

DIAGNOSTIC SUR LE VIEILLISSEMENT
DES PERSONNES ISSUES DE
L'IMMIGRATION
DANS LES VILLES
DE LILLE, ROUBAIX, TOURCOING

FASILD NORD PAS DE CALAIS

Rapport final de fin de mission

Automne 2005

<u>PARTIE 1 : LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL</u>	5
INTRODUCTION AU DIAGNOSTIC	6
Les objectifs de la démarche	6
La démarche mise en oeuvre	7
Les composantes de la question du vieillissement des immigrés	7
Les choix méthodologiques effectués pour le diagnostic	9
L'élaboration du diagnostic	9
Le contenu du rapport de diagnostic	11
RÉSUMÉ DES POINTS SAILLANTS DU DIAGNOSTIC	12
1. ELEMENTS DE CADRAGE SUR LA POPULATION IMMIGRÉE VIEILLISSANTE	13
1.1 La population immigrée d'origine maghrébine dans les 3 communes de Lille, Roubaix et Tourcoing	13
1.2 Une population âgée importante chez les immigrés, surtout chez les personnes d'origine algérienne	14
1.3 Un vieillissement déjà marqué, encore appelé à se renforcer	18
2 MECONNAISSANCE DES BESOINS ET DIFFICULTES A INTERVENIR AUPRES DES PUBLICS IMMIGRES VIEILLISSANTS	20
2.1 Des difficultés importantes pour le repérage des publics immigrés âgés, de leurs attentes et de leurs besoins	20
2.1.1 <i>Des difficultés qui s'inscrivent dans les écueils du droit commun de l'intervention en direction des personnes âgées</i>	20
2.1.2 <i>Quoique non spécifiques, ces difficultés se trouvent néanmoins amplifiées chez les immigrés âgés</i>	20
2.2 Des interventions qui pâtissent des réticences réciproques de l'intervenant et de la personne âgée	22
2.2.1 <i>Les relations entre la personne âgée et le professionnel qui intervient auprès d'elle sont toujours délicates</i>	22
2.2.2 <i>Les relations entre la personne âgée immigrée et le professionnel qui intervient auprès d'elle sont complexifiées par des réticences et un désarroi réciproques amplifiés</i>	22

3	LES PROBLEMES DE SANTÉ DES IMMIGRES VIEILLISSANTS : ASPECTS PSYCHIQUES ET PHYSIQUES	25
3.1	Le passage à la retraite : douleur psychique et crise identitaire autour d'un « statut social » qui déchire l'immigré vieillissant, mais peut aussi être réparateur	25
3.2	Les pathologies de la vieillesse des immigrés : des spécificités résidant dans le type de pathologie, leur non anticipation et leur traitement erratique	27
3.3	Une attitude de refus et de déni amplifiés de la dépendance	28
4	L'HABITAT, LE CADRE DE VIE, LA VIE SOCIALE ET FAMILIALE DES IMMIGRES VIEILLISSANTS	30
4.1	Les conditions de vie, le logement et son inadaptation au vieillessement	30
4.1.1	<i>La problématique de l'autonomie et du logement est centrale pour toutes les personnes âgées</i>	30
4.1.2	<i>L'inadaptation de l'habitat des immigrés âgés est une question dont l'ampleur est spécifiquement forte</i>	31
4.1.3	<i>L'admission des immigrés âgés en institution pour personnes âgées est exceptionnel</i>	33
4.2	La solitude et l'isolement, deux enjeux du vieillissement amplifiés chez les immigrés	35
4.3	L'aide familiale et de proximité dont peuvent bénéficier les immigrés âgés est spécifique et particulièrement restreinte	36
5	LES REVENUS ET L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX	38
5.1	Des fins de parcours professionnels difficiles et précarisantes	38
5.2	Des revenus faibles et diminués	40
5.3	Des droits méconnus et des risques de perte de droits accrus	41
6	SYNTHÈSE THÉMATIQUE DU DIAGNOSTIC	43
6.1	Synthèse du diagnostic en matière de santé : la prévention et le traitement des pathologies (physiologiques et psychiques) dont souffrent les immigrés âgés	43
6.2	Synthèse du diagnostic en matière de logement et d'accès aux droits sociaux : la correction des inégalités d'accès aux droits sociaux	45
6.3	Synthèse du diagnostic en matière de modalités d'intervention auprès des immigrés vieillissants et âgés : une approche transversale	47
	SOURCES ET REPERES BIBLIOGRAPHIQUES	49

<u>PARTIE 2 : LE PLAN D'ACTION</u>	51
INTRODUCTION AU PLAN D'ACTION	52
1/ Rappel du cadre et des objectifs de la démarche	52
2/ La démarche mise en oeuvre	53
3/ Rappel sur les composantes de la question du vieillissement des immigrés	53
4/ L'élaboration du plan d'action et le statut du présent document	55
5/ Les orientations retenues pour le plan d'action	55
1 RÉDUIRE LE DÉFICIT DE SENSIBILISATION ET D'INSTRUMENTATION DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DES IMMIGRÉS ÂGÉS	57
2 AMÉLIORER LE LIEN ENTRE LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN ET LES IMMIGRÉS VIEILLISSANTS	63
3 RÉDUIRE L'ISOLEMENT DES FEMMES ET DES HOMMES IMMIGRÉS VIEILLISSANTS	67

PARTIE 1 : LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

INTRODUCTION AU DIAGNOSTIC

Les objectifs de la démarche

La problématique du vieillissement des populations issues de l'immigration doit être abordée dans ses spécificités (difficultés sociales, mais aussi richesse particulière) et en tenant compte de ses multiples dimensions (dimensions sociales, psychologiques, sanitaires). Face à cet enjeu, le constat a été fait que les actions concernant les personnes âgées étrangères ou immigrées sont relativement rares dans le département du Nord et surtout que les attentes et les besoins de ce public sont très mal identifiés.

C'est dans ce contexte que le FASILD a souhaité que soit engagée une démarche partenariale de diagnostic action, portant sur les populations vieillissantes issues de l'immigration au niveau des villes de Lille, Roubaix et Tourcoing.

Les objectifs de la démarche peuvent être reformulés ainsi :

- Sur le plan de l'amélioration de la connaissance que doit apporter le diagnostic :
 - § mieux connaître les caractéristiques des populations vieillissantes issues de l'immigration résidant dans les villes de Lille, Roubaix et Tourcoing ;
 - § repérer les attentes et les besoins spécifiques de ces personnes, et identifier les conditions d'une meilleure prise en compte de ces besoins.
- Sur le plan du renforcement de la capacité à agir en direction de ces populations :
 - § définir les conditions permettant de mieux répondre aux besoins, générer et faciliter la mise en œuvre d'actions pertinentes, notamment en repérant et en analysant les expérimentations déjà conduites,
 - § favoriser tout particulièrement une mobilisation partenariale large, en s'appuyant sur la démarche. Ceci doit permettre, d'une part, de sensibiliser, informer voire former les acteurs, associations et institutions qui le sont insuffisamment, et d'autre part de favoriser leur rapprochement afin de décloisonner les approches en direction de ces publics.

Fondamentalement, la démarche dans laquelle s'inscrit le présent document vise à améliorer l'accès aux droits pour les populations immigrées âgées et vieillissantes, l'objectif étant de développer l'égalité d'accès aux droits.

La démarche mise en oeuvre

Cette démarche repose donc par définition sur une approche partenariale élargie, visant à intégrer dans la conduite du projet (élaboration du diagnostic, puis identification d'actions à conduire ou à renforcer) des acteurs d'horizons divers et aux approches différentes, mais concernés au même chef par la situation de ces populations :

- o acteurs intervenant spécifiquement auprès des personnes immigrés ou dans le champ de l'immigration et de l'intégration (acteurs publics ou associatifs)
- o acteurs des secteurs social, médico-social, et de la santé (Associations, CCAS, Structures de services à domicile, Services de soins à domicile, Centres sociaux, collectivités, services de l'Etat, Acteurs du milieu médical et hospitalier...)

Cette approche doit permettre de croiser les différentes composantes de la question du vieillissement des personnes immigrées (Cf. schéma ci-dessous).

Concrètement la conduite de la démarche a donné lieu à l'enchaînement :

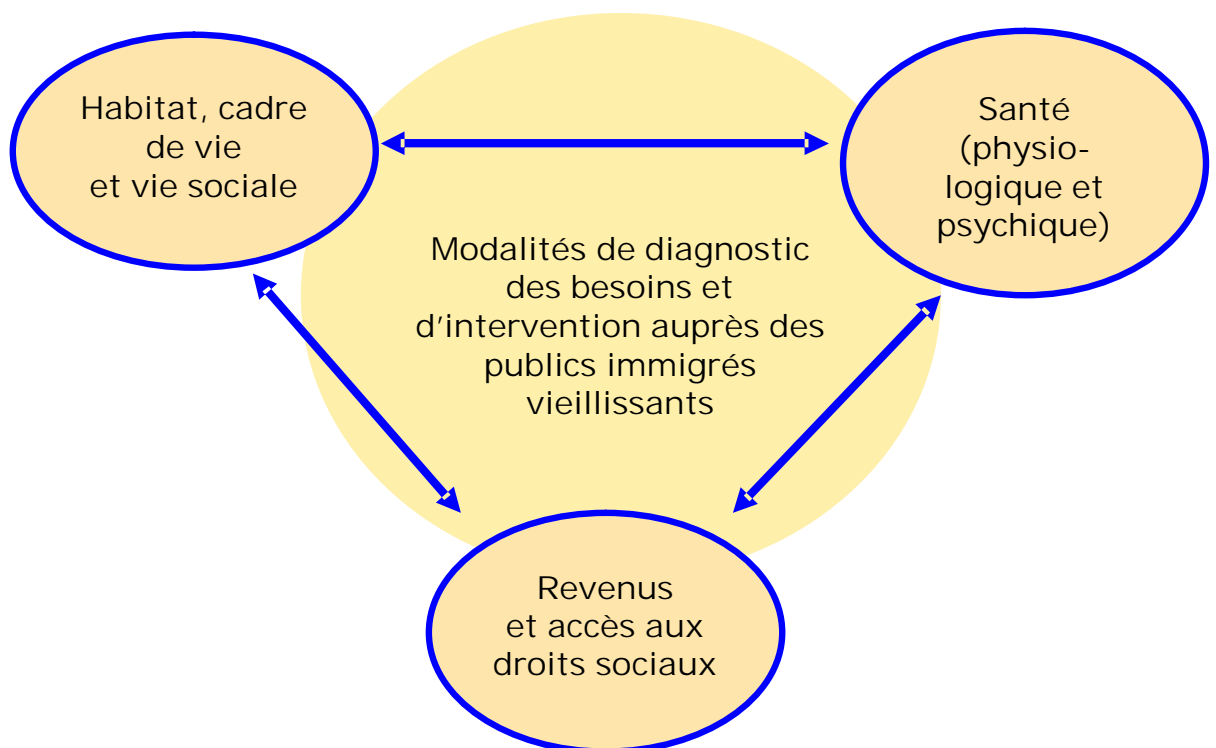
- d'une première phase visant à établir un diagnostic partagé de la question du vieillissement des immigrés âgés et issus de l'immigration dans les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (entre octobre 2004 et mai 2005).
- d'une seconde phase visant à définir le contenu d'un plan d'action susceptible d'être mis en oeuvre à partir de fin 2005 - début 2006.

Les composantes de la question du vieillissement des immigrés

L'analyse de la situation des populations vieillissantes issues de l'immigration a donné lieu au traitement de cinq problématiques, perméables et complémentaires, mais qui ont chacune leur cohérence :

- o La problématique des caractéristiques sociodémographiques de la population immigrée originaire du Maghreb et de son vieillissement sur le territoire de Lille, Roubaix et Tourcoing.
- o La problématique des modalités (et des difficultés) d'intervention des acteurs auprès des immigrés vieillissants, abordée de manière transversale.
- o La problématique de l'habitat et du logement, du mode de vie sociale et familiale. Cette dimension intègre les enjeux liés au lieu de vie (résidence, foyer, mais aussi habitat diffus), aux modes de sociabilité (voisinage, cellule familiale et place des femmes et des enfants, loisirs), aux mobilités (mobilité dans la ville ou le pays d'accueil, allers-retours au pays, souhait de retour voire d'enterrement dans le pays d'origine...).

- La problématique de la santé, en abordant la dimension physiologique et la question de la dépendance, mais également la dimension psychique, qui s'exprime fortement – mais pas exclusivement - sur le registre de la rupture et de la douleur. La question des difficultés d'accès aux soins et plus globalement aux services sociaux ou d'aide à domicile doit évidemment être prise en compte (statut et nationalité, illettrisme, culture...).
- La question du niveau de revenus, et la problématique de l'accès aux droits sociaux. Cette dimension intègre les freins spécifiques à l'accès aux droits sociaux, retraite et autres (difficulté à reconstituer les parcours professionnels, statut et nationalité, illettrisme...), et la faiblesse de revenus qui sont du reste amputés de la partie qui continue souvent à être adressée au pays d'origine.



La question de l'égalité d'accès aux droits constitue l'enjeu transversal déterminant du diagnostic qui a été conduit, en trame de fond permanente des analyses thématiques.

Les choix méthodologiques effectués pour le diagnostic

Un certain nombre de choix méthodologiques ont été arrêtés au lancement et dans le cadre de l'avancement de la démarche.

Le diagnostic porte de manière spécifique sur les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing, qui concentrent la part la plus importante de la population immigrée de l'agglomération et de la région. Par ailleurs il est conduit en référence au cadre général de l'agglomération lilloise, (la Communauté urbaine de Lille), à l'échelle de laquelle est notamment définie et mise en œuvre la politique de la ville.

Secundo, le diagnostic ne porte pas sur l'ensemble des populations immigrées et étrangères. Il cible de manière particulière les personnes immigrées (étrangères et françaises par acquisition) originaires du Maghreb : Algérie, Maroc, Tunisie. Ces populations ne sont pas homogènes, et présentent au contraire des particularités démographiques et socioculturelles fortes, mais les aborder de manière conjointe dans cette démarche présente néanmoins une cohérence certaine. On distinguera d'ailleurs fréquemment les populations immigrées originaires d'Algérie et du Maroc, qui sont les populations maghrébines de loin les plus importantes.

En troisième lieu, l'approche du vieillissement qui est retenue dans la démarche est une approche en terme de processus de vieillissement, de façon à la fois à éviter des effets de seuil qui seraient inhérents à la définition arbitraire d'une classe d'âge, et à prendre en compte les différentes étapes du vieillissement, le passage à la retraite en particulier n'en constituant qu'une parmi d'autres. En conséquence, la population prise en compte dans la démarche n'est pas délimitée par une catégorie générationnelle précise, les différentes analyses conduites étant au contraire attentives à détecter des étapes vécues individuellement plus qu'une approche en terme d'âge.

L'élaboration du diagnostic

L'élaboration du diagnostic s'est appuyée à la fois sur :

- la collecte et l'analyse par le cabinet de documents, études et données, de portée nationale et locale ;
- la conduite d'entretiens et le déroulement d'échanges avec des acteurs institutionnels et associatifs locaux (le FASILD, les 3 villes, les CCAS, l'ARELI, quelques associations comme l'ASSFAM, le RALI, la CRI...) ;
- l'organisation en décembre 2004 et janvier 2005 d'une réunion de travail dans chacune des trois villes de l'étude, cette réunion visant à présenter, chemin faisant, les premiers éléments de diagnostic analysés par le cabinet, et à les confronter aux expertises, aux approches et aux pratiques des différents acteurs locaux, acteurs institutionnels, associatifs, individus personnes ressources...

- à l'hiver et au printemps 2005, l'organisation d'une phase de collecte de témoignage de personnes âgées issues de l'immigration, en visant à la fois un enrichissement du diagnostic au travers de la confrontation à la réalité humaine des questions traitées, et le test d'hypothèses de travail sur les attentes et besoins des personnes et sur la façon de mieux y répondre. Cette phase a été la plus délicate à conduire. Un outil de collecte de témoignages a été défini par le cabinet et transmis aux acteurs locaux en vue de leur permettre de recueillir les témoignages des personnes immigrées vieillissantes. Le cabinet s'est rendu dans trois foyers gérés par l'ARELI, a participé à une réunion de personnes âgées organisées par la CRI, est allé rencontrer individuellement une personne âgée en foyer de travailleur migrant. De leur côté, les acteurs locaux sollicités (et paraissant relativement demandeurs d'un travail de collecte de témoignages) n'ont pas eu le temps matériel d'effectuer les entretiens nécessaires ;
- l'organisation, enfin, de quatre réunions de travail complémentaires au CCAS de Roubaix, au CCAS de Tourcoing, au RALI, et à la CRI, afin de repérer les actions conduites et de dégager les éléments de bilan permettant la définition d'orientations opérationnelles en partant de l'existant sur le territoire.

Il faut souligner enfin que la collecte de sources statistiques sur les populations immigrées pose des problèmes méthodologiques spécifiques, les sources étant rares, souvent délicates à exploiter, et soumises à des précautions déontologiques particulières. Le présent document a été élaboré à partir de données qui sont partielles et pour certaines déjà anciennes (Recensement général de la population (RGP) de 1999, voire de 1990). Un rapprochement avec l'Insee Nord Pas de Calais et l'acquisition de données complémentaires a permis de croiser certaines caractéristiques des populations en terme de pays d'origine, d'âge et de sexe, et de type de logement notamment.

Les analyse quantitatives de la population immigrée croisent donc des caractéristiques relatives à la population française, étrangère et immigrée (en distinguant les pays d'origine), dont la comparaison, souvent signifiante, requiert néanmoins une réelle prudence (et ce d'autant plus que les données sous parfois anciennes).

Le contenu du rapport de diagnostic

Le présent document est organisé de la manière suivante :

- Présentation sous forme de tableau d'un résumé des points saillants du diagnostic
- Les caractéristiques sociodémographiques de la population immigrée originaire du Maghreb et de son vieillissement sur le territoire de Lille, Roubaix et Tourcoing.
- La problématique transversale des modalités (et des difficultés) d'intervention des acteurs auprès des immigrés vieillissants, abordée de manière transversale.
- La question de l'habitat et du logement, du mode de vie sociale et familiale.
- La question de la santé, en abordant à la fois la dimension physiologique et la dimension psychique.
- La problématique du niveau de revenus, et de l'accès aux droits sociaux.
- Présentation d'une synthèse thématique des enjeux issus du diagnostic
- Présentation des principales sources utilisées.

Ce rapport final de diagnostic a été finalisé suite au rapport intermédiaire présenté et discuté au Comité de pilotage du 15 juin 2005.

RÉSUMÉ DES POINTS SAILLANTS DU DIAGNOSTIC

Caractéristiques sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> - des personnes âgées immigrées proportionnellement moins nombreuses que chez les non immigrées, mais un vieillissement beaucoup plus rapide (amplification à venir des difficultés) - des immigrés âgés essentiellement d'origine algérienne - un poids des femmes croissant (et une problématique faiblement prise en compte)
Santé	<ul style="list-style-type: none"> - spécificité psychologique du passage à la retraite et du vieillissement en France (ambivalence) : rupture et douleur, mais aussi accès à un statut social attendu - vieillissement précoce et pathologies caractéristiques (mal prévenues et mal suivies) - refus et déni de la dépendance, stratégies d'évitement, « malaise » réciproque important chez les intervenants et les immigrés âgés
Logement et mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> - norme commune : souhait du maintien à domicile et besoin d'adaptation du logement - spécificité de l'habitat et ampleur des besoins d'adaptation des logements (coût) - absence d'accès aux institutions accueillant des personnes âgées (en raison de différents facteurs conjugués) - solitude et isolement amplifiés avec des particularités hommes-femmes très marquées - ressources individuelles particulièrement faibles en matière de réseaux d'aidants
Revenus et accès aux droits sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - revenus et droits sociaux acquis particulièrement faibles : parcours professionnels erratiques, exposition spécifique au chômage en fin de vie active, absence d'épargne et envoi de revenus au pays d'origine, faiblesse de l'accès à certaines aides sociales (SAD) - situation existante et à venir des femmes particulièrement alarmante - droits méconnus, risques accrus de perte de droits - canaux de droit commun inadaptés aux besoins spécifiques d'information et d'aide administrative
Modalités d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> - des difficultés de repérage des besoins et d'intervention non spécifiques, mais démultipliées par certains facteurs : isolement, « invisibilité sociale », manque d'intermédiaires, réticences réciproques chez l'intervenant et l'immigré, question du coût et des modes de vie spécifiques...

1. ELEMENTS DE CADRAGE SUR LA POPULATION IMMIGRÉE VIEILLISSANTE

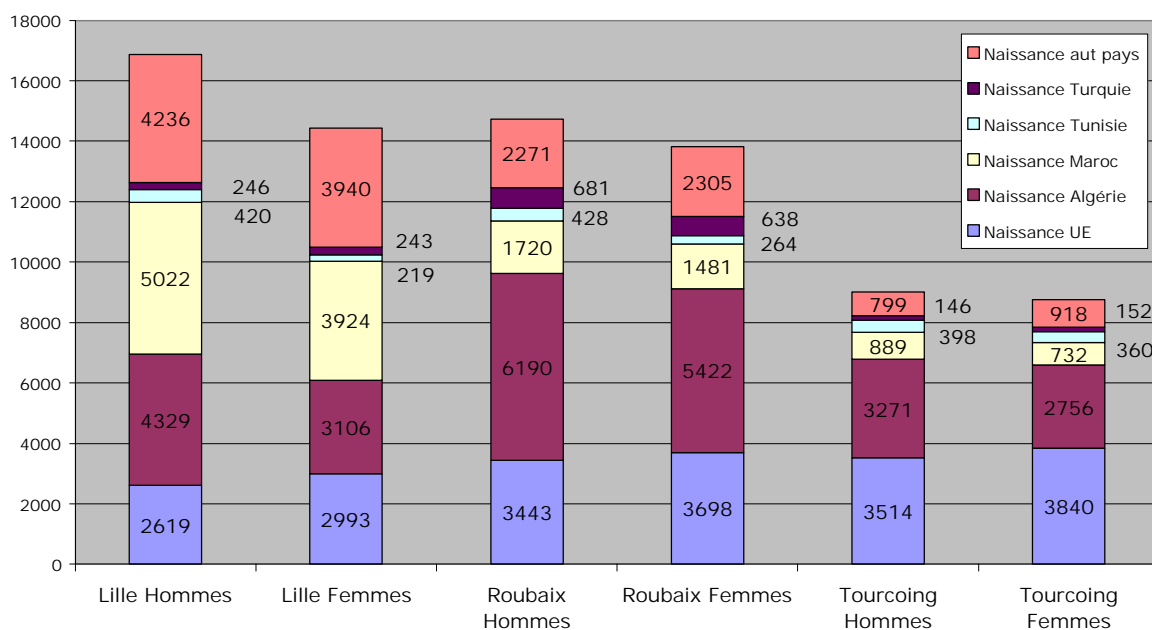
1.1 La population immigrée d'origine maghrébine dans les 3 communes de Lille, Roubaix et Tourcoing

En A elles trois, les trois communes de Lille, Roubaix et Tourcoing concentrent environ 2/3 de la population immigrée de la Communauté urbaine de Lille (CUL). Depuis les années 1990, c'est la Ville de Lille qui en compte le plus grand nombre (autour de 31 000), juste devant Roubaix (28 700) qui a longtemps été la ville de l'agglomération où les immigrés étaient les plus nombreux, et Tourcoing (17 500) (Source : Insee, RGP 1999).

Par rapport à l'ensemble de la population, c'est à Roubaix que la population immigrée a le poids le plus important.

Graphe :

Population immigrée résidant à Lille, Roubaix, Tourcoing - données RGP 1999
(nationalité étrangère + Français par acquisition)



Le poids et spécificités de l'immigration maghrébine : l'immigration est essentiellement algérienne et marocaine.

Au plan régional, on relève une augmentation des effectifs immigrés d'origine algérienne et marocaine entre 1990 et 1999, alors que la population immigrée diminue globalement dans la région de 8,2 %. L'immigration algérienne et marocaine est devant les pays européens, dans l'ordre décroissant : Belgique, Italie, Pologne, Portugal, Allemagne, Espagne...) (Source : Insee).

Au niveau de la Communauté Urbaine de Lille (CUL) les effectifs d'étrangers évoluent de manière contrastée selon le pays d'origine. Le diagnostic local d'intégration de la CUL soulignait à la fin des années 1990 :

- Une diminution des effectifs d'origine algérienne ;
- Une stabilité des effectifs (peu importants) originaire de Tunisie ;
- une augmentation des effectifs d'origine marocaine (Source : diagnostic local d'intégration, CUL).

Rappel :

Au plan national, les immigrations d'origine algérienne et marocaine se distinguent par les éléments suivants :

- l'immigration d'Algérie est constituée principalement de travailleurs célibataires habitant des foyers de migrants. En 1990, 41 % des hommes de 60 ans et plus vivaient en collectivité. Le taux de nationalisation française est faible, le vieillissement est très marqué (Source : Étude CNAV).
- L'immigration marocaine se caractérise par une plus forte présence de femmes, arrivées nombreuses depuis 1975. L'adoption de la nationalité française est plus forte chez les immigrés qui ne vivent pas en foyer. Le taux d'adoption de la nationalité française est de 31 % chez les hommes de plus de 60 ans, et de 57 % chez les femmes de plus de 60 ans (Source : Étude CNAV).

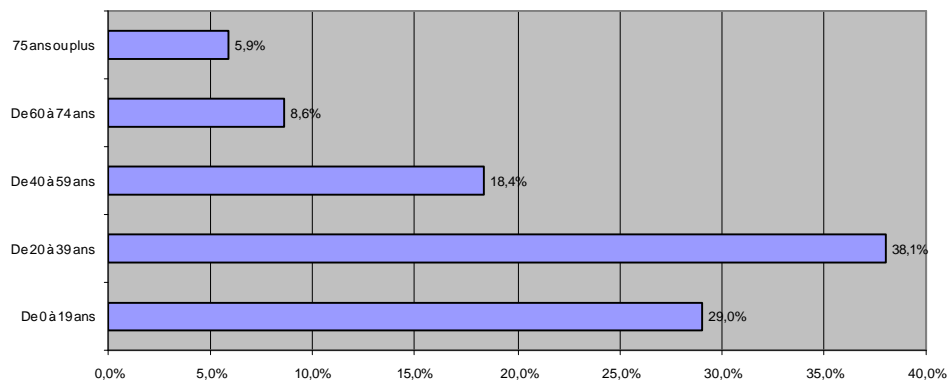
1.2 Une population âgée importante chez les immigrés, surtout chez les personnes d'origine algérienne

Au niveau des 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing, l'analyse des pyramides des âges des populations non immigrées et immigrées (chiffres de 1999), fait ressortir plusieurs points essentiels.

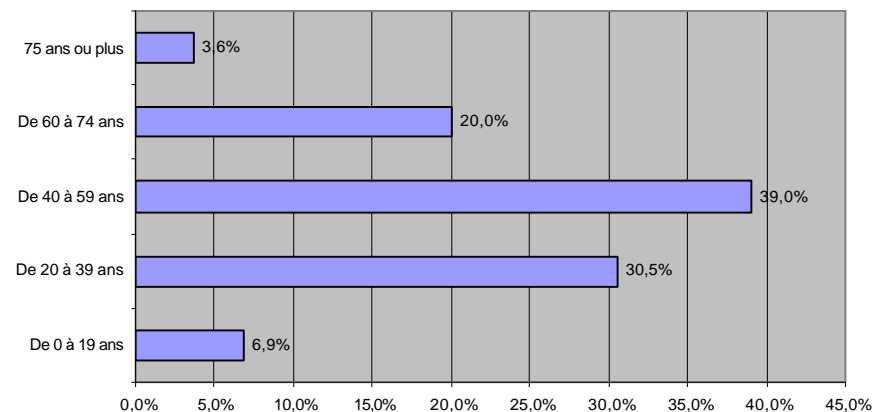
n La population immigrée est proportionnellement plus âgée que la population française. Par définition, la pyramide des âges des populations immigrées est en effet évasée à sa base, caractérisée par une part de jeunes moins importante qu'au sein de la population née en France. Plus précisément, on relève au niveau de la population immigrée dans les 3 villes concernées :

- Un poids relatif nettement plus important des personnes de plus de 40 ans :
 - § En proportion, deux fois plus de personnes âgées de 40 à 59 ans (35 % de la population immigrée contre 18 % de l'ensemble de la population).
 - § Près de deux fois plus également de personnes âgées de 60 à 74 ans (14,6 % de la population immigrée contre 8,6 % de l'ensemble de la population).
 - § Mais des personnes de 75 ans et plus en proportion identique, autour de 5,5 %.
- Et inversement, un poids relatif des jeunes plus faible chez les immigrés que dans le reste de la population : les 0-19 ans ne représentent que 8,2 % de la population immigrée, contre 29 % de l'ensemble de la population régionale (le Nord Pas de Calais est la région la plus jeune de France).

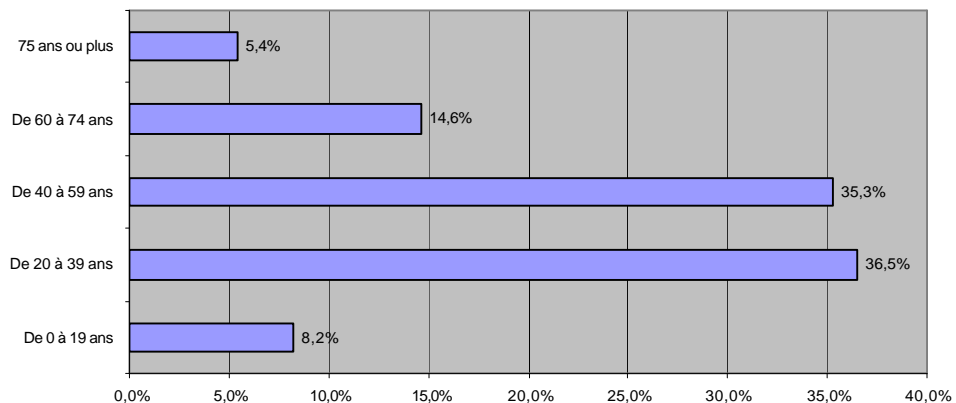
Répartition de la population française selon l'âge dans les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (Données 1999 - Source RGP, INSEE)



Répartition de la population immigrée d'origine algérienne selon l'âge dans les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (Données 1999 - Source RGP, INSEE)



Répartition de la population immigrée selon l'âge dans les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (Données 1999 - Source RGP, INSEE)



Répartition de la population immigrée d'origine marocaine selon l'âge dans les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (Données 1999 - Sources RGP, INSEE)

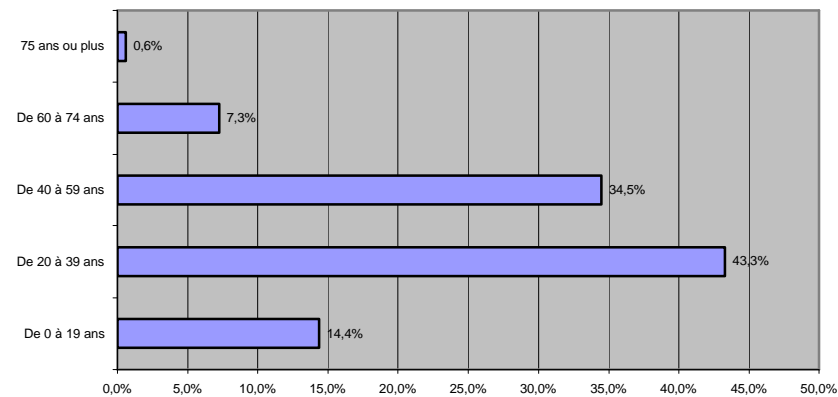


Tableau : Effectifs et répartition par tranches d'âge de la population française et immigrée dans les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (données INSEE – RGP 1999)

	Population française	% population française	Population immigrée	% population immigrée	Population immigrée d'origine marocaine	% population immigrée d'origine marocaine	Population immigrée d'origine algérienne	% population immigrée d'origine algérienne
Population totale	338160	100,0%	41544	100,0%	7359	100,0%	13115	100,0%
De 0 à 19 ans	98226	29,0%	3408	8,2%	1058	14,4%	899	6,9%
De 20 à 39 ans	128799	38,1%	15144	36,5%	3185	43,3%	4006	30,5%
De 40 à 59 ans	62228	18,4%	14652	35,3%	2537	34,5%	5114	39,0%
De 60 à 74 ans	29086	8,6%	6085	14,6%	535	7,3%	2621	20,0%
75 ans ou plus	19821	5,9%	2255	5,4%	44	0,6%	475	3,6%

n La population immigrée d'origine algérienne, la plus importante, est aussi la plus âgée.

En proportion, dans les 3 villes (toujours d'après les données du RGP de 1999) :

- o La population immigrée d'origine marocaine est très jeune, et même beaucoup plus jeune que la population immigrée d'origine algérienne : 58 % de moins de 40 ans (soit 4243 personnes) contre 37 % (soit 4905 personnes).
- o Inversement, la population immigrée d'origine algérienne (dont la structure générationnelle est proche de celle de la moyenne des immigrés) est particulièrement âgée :
 - o un quart des immigrés d'origine algérienne (soit 3096 personnes) ont de plus de 60 ans contre 14,5 % dans la moyenne de la population française et seulement 8 % (soit 579 personnes) chez les immigrés d'origine marocaine ;
 - o la part des 40-59 ans (39 %) est deux fois plus importante chez les immigrés originaires d'Algérie que dans la moyenne de la population française.

n La population immigrée âgée est (encore) essentiellement masculine.

L'immigration d'origine maghrébine, notamment algérienne, a concerné en premier lieu les hommes, et les effectifs féminins sont d'autant moins importants en proportion que l'on se situe dans les tranches d'âges les plus âgées.

Toutefois l'écart entre les hommes et les femmes tend globalement à se réduire, et les immigrés âgés seront de plus en plus, aussi, des femmes.

Une mise en perspective de la répartition de la population immigrée masculine et de la population immigrée féminine selon l'âge dans les trois villes de Lille, Roubaix et Tourcoing montre cette tendance au rapprochement des caractéristiques des deux genres.

Tableau : Effectifs et répartition par sexe de la population par tranches d'âge dans les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (données INSEE – RGP 1999)

	Population française	poids en % dans la tranche d'âge	Population immigrée	poids en % dans la tranche d'âge	Population immigrée d'origine marocaine	poids en % dans la tranche d'âge	Population immigrée d'origine algérienne	poids en % dans la tranche d'âge
Population masculine	158488	46,9%	21626	52,1%	4005	54,4%	7269	55,4%
De 0 à 19 ans	49506	50,4%	1724	50,6%	528	49,9%	458	50,9%
De 20 à 39 ans	61590	47,8%	7562	49,9%	1644	51,6%	1996	49,8%
De 40 à 59 ans	29979	48,2%	7839	53,5%	1439	56,7%	2746	53,7%
De 60 à 74 ans	11307	38,9%	3669	60,3%	370	69,2%	1778	67,8%
75 ans ou plus	6106	30,8%	832	36,9%	24	54,5%	291	61,3%
Population féminine totale	179672	53,1%	19918	47,9%	3354	45,6%	5846	44,6%
De 0 à 19 ans	48720	49,6%	1684	49,4%	530	50,1%	441	49,1%
De 20 à 39 ans	67209	52,2%	7582	50,1%	1541	48,4%	2010	50,2%
De 40 à 59 ans	32249	51,8%	6813	46,5%	1098	43,3%	2368	46,3%
De 60 à 74 ans	17779	61,1%	2416	39,7%	165	30,8%	843	32,2%
75 ans ou plus	13715	69,2%	1423	63,1%	20	45,5%	184	38,7%

Les hommes âgés immigrés sont plus nombreux que les femmes âgées immigrées :

- Ainsi, la population immigrée de 60 à 74 ans est composée à les 60,3% d'hommes (contre 39,7% pour les femmes), ce qui est exactement l'inverse de la répartition constatée au sein de la population française.
- cette tendance est encore plus prononcée pour les populations immigrées issues du Maghreb. Respectivement :
 - § la population immigrée de 60 à 74 ans d'origine marocaine est composée à 69,2% d'hommes,
 - § la population immigrée de 60 à 74 ans d'origine algérienne est composée à 67,8 % d'hommes.

L'écart, surprenant a priori, entre ces deux populations peut s'expliquer par plusieurs facteurs, dont un plus fort taux de retour au pays d'origine chez les immigrés d'origine algérienne, qui sont aussi ceux dont les pratiques d'aller et retour peuvent biaiser spécifiquement les chiffres du RGP. De plus, la relative faiblesse des effectifs dénombrés doit inviter à la prudence.

- Parmi les immigrés de plus de 75 ans, ce sont en revanche les femmes qui sont les plus nombreuses (63,1 % de cette classe d'âge). Toutefois, cette proportion reste inférieure à celle observée au niveau de la population française.

1.3 Un vieillissement déjà marqué, encore appelé à se renforcer

n Au plan national, le phénomène de vieillissement est beaucoup plus marqué chez les immigrés que chez les personnes nées en France, en particulier pour les personnes nées au Maghreb.

Ainsi au RGP de 1999, 16,5 % des étrangers en France avaient plus de 60 ans, contre 11,4% en 1990.

La population des étrangers de 65 ans et plus a augmenté de 28 % entre 1990 et 1999. Cette augmentation a été de 210 % pour les Marocains, 128 % pour les Algériens et 89 % pour les Tunisiens (Source : rapport IGAS).

n Au niveau des trois communes de Lille, Roubaix et Tourcoing, plusieurs éléments montrent que le phénomène de vieillissement est également très marqué, et appelé à se renforcer :

- o la proportion très importante de personnes immigrées âgées de plus de 60 ans laisse présager un vieillissement beaucoup plus prononcé (la part des personnes âgées augmentant plus fortement et plus rapidement que dans les autres catégories de population). Ce phénomène a commencé à être perçu entre 1990 et 1999.
- o Parmi les immigrés, les personnes d'origine algérienne, qui sont les plus âgées, sont aussi celles dont le vieillissement est le plus massif et le plus rapide.

Tableau a : nombre total d'immigrés (étrangers et français par acquisition) selon le lieu de naissance (source : INSEE, RGP 1999)

	Lille			Roubaix			Tourcoing		
	Lille Hommes	Lille Femmes	Lille Total	Roubaix Hommes	Roubaix Femmes	Roubaix Total	Tourcoing Hommes	Tourcoing Femmes	Tourcoing Total
Naissance UE	2619	2993	5612	3443	3698	7141	3514	3840	7354
Naissance Algérie	4329	3106	7435	6190	5422	11612	3271	2756	6027
Naissance Maroc	5022	3924	8946	1720	1481	3201	889	732	1621
Naissance Tunisie	420	219	639	428	264	692	398	360	758
Naissance Turquie	246	243	489	681	638	1319	146	152	298
Naissance aut pays	4236	3940	8176	2271	2305	4576	799	918	1717
Total	16872	14425	31297	14733	13808	28541	9017	8758	17775

Tableau b : répartition hommes/femmes des immigrés (étrangers et français par acquisition) selon le lieu de naissance (source : INSEE, RGP 1999)

	Lille			Roubaix			Tourcoing		
	Lille Hommes	Lille Femmes	Lille Total	Roubaix Hommes	Roubaix Femmes	Roubaix Total	Tourcoing Hommes	Tourcoing Femmes	Tourcoing Total
Naissance UE	46,7%	53,3%	100,0%	48,2%	51,8%	100,0%	47,8%	52,2%	100,0%
Naissance Algérie	58,2%	41,8%	100,0%	53,3%	46,7%	100,0%	54,3%	45,7%	100,0%
Naissance Maroc	56,1%	43,9%	100,0%	53,7%	46,3%	100,0%	54,8%	45,2%	100,0%
Naissance Tunisie	65,7%	34,3%	100,0%	61,8%	38,2%	100,0%	52,5%	47,5%	100,0%
Naissance Turquie	50,3%	49,7%	100,0%	51,6%	48,4%	100,0%	49,0%	51,0%	100,0%
Naissance aut pays	51,8%	48,2%	100,0%	49,6%	50,4%	100,0%	46,5%	53,5%	100,0%
Total	53,9%	46,1%	100,0%	51,6%	48,4%	100,0%	50,7%	49,3%	100,0%

Tableau c : répartition selon le lieu de naissance des immigrés (étrangers et français par acquisition) (source : INSEE, RGP 1999)

	Lille			Roubaix			Tourcoing		
	Lille Hommes	Lille Femmes	Lille Total	Roubaix Hommes	Roubaix Femmes	Roubaix Total	Tourcoing Hommes	Tourcoing Femmes	Tourcoing Total
Naissance UE	15,5%	20,7%	17,9%	23,4%	26,8%	25,0%	39,0%	43,8%	41,4%
Naissance Algérie	25,7%	21,5%	23,8%	42,0%	39,3%	40,7%	36,3%	31,5%	33,9%
Naissance Maroc	29,8%	27,2%	28,6%	11,7%	10,7%	11,2%	9,9%	8,4%	9,1%
Naissance Tunisie	2,5%	1,5%	2,0%	2,9%	1,9%	2,4%	4,4%	4,1%	4,3%
Naissance Turquie	1,5%	1,7%	1,6%	4,6%	4,6%	4,6%	1,6%	1,7%	1,7%
Naissance aut pays	25,1%	27,3%	26,1%	15,4%	16,7%	16,0%	8,9%	10,5%	9,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2 MECONNAISSANCE DES BESOINS ET DIFFICULTES A INTERVENIR AUPRES DES PUBLICS IMMIGRES VIEILLISSANTS

2.1 Des difficultés importantes pour le repérage des publics immigrés âgés, de leurs attentes et de leurs besoins

Le premier enjeu identifié est celui de la capacité des intervenants sanitaires et sociaux à intervenir auprès des populations issues de l'immigration vieillissante, que ce soit pour les identifier, pour repérer leurs besoins, ou pour intervenir concrètement auprès d'elles. Les difficultés rencontrées sont importantes, moins spécifiques dans leur nature que dans leur ampleur.

2.1.1 Des difficultés qui s'inscrivent dans les écueils du droit commun de l'intervention en direction des personnes âgées

n La méconnaissance des publics vieillissants et âgés est une problématique permanente pour les acteurs intervenant auprès des personnes âgées. Toutes les politiques et interventions en direction des personnes âgées butent en effet sur cet écueil, que l'on peut décomposer en trois enjeux :

- o Savoir qui ils sont et où ils sont, le double phénomène de l'isolement et de « l'invisibilité » sociale des personnes âgées étant particulièrement problématique
- o Savoir de quelle manière (en quel lieu, via quel intermédiaire) il est possible de les rencontrer
- o Savoir quelles sont leurs caractéristiques, leurs attentes, leurs besoins.

n Sur le dernier point, il faut souligner que le fait de formuler un besoin est toujours difficile pour la personne âgée ou pour son entourage. L'absence de demande exprimée est ainsi une problématique permanente qui nécessite de la part des intervenants sociaux, sanitaires ou gérontologiques une réflexion permanente sur leur capacité à faire émerger les attentes, et les besoins, parfois –souvent – différents d'ailleurs.

2.1.2 Quoique non spécifiques, ces difficultés se trouvent néanmoins amplifiées chez les immigrés âgés

n Concernant les populations immigrées vieillissantes et âgées cette « invisibilité » sociale et sanitaire des personnes âgées se trouve démultipliée. Cette amplification des difficultés est due à une conjonction de facteurs spécifiques à ces populations.

n Le repérage des personnes immigrées vieillissantes et âgées, ainsi que de leurs besoins pâtit du fait que ces personnes sont particulièrement isolées et peu visibles socialement.

Immigrées, elles sont à la fois éloignées de leurs racines (le pays d'émigration), et dotées d'une place « à part » dans la société d'immigration, la ville ou le quartier d'accueil. De ce fait leur isolement, à la fois psychologique, et géographique est souvent immense¹.

Le fait de formuler un besoin d'aide ou de prise en charge du vieillissement est encore plus difficile que pour les personnes âgées françaises d'origine : une telle demande s'accompagne en effet pour la personne immigrée, et particulièrement pour les personnes originaires du Maghreb, d'un sentiment de transgression des codes culturels.

En effet ces personnes ont une approche du vieillissement et de sa prise en charge qui repose avant tout sur la solidarité familiale, et non sur une politique publique liée à la prise en charge d'un risque social. Cette spécificité de l'approche nuit à l'expression d'une demande sociale, qui reste ainsi confinée au domaine familial et privé.

Mais cette approche familiale n'est elle-même pas sans poser de problèmes :

- Tout d'abord parce qu'elle correspond à la vision et à la culture de la personne vieillissante, mais pas forcément des autres membres de la cellule familiale, et ce d'autant plus qu'ils sont jeunes. Il peut en résulter que les jeunes ne comprennent pas le besoin et l'attente de leurs aïeux à leur égard, cette attente restant insatisfaite ou donnant lieu à des situations familiales d'incompréhension, voire conflictuelles.
- De plus, il arrive souvent que dans un second temps, certaines personnes de la famille, confrontées aux difficultés de la prise en charge du vieillissement de leur proche et davantage sensibilisées aux possibilités de prise en charge sociale du vieillissement, en viennent à solliciter une aide extérieure. Ce processus est souvent observé chez les jeunes (enfants, voire petits enfants, neveux). Mais la sollicitation tardive et palliative d'une aide est souvent culpabilisante pour les proches et les aidants, mal vécue par la personne âgée, et elle ne permet pas de développer la prévention et l'accompagnement nécessaire. De nombreux intervenants sociaux du territoire soulignent d'ailleurs que les aidants familiaux, même sollicitant une aide extérieure, ont beaucoup de difficulté à envisager la possibilité que la personne âgée dépendante doive quitter le domicile familial : elles vivraient ce départ comme une faillite individuelle et familiale.

Mais, à l'inverse, il est fréquent que les personnes immigrées âgées n'aient pas dans leur entourage une personne pouvant jouer un rôle de référent et d'alerte auprès des services sanitaires et sociaux. D'autre part les configurations spécifiques de certains ménages immigrés, l'homme âgé ayant une double vie en France et dans son pays d'origine, peut compliquer le positionnement des aidants, tuteurs et héritiers, par rapport à l'aide qu'ils apportent et dont ils peuvent bénéficier pour aider leur proche.

¹ Cf. « la double absence » d'A. Sayad.

n Enfin la question du suivi médical durable des immigrés est particulièrement délicate, la faiblesse du lien avec la médecine de ville constituant un handicap très important pour le repérage des besoins puis la coordination des interventions sanitaires et sociales (ce point est repris et détaillé infra).

2.2 Des interventions qui pâtissent des réticences réciproques de l'intervenant et de la personne âgée

2.2.1 Les relations entre la personne âgée et le professionnel qui intervient auprès d'elle sont toujours délicates

n De manière générale, l'intervention auprès des personnes âgées nourrit souvent une certaine appréhension chez les travailleurs sociaux ou les professions médicales. L'intervention auprès des personnes âgées est toujours difficile :

- o parce qu'il n'y a bien souvent pas de demande de leur part,
- o parce que le besoin peut faire l'objet d'un déni par la personne,
- o parce que, même si le besoin est reconnu par la personne elle peut persister à refuser une aide
- o et parce que, en tout état de cause il est toujours difficile pour une personne âgée d'accepter qu'un inconnu intervienne sur son corps

n Dans la capacité des personnes âgées à accepter une aide extérieure, on note différents degrés :

- o Les soins à domicile sont acceptés difficilement, le rapport au corps et à la dépendance étant difficile avec un inconnu, qui plus est de sexe opposé
- o L'aide à domicile, moins intime et plus « pratique » que les soins à domicile, est en général acceptée plus facilement,
- o L'hôpital ne pose pas réellement de problème du point de vue de l'acceptation des soins, qui par la force des choses sont en général inévitables et non négociables, mais temporaires.

2.2.2 Les relations entre la personne âgée immigrée et le professionnel qui intervient auprès d'elle sont complexifiées par des réticences et un désarroi réciproques amplifiés

n Différentes études nationales, corroborées par des témoignages d'acteurs locaux, soulignent chez certains intervenants du secteur de la santé et de la gérontologie l'existence de réticences et d'appréhensions spécifiques pour intervenir auprès des publics immigrés. Des cas existent de médecins refusant d'intervenir dans des foyers de travailleurs migrants, de spécialistes refusant de recevoir une personne immigrée âgée. Ces réticences ne sont pas généralisables à des professions dans leur ensemble, bien entendu, mais on peut toutefois parler d'un phénomène de discrimination réel dans l'accès aux soins et à la santé.

n Au-delà d'appréhensions, plus ou moins implicites et avouables, le constat est également fait par de nombreux acteurs que les intervenants ne sont pas outillés pour intervenir auprès d'une personne dont ils ne maîtrisent pas les codes culturels, et à ce titre ne sont pas capables de répondre à leurs attentes.

n La conjugaison de ces différents phénomènes nourrit des pratiques de discrimination, directe ou indirecte. Il s'agit parfois de discriminations directes à l'égard des populations immigrées âgées (refus d'intervenir dans des foyers de travailleurs migrants ou à se rendre dans un quartier périphérique, refus de recevoir une personne jugée à priori non solvable...), mais également de discriminations indirectes (réticence chez certains acteurs institutionnels à considérer l'existence de besoins spécifiques, processus d'intervention ou de fonctionnement administratif conduisant indirectement à l'exclusion de certains publics, incapacité à décoder une demande...).

n Les personnes âgées immigrées sont également elles-mêmes porteuses de réticences souvent fortes vis-à-vis de la perspective d'une intervention externe et d'une aide vis-à-vis de leur vieillissement. L'existence de telles appréhensions et de réticences souvent véhémentes n'est pas spécifique, mais en revanche, les caractéristiques sociales et culturelles des immigrés vieillissants jouent un rôle démultiplicateur particulier :

- o Le coût de l'intervention ou de l'aide, représente un frein d'autant plus important que les revenus des immigrés âgés sont faibles, et que l'amputation de la part des revenus destinés au pays d'origine ne leur laisse souvent in fine qu'un reste à vivre dont le niveau est très peu élevé
- o La gêne relative à l'intervention d'une personne inconnue est renforcée par la difficulté culturelle de l'immigré-e âgé-e à concevoir que son accompagnement dans la vieillesse et sa protection soient prise en charge par une personne inconnue, ne relevant pas du cercle familial, et a fortiori si elle est de sexe opposé (les exemples d'arrêts de services et de soins dus à ce problème sont pléiade)
- o Comme chez toute personne âgée, le fait de bénéficier d'une aide externe (aide à domicile, ou services de soins à domicile), ou a fortiori la perspective d'une admission dans une institution d'hébergement collectif, sont appréhendés car suspectés de faire perdre à la personne son autonomie en terme de mobilité et de liberté d'aller et venir. Or chez les immigrés âgés, qui souvent ont des pratiques d'allers et retours réguliers et de séjours plus ou moins longs au pays, et pour lesquels la perspective du retour demeure un objectif de fin de vie, ce risque de perte de la liberté d'aller et venir est appréhendé avec d'autant plus de crainte. Et en effet, les délais administratifs de demande et d'obtention d'une aide sont souvent particulièrement peu compatibles avec la mobilité souvent importante de ces personnes publiques (allers et retours avec le pays), qui nécessiterait au contraire une réactivité et une souplesse importantes (pour prendre en compte des besoins urgents et/ou temporaires en matière d'aide ou de soins à domicile, de solution d'hébergement, etc.).

- Les immigrés âgés ont parfois une image très négative du vieillissement et de sa prise en charge par la société française. Cette représentation est nourrie à la fois par des expériences, des préjugés et un manque d'information sur les droits et les conditions de prise en charge du vieillissement en France.

La résultante de ces réticences réciproques et de ces obstacles est que la plupart du temps les interventions auprès de la personne immigrée âgée se font dans l'urgence, en raison de l'absence de prévention, et avec des difficultés spécifiques de coordination des actions de suivi une fois que l'intervention d'urgence a été menée.

3 LES PROBLEMES DE SANTÉ DES IMMIGRES VIEILLISSANTS : ASPECTS PSYCHIQUES ET PHYSIQUES

3.1 Le passage à la retraite : douleur psychique et crise identitaire autour d'un « statut social » qui déchire l'immigré vieillissant, mais peut aussi être réparateur

n Même si les façons de vivre la retraite sont très différentes selon les personnes et selon la catégorie socioprofessionnelle à laquelle ils appartiennent, le statut de « retraité » (considéré comme « inactif ») est une identité sociale qui est globalement dévalorisante. Chez les personnes vieillissantes, le passage à la retraite est souvent la cause de déstabilisation de l'identité sociale et de difficultés psychologiques importantes.

n Cette analyse n'est pas spécifique aux immigrés. En revanche, chez les immigrés l'arrivée au statut social de retraité, puis de « vieux », est porteuse de significations complémentaires par rapport à l'identité des individus, particulièrement fortes. Celles-ci sont en fait assez ambivalentes, en premier lieu destructrices et douloureuses pour l'identité individuelle, mais aussi en partie consolidatrices ou réparatrices.

n Le travail est le sens de la trajectoire individuelle des immigrés vieillissants, et fondamentalement, le passage à la retraite puis la perspective de la fin de vie dans le pays d'accueil sont antithétiques du projet d'émigration.

Non préparée, niée même par l'identité de « travailleur émigré » que se sont forgées les immigrés, la retraite est synonyme de rupture (passage brusque à une nouvelle et dernière étape de la vie), de vide (ne plus rien faire), et s'accompagne d'un sentiment très fort de perte d'identité et d'utilité sociales. Dans le parcours de l'immigré, la fin de la vie active et du statut de travailleur, est aussi le moment du bilan, aussi difficile soit-il, de l'histoire, de la finalité, et des résultats de l'émigration. Celle-ci a été définie comme temporaire par nature et avec l'entrée dans la vieillesse, elle est sur le point de devenir définitive, sans réel point d'arrivée, « ni ici, ni là-bas », ce qui est souvent perçu comme un échec (par rapport au projet de revenir au pays, et même d'y revenir riche).

D'autre part, le passage à la retraite, et donc la fin du travail, signifient également la disparition des espaces de sociabilité par lesquelles passait l'essentiel de l'échange avec les autres composantes du corps social. La fin de la vie active signifie aussi un resserrement des espaces de sociabilité et des opportunités de mixité sociale, vers un cadre de vie et des échanges plus étroits, que ce soit à l'échelle d'un foyer de travailleurs migrants, d'un quartier, d'une famille.

Il en résulte que le basculement dans la vieillesse est souvent générateur d'une grande souffrance individuelle, s'accompagnant fréquemment de troubles dépressifs bien repérés en particulier par les acteurs qui interviennent dans les foyers de travailleurs migrants.

n Mais la retraite peut aussi être porteuse de points positifs. La récente étude conduite au plan national par la CNAV souligne à quel point la retraite peut être vécue par les immigrés comme « un puissant facteur d'intégration ».

Pour des personnes de la fin de vie active a souvent été chaotique, avec des périodes de recherche d'emploi ou de troubles de la santé générant des arrêts de travail voire des invalidités, le passage à la retraite peut signifier la ré-obtention d'un statut social, plus positif que celui de chômeur, d'invalidé du travail, etc.

Même si la réalité est souvent en-deçà des espérances de la personne, la perspective de toucher les droits acquis à la retraite peut constituer pour l'immigré en fin de carrière professionnelle un objectif à atteindre, un aboutissement et une reconnaissance sociale de son investissement individuel dans l'émigration de travail. Dans certains cas l'accession à la retraite peut même être synonyme d'une augmentation du niveau de revenus.

n D'autre part le processus de vieillissement et le statut de personne âgée en tant que tel (« le vieux ») peuvent avoir une image tout à fait positive dans la culture d'origine de l'immigré. Dans les pays musulmans du Maghreb, le vieillissement s'accompagne souvent pour les hommes d'un regain de pratique religieuse associé à l'acquisition de la sagesse.

Toutefois, même si cette connotation positive du vieillissement constitue une référence qui peut soutenir l'immigré dans le processus de vieillissement, il convient en parallèle de s'interroger sur l'appropriation de ces codes par leur entourage, en particulier par les plus jeunes générations, que ce soit dans une cellule familiale, un immeuble, ou un quartier.

n Les intentions de retour vers le pays d'origine ne sont pas généralisées.

Au plan national, l'étude conduite par la CNAV montre que 59 % des immigrés retraités font le choix de rester en France après la retraite. Seule une minorité (8 %) souhaite rentrer dans le pays d'origine, alors que 24 % souhaitent partager le temps entre pays d'origine et pays d'immigration.

n Quoique plus nettement marqués, les souhaits d'enterrement au pays illustrent néanmoins l'écartèlement entre le pays d'émigration et celui d'immigration.

Au plan national, 53 % des immigrés algériens déclarent souhaiter être enterré au pays (souhait d'autant plus fort que la famille est en Algérie et que le respect des traditions et des rites funéraires en France paraît insuffisamment garanti). Chez les immigrés marocains la proportion est très proche, mais paraît liée à un attachement davantage culturel que religieux.

Il convient d'être prudent face à ces chiffres, sans doute plus élevés chez les personnes les plus âgées, où ils avoisineraient davantage les ¾ de la population considérée.

La présence de la famille en France joue un rôle pour l'acceptation de l'idée d'être enterré en France, mais l'incertitude sur le respect des pratiques religieuses en

France est un facteur essentiel conduisant à la volonté d'être enterré au pays, dans un retour qui met fin à l'exil.

3.2 Les pathologies de la vieillesse des immigrés : des spécificités résidant dans le type de pathologie, leur non anticipation et leur traitement erratique

n De manière générale, les problèmes de santé augmentent avec le vieillissement, dans un processus inéluctable de gradation chronologique des difficultés. Les immigrés ne font pas exception, mais sur le plan sanitaire leur vieillissement est marqué par des spécificités très marquées.

n En premier lieu, ainsi que cela a été évoqué plus haut, on relève chez les immigrés vieillissants des phénomènes nombreux de grande détresse psychique, renforcée souvent par un isolement extrêmement fort, et qui se traduit fréquemment par des situations de repli et de dépression.

n D'autre part le vieillissement des immigrés est nettement plus précoce que chez les non immigrés : les personnes âgées immigrées ne sont pour l'heure pas plus nombreuses que les personnes non immigrées, mais en revanche elles sont davantage diminuées, usées, et surtout elles le sont plus tôt.

Le rapport national réalisé par l'IGAS pointe bien qu'à génération identique, les personnes dépendantes sont beaucoup plus nombreuses parmi les immigrés que parmi le reste de la population.

n Les problèmes de santé des immigrés vieillissants sont liés à l'usure physique et psychologique découlant de l'âge. Mais ils reflètent aussi de manière spécifique l'exercice de métiers à forte pénibilité, ainsi que de conditions de vie et de logement souvent dégradées.

Les hommes immigrés vieillissants sont ainsi particulièrement sujets à certaines pathologies :

- o Diabète, très développé (également chez les femmes, en lien avec des régimes alimentaires souvent inadaptés)
- o handicaps dus à des accidents du travail
- o troubles musculo-squelettiques
- o intoxications alcoolique ou tabagique
- o problèmes psychologiques et notamment de dépression (« sinistrose »)...

n Une spécificité marquante et déterminante est le constat que la prévention des problèmes de santé est très peu développée chez les populations immigrées vieillissantes :

- o le faible recours à la médecine de ville a pour corollaire un très faible niveau de la prévention. Au plan national, moins d'un immigré retraité sur deux aurait un médecin traitant. Le nombre d'immigrés bénéficiant d'une mutuelle est très faible. Le recours au médecin ou la prise de traitement sont souvent conditionnés par la présence d'une douleur, ce qui est contradictoire avec l'approche préventive et pose des problèmes pour la prise de traitements dans la durée.

- En l'absence de recours à la médecine de ville, c'est en général l'hôpital, dans l'urgence, qui est privilégié. Cette tendance évidemment ne facilite pas la continuité du suivi des patients et la coordination des interventions médicales et sociale.
- Enfin il faut souligner que le fait de quitter le monde du travail coupe les personnes du lien avec la médecine (même ténue) qui pouvait passer par le travail.

n En dernier lieu, de nombreux acteurs intervenant auprès des immigrés notent que la nécessité de continuer à bénéficier de soins médicaux constitue souvent un frein au retour au pays.

Certaines études montrent en effet que les immigrés apprécient et reconnaissent souvent la qualité des soins dont ils bénéficient en France. D'autre part la prise en charge de ces soins constitue un avantage considérable par rapport à d'autres situations qu'ils peuvent connaître dans leur pays d'origine.

3.3 Une attitude de refus et de déni amplifiés de la dépendance

n Avec l'allongement de la vie et les progrès médicaux qui l'accompagnent, la période de vie sans incapacité chez les personnes âgées a tendance à être de plus en plus longue. Mais cette évolution positive a pour corollaire une difficulté d'autant plus forte à envisager la survenance d'une incapacité et la dépendance.

De manière générale on assiste chez les personnes âgées, qu'elles ne soient pas encore dépendantes, ou bien qu'elles le soient effectivement devenues, un phénomène de refus et de déni de la dépendance. Cette réaction psychologique individuelle gêne considérablement l'anticipation, la préparation et l'accompagnement par les acteurs sanitaires et sociaux, et par les aidants, de la phase de dépendance de la personne âgée.

n Pour l'immigré vieillissant, la situation de dépendance en France est une hypothèse d'autant plus difficile à envisager qu'elle est, à l'instar de la perspective de la mort en France, en complète contradiction avec le projet d'émigration et l'identité individuelle de « travailleur dont l'émigration – immigration n'est que temporaire ».

n Le refus de la dépendance se traduit ainsi chez les immigrés par des stratégies individuelles d'évitement de la question (nier le plus longtemps possible la réalité et la complexité de la question).

Ces stratégies se déclinent de différentes manières :

- Le choix affiché du retour au pays au moment de la vieillesse ou de la dépendance, pour y mourir. Souvent affirmé mais plus rarement mis en œuvre, ce choix se trouve souvent contrarié par les contraintes de résidence pour l'accès aux droits ou aux soins dont l'immigré âgé a besoin (et auxquels il est habitué).

- D'autre part, l'arrivée programmée de l'épouse (souvent plus jeune), voire même des enfants dans le cadre du regroupement familial, peut être une stratégie visant à garantir la prise en charge familiale de la dépendance dans le pays d'accueil. Mis en oeuvre, ce choix pose en général des problèmes pour l'adaptation de la femme et des enfants à la cellule familiale nouvellement re-constituée et au pays d'immigration. Ainsi certains immigrés déploient-ils à l'inverse un argumentaire justifiant le fait de rester seul : en France, les enfants et la femme risqueraient de « mal tourner », et le fait qu'ils restent au pays serait pour eux la solution la meilleure. Mais jusqu'à quel point ce type de discours n'est-il pas un discours d'auto-justification, fataliste, ayant pour fonction de justifier l'injustifiable aux propres yeux de l'immigré qui reste seul ?

4 L'HABITAT, LE CADRE DE VIE, LA VIE SOCIALE ET FAMILIALE DES IMMIGRES VIEILLISSANTS

4.1 Les conditions de vie, le logement et son inadadaptation au vieillissement

4.1.1 La problématique de l'autonomie et du logement est centrale pour toutes les personnes âgées

n De manière générale, la volonté des personnes âgées, immigrées ou pas, est de rester dans leur logement le plus longtemps possible. La solution de l'admission dans une institution n'étant envisagée, à moins qu'elle soit demandée par la personne, qu'en dernier recours. Aujourd'hui, au plan national, environ les $\frac{3}{4}$ des personnes âgées dépendantes sont maintenues à leur domicile.

Toutes les enquêtes conduites auprès des immigrés âgés tendent à confirmer que dans l'arbitrage entre le maintien à domicile et l'admission en institution pour personnes âgées, ils souhaitent encore plus largement le maintien à domicile, quelles que soient les caractéristiques du logement (foyer de travailleurs migrants, habitat collectif) et de la vie familiale (célibataires ou personnes vivant en famille).

Mais au-delà de ce souhait se pose la question de la faisabilité du maintien à domicile.

n La plupart des personnes âgées, vieillissantes, ont ou vont avoir un mode de vie inadapté aux contraintes de leur vieillissement.

Le logement doit ainsi être adapté à leurs besoins, que ce soit dans le cadre des sanitaires ou d'autres aménagements divers, ce qui pose, notamment, des problèmes de coût.

En second lieu, le besoin d'aide à domicile, pour les courses, le ménage, la toilette, augmente également de manière progressive.

n Dans ce contexte, les politiques en direction des personnes âgées mettent fortement l'accent, depuis quelques années, sur le maintien à domicile, au travers de deux orientations :

- o L'adaptation du domicile
- o L'identification, la mobilisation et la coordination de l'offre de services adaptée, avec des dispositifs comme les CLIC.

4.1.2 L'inadaptation de l'habitat des immigrés âgés est une question dont l'ampleur est spécifiquement forte

n Tout d'abord, le type d'habitat des populations immigrées résidentes conditionne largement leur « visibilité sociale », ainsi, par la suite, que les éventualités d'adaptation de ces logements.

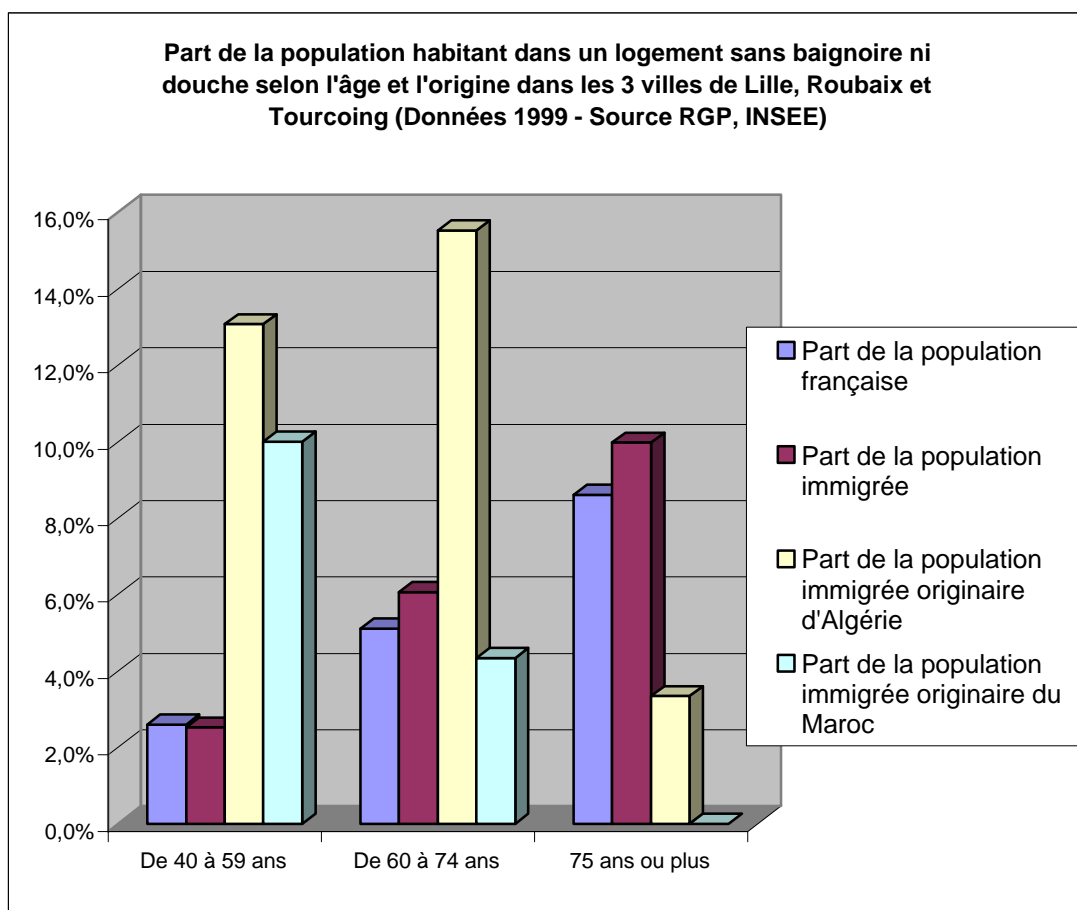
On distingue deux types d'habitat :

- o L'habitat en Foyers de travailleurs migrants constitue la face la plus visible du vieillissement des immigrés². Le vieillissement des résidents de FTM est un phénomène durable, dont les prévisions permettent d'estimer qu'il se prolongera encore sur les 20 prochaines années. Entre 1990 et 1999 on a assisté nationalement à une diminution du nombre de résidents (-22,7%) et à une augmentation des plus de 60 ans de 107%. Les résidents d'origine algérienne sont les premiers à vieillir, ceux d'origine marocaine et tunisienne seront les prochains. L'importance de l'immigration algérienne sur le territoire de Lille, Roubaix et Tourcoing va rendre cet enjeu de plus en plus crucial dans les années à venir.
- o L'habitat dit « diffus », qui comprend les autres formes d'habitat dans la ville, que ce soit de l'habitat collectif ou individuel, dans des meublés, des hôtels, ou des logements plus classiques. Le caractère diffus de ce type d'habitat pose un problème pour repérer les personnes ayant des besoins ; les immigrés se trouvant dans cette configuration de logement ont de ce fait une visibilité sociale et urbaine bien moindre que lorsqu'ils sont regroupés dans un foyer bien identifié.

Au plan national, les données disponibles permettent de considérer que les hommes étrangers isolés maghrébins, de 60 ans ou plus, se répartissent à quasi égalité entre les foyers (52 %) et l'habitat diffus (48 %). Le Haut Conseil à l'Intégration dans son avis au Premier ministre de mars 2005 intitulé « La condition sociale des travailleurs immigrés âgés » souligne que 33% des personnes vivant dans des foyers SONACOTRA ont plus de 60 ans, 19% plus de 65 ans (Source SONACOTRA).

n Que ce soit en habitat diffus ou dans les Foyers de travailleurs migrants, le logement est très inadapté.

Les caractéristiques des logements habités par les populations immigrées âgées, principalement la population d'origine algérienne, sont particulièrement préoccupantes.



Le graphe ci-dessus montre que plus de 15% de la population immigrée originaire d'Algérie âgées de 60 à 74 ans vit dans un logement sans baignoire, ni douche. Ce chiffre, qui est sans doute inférieur à la réalité, met en exergue la précarité et les difficultés de vie spécifiques des immigrés algériens âgés. En comparaison, il est assez intéressant de noter que les immigrés d'origine marocaine âgés de 60 à 74 ans ne sont que 4% à vivre dans ce type de logement; soit moins que la part de la population française du même âge (5%). Ainsi, l'immigration algérienne âgée, plus que l'immigration marocaine, paraît bien caractéristique d'une immigration fragilisée et précaire qui ne possède pas un habitat adapté à ses besoins mais plutôt un logement souvent obsolète voire vétuste.

Dans les foyers, les difficultés portent surtout sur le manque d'intimité et l'insalubrité (relativement fréquente). L'enjeu de l'adaptation des foyers de travailleurs migrants est essentiel pour deux raisons :

- tout d'abord en termes de mise en conformité à la réglementation et de respect de la dignité des occupants du logement, certains logements restant caractérisés par une situation de dégradation, d'insalubrité ou de promiscuité des résidents ;
- ensuite, en termes d'adaptation aux contraintes spécifiques et de mise aux normes de l'accueil de populations âgées. Absence d'ascenseurs, voire simplement de rampes d'escaliers, configuration des sanitaires inadaptée pour des personnes âgées...

Dans les autres types de logement (dans le « diffus »), les enjeux de l'aménagement des logements individuels ou familiaux des personnes âgées sont les mêmes que pour les personnes non immigrées. Parfois le manque d'intimité, dans des familles relativement nombreuses, peut être une difficulté supplémentaire.

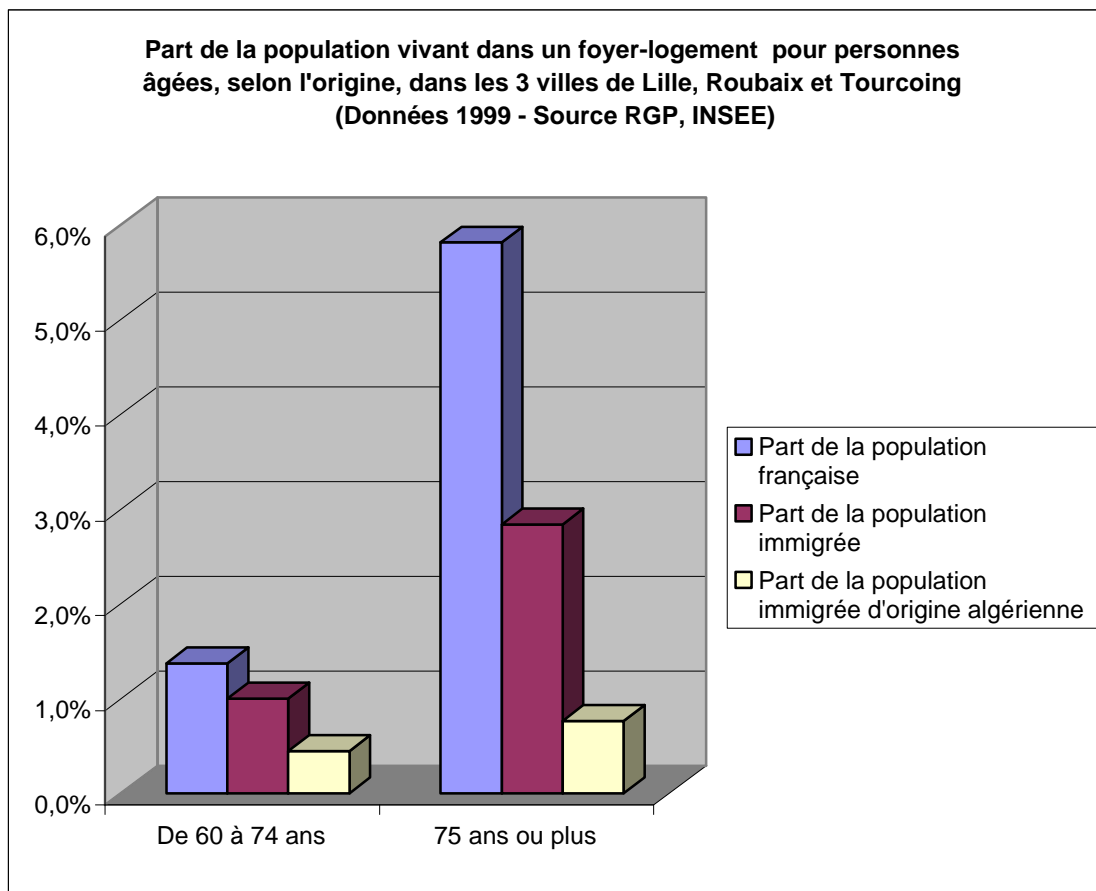
n Dans tous les cas l'aménagement du logement aux contraintes du vieillissement, comme la nécessaire adaptation des sanitaires, pose des problèmes aigus :

- o La prise en charge du coût des travaux, dont l'ampleur est importante, et que les occupants des logements (en particulier les résidents des foyers de travailleurs migrants) ne sont souvent pas capables d'assumer. La répercussion de ces coûts sur une augmentation importante du loyer peut générer des conflits importants et durables avec les résidents, qui refusent parfois de payer le surcoût et se mettent dans des situations difficiles à l'égard du bailleur.
- o La contrepartie de l'adaptation des logements est souvent un changement, transitoire ou définitif, de lieu de vie et d'environnement urbain, particulièrement difficile pour les personnes concernées. Beaucoup de résidents de foyers, par exemple, s'y trouvent depuis de très nombreuses années, et la perspective de quitter leur foyer est en général traumatisante.

4.1.3 L'admission des immigrés âgés en institution pour personnes âgées est exceptionnel

n Sur le territoire des trois communes de la métropole lilloise, la part des immigrés d'origine maghrébine qui sont dans une institution (maison de retraite, foyer logement, EHPAD...) est dérisoire.

Moins de 1% de la population immigrée d'origine algérienne âgée de 75 ans et plus vit dans un logement, foyer pour personnes âgées alors que plus de 6% de la population française du même âge réside dans des logements, foyers pour personnes âgées.



n Au plan national, les expériences d'ouverture de maisons de retraite aux personnes immigrées sont rares et les résultats paraissent d'ailleurs souvent négatifs. Elles font ressortir quelques traits marquants :

- o une mauvaise expression en français de la personne âgée conduit systématiquement à l'échec,
- o l'intégration des femmes maghrébines et des harkis dans les établissements est plus facile,
- o et plus globalement l'intégration du nouvel arrivant dans l'établissement est d'autant moins difficile que la personne a un mode de vie occidentalisé (autrement dit gommant les spécificités culturelles de l'immigré).

n Au niveau des conditions de vie de l'immigré vieillissant, deux questions sont particulièrement épineuses lorsqu'il s'agit d'envisager un accueil en institution, ou même des services à domicile :

- o La pratique religieuse, avec le souhait – et souvent l'impossibilité – de pouvoir accéder à des lieux de prière et la possibilité de célébrer les fêtes religieuses, pas nécessairement garantis dans une institution pour personnes âgées « de droit commun ».
- o Les repas, puisque peu d'institutions ou de prestataires de services prennent en compte la nécessité de proposer des repas halal, (pratique que les établissements hospitaliers ont quant à eux plus de facilité à mettre en place, du fait de leurs infrastructures plus importantes).

Au sein du foyer logement de l'Alma, à Roubaix, où résident 56 personnes, on note une forte inégalité d'accès aux soins et aux services à domicile :

- Sur les 13 résidents non immigrés, 10 accèdent aux SAD
- Sur les 43 résidents immigrés, 7 accèdent aux SAD

Le CCAS constate que l'accès aux SAD est encore moins important dans le « diffus ». Ainsi le cadre du foyer logement permet-il d'augmenter un taux de recours aux SAD et de lever certaines barrières :

- les personnes immigrées sont connues et leurs besoins sont identifiés plus facilement ;
- les personnes âgées immigrées connaissent mieux que dans le « diffus » les interlocuteurs institutionnels et les intervenants sociaux et sanitaires, avec lesquels il est plus facile d'instaurer une relation de confiance.

Mais certaines barrières demeurent difficiles à lever, telles que :

- la fierté conduisant souvent à refuser l'offre de service,
- le coût,
- certaines caractéristiques de l'offre de service (tenant au sexe par exemple)

4.2 La solitude et l'isolement, deux enjeux du vieillissement amplifiés chez les immigrés

n Solitude et isolement sont des caractéristiques récurrentes chez les personnes âgées. Selon les personnes, la forme et l'histoire de cette solitude diffèrent néanmoins profondément.

n Tous les experts et les intervenants s'accordent à considérer que l'éloignement familial et l'isolement dans la vieillesse touchent de manière particulière les populations immigrées et étrangères, auprès de qui cela génère une blessure très forte.

Ce constat est valable pour les hommes, souvent célibataires, mais également pour les femmes, chez qui le sentiment de solitude et le besoin de lieux de rencontres entre elles apparaît particulièrement fort.

n L'isolement des femmes immigrées âgées pose des questions particulièrement épineuses. De nombreux acteurs du territoire soulignent l'importance de ce phénomène, appelé à croître dans les prochaines années. Les femmes immigrées âgées, souvent arrivées en France bien après leurs maris, n'ayant majoritairement pas travaillé et souvent ne parlant que très mal le français, souffrent d'un isolement d'autant plus fort que leurs réseaux de sociabilité n'ont souvent guère pu s'ouvrir au-delà de la proximité familiale et de voisinage.

n Les réseaux de socialisation sont essentiellement construits avec des personnes de la même origine ou de la famille. Certains travaux montrent que la nationalité d'origine joue un rôle important dans l'identification de ces réseaux de sociabilité chez les personnes âgées immigrées, qui ouvriraient d'autant plus leur intimité que les proches sont des compatriotes

NB. Toutefois les données statistiques disponibles à l'heure actuelle sur l'isolement et la socialisation sont difficiles à interpréter, peu précises, parfois porteuses de contradictions. Au plan national, on estime que les personnes immigrées nées au Maghreb seraient 70 % à vivre en couple au-delà de 60 ans, les 30% restant regroupant des hommes seuls, notamment en FTM, et des femmes seules, divorcées et surtout veuves (source : rapport IGAS, citant l'enquête HID de la DREES).

n La perspective du retour au pays d'origine est une perspective souvent affichée et revendiquée par les immigrés âgés (c'est le sens même du projet migratoire) mais dans les faits elle est l'objet de déchirements intérieurs très forts. « Ni d'ici, ni de là-bas », les immigrés âgés ne sont plus des habitants ou des membres de la famille comme les autres dans le pays d'origine. La perspective d'un retour définitif (envisagée à travers les expériences parfois difficiles de retour temporaire) fait souvent l'objet d'une appréhension réelle malgré un discours idéalisé, surtout dans le cadre de réunions collectives.

n Les personnes âgées d'origine maghrébine se caractérisent par rapport au reste de la population âgée par leur absence quasi-systématique des structures d'accueil de jour ou des activités de loisirs destinées aux personnes âgées (Cf. plus haut). De nombreuses expériences visant le développement de mixité sociale entre personnes âgées de différents origines n'ont pas permis d'atteindre cet objectif initial mais ont en revanche donné lieu à des regroupements de type communautaire, attestant de l'existence d'un manque en matière de lieux de rencontres attractifs pour des personnes immigrées.

Sur le territoire les expériences visant à favoriser les échanges intergénérationnels semblent donner lieu à des effets contrastés. Il paraît difficile de générer une implication forte et surtout durable des personnes âgées par rapport à ce type de démarches. Les personnes âgées restent plutôt dans une posture attentiste vis-à-vis des plus jeunes, même si le bilan d'une action intergénérationnelle est jugé positivement. Inversement, c'est essentiellement une tâche de sensibilisation information qui paraît devoir être accomplie auprès des jeunes, dans un travail de mémoire visant à renforcer la connaissance du parcours et du rôle joué par les aînés.

4.3 L'aide familiale et de proximité dont peuvent bénéficier les immigrés âgés est spécifique et particulièrement restreinte

n Immigrés ou pas, les aidants « naturels » des personnes âgées sont avant tout les aidants familiaux, parfois étendus à des réseaux de sociabilité de proximité (voisin...).

Les professionnels des interventions en direction des personnes âgées savent bien que l'apport d'une aide à une personne âgée (a fortiori si elle est très dépendante), est toujours difficile pour l'aidant et que cet apport n'est jamais éternel (le phénomène d'usure étant important).

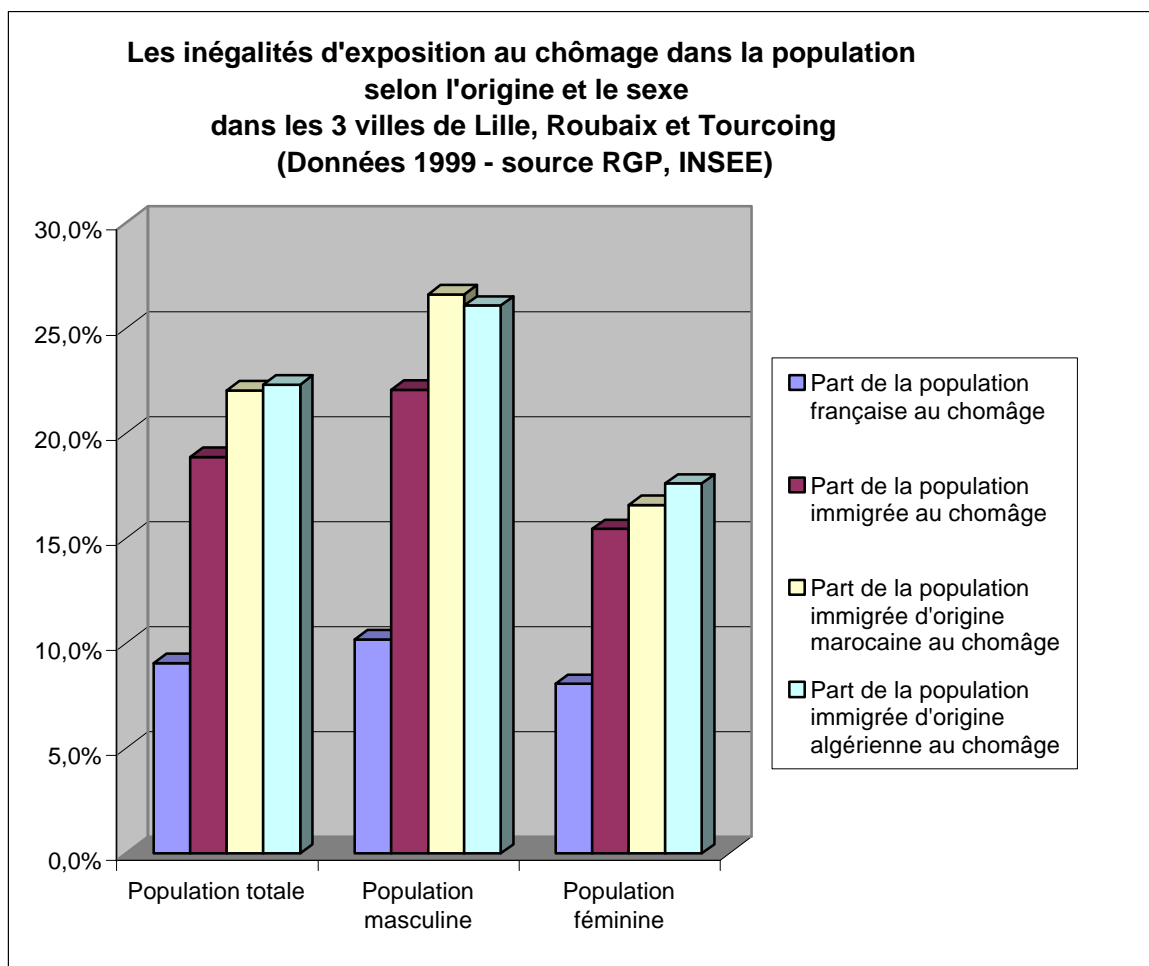
n Dans le cas des immigrés originaires du Maghreb, la problématique du rapport entre la personne âgée et l'aidant est très spécifique, pour diverses raisons :

- Le fait que les immigrés âgés soient particulièrement isolés, sans aidants familiaux ou de proximité, s'accompagne d'un besoin d'aide au logement encore plus fort, mais la capacité des personnes à reconnaître le besoin de cette aide, et à l'exprimer ou à l'accepter, est en revanche bien plus faible (Cf. ce qui a été vu plus haut)
- Chez les immigrés qui sont isolés sans famille, les aidants se trouvent essentiellement parmi les pairs de la personne, qui ont une histoire approchante. L'existence d'un effet miroir (l'aidant découvrant dans la personne aidée l'image de sa situation prochaine, de sa déchéance physique à venir et de l'échec de son projet de retour au pays) rend encore plus difficile, et souvent encore moins durable le rôle joué par l'aidant.
- Lorsque la personne immigrée vieillissante est dans une configuration familiale et pas célibataire, les enjeux sont également complexes :
 - § Un nombre significatif de personnes originaires du Maghreb se trouvent confrontées, à un âge avancé, à la question de l'éducation de leurs enfants, dont l'avenir constitue une préoccupation très forte pour leurs parents. Cela constitue une tâche particulièrement difficile pour des personnes ayant reçu une éducation différente, dans un contexte différent, et dont le parcours personnel n'est pas transmis facilement aux enfants (quelle image parentale et en particulier paternelle pour les enfants ?).
 - § Concernant les familles immigrées, de nombreuses études soulignent que le passage du travailleur immigré au statut de retraité génère une modification du fonctionnement de la cellule familiale lorsque celle-ci est constituée. Cette modification peut s'opérer parfois sur le mode de la crise vis-à-vis de l'épouse, des enfants, voire de l'ensemble de la famille. Cela peut générer l'éclatement de la cellule familiale, éventuellement concrétisée par une séparation, voire par un retour du retraité, seul, au pays d'origine.

5 LES REVENUS ET L'ACCÈS AUX DROITS SOCIAUX

5.1 Des fins de parcours professionnels difficiles et précarisantes

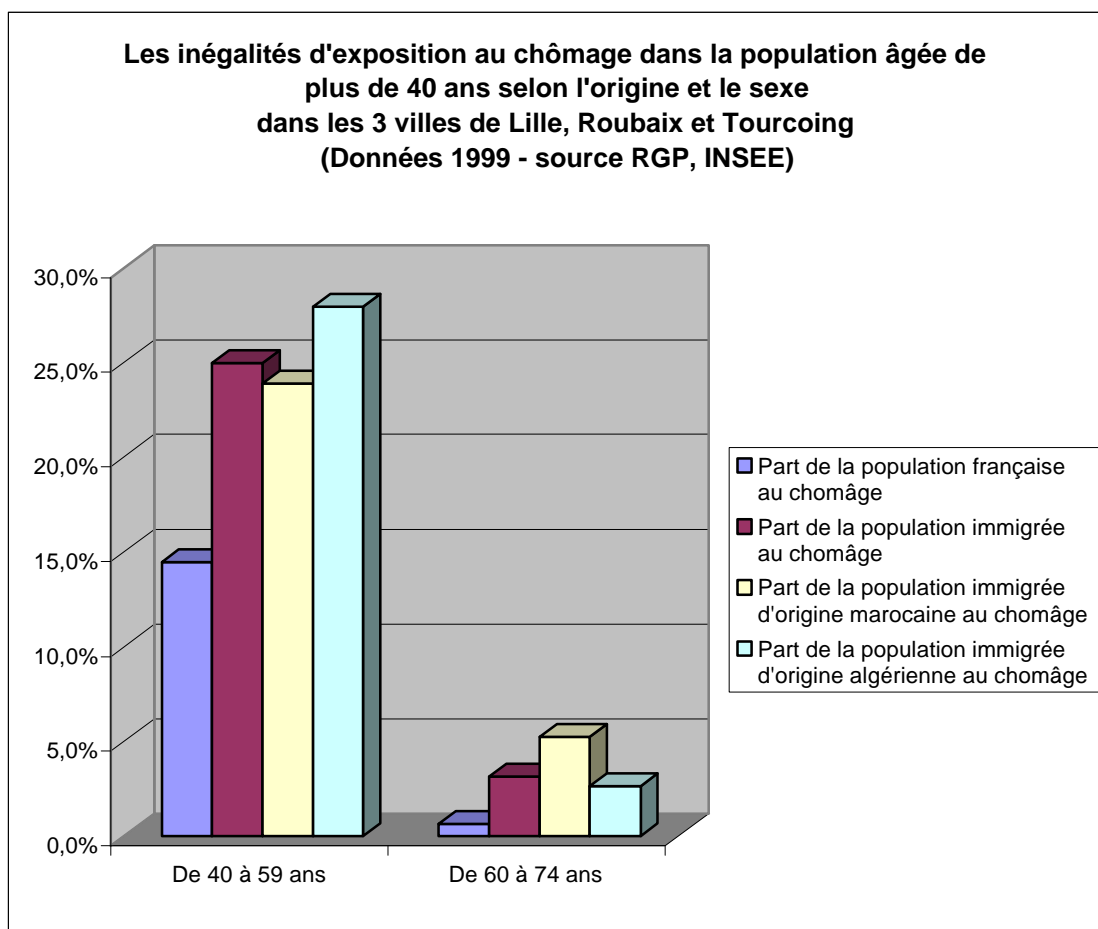
n La très forte exposition au chômage des immigrés maghrébins, particulièrement en fin de vie active, contribue à alimenter la précarité de leur situation dans le vieillissement.



Le tableau ci-dessus montre que la population immigrée est beaucoup plus touchée par le chômage que l'ensemble de la population (deux fois plus environ). Au sein de la population immigrée, on voit se distinguer particulièrement les immigrés d'origine algérienne et marocaine, avec des taux de chômage nettement supérieurs à la moyenne des immigrés.

Dans ce contexte, le manque de continuité des parcours professionnels, l'instabilité des revenus, la précarité sociale et psychologique associées au chômage, constituent autant de facteurs qui augurent mal de la fin de vie active, du vieillissement et de la retraite.

Le tableau ci-dessous montre que le chômage touche particulièrement les immigrés d'origine maghrébine en seconde partie de carrière. Se situant à environ 27 %, la part des immigrés d'origine algérienne âgés de 40 à 59 ans est presque deux fois supérieure à celle de la population française prise dans son ensemble. Chez les immigrés âgés de 60 ans et plus, le décalage est également très important, avec une sur représentation notable des immigrés d'origine marocaine.



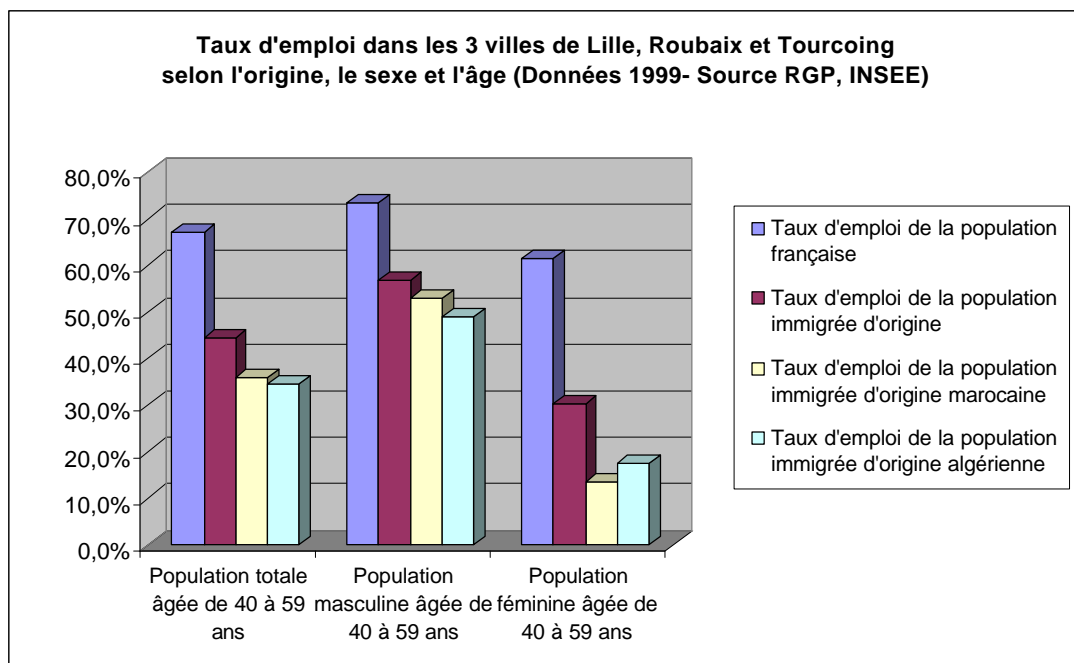
Cette précarité, et l'instabilité des revenus en fin de période d'activité qui en découle, a nécessairement des répercussions importantes sur les revenus disponibles lors du vieillissement.

n Les faibles taux d'emploi des immigrés, notamment des femmes constituent des problèmes importants.

Le tableau ci-dessous confirme à quel point l'accès à l'emploi est moins important chez les femmes immigrées que chez les hommes immigrés. Le taux d'emploi³ des immigrés de 40 à 59 ans est de 40 % environ contre 65 % environ chez les français.

L'écart de taux d'emploi entre les hommes et les femmes immigrées de 40 à 59 ans est particulièrement important, au grand désavantage des femmes.

³ Le taux d'emploi est le rapport entre le nombre de personnes actives occupant un emploi par rapport à la population totale (actifs et non actifs).



Ce très faible taux d'emploi ne provoquera que des effets négatifs pour ces femmes qui sont proches de la retraite.

Comme le souligne, le Haut Conseil à l'Intégration dans son avis formulé au Premier ministre en mars 2005 : « ayant encore moins cotisé que leurs homologues masculins, elle se trouveront très vraisemblablement, massivement, dépendantes de la solidarité nationale, par le biais du minimum vieillesse ».

5.2 Des revenus faibles et diminués

n La faiblesse des revenus des personnes âgées est un constat effectué par l'ensemble des études portant sur ce type de population. La spécificité des populations âgées immigrées tient en une amplification forte de ce phénomène.

n Les immigrés âgés originaires du Maghreb, de l'Algérie principalement, connaissent une précarité financière amplifiée, en raison d'une conjonction de facteurs :

- o Les emplois occupés ont été (ou sont encore) peu qualifiés, ne donnant droit qu'à une retraite faible⁴ ;
- o Souvent, les parcours professionnels ont été particulièrement chaotiques (périodes de chômage, d'intérim, ruptures des parcours dues à des

⁴ Quand ces emplois ont donné lieu à déclaration et à versement de cotisations sociales, ce qui n'est pas toujours le cas car le travail déguisé touche particulièrement la main d'œuvre immigrée. Toutefois, la tradition ouvrière et industrielle de la région a sans doute eu à cet égard un effet relativement protecteur à l'égard des immigrés.

accidents, des périodes de maladie, voire des absences dues à une tentative de retour au pays), ce qui renforce le niveau faible des droits acquis à la retraite ;

- Le niveau d'épargne est très faible, en lien avec une situation où c'est lui qui est l'aidant (envoi d'argent au pays) et non l'aidé (absence de soutien financier familial), ce qui aboutit à un revenu résiduel proportionnellement moins important qu'une personne non immigrée.

5.3 Des droits méconnus et des risques de perte de droits accrus

n De manière générale, les personnes âgées souffrent d'une méconnaissance importante des dispositifs, des aides, des droits, et des interlocuteurs susceptibles de leur apporter une aide ou une information.

La diffusion des informations est difficile, en particulier sur des dispositifs aux modalités d'accès et de calcul complexes tels que le minimum vieillesse par exemple. Les personnes âgées et vieillissantes d'origine immigrée ne font pas exception à ce constat, bien au contraire.

n On ne dispose pas de données quantitatives sur la métropole lilloise par rapport à cet enjeu. Mais selon une étude réalisée par l'ORIV, en Alsace, le sentiment de ne pas connaître ses droits est assez largement répandu chez les immigrés. Chez ces personnes, l'information sur les droits et les démarches passe :

- avant tout (pour plus de la moitié des cas dans l'étude de l'ORIV) par le réseau familial, amical et communautaire.
- Pour le reste ce sont les assistantes sociales, et dans une mesure à peine moindre, les associations qui donnent les informations voire fournissent une aide.

En tout état de cause le besoin d'aide est réel et nécessite un accompagnement, ne serait-ce qu'en raison de la nécessité non seulement de comprendre, mais également de lire et d'écrire le français.

n Certaines clés existent pour faciliter le recours à une aide administrative. Dans la métropole, les quelques expériences où une aide est identifiée par les personnes immigrées âgées, notamment en matière de médiation vis-à-vis de l'administration, montrent qu'il existe des attentes et une demande, même s'il est difficile de les quantifier.

Les travailleurs sociaux du territoire (dans une association comme l'ASSFAM ou bien dans les CCAS) soulignent l'importance de quelques conditions :

- la construction d'une relation de confiance, qui passe par l'identification de la structure, souvent de l'intervenant également, et qui nécessite du temps ;
- le phénomène de notoriété et de bouche à oreille, qui fonctionne et permet d'élargir le public des usagers du service ou de l'action ;
- la nécessité de disposer de locaux permettant un accueil individuel

- la prise en compte des contraintes temporelles liées au mode de vie fractionné des immigrés âgés (existence des allers et retours avec le pays d'émigration).

n L'approche culturelle du vieillissement et des droits des personnes âgées est spécifique : le traitement et l'accompagnement de la vieillesse est davantage abordé sous l'angle de la solidarité familiale que sous celui de la solidarité de la société, et par voie de conséquence la formulation d'une demande est la plupart du temps un acte qui n'est pas facile pour la personne âgée.

n Les barrages spécifiques gênant l'accès des immigrés à l'information sont particulièrement importants :

- Barrage linguistique : illettrisme et mauvaise maîtrise de la langue concernent beaucoup d'immigrés âgés, en particulier les femmes
- Méconnaissance des institutions et des rouages administratifs
- Accès aux services publics : la ségrégation urbaine et sociale subie par les immigrés gêne l'accès aux services
- isolement et absence d'aide : absence fréquente de soutien familial de proximité et isolement fort, gênant l'émergence de relais pour l'information

n D'autre part, tous les intervenants rencontrés, en accord avec les études nationales, s'accordent à noter des risques accrus de perte de droits chez les immigrés vieillissants :

- difficulté à reconstituer les carrières (travail non déclaré, obtention difficile des attestations nécessaires...);
- faible taux de certification des comptes faisant valoir les droits à la retraite aux régimes général et complémentaire, les demandes tardives étant facteurs d'aggravation des risques (du notamment à des problèmes d'homonymie);
- difficultés spécifiques et incertitudes juridiques pour remplir les conditions nécessaires pour l'accès aux droits (la condition de résidence régulière notamment).

n Pour les immigrés de nationalité étrangère, les contraintes spécifiques d'accès aux droits sociaux sont réelles, complexes et souvent mal maîtrisées par les intervenants sociaux et médicaux.

n Mais les travailleurs sociaux notent en revanche un recours de plus en plus important à l'APA chez les personnes immigrées.

n De manière transversale, la problématique de l'accès au droit et de l'information sur les droits des aidants apparaît ainsi comme particulièrement sensible.

6 SYNTHÈSE THÉMATIQUE DU DIAGNOSTIC

6.1 Synthèse du diagnostic en matière de santé : la prévention et le traitement des pathologies (physiologiques et psychiques) dont souffrent les immigrants âgés

Problématique	Atouts et opportunités	Faiblesses et menaces	Enjeux
Les pathologies, dans leur dimension à la fois physiologique et psychique	<p><u>Volet physiologique :</u></p> <p>n Les pathologies dont sont affectés les immigrants vieillissants et âgés ne leur sont spécifiques que par leur ampleur et leur précocité : les intervenants médicaux et sociaux sont outillés médicalement pour les traiter</p> <p><u>Volet psychique :</u></p> <p>n La retraite, dans le cadre d'immigrants originaires du Maghreb, renvoie à une identité sociale ambivalente, qui peut être porteuse, outre la souffrance psychique très répandue, d'une perspective positive en matière d'amélioration des conditions de vie, de ré-obtention d'un statut social (voire de reconnaissance sociale). Le « statut » social de « vieux » peut être porteur d'un poids</p>	<p><u>Volet physiologique :</u></p> <p>n Le fait que les immigrants soient particulièrement sujets à certaines pathologies s'explique par des conditions de vie, de logement, particulièrement difficiles, qui aujourd'hui ne sont ni suffisamment traitées, ni suffisamment anticipées.</p> <p>n La faiblesse de la prévention et du recours à la médecine de ville est particulièrement préoccupante, la coordination des interventions est rendue particulièrement difficile par l'absence fréquente de référent médical et/ou familial.</p> <p>n Les freins rencontrés pour intervenir auprès des personnes âgées immigrants ne leur sont pas toujours spécifiques (gêne dans le rapport au corps), mais le décalage (réel et/ou supposé) dans les représentations et les cultures démultiplie ces freins et peut conduire non seulement à l'absence d'intervention, mais également à en conclure que toute action est impossible.</p>	<p>n Renforcer l'action préventive sur les pathologies dont sont particulièrement affectés les immigrants vieillissants (approche d'anticipation et de prévention en matière de santé publique, que ce soit pour des comportements à risque ou vis-à-vis de conditions de travail génératrices d'incapacités et de vieillissement prématuré par exemple).</p> <p>n Lever les freins au développement de la médecine préventive et à la coordination des soins et des aides en direction des immigrants (analyse des discriminations directes, indirectes, systémiques, mais aussi dimension culturelle), en s'appuyant sur la formation des acteurs et leur coordination</p> <p>n Soutenir les initiatives porteuses d'une rupture de l'isolement des immigrants, femmes et hommes, en recherchant le cas échant (mais sans en faire une condition nécessaire) la mixité intergénérationnelle ou interculturelle</p> <p>n Soutenir des initiatives favorisant un travail sur la mémoire (en mettant en avant le caractère croisé du devenir du territoire et des immigrants)</p>

	<p>culturel positif et valorisant, et constituer une opportunité de travail sur la mémoire et l'histoire</p>	<p><u>Volet psychique :</u> n La souffrance psychique ne fait pas l'objet d'une prise en charge efficace : il s'agit d'une faiblesse globale de la prise en charge du vieillissement, dont les immigrés, du fait de leurs trajectoires individuelles, sont encore plus l'objet que les autres personnes âgées. n La problématique de la dépendance est particulièrement préoccupante, car l'approche toujours privilégiée pour sa prise en charge (la famille, les proches) fait face à des difficultés démultipliées dans le cas des immigrés (isolement, décalage générationnel très fort). n La souffrance psychique associée à la perspective de devenir inactif, de vieillir et de mourir en France est spécifique, très forte, cachée. Elle n'est pas anticipée ni par les immigrés ni par les institutions et acteurs sanitaires et sociaux, et risque de ne pas être traitée. n Manque d'espaces et de supports permettant aux immigrés âgés (hommes et femmes, avec des besoins différents dans les deux cas) de tirer individuellement profit de ce qui peut être positif dans le statut de retraité</p>	<p>n Faut-il aider les aidants intervenant auprès des immigrés de manière spécifique ?</p>
--	--	--	--

6.2 Synthèse du diagnostic en matière de logement et d'accès aux droits sociaux : la correction des inégalités d'accès aux droits sociaux

Problématique	Atouts et opportunités	Faiblesses et menaces	Enjeux
<p>Difficultés d'accès aux droits sociaux : revenus du travail peu élevés, droits sociaux acquis faibles, facteurs spécifiques d'exclusion des droits sociaux</p>	<p>n La sensibilisation et l'information sur les droits fait partie des orientations stratégiques définies par les pouvoirs publics (CLIC, Schéma gérontologique...)</p> <p>n Certains intervenants du territoire notent une progression de l'accès des immigrés à des dispositifs comme l'APA</p>	<p><u>Le logement :</u></p> <p>n Les modes de vie et d'habitat oscillent entre des immigrés identifiés, résidant dans les FTM, et des immigrés plus difficilement repérables, dans le « diffus » : mais leur caractéristique commune est leur relative « invisibilité »</p> <p>n Les types de logement sont disparates et inadaptés .</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les FTM, inadaptés au vieillissement appellent un effort d'adaptation important, déjà partiellement initié, mais coûteux et potentiellement générateur de crises avec les résidents qui acceptent mal les relogements, temporaires ou durables, et les augmentations de loyers. - Les logements dans l'habitat individuel ou collectif demandent également des adaptations, dans des conditions relativement similaires à celles du droit commun. <p><u>Les revenus :</u></p> <p>n Le niveau de revenus des immigrés est souvent particulièrement peu élevé, du fait des caractéristiques de la période d'activité, et notamment de la fin de la vie active, et de surcroît amputé de la part envoyée au pays</p> <p><u>L'accès aux droits sociaux :</u></p> <p>n Les caractéristiques sociales des immigrés âgés génèrent des risques accrus de perte de droits, qui sont</p>	<p>n Faire en sorte que l'effort général porté sur le développement de la sensibilisation, de l'information et de la coordination pour l'accès aux droits des personnes âgées tienne compte des freins spécifiques (y compris de la discrimination indirecte) auxquels font face les immigrés</p> <p>n Sur quels canaux de sociabilisation appuyer des actions d'information, de sensibilisation (familles, voisins, associations, institutionnels...)?</p> <p>n Améliorer la connaissance, informer et former les acteurs sur les difficultés administratives dans l'accès aux droits : quelle est la nature des problèmes rencontrés ? sur quels types de dispositifs ? quels sont en particulier les problèmes liés au critère de nationalité ? comment les prendre en compte le plus tôt possible dans la chaîne d'interventions ?</p> <p>n Quels sont les effets directs et indirects des modes de vie des immigrés (envoi d'argent au pays, mobilité saisonnière...)</p>

		<p>particulièrement prégnants</p> <p>n Le degré d'accès aux droits et les difficultés administratives pour bénéficier des aides et des dispositifs rencontrés par les personnes âgées immigrées ne sont connus que de manière très empirique et partielle</p>	<p>sur sa capacité à prétendre à des droits sociaux et à en bénéficier ? Qu'est-il opportun de faire à ce niveau ?</p>
--	--	---	--

6.3 Synthèse du diagnostic en matière de modalités d'intervention auprès des immigrés vieillissants et âgés : une approche transversale

Les enjeux pointés dans les deux tableaux qui précèdent portent sur l'habitat, le mode de vie, les revenus, la santé, l'accès aux droits. Au-delà des thématiques, ces enjeux ont en commun de pointer, tous et de manière transversale, trois enjeux qui sont repris ici.

Problématique	Atouts et opportunités	Faiblesses et menaces	Enjeux
<p>Identification des publics immigrés vieillissants et âgés</p> <p>Connaissances des attentes</p> <p>Diagnostic des besoins</p> <p>Intervention</p>	<p>n Contexte favorable : des initiatives de droit commun qui se renforcent et intègrent a priori les immigrés (type CLIC), en mettant l'accent sur l'information et l'accès aux droits ainsi que sur la coordination des interventions</p> <p>n Des initiatives spécifiques en direction des immigrés âgés ou vieillissants (type suivi FTM)</p> <p>n Prise de conscience croissante de l'existence de contraintes, de représentations culturelles et de besoins spécifiques</p>	<p>n Des dispositifs de droit communs : insuffisants de manière générale (manque de moyen, discrimination générale à l'encontre des personnes âgées) et de surcroît non exempts de pratiques discriminatoires à l'encontre des immigrés (directe, indirecte, systémique) et qui conduisent à une éviction de fait</p> <p>n Risque que les initiatives spécifiques soient insuffisamment articulées aux dispositifs et actions de droit commun (coordination), et entérinent un traitement « à part » des immigrés</p> <p>n Professionnels souvent peu outillés professionnellement et démunis, voire réticents, pour intervenir auprès des immigrés</p> <p>n Risque que la réticence à solliciter et à accepter une intervention externe, démultipliée chez les immigrés, soit</p>	<p><u>1/ Mieux connaître les publics immigrés âgés</u></p> <p>n Sensibiliser, informer, donner des repères méthodologiques de base pour une identification, une compréhension et une prise en compte des spécificités des immigrés âgés les professionnels du sanitaire et social intervenant auprès des personnes immigrées âgées.</p> <p>n Au-delà d'un premier niveau de sensibilisation et d'information, former et outiller les professionnels concernés pour une prise en charge des immigrés âgés plus pertinente (plus en phase avec les attentes et les codes culturels)</p> <p><u>2/ Mieux reconnaître les publics immigrés âgés</u></p> <p>n Structurer et porter un discours clair sur la nécessité d'adapter les services de droit commun aux besoins spécifiques des usagers (pas à leurs caractéristiques), quels qu'ils soient. Autrement dit, trouver le juste milieu entre prise en compte des spécificités culturelles et individuelles et une « dérive » culturaliste ou ethniciste.</p> <p>n Articuler cette argumentation avec des actions sur la richesse et la mémoire de l'immigration.</p> <p><u>3/ Se rapprocher des publics immigrés âgés</u></p>

	chez les personnes immigrées âgées et vieillissantes n Progression générale, notamment des immigrés, dans l'accès aux aides (APA)...	invoquée pour justifier l'inaction n Manque d'espaces et de relais de proximité pour toucher les personnes âgées immigrées (pour les informer ET pour être à l'écoute de leurs attentes et détecter leurs besoins) n Échec relatif (?) des initiatives visant à développer les échanges et la mixité sociale et intergénérationnelle	n S'appuyer sur les instances de coordination et d'animation de droit commun pour éviter une déconnexion entre interventions spécifiques en direction des immigrés âgés et de droit commun n Faire émerger des espaces, des acteurs, des fonctions assurant mieux l'interface entre les personnes âgées immigrées et l'offre de services qui leur est destinée.
--	---	--	--

SOURCES ET REPERES BIBLIOGRAPHIQUES

Auteur /Source	Titre / intitulé des données	Date de publication	Niveau territorial couvert
ARELI	Les migrants âgés, parcours migratoires et fin de vie : quelles réponses, quels moyens ? (note d'opportunité)	2004	Lille Roubaix Tourcoing
CNAV - Rémi GALLOU	Le vieillissement des immigrés en France : état de la question	2001	National
CNAV - Rémi GALLOU	Le passage à la retraite des immigrés	2005	National
Collectif, FASILD	Vieillir et mourir en exil : immigration maghrébine et vieillissement Acte du colloque de Lyon, juin 1990 sur "immigration maghrébine et vieillissement : santé et pratiques sociales" presses universitaires de Lyon (PUL)	1993	National
Conseil général 59 / DDASS 59	Schéma gérontologique du Nord 2002-2006	2002	Nord
« Décideurs »	Dossier sur le vieillissement de la première génération de l'immigration maghrébine – Décideurs n°47 – pp 18-33	2002	National
FAS PACA	Actes du colloque " les immigrés vieillissent aussi" Nice, Juin 1993	1993	National
FASILD - Service politique de la ville des collectivités	Diagnostic local d'intégration (Lille, Roubaix, Tourcoing)	2000	Lille Roubaix Tourcoing
HAAS, Alain	Les Migrants âgés – note de synthèse		Lille Roubaix Tourcoing
Haut Commissariat à l'Intégration et à la lutte contre les discriminations, HCI	Rapport au Premier ministre sur la condition sociale des travailleurs immigrés âgés	2005	National
IGAS – Inspection Générale des Affaires Sociales – BAS-THERON, Françoise et MICHEL, Maurice	Rapport sur les immigrés vieillissants (rapport n° 2002 126)	2002	National
INSEE	Insee Première n°748 : la proportion d'immigrés est stable depuis 25 ans	2000	National
INSEE	Insee Première n°717 : l'emploi des immigrés en 1999	2000	National
INSEE - DR Nord Pas de Calais	Profils HS n°4 : vieillissement des périphéries des villes dans le Nord	2000	Nord

INSEE - DR Nord Pas de Calais	Profils HS n°4 : la proportion des immigrés diminue dans la région	2002	Nord-Pas-de-Calais
Institut de gérontologie sociale (Marseille)	Contribution à une réflexion sur la condition des immigrés âgés, Rapport de synthèse réalisé pour le FAS PACA	1994	National
Observatoire gérontologique des migrations - Centre ressource sur le vieillissement - SAMAOLI, Omar	Recherche-action en Seine Saint Denis (Montreuil, Bobigny, La Courneuve) État de santé, conditions de vie et dépendance des migrants âgés	1997	Seine-Saint-Denis
ORIV Observatoire régional de l'intégration et de la ville en Alsace – EMELLEME, Sylvie	Cahier de l'Observatoire n° 38 : Pour une meilleure prise en compte des migrants vieillissants en Alsace – Actes de la rencontre régionale du 13 février 2003	2003	Alsace
ORIV - Observatoire régional de l'intégration et de la ville en Alsace	Cahier de l'Observatoire n° 35 : des itinéraires de migrants algériens vieillissants	2002	Strasbourg (La Meinau)
SAYAD, Abdelmalek	La double absence	1999	National
UNAFO	La politique de vieillesse en France et son adaptation aux travailleurs immigrés âgés - Cahier thématique n°1	2002	National

PARTIE 2 : LE PLAN D'ACTION

INTRODUCTION AU PLAN D'ACTION

1/ Rappel du cadre et des objectifs de la démarche

La problématique du vieillissement des populations issues de l'immigration doit être abordée dans ses spécificités (difficultés sociales, mais aussi richesse particulière) et en tenant compte de ses multiples dimensions (dimensions sociales, psychologiques, sanitaires). Face à cet enjeu, le constat a été fait que les actions concernant les personnes âgées étrangères ou immigrées sont relativement rares dans le département du Nord et surtout que les attentes et les besoins de ce public sont très mal identifiés.

C'est dans ce contexte que le FASILD a souhaité que soit engagée une démarche partenariale de diagnostic action, portant sur les populations vieillissantes issues de l'immigration au niveau des villes de Lille, Roubaix et Tourcoing.

Les objectifs de la démarche peuvent être reformulés ainsi :

- Sur le plan de l'amélioration de la connaissance que doit apporter le diagnostic :
 - § mieux connaître les caractéristiques des populations vieillissantes issues de l'immigration résidant dans les villes de Lille, Roubaix et Tourcoing ;
 - § repérer les attentes et les besoins spécifiques de ces personnes, et identifier les conditions d'une meilleure prise en compte de ces besoins.
- Sur le plan du renforcement de la capacité à agir en direction de ces populations :
 - § définir les conditions permettant de mieux répondre aux besoins, générer et faciliter la mise en œuvre d'actions pertinentes, notamment en repérant et en analysant les expérimentations déjà conduites,
 - § favoriser tout particulièrement une mobilisation partenariale large, en s'appuyant sur la démarche. Ceci doit permettre, d'une part, de sensibiliser, informer voire former les acteurs, associations et institutions qui le sont insuffisamment, et d'autre part de favoriser leur rapprochement afin de décloisonner les approches en direction de ces publics.

Fondamentalement, la démarche dans laquelle s'inscrit le présent document vise à améliorer l'accès aux droits pour les populations immigrées âgées et vieillissantes, l'objectif étant de développer l'égalité d'accès aux droits.

2/ La démarche mise en oeuvre

Cette démarche repose donc par définition sur une approche partenariale élargie, visant à intégrer dans la conduite du projet (élaboration du diagnostic, puis identification d'actions à conduire ou à renforcer) des acteurs d'horizons divers et aux approches différentes, mais concernés au même chef par la situation de ces populations :

- acteurs intervenant spécifiquement auprès des personnes immigrés ou dans le champ de l'immigration et de l'intégration (acteurs publics ou associatifs)
- acteurs des secteurs social, médico-social, et de la santé (Associations, CCAS, Structures de services à domicile, Services de soins à domicile, Centres sociaux, collectivités, services de l'Etat, Acteurs du milieu médical et hospitalier...)

Cette approche doit permettre de croiser les différentes composantes de la question du vieillissement des personnes immigrées (Cf. schéma ci-dessous).

Concrètement la conduite de la démarche a donné lieu à l'enchaînement :

- d'une première phase visant à établir un diagnostic partagé de la question du vieillissement des immigrés âgés et issus de l'immigration dans les 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (entre octobre 2004 et mai 2005).
- d'une seconde phase, qui s'est déroulée entre juin et septembre 2005, et qui a permis de définir le contenu d'un plan d'action susceptible d'être mis en oeuvre à partir de fin 2005 - début 2006.

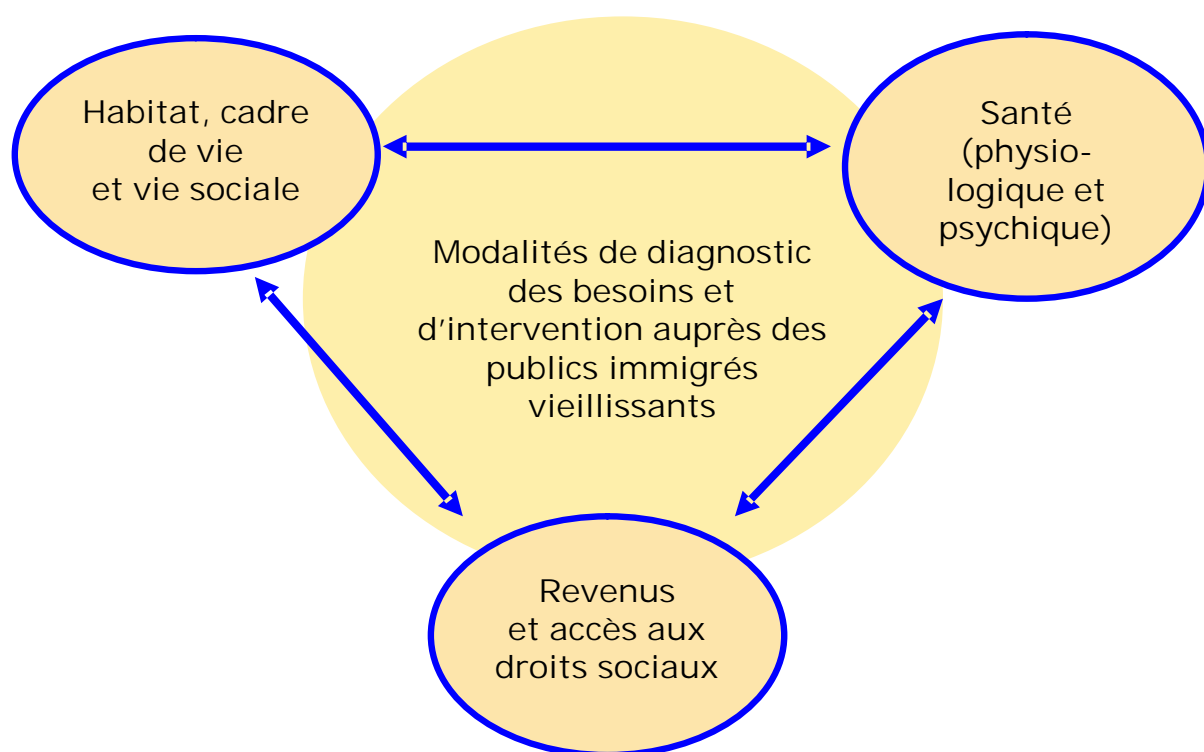
3/ Rappel sur les composantes de la question du vieillissement des immigrés

L'analyse de la situation des populations vieillissantes issues de l'immigration a donné lieu au traitement de cinq problématiques, perméables et complémentaires, mais qui ont chacune leur cohérence :

- La problématique des caractéristiques sociodémographiques de la population immigrée originaire du Maghreb et de son vieillissement sur le territoire de Lille, Roubaix et Tourcoing.
- La problématique des modalités (et des difficultés) d'intervention des acteurs auprès des immigrés vieillissants, abordée de manière transversale.
- La problématique de l'habitat et du logement, du mode de vie sociale et familiale. Cette dimension intègre les enjeux liés au lieu de vie (résidence, foyer, mais aussi habitat diffus), aux modes de sociabilité (voisinage, cellule familiale et place des femmes et des enfants, loisirs),

aux mobilités (mobilité dans la ville ou le pays d'accueil, allers-retours au pays, souhait de retour voire d'enterrement dans le pays d'origine...).

- La problématique de la santé, en abordant la dimension physiologique et la question de la dépendance, mais également la dimension psychique, qui s'exprime fortement – mais pas exclusivement - sur le registre de la rupture et de la douleur. La question des difficultés d'accès aux soins et plus globalement aux services sociaux ou d'aide à domicile doit évidemment être prise en compte (statut et nationalité, illettrisme, culture...).
- La question du niveau de revenus, et la problématique de l'accès aux droits sociaux. Cette dimension intègre les freins spécifiques à l'accès aux droits sociaux, retraite et autres (difficulté à reconstituer les parcours professionnels, statut et nationalité, illettrisme...), et la faiblesse de revenus qui sont du reste amputés de la partie qui continue souvent à être adressée au pays d'origine.



La question de l'égalité d'accès aux droits constitue l'enjeu transversal déterminant du diagnostic qui a été conduit, en trame de fond permanente des analyses thématiques.

4/ L'élaboration du plan d'action et le statut du présent document

Dans le prolongement de l'élaboration du diagnostic et de la conduite d'une série d'entretiens avec les acteurs du territoire, le cabinet a formalisé de premières pistes d'actions, qu'il a soumises à la réflexion du commanditaire et des partenaires locaux lors du Comité de pilotage du 15 juin 2005. Ces propositions ont ensuite été travaillées à nouveau lors d'une réunion le 30 juin 2005, puis au cours de l'été, jusqu'à une réunion du Comité de pilotage de la démarche qui s'est tenue le 21 septembre 2005.

Le plan d'action présenté dans les pages qui suivent a été finalisé suite au Comité de pilotage du 21 Septembre 2005.

En définissant une série d'actions à conduire, dans le cadre de trois grandes orientations, ce plan d'action constitue le débouché stratégique opérationnel de la démarche de diagnostic conduite et portée par les partenaires concernés.

Pour autant, ce plan d'action n'est ni exhaustif, ni figé. Il n'est pas exhaustif, car il n'a pas la prétention de couvrir l'ensemble des actions conduites en direction ou en faveur des personnes immigrées vieillissantes. Des actions, utiles et nécessaires, seront bien entendu conduites en dehors de ce plan d'action, qui a été orienté sur certaines actions à conduire prioritairement, à relativement court terme, et dans un cadre partenarial. D'autre part, le plan d'action n'est pas figé dans la mesure où certaines actions pourront être ajustées, complétées, ajoutées chemin faisant, dans le cadre d'échanges entre les acteurs susceptibles de porter les actions, le FASILD et les autres partenaires de la démarche, notamment des financeurs potentiels.

5/ Les orientations retenues pour le plan d'action

Le territoire de Lille – Roubaix – Tourcoing bénéficie d'un tissu d'acteurs important (croisant approches sociales, gérontologiques et ciblées sur l'immigration) fortement sensibilisés à la problématique, ce qui constitue une opportunité réelle pour conduire des actions innovantes et efficaces. Plusieurs initiatives intéressantes et mobilisatrices ont déjà été mises en œuvre sur le territoire pour répondre à ce problème (groupes de travail initiés par le CCAS de Tourcoing et le RALI par exemple).

Mais à ce jour on constate que ces initiatives et actions sont demeurées relativement éparpillées et non coordonnées, et la mobilisation au-delà des cercles d'acteurs déjà sensibilisés à la question n'a pas toujours été aussi importante que nécessaire.

De plus, les actions conduites n'ont pas fait l'objet d'une capitalisation et d'une évaluation systématique, conditions pourtant nécessaires à la fois pour ajuster les actions à mettre en œuvre et pour alimenter le travail de sensibilisation et de mobilisation sur les actions à conduire.

Dans ce contexte, le cabinet a proposé aux acteurs de travailler à la définition d'actions s'inscrivant dans trois axes stratégiques d'intervention :

AXE 1 : Réduire le déficit de sensibilisation et d'instrumentation des professionnels intervenant auprès des immigrés âgés

- | | |
|----------|--|
| ACTION 1 | Restituer le diagnostic et le plan d'action aux élus et aux hiérarchies des 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing |
| ACTION 2 | Restituer le diagnostic et le plan d'action aux acteurs locaux mobilisés sur la question du vieillissement des immigrés |
| ACTION 3 | Diffuser et mettre en débat le diagnostic sur le territoire |
| ACTION 4 | Mettre en œuvre des formations-actions destinées aux personnels susceptibles de travailler auprès des immigrés vieillissants |
| ACTION 5 | Constituer et partager une boîte à outil dans le domaine du vieillissement des immigrés |

AXE 2 : Améliorer le lien entre les professionnels de terrain et les immigrés vieillissants

- | | |
|----------|--|
| ACTION 6 | Identifier et mobiliser les acteurs « relais » de proximité auprès des personnes immigrées vieillissantes |
| ACTION 7 | Expérimenter et transférer de nouvelles méthodes d'identification des attentes et des besoins des immigrés vieillissants dans le cadre de la conduite d'un diagnostic social de quartier à Tourcoing |
| ACTION 8 | Conduire et évaluer une expérimentation de nouveaux modes d'intervention en direction des immigrés âgés à Roubaix |

AXE 3 : Réduire l'isolement des femmes et des hommes immigrés vieillissants

- | | |
|-----------|---|
| ACTION 9 | Continuer à encourager les initiatives de valorisation des parcours d'immigrés, au plus près des populations |
| ACTION 10 | Établir un bilan évaluatif de la mise en place de lieux de proximité dédiés aux personnes âgées immigrées pour en dégager les enseignements pratiques |

Les pages qui suivent présentent le contenu de ces trois axes d'intervention et des actions susceptibles d'être conduites dans ce cadre.

1 RÉDUIRE LE DÉFICIT DE SENSIBILISATION ET D'INSTRUMENTATION DES PROFESSIONNELS INTERVENANT AUPRÈS DES IMMIGRÉS ÂGÉS

CONSTAT :

L'état des lieux réalisé avec les acteurs du territoire confirme un déficit de sensibilisation et d'instrumentation des professionnels susceptibles d'intervenir en direction des immigrés âgés. Ceux-ci se trouvent soit dans une situation d'ignorance, soit dans une situation d'impuissance, soit, parfois, dans une situation de déni des problèmes rencontrés par ces populations.

OBJECTIF DE L'AXE :

Sensibiliser, informer, former, outiller les professionnels susceptibles d'intervenir directement ou de décider de la conduite d'actions en direction des immigrés âgés.

CONDITIONS DE RÉUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE L'AXE 1 :

- impliquer les hiérarchies et s'appuyer sur elles dans toute action de sensibilisation et de formation
- communiquer largement sur les initiatives conduites pour élargir le cercle d'acteurs impliqués et pour diffuser les pratiques
- évaluer l'efficacité des actions conduites.

ACTION 1	Restituer le diagnostic et le plan d'action aux élus et aux hiérarchies des 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing
OBJECTIF	<ul style="list-style-type: none"> - sensibiliser les hiérarchies (élus et directions des services) aux enjeux posés par le vieillissement des immigrés sur le territoire (à travers le diagnostic réalisé) - les informer sur le contenu du plan d'action et les actions initiées - les impliquer autant que possible dans la mise en œuvre de ce plan d'action et la poursuite de la démarche
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Hiérarchies des 3 villes de Lille, Roubaix et Tourcoing (élus et directions des services)
CONTENU OPÉRATIONNEL	Diffusion et présentation du diagnostic et du plan d'action dans le cadre d'une ou de plusieurs réunions ad hoc, avec l'intervention conjointe des acteurs de la ville membres du comité de pilotage de l'étude et du FASILD
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	Automne 2005
ACTEUR PORTEUR	FASILD
PARTENARIAT	Conseil général du Nord, DDASS 59 Le cas échéant quelques membres du COPIL
FINANCEMENT	/
INDICATEURS DE RÉALISATION	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'une rencontre dans les 3 villes, impliquant effectivement les élus et les directions concernés - Remise du diagnostic (ou d'une synthèse) et du plan d'action aux élus et directions concernés
INDICATEURS DE RÉSULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriation des enjeux issus du diagnostic - Appropriation des axes d'intervention du plan d'action et identification de convergences avec les actions des villes - Implication des élus et directions concernés dans le cadre de la poursuite du travail sur le vieillissement des immigrés

ACTION 2	Restituer le diagnostic et le plan d'action aux acteurs locaux mobilisés sur la question du vieillissement des immigrés
OBJECTIF	<ul style="list-style-type: none"> - transférer aux acteurs qui sont déjà sensibilisés à la question du vieillissement des immigrés les résultats de la démarche engagée : diagnostic et plan d'action - les impliquer autant que possible dans la mise en œuvre de ce plan d'action et la poursuite de la démarche
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Institutions, associations, collectifs connus pour être déjà sensibilisés à la problématique du vieillissement des immigrés (certains acteurs s'étaient engagés dans des groupes de travail ou des actions locales), dans les 3 villes, voire au-delà.
CONTENU OPÉRATIONNEL	Animation dans chaque ville d'une réunion de restitution du diagnostic et du plan d'action, avec l'intervention conjointe des acteurs de la ville membres du comité de pilotage de l'étude, du FASILD, et d'AMNYOS.
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	Automne 2005
ACTEUR PORTEUR	FASILD
PARTENARIAT	Membres du COPIL Relais locaux dans chaque ville AMNYOS
FINANCEMENT	/
INDICATEURS DE RÉALISATION	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation d'une rencontre dans les 3 villes, impliquant effectivement les acteurs concernés - Remise du diagnostic (ou d'une synthèse) et du plan d'action aux acteurs concernés
INDICATEURS DE RÉSULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriation des enjeux issus du diagnostic - Appropriation des axes d'intervention du plan d'action et identification de convergences avec les actions des villes - Implication des élus et directions concernés dans le cadre de la poursuite du travail sur le vieillissement des immigrés

ACTION 3	Diffuser et mettre en débat le diagnostic sur le territoire
OBJECTIF	Sensibiliser des acteurs encore peu sensibilisés ou non impliqués dans la démarche de diagnostic : - élargir le degré de prise de conscience des enjeux du vieillissement des immigrés - mettre en débat les enjeux du vieillissement des immigrés - initier une dynamique propre à faire émerger de nouvelles pistes d'actions
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Dans les territoires des 3 communes : - Services concernés : action sociale, personnes âgées, politique de la ville... - Acteurs de l'action sociale et gérontologique, publics et privés (CLIC, associations...) - Acteurs et réseaux intervenant sur les problématiques d'immigration et de discrimination
CONTENU OPÉRATIONNEL	- Diffusion large d'une synthèse du diagnostic et du plan d'action - Organisation de réunions locales (par territoire ou par structure) donnant lieu à la présentation et la mise en débat du document, la présentation de cas et l'analyse de pratiques, la présentation et la diffusion d'outils
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	Automne 2005 – 2006
ACTEUR PORTEUR	A valider : Tourcoing : RALI et CCAS Roubaix : CCAS + ??? Lille : ARELI + ???
PARTENARIAT	ASSFAM, CRI, autres membres du Comité de pilotage, CLIC, etc.
FINANCEMENT	
INDICATEURS DE RÉALISATION	- Organisation de rencontres locales, dans les 3 villes, impliquant effectivement les acteurs concernés - Remise du diagnostic (ou d'une synthèse) et du plan d'action aux acteurs concernés
INDICATEURS DE RÉSULTAT	- Identification et appropriation des enjeux issus du diagnostic - Appropriation des axes d'intervention du plan d'action et identification de convergences avec les actions conduites par chaque acteur - Émergence de nouvelles pistes d'action - Implication de nouveaux acteurs dans des projets sur le vieillissement des immigrés

ACTION 4	Mettre en œuvre des formations-actions destinées aux personnels susceptibles de travailler auprès des immigrés vieillissants
OBJECTIF	- renforcer les compétences des personnels susceptibles de travailler auprès des immigrés vieillissants, que ce soit au niveau de leur maîtrise des problématiques de l'immigration ou des problématiques gériatriques et de l'action sociale - favoriser à travers ces formations la capitalisation et le transfert de savoir-faire
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Cette action vise les personnels intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès des immigrés âgés ou vieillissants, sur les 3 villes mais éventuellement au-delà
CONTENU OPÉRATIONNEL	Organisation de formations-actions selon les besoins et les projets, soit en intra (dans les structures) soit en inter (avec des acteurs venant de différentes structures). Ces formations-actions peuvent être plus ou moins longues (d'une ½ journée au cycle composé de plusieurs modules), mais il est important qu'elles soient connectées à un projet mis en œuvre par les participants.
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	À partir de 2006
ACTEUR PORTEUR	ASSFAM, en lien étroit avec le CP
PARTENARIAT	CP et plus largement
FINANCEMENT	Selon les cas, possibilité d'imputer l'action sur le plan de formation des structures
INDICATEURS DE RÉALISATION	Organisation de sessions Nombre de participants aux sessions Mixité des participants en terme d'environnement et de culture professionnelle (immigration et intégration ET action sociale et gériatrie) Modalités d'élaboration du contenu des sessions
INDICATEURS DE RÉSULTAT	Apport retiré par les participants aux sessions Renforcement de la pertinence et de l'efficacité des projets conduits par les participants

ACTION 5	Constituer et partager une boîte à outil dans le domaine du vieillissement des immigrés
OBJECTIF	Il s'agit d'outiller les acteurs intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès des immigrés âgés ou vieillissants, en valorisant et en complétant l'existant en termes de méthodes et de lieux-ressources
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Cette action vise les personnels intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès des immigrés âgés ou vieillissants, sur les 3 villes mais éventuellement au-delà
CONTENU OPÉRATIONNEL	Identifier les outils existants (en terme de réglementation, méthodologies et pratiques d'intervention, lieux-ressources) Les analyser et sélectionner les plus opérationnels Le cas échéant les améliorer ou les compléter Les promouvoir auprès des utilisateurs potentiels et les mettre à disposition
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	A partir de 2006
ACTEUR PORTEUR	A valider ASSFAM, (et éventuellement CRI) en lien étroit avec le CP
PARTENARIAT	CP et plus largement
FINANCEMENT	
INDICATEURS DE RÉALISATION	Recensement des outils existants et élaboration de la boîte à outils Identification des outils manquants Enrichissement de la boîte à outils Communication sur les outils existants Demande et transmission des outils
INDICATEURS DE RÉSULTAT	Satisfaction des utilisateurs à l'égard des outils mobilisés Renforcement de la pertinence et de l'efficacité des projets conduits par les utilisateurs

2 AMÉLIORER LE LIEN ENTRE LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN ET LES IMMIGRÉS VIEILLISSANTS

CONSTAT :

Pour des raisons multiples (isolement familial, barrière urbaine, sociale et culturelle, de la langue...), le lien entre les professionnels de l'action sanitaire et sociale et les immigrants est particulièrement ténu. Cela pose deux difficultés :

- Pour la transmission, descendante, des informations aux usagers ciblés par les politiques publiques destinées aux personnes âgées,
- Pour le repérage et la remontée des attentes et des besoins des personnes âgées immigrées.

OBJECTIF DE L'AXE :

Renforcer la médiation en direction des personnes âgées immigrées : s'appuyer sur des moments, des occasions, des espaces, des structures et des personnes médiatrices permettant de renforcer le lien entre l'offre et les besoins de service sociaux.

CONDITIONS DE RÉUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE L'AXE 2 :

- impliquer les hiérarchies des structures concernées dans des initiatives de communication et de médiation expérimentales visant spécifiquement les immigrants
- impliquer un partenariat transversal (acteurs sociaux, sanitaires, gérontologiques, ciblés sur les questions liées à l'immigration) et fédérant des acteurs des trois villes, au moins en terme de suivi, mais éventuellement aussi pour une implication directe dans la maîtrise d'œuvre (associations
- évaluer l'efficacité des actions conduites.

ACTION 6	Identifier et mobiliser les acteurs « relais » de proximité auprès des personnes immigrées vieillissantes
OBJECTIF	Identifier et mobiliser les « relais » de proximité (acteurs, espaces, structures, personnes) susceptibles de contribuer à renforcer le lien entre les immigrés vieillissants et les acteurs qui définissent et mettent en œuvre des actions dans leur direction
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Les « relais » potentiels au niveau des 3 villes : institutionnels, associations, collectifs et individus
CONTENU OPÉRATIONNEL	Identification par les membres du Comité de pilotage et leurs partenaires des acteurs « relais » de proximité auprès des immigrés âgés (institutionnels, associations, collectifs, individus... notamment les jeunes !) Mobilisation progressive de ces « relais » dans le cadre de projets en direction des personnes immigrées âgées (identification des attentes des personnes, communication sur un nouveau service ou une nouvelle action...)
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	À partir de 2006
ACTEUR PORTEUR	A valider : FASILD et chaque membre du comité de pilotage CLIC
PARTENARIAT	idem
FINANCEMENT	
INDICATEURS DE RÉALISATION	Identification de nouveaux « relais » par ville, par quartier Mobilisation de ces « relais »
INDICATEURS DE RÉSULTAT	Amélioration de la remontée des besoins Amélioration de la communication sur les actions conduites

ACTION 7	Expérimenter et transférer de nouvelles méthodes d'identification des attentes et des besoins des immigrés vieillissants dans le cadre de la conduite d'un diagnostic social de quartier à Tourcoing
OBJECTIF	Expérimenter, évaluer et transférer de nouvelles méthodes pour favoriser l'émergence et la prise en compte des attentes et des besoins des immigrés vieillissants et âgés dans le cadre d'une démarche de droit commun (conduite d'un diagnostic social de quartier, dans le quartier Bourgogne à Tourcoing).
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Personnes âgées issues de l'immigration du quartier de la Bourgogne à Tourcoing (tranches d'âge à définir), dans le cadre d'une démarche « de droit commun », non ciblée sur els seules populations immigrées.
CONTENU OPÉRATIONNEL	Dans le cadre de la conduite d'un diagnostic social de quartier, réflexion méthodologique et instrumentation spécifique des personnes conduisant le diagnostic (agents du CCAS en particulier) en vue de favoriser l'émergence des attentes et des besoins des personnes immigrées vieillissantes et âgées, hommes et femmes
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	2006
ACTEUR PORTEUR	CCAS de Tourcoing et RALI
PARTENARIAT	A valider : FASILD, Conseil général, DDASS, CRAM...
FINANCEMENT	A définir
INDICATEURS DE RÉALISATION	Conduite du diagnostic Élaboration de nouvelles méthodologies, formation des intervenants, Conduite d'une évaluation des outils et méthodes Mise en œuvre d'actions de transfert des acquis de la démarche
INDICATEURS DE RÉSULTAT	Meilleure connaissance des besoins Développement des compétences et des savoir faire des acteurs ayant porté la démarche Développement des compétences et des savoir faire des acteurs ayant bénéficié d'un transfert de la démarche

ACTION 8	Conduire et évaluer une expérimentation de nouveaux modes d'intervention en direction des immigrés âgés à Roubaix
OBJECTIF	<p>La configuration du partenariat et la situation atypique de la situation des immigrés du foyer de l'Alma à Roubaix (où de surcroît l'immigration d'origine algérienne est la plus importante des trois villes), constituent une opportunité pour conduire, dans un cadre partenarial large, une expérimentation locale visant à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Capitaliser les expériences acquises mais non formalisées et non transférées à ce jour ○ Expérimenter des modes d'intervention plus adaptés aux besoins des immigrés vieillissants ○ évaluer les effets de ces interventions en comparant différentes populations cibles et différents modes d'intervention.
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNES	Personnes âgées immigrés résidant à Roubaix dans le foyer logement de l'Alma, mais aussi dans le diffus ou dans d'autres foyers (FTM)
CONTENU OPÉRATIONNEL	<p>Cette expérimentation pourrait être l'occasion de définir, de mettre en œuvre et d'évaluer des modalités d'intervention innovantes dans l'accompagnement des personnes immigrées vieillissantes, au niveau du repérage des besoins, de la définition d'une offre de services et de sa mise en œuvre, et <u>en pouvant comparer les modalités de mise en œuvre ainsi que les effets des interventions dans trois configurations bien particulières.</u></p> <p>Il s'agirait en effet d'accompagner simultanément différents groupes de populations immigrées vieillissantes, éventuellement dans trois quartiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ des couples immigrés dans le foyer logement de l'Alma ○ des travailleurs migrants âgés résidant dans l'un des FTM de la ville ○ des immigrés, seuls ou en couple, résidant dans le « diffus ».
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	2006-2007
ACTEUR PORTEUR	A définir : CCAS de Roubaix, ARELI...
PARTENARIAT	A définir
FINANCEMENT	A définir
INDICATEURS DE RÉALISATION	A définir
INDICATEURS DE RÉSULTAT	A définir

3 RÉDUIRE L'ISOLEMENT DES FEMMES ET DES HOMMES IMMIGRÉS VIEILLISSANTS

CONSTAT :

Le diagnostic conduit met clairement en avant l'ampleur de l'isolement des personnes âgées immigrées originaires du Maghreb et en particulier de l'Algérie. Les catégories de personnes concernées sont diverses, selon en particulier le mode d'habitat et de logement, et selon le sexe et le mode de vie familiale.

OBJECTIF DE L'AXE :

Poursuivre et développer les initiatives visant à réduire l'isolement des personnes âgées immigrées, en soutenant les actions susceptibles de rompre l'isolement et de développer les échanges avec la ville et ses habitants, mais aussi entre immigrés.

CONDITIONS DE RÉUSSITE POUR LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE L'AXE 3 :

- s'interroger sur les vecteurs susceptibles de générer une rupture de l'isolement (opportunités liées au contexte ou à la mémoire locale, moments forts, canaux de diffusion des informations...)
- ne pas oublier les femmes
- assumer explicitement la contradiction qui peut exister entre les deux objectifs de rupture de l'isolement des personnes et de mixité sociale ou ethnique : mettre en œuvre des actions en vue de rompre l'isolement des personnes âgées issues de l'immigration suppose que soit assumée la perspective de regroupements affinitaires qui seront, de fait, marqués par une homogénéité sociale et communautaire.
- prendre en compte, dans la conduite des actions, les temporalités spécifiques des personnes faisant des va et vient avec le pays d'origine.
- évaluer l'efficacité des actions conduites.

ACTION 9	Continuer à encourager les initiatives de valorisation des parcours d'immigrés, au plus près des populations
OBJECTIF	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriser l'apport et la place des immigrés âgés dans le patrimoine culturel des villes et des quartiers (donner de la visibilité) - S'appuyer sur ces actions pour organiser des temps collectifs dans les villes ou les quartiers pour réduire l'isolement des personnes concernées (rechercher de la récurrence)
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Les habitants des 3 villes, à l'échelle de quartiers de façon à favoriser une mobilisation et des actions de proximité
CONTENU OPÉRATIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuite de l'organisation d'actions au titre de la Semaine bleue - Initiatives de valorisation, à l'échelle d'une rue ou d'un quartier, du parcours d'un immigré âgé qui habite dans cette rue ou ce quartier (« exemple : « la rue de Monsieur untel »). Ces initiatives pourraient symboliquement donner lieu à un changement du nom de la rue (ou à une adjonction)
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	2006
ACTEUR PORTEUR	A définir (collectifs, associations de quartiers, ARELI...)
PARTENARIAT	A définir
FINANCEMENT	
INDICATEURS DE RÉALISATION	<p>Prolongation des initiatives existantes (Semaine bleue dans les foyers ARELI par exemple)</p> <p>Émergence de nouvelles initiatives à l'échelle de rues ou de quartiers</p>
INDICATEURS DE RÉSULTAT	Meilleure inclusion sociale des personnes âgées immigrés dans leurs quartiers grâce à l'émergence de nouveaux liens de proximité (rupture de l'isolement)

ACTION 10	Etablir un bilan évaluatif de la mise en place de lieux de proximité dédiés aux personnes âgées immigrées pour en dégager les enseignements pratiques
OBJECTIF	Disposer d'un socle méthodologique pratique et partagé pour la mise en place d'actions consistant à mettre à disposition des personnes âgées immigrées un lieu de vie et de rencontre de proximité.
PUBLIC VISÉ ET TERRITOIRES CONCERNÉS	Un échantillon de quelques initiatives du territoire comme des cafés associatifs, des espaces collectifs dans des foyers...
CONTENU OPÉRATIONNEL	Il s'agirait d'établir un bilan évaluatif des actions conduites (par exemple « Café crème thé à la menthe », les espaces collectifs dans les FTM...), permettant de répondre notamment aux questions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - quels sont les objectifs initiaux du projet? - ces objectifs ont-ils été atteints ? pourquoi ? - d'autres résultats sont-ils repérés ? - est-ce que les objectifs définis initialement sont pertinents ? - quels sont les facteurs de succès d'une telle initiative ? les facteurs d'échec ?
CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE	2006
ACTEUR PORTEUR	FASILD
PARTENARIAT	A définir
FINANCEMENT	
INDICATEURS DE RÉALISATION	Conduite d'un bilan évaluatif partagé
INDICATEURS DE RÉSULTAT	Émergence de préconisations méthodologiques opérationnelles pour la mise en place de projets de type « café associatif », ateliers... destinés aux immigrés âgés – dont les femmes.