

# Les personnes immigrées vieillissantes en Midi-Pyrénées

## conditions d'accès aux soins et aux services – 2011

OCTOBRE 2012



La question des immigrés âgés se situe à la croisée de plusieurs problématiques :

- celle du vieillissement et de ses conséquences en matière du maintien ou de remise en cause de l'autonomie des individus, d'éventuels besoins de soutien « informels » ou « formels,
- celle qui s'attache à la pauvreté/précarité et à ses conséquences en matière d'inégalités d'accès aux droits, aux services, à la santé et aux soins,
- celle de l'altérité considérée au sens du statut de l'étranger, et de la stigmatisation et des discriminations vécues,
- celle des conséquences historiques de la colonisation et de la décolonisation, avec ses répercussions au niveau individuel.

La DRJSCS a souhaité faire un état des lieux en 2011 sur la situation des migrants vieillissants et sur leurs conditions d'accès aux soins et aux services en Midi-Pyrénées afin de guider l'élaboration d'une politique qui favorise la prise en compte de ce public par les acteurs de droit commun et qui participe à la réduction des inégalités sociales de santé.

Nous présentons ici les principales données de cadrage, les faits marquants et les enseignements de cette démarche.

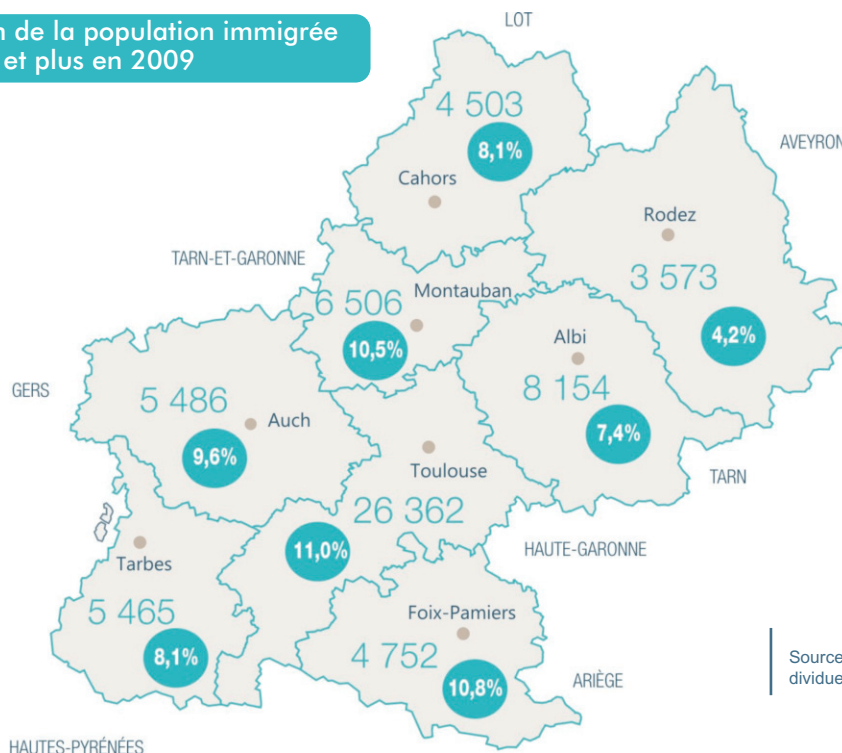
## MÉTHODE

Quatre axes de travail ont structuré cette recherche d'éléments diagnostics :

- L'animation d'un groupe technique, chargé de valider la démarche et les résultats, réunissant chercheurs, acteurs institutionnels et associations.
- Une synthèse bibliographique afin de dégager les freins à l'accès aux droits et aux services des migrants âgés.
- La mobilisation et l'analyse des données et indicateurs accessibles afin de présenter les principaux repères chiffrés qui peuvent servir de données de cadrage.
- Des entretiens semi-directifs, sur deux pôles ruraux : Lavelanet, Moissac, et un pôle urbain : Toulouse, auprès des professionnels et associations intervenant dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et des populations en difficultés d'accès aux soins et aux services :
  - Circonscriptions d'Action Médico-sociale (ou MDS) et CLIC,
  - Service social de l'hôpital,
  - CCAS,
  - EHPAD,
  - SSIAD,
  - Associations : Case Santé, Petits Frères des Pauvres, Génération Solidaire.

Une investigation spécifique a été réalisée sur Toulouse auprès des responsables des foyers des travailleurs migrants.

Répartition de la population immigrée de 60 ans et plus en 2009



Source : Insee, RP2009 - Fichier individuel (localisation canton)

## LES REPÈRES CHIFFRÉS

### ■ Dans la région, 64 800 immigrés sont âgés de 60 ans et plus

En 2009, selon la définition adoptée par le Haut Conseil de l'Immigration, plus de 214 000 personnes sont « immigrées » : nées à l'étranger et résident en Midi-Pyrénées, soit 7,5% de la population régionale.

Sur l'ensemble de cette population, 64 800 personnes sont âgées de 60 ans ou plus (30 400 hommes et 34 000 femmes), soit 9% des personnes âgées de 60 ans et plus de la région. La part des personnes immigrées de 60 ans ou plus varie selon le département de 4,2% dans l'Aveyron à 11,0% en Haute-Garonne.

### ■ 77% des immigrés de 60 ans ou plus sont originaires d'un pays européen, 17% d'un pays du Maghreb

En Haute-Garonne, cette répartition diffère de celle des autres départements : 67% sont originaires d'un pays européen, 25% d'un pays du Maghreb.

### ■ La répartition des personnes âgées immigrées selon leur pays de naissance varie selon le sexe

Les hommes sont plus souvent originaires du Maghreb (20,4%) que les femmes (14,4%).

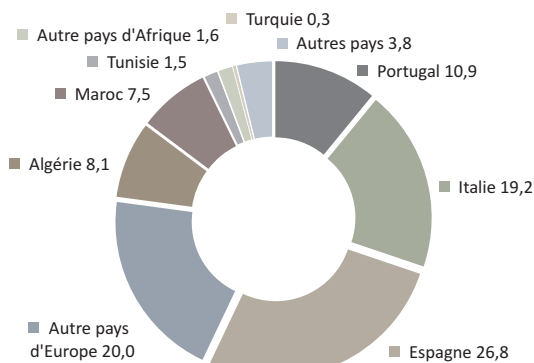
Ces dernières sont plus souvent originaires d'Espagne (30% vs 23% des hommes) ou d'Italie (20% vs 18%).

#### Population immigrée en Midi-Pyrénées en 2009

	Midi-Pyrénées
Ensemble de la population	2 862 252
Population immigrée	214 148
Pourcentage	7,5%
Ensemble de la population de 60 ans et plus	761 901
Population immigrée de 60 ans et plus	64 801
Pourcentage	9,0%

Source : Insee, RP2009

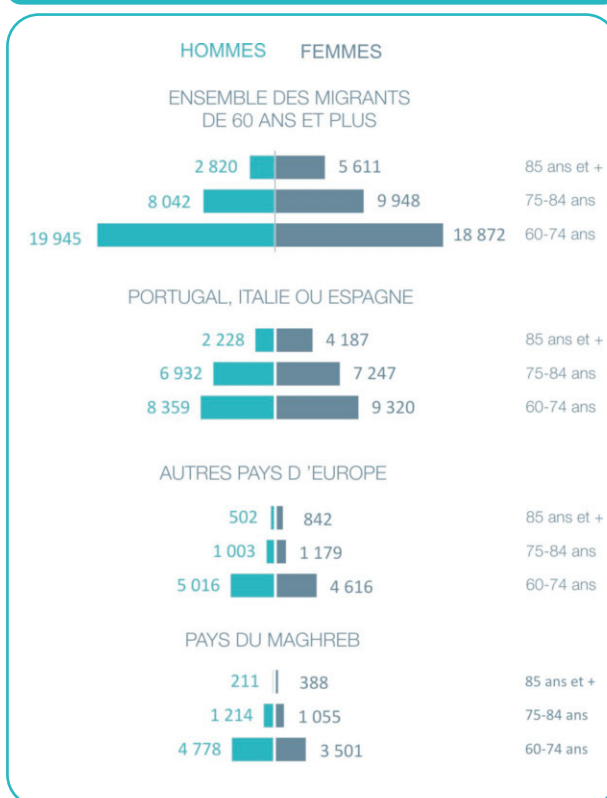
#### Répartition des personnes immigrées de 60 ans ou + en Midi-Pyrénées en 2009 selon le pays d'origine (%)



#### Pays d'origine des personnes immigrées de 60 ans ou plus en Midi-Pyrénées en 2009

	Hommes	Femmes	Ensemble
Portugal, Italie ou Espagne	16 176	20 754	36 930
Autres pays de l'Europe	6 321	6 636	957
Pays du Maghreb	6 203	4 943	11 147
Autres pays d'Afrique	475	594	1 069
Autres pays	1 181	1 504	2 686

#### Population immigrée de 60 ans ou plus selon l'âge, le sexe et le pays d'origine



### ■ La part des personnes âgées de 75 ans parmi les immigrés âgés de 60 ans ou plus varie selon le pays d'origine

Plus de 26 400 personnes âgées immigrées sont âgées de 75 ans ou plus, soit 41% de cette population.

Les personnes nées en Italie et celles nées en Espagne sont nettement plus âgées que les autres (64% et 55% sont âgées de 75 ans ou plus). Cette proportion est de 26% seulement pour les personnes nées dans un pays du Maghreb, soit plus de 2 800 personnes.

En Haute-Garonne, plus de 11 000 personnes âgées immigrées ont 75 ans ou plus. Parmi elles, près de 1 800 sont originaires d'un pays du Maghreb (874 hommes et 910 femmes).

## DES CONSTATS PARTAGÉS\*

### ■ Les disparités de santé et d'accès aux soins entre la population française et immigrée

La synthèse des études françaises les plus récentes souligne l'existence de disparités de santé entre la population française et immigrée.

L'ensemble des études s'accorde en particulier sur le moindre recours aux soins de la population immigrée révélant des difficultés d'accès aux soins et à la prévention. La situation économique et sociale plus défavorisée, leur moindre accès à une complémentaire santé et leur moindre intégration sociale étant les principaux facteurs qui expliquent ces inégalités de santé et d'accès aux soins.

Au-delà de ce constat général, les différentes études régionales mettent aussi en avant des situations qui peuvent rendre problématique les conditions du vieillir des immigrants, parmi lesquelles on retiendra :

- la perte précoce d'emploi : ces ruptures étant souvent liées à des problèmes de santé à un âge peu avancé, imputables pour beaucoup à la précarité des situations de travail (pénibilité des conditions de travail et métiers à risque) ;
- les conditions de logement souvent précaires : habitat dans des foyers vétustes et inadaptés à l'âge, dans le locatif privé ou social dégradé voire indigne ;
- la perte ou l'affaiblissement du soutien informel.

Ainsi, en dépit des trajectoires d'enracinement familial sur plusieurs générations, l'accès des plus âgés à leurs droits, aux institutions et aux services gérontologiques apparaît très limité.

- « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français ». Berchet C, Jusot F - IRDES, Questions d'économie de la santé n° 172. 2012/01.

- « La question des migrants vieillissants : enjeux sociaux et de santé publique. Situation en Midi-Pyrénées », rapport réalisé conjointement par l'ORS de Midi-Pyrénées et l'Inserm U558, (DRASS et ACSE MIP dans le cadre du PRIPI), Octobre 2008.

- « État de santé et accès aux soins des migrants en France. Analyse et synthèse bibliographique », réalisée par l'ORS de Languedoc-Roussillon, DRASS Languedoc-Roussillon, dans le cadre du PRIPI, Janvier 2006.

- « Conditions de vie, état de santé et difficultés d'accès aux soins des immigrés vieillissants en Limousin », réalisée par l'ORS du Limousin, (DRASS Limousin, dans le cadre de l'Observatoire Social du Limousin), Décembre 2008.

### ■ Les conditions de vieillir très variables parmi les immigrés

L'hétérogénéité du public des « vieux migrants » au regard des origines, des parcours et des situations entraîne de fait une forte variabilité de l'accès aux droits et aux conditions du vieillir d'un individu ou d'un groupe à l'autre. Certaines situations plus ou moins typiques du contexte régional apparaissent alors de façon récurrente dans les entretiens témoignant de cette variabilité et désignant les populations les plus à risques :

- les anciens actifs agricoles, dont une majorité de personnes d'origine marocaine, souvent seules en France,
- les anciens combattants,
- les retraités algériens,
- les immigrés des deux sexes qui vivent en famille sollicitant peu les services,
- les femmes veuves,
- les autres immigrés précaires d'origines diverses (anciens étudiants, réfugiés politiques),
- les hommes seuls en habitat insalubre ou relogés, doublement déracinés.

### ■ Les freins à l'accès aux droits et aux services

#### ◆ DU CÔTÉ DES PERSONNES

La réticence à faire appel aux aides professionnelles du champ gérontologique (aide et soins à domicile) est prégnante chez un grand nombre de « vieux migrants » (particulièrement chez des personnes originaires du Sud Est asiatique). L'aide informelle, le soutien aux plus âgés se conçoivent majoritairement dans le cadre familial (conjoins, enfants) et non dans celui de l'intervention de professionnels de santé considérés comme « extérieurs, étrangers ».

Il s'agit là d'un trait commun aux familles et aux personnes rencontrées indépendamment de leur statut matrimonial ainsi que de leur origine géographique.

Si la réticence des personnes se justifie souvent par la faiblesse de leurs ressources (faibles pensions de retraite ou minima sociaux), elle se justifie également par le sentiment d'« illégitimité » à porter une demande, une « honte sociale » à faire entrer une tierce personne chez soi. Une représentation de l'intervention de professionnels extérieurs qui apparaît dès lors, difficile à dépasser.

**La réticence concerne toutefois peu le recours aux soins médicaux.** En effet, selon l'étude de l'Orsmip/Inserm, faire appel au médecin ne semble pas présenter de difficultés majeures pour les personnes interrogées. Selon l'étude de l'ORS Languedoc-Roussillon aussi 94% des

vieux migrants enquêtés déclarent avoir un médecin traitant et 89% d'entre eux citent un médecin généraliste comme premier référent majeur en matière de soins.

**La barrière linguistique** est également évoquée comme frein à l'accès aux soins (et aux droits en général), concernant les femmes isolées (séparées ou veuves) ayant vécu longtemps repliées sur l'espace domestique, certaines d'entre elles n'ayant pas investi l'apprentissage de la langue française.

**Le manque d'information et la méconnaissance de leurs droits** en matière d'accès aux services de santé sont également soulevés. Selon l'enquête réalisée par l'ORS du Limousin (auprès de 119 personnes de 55 ans ou plus, originaires d'Afrique ou d'Asie), 79% des personnes interrogées ne se sentaient pas suffisamment informées de leurs droits en matière de santé, 63% ne connaissaient pas l'existence de services destinés à faciliter la vie des personnes vieillissantes et 9% seulement en avaient déjà utilisé.

#### ◆ DU CÔTÉ DES PROFESSIONNELS

Même si un nombre grandissant et significatif d'acteurs sont amenés à intervenir, même ponctuellement, sur des situations d'immigrés vieillissants et différents, les professionnels ont des vieux migrants une vision souvent partielle ; leur regard reste souvent focalisé sur la part la plus visible du phénomène.

Les situations de migrants âgés qu'ils rencontrent sont souvent source d'incompréhension. Il leur est difficile d'appréhender la complexité des parcours, d'apprécier les besoins, les attentes, les réticences, les ressources informelles.

Face à ces situations hétérogènes, les représentations exogènes se montrent souvent restrictives et contradictoires face à de vieux migrants considérés tour à tour comme :

- non demandeurs ou trop demandeurs,
- très isolés ou disposant d'un réseau dense de solidarité et d'information,
- dépendants ou autonomes.

Ces publics restent donc peu connus ou peu visibles au sein des dispositifs institutionnels. L'accessibilité des dispositifs du travail social et de l'aide au maintien à domicile reste donc particulièrement limitée pour les personnes qui ont des difficultés à formuler, porter une demande recevable devant les institutions et les services, mais aussi pour les personnes les plus en difficulté dont les situations ne remplissent pas les pré-requis (exemples : vivre dans un logement normé, avoir le statut d'habitant permanent, un ou des aidants à même de porter la demande devant un guichet).

Enfin, l'isolement et le manque de moyens de certains professionnels quant à leur action auprès des migrants âgés se mesurent surtout à l'absence ou à la fragilité des liens entre les différentes structures impliquées.

## REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET MOBILISATION DANS LES PÔLES RURAUX EN 2011

### ■ Un public peu visible souvent sans demande

Les deux sites ruraux qui ont fait l'objet de notre investigation en 2011 correspondent à deux situations relativement contrastées. D'une part une ancienne petite ville industrielle de 7 000 habitants où il est resté de nombreuses familles d'origine étrangère, d'autre part une ville de 12 000 habitants située au centre d'un territoire rural qui a attiré une main d'oeuvre de salariés agricoles cultivant moins l'enracinement familial intergénérationnel que la double résidence d'hommes travailleurs saisonniers ayant souvent suivi des trajectoires sociales de grande précarité dans un isolement marqué.

Dans ces contextes socio-économiques différents, une formule récurrente rassemble la grande majorité des acteurs et professionnels rencontrés : la « non demande ou la faiblesse de la demande » des migrants âgés. « *Ce n'est pas une génération qui s'est imposée ; ils ont travaillé, ils n'ont pas appris à parler... et ils passent inaperçus...* ».

### ■ Le déficit d'accès à la prévention

Sur un autre registre, beaucoup de soignants mettent en avant un « déficit » d'accès à la prévention et se disent confrontés à des situations patentes de non-accès aux soins ou de « retard » de soins.

Mais ce sont aussi les services en charge de la mise en oeuvre de l'APA ou les services sociaux qui posent le préalable de la « question sociale » avant que ne s'impose la problématique de perte d'autonomie. Ces professionnels témoignent des difficultés, de la complexité des situations auxquelles ils sont confrontés au niveau des démarches administratives dont ils ont une maîtrise très partielle et de leur isolement.

Ainsi, malgré certains discours et certains exemples sur les réseaux et l'efficacité des solidarités locales de proximité ou sur le niveau de la dynamique de la coordination gérontologique ou de celle entre soutien formel et informel, la situation n'apparaît pas si favorable à la prévention de la dépendance et des problèmes de santé des migrants âgés.





## ■ Les limites de « l'intermédiation »

Trois facteurs sont évoqués par les acteurs intervenant dans ces deux villes qui limitent les conditions d'**intermédiation** entre offreurs de services sociaux et de santé d'une part et migrants vieillissants et leur entourage d'autre part :

- les conditions d'accès à l'information et les moyens accessibles,
- les fonctions et les acteurs intermédiaires susceptibles de participer à la construction de la demande sociale des immigrés,
- les instances et procédures organisées pour l'accès aux dispositifs.

L'actualité de la réflexion et des débats sur les besoins d'une prise en compte plus adaptée porte surtout sur les moyens d'information et en premier lieu sur le déficit de lieux visibles accessibles aux « **publics les plus fragiles** » ou personnes qui ne se sont pas constituées en « publics » de l'action médico-sociale.

Dans ce contexte, divers intervenants, les élus en premier lieu, affichent des objectifs de multiplication et de diversification de l'offre de guichets d'accueil et autres lieux d'écoute. La logique d'ensemble va dans le sens d'une couverture territoriale de grande proximité.

Mais il est très peu d'exemples de procédures spécifiques à la catégorie sociale considérée. S'agissant des migrants vieillissants, le constat reste polarisé sur « le déficit de médiation compétente ».

## MOBILISATION ET FRAGILISATION DE L'ACTION ENGAGÉE DANS L'AGLOMÉRATION TOULOUSAINE

### ■ Une prise en compte de la question du vieillissement des migrants depuis plusieurs années

Différentes initiatives et manifestations ont contribué à faire une plus grande place à la question du vieillissement des migrants et à une plus grande sensibilisation des acteurs à cette problématique dans le contexte complexe de l'agglomération toulousaine.

L'étude-action lancée en 2007 dans le cadre du Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI) à l'initiative de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et de l'Agence de Cohésion Sociale et d'Égalité des Chances (ACSE) a été notamment l'occasion de mobiliser et réunir des acteurs nombreux, divers, mais le plus souvent isolés, qui ont pu préciser leurs besoins.

Encadré 1

## LA CASE DE SANTÉ

Une formule originale : Un centre de santé où l'on mène des actions de prévention et d'éducation en santé et des actions de santé communautaire.

L'association occupe une place de plus en plus significative dans le repérage et l'accompagnement pour soins des immigrés du centre-ville et de certains foyers, sur la base de diagnostics partagés : « *par le prisme des inégalités sociales de santé, des populations qui consultaient et pour lesquelles on s'est rendu compte que le droit commun était insuffisant voire même aggravait les inégalités* ».

La Case de Santé s'est constituée en 2006 sur un modèle de Centre de Santé Communautaire inter disciplinaire qui n'avait guère d'équivalent jusque-là en Midi-Pyrénées.

La structure regroupe des compétences de médecins généraliste, nutritionniste, infirmier, travailleur social, et participe très activement à l'animation de ville, entre approches de santé, mais aussi au plan des relations de voisinage et relations socioculturelles, en posant ses locaux comme lieu ouvert autant aux sollicitations individuelles qu'aux projets collectifs. L'investissement de l'équipe s'inscrit dans une réflexion reposant sur la mise en place de différents programmes notamment en direction des vieux migrants atteints de pathologies graves.

Parmi les constats qui ont conduit à la mise en place de ces actions, émerge notamment la nécessité de développer un espace de formations et d'information : « *Un important travail est à faire sur les représentations sociales des professionnels* ». En s'attachant à ne pas être un lieu stigmatisant pour une population. Il s'agit « *d'en prendre soin comme si on était un lieu spécifique tout en en n'ayant pas l'air et ça c'est compliqué* ». S'adresser par exemple à de jeunes médecins généralistes, à travers des séances destinées à déconstruire les stéréotypes liés au migrant, à « l'autre ».

L'action ciblée envers les « Chibanis » s'est construite progressivement au contact du terrain, elle n'était pas programmée à l'ouverture du centre. L'objectif est de proposer un accueil spécifique et adapté : en 2010 145 migrants âgés ont été accueillis et ont bénéficiés d'un bilan médico-social. Un espace d'autonomie et d'action « El Zamane » a été mis en place où une fois par semaine les chibanis peuvent se retrouver. La case santé participe au collectif « justice et dignité pour les chibanis ». L'objectif de ce collectif est de veiller, alerter, se mobiliser autour des conditions de vie indignes, des pratiques discriminatoires, et des contrôles abusifs dont sont victimes les immigrés retraités.

La mise en oeuvre de la plateforme régionale CIRRV (Centre d'Initiatives et de Ressources Régionales autour du Vieillessement des personnes Immigrées) au cours des années 2009-2011 a permis le développement de ce partenariat et la sensibilisation des acteurs dans de multiples directions : DDASS, ACSE, AMAR, CCAS, DRASS, ADOMA, Région, CODERPA, MSA 31 et 82, CARSAT, Conseil Général 31, Municipalité, Petits Frères des Pauvres, Association Générations Solidaires, Inserm, Orsmip.

Un appui et un accompagnement des projets d'action ont été proposés et des outils d'information adaptés ont été réalisés dans le cadre du CIRRV.

Des structures expérimentales et des « bonnes pratiques » ont pu être développées.

Parmi les interventions les plus significatives, deux formules peuvent être mises en avant : la Case de santé, centre de santé où l'on mène des actions de prévention et d'éducation en santé et des actions de santé communautaire (cf. encadré 1) et l'exemple de la médiation sociale à travers « Générations Solidaires » (cf. encadré 2).

Dans le même temps et avec la participation du CIRRV, plusieurs procédures relevant de diagnostics locaux partagés à travers les ateliers santé ville à Empalot et dans les quartiers Nord ont inscrit la question des migrants vieillissants dans leur dynamique.

Cette problématique a été inscrite dans le schéma gérontologique de la Haute-Garonne en 2010 afin de proposer des

modes de prise en charge plus individualisés et adaptés et de mettre en place des formations pour sensibiliser les acteurs du champ social et médico-social.

### ■ La question spécifique des migrants âgés dans les ex-foyers travailleurs immigrés dans la ville de Toulouse

Les habitants âgés des foyers (environ 400) sont relativement visibles et il ne fait pas de doute que leur situation et leur parcours soulèvent de vraies questions de santé publique concernant leurs besoins d'accompagnement.

Dans des petites villes plus rurales qui ont longtemps attiré une immigration du travail en secteur agricole, ces vieux de l'immigration peuvent se situer plutôt comme habitants du parc urbain privé le plus vétuste : plus discrets et plus méconnus des services sociaux.

Des actions plus ciblées recentrées sur les contextes d'habitat ont pu être développées dans les foyers de travailleurs immigrés de la ville de Toulouse.

Ces actions restent partielles mais ont permis parfois un rapprochement entre services du CCAS de la ville de Toulouse, agents du Département et actions associatives.

La mobilisation de moyens expérimentaux a été possible grâce à l'implication de plusieurs associations, notamment les Petits Frères des Pauvres et Alliances et Cultures, qui ont pu développer : médiation au contact des habitants des foyers, animation de comités d'acteurs, mais aussi d'un Café Citoyen.

A la fin 2010, dans un contexte où la question s'est vue particulièrement politisée, cet engagement et cette mobilisation ont été fragilisés et les différents acteurs et professionnels rencontrés au moment du bilan 2011 restent dans l'attente et s'interrogent beaucoup sur le devenir de l'action engagée en articulation entre : la plateforme CIRRV, les collectifs d'acteurs mobilisés à l'issue des différentes phases d'étude/animation.

## LES ENSEIGNEMENTS

L'ensemble de ces éléments de diagnostics nous amène à préciser les arguments pour une aide à la définition des orientations de l'action régionale au plan opérationnel.

### ■ Actions de droit commun et actions spécifiques

Comme le montre Claudine Attias-Donfut\*, la plupart des anciens de l'immigration se sont fortement enracinés dans leur

\* L'enracinement - Enquête sur le vieillissement des immigrés en France. Enquête PRI CNAV. Attias-Donfut. Armand Colin 2006

## GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES

Encadré 2

Un exemple de la médiation sociale.

L'association est née à la fin des années 80 dans un contexte historique particulier qui a été décrit par ailleurs, celui d'une grande cité de logement social qui faisait alors l'objet d'une procédure de Développement Social de Quartier. Sa création répondait à un ensemble de constats qui pointaient alors le vieillissement comme une des problématiques majeures du local. L'association a développé depuis lors une action qui ne s'est pas spécifiquement focalisée dans un premier temps sur les catégories d'immigrés âgés mais leur a fait une place de plus en plus significative au fil du temps.

L'association a rejoint le collectif des acteurs dès les prémices de l'étude.

Elle joue un rôle important dans la médiation locale, dans des relations étroites avec l'ensemble des services de la cité, et pour l'accompagnement individuel et collectif des vieilles personnes isolées ou en risque d'isolement.



société de résidence, souvent en reproduisant des modèles de soutien aux plus âgés qui, s'ils font une place essentielle aux supports familiaux et soulèvent des questions sur le risque d'enfermement et de maltraitance des plus âgés, participent souvent à un soutien de qualité dans des conditions satisfaisantes d'accès aux services publics et privés qui ne justifie pas de déployer des moyens spécifiques supplémentaires. Engager des projets à la marge des dispositifs existants comporte un risque évident de marginalisation de ces publics.

Mais une part conséquente de migrants âgés a connu des trajectoires sociales de grande fragilité et leur situation actuelle reste synonyme de pauvreté, de précarité, de discrimination, de moindre accès à l'information, aux droits, aux dispositifs.

Ces vieilles personnes d'origine immigrée ont des difficultés particulières à formuler, porter ou faire entendre une demande devant les institutions et les services alors que leur besoin est manifeste. Une action plus ciblée apparaît alors nécessaire.

La réflexion portant sur les besoins d'une action publique auprès des « vieux migrants » et sur les moyens à mettre en œuvre, nous semble devoir prendre en considération les deux propositions qui précèdent. Action spécifique et action de droit commun ne sont pas exclusives mais doivent se montrer complémentaires, de façon à apporter des réponses à plusieurs niveaux :

- garantir un meilleur accès à l'offre de droit commun : dispositifs d'aide et de soutien aux personnes âgées, action sociale, logement et hébergement, animation et action culturelle,
- adapter les dispositifs aux besoins d'une action considérant plus spécifiquement les publics de migrants âgés, la complexité de leurs problématiques sociales, leur faible visibilité...
- se doter de nouveaux moyens et notamment au service d'une médiation mieux adaptée aux vieux migrants, de façon à « aller vers » ces publics, proposer un accompagnement plus adapté, mieux informer...

Quel que soit le niveau auquel on se place entre action préventive et action de soins, une intervention adaptée à ces publics demande de faire appel aux compétences préexistantes mais aussi de mobiliser des compétences nouvelles et transversales, qui s'attachent en particulier à mieux articuler les problématiques du vieillissement avec celles du travail social, de l'action socioculturelle.

## ■ Des axes d'opérationnalisation

Le bilan 2011 a été l'occasion de bien faire ressortir combien le débat sur la santé et l'accès aux droits des vieux migrants

et autres composantes parmi les plus fragilisées reste encore difficile à porter.

Si une minorité conséquente d'intervenants se montre très sensibilisée à cette question, une majorité d'intervenants potentiels reste peu sensibilisés. Les « malentendus » de « l'interculturalité » rencontrés auprès d'un grand nombre d'aidants professionnels et non-professionnels restent importants.

### • La sensibilisation et la formation des acteurs et professionnels

Les situations et parcours des vieux migrants se caractérisent par leur complexité. Les traiter dépassent souvent les capacités d'intervention des acteurs pris isolément.

Il s'agit d'arriver à techniciser ce qui ne relève pas seulement de l'approche interculturelle mais de la complexité des situations.

Trois composantes doivent être développées : approche gérontologique, approche de la précarité/pauvreté et ses conséquences en termes d'accès aux droits, approche des problématiques de l'immigration, de l'altérité.

Mais il s'agit aussi de répondre au manque d'information sur les ressources mobilisables, sur les démarches à suivre, sur les droits ouverts aux migrants vieillissants, sur la gestion administrative des dossiers en développant des outils de communication, en développant des interactions avec des personnes « référentes » à l'échelle locale.

### • Le renforcement et le développement des fonctions « d'intermédiation entre publics et services »

Plusieurs modes d'intervention ont fait la preuve de leur efficacité pour « aller vers » et pour rendre accessibles et traduire les modes d'utilisation des services.

Ces actions peuvent prendre des formes très diverses selon les contextes d'habitat : aide à l'organisation de la vie associative, aide sur les familles, les personnes isolées, visites à domicile, ouvertures de lieux de type cafés sociaux, promotion de la représentation des familles issues de l'immigration. Mais il s'agit aussi de soutenir la « coordination active » qui a pu être mise en place sur certains sites.

### • Le développement du travail de commission, type Ateliers Santé Ville

Dans les pôles ruraux ou semi-ruraux, les relations entre acteurs, professionnels, voire avec le bénévolat associatif, peuvent être particulièrement riches. Mais on ne peut parler pour autant de « mise en procédure » de la question des migrants vieillissants sur ces sites.

Les Ateliers Santé Ville, type d'instance de délibération transversale ne peuvent être réservés seulement aux quartiers de logement social de la métropole et doivent pouvoir être étendus dans les pôles ruraux de la région.