samaoui O., « Trajectoires de l'immigré maghrébin âgé », colloque *Immigration maghrébine et vieillissement : santé et pratiques sociales*, cf. ¹³.

¹⁷ Khalid M.B.M., *La vieillesse maghrébine*, Symposium international, 1992, Québec, (note non publiée).

¹⁸ Chantreau A., Marcoux-Moumen R., « Entre ici et là-bas », in *Être vieux, Autrement*, série « Mutations », 1991, pp. 185-191.

¹⁹ Noiriel G., Guichard E., Lechien M.-H., *Le vieillissement des immigrés en région parisienne*, rapport du FAS, septembre 1992, 601 p.