

Simone Ridez, Alain Colvez, François Favier

Précarité des Maghrébins vieillissant dans les foyers Sonacotra

En 1998, La Sonacotra, confrontée au vieillissement de la population de ses foyers de travailleurs migrants, a souhaité réaliser, dans ses établissements de Montpellier, un état des lieux de la situation sociale et sanitaire des résidents. Une enquête a été réalisée par l'association Cesam migrations santé, en collaboration avec l'Unité 500 de l'INSERM. Ses résultats ont mis en évidence une extrême précarité des résidents maghrébins, tant au niveau économique que social et/ou médical. Ces difficultés, en lien avec un parcours migratoire rude et une absence d'investissement de l'espace public, sont actuellement mal prises en compte par les pouvoirs publics. La mise en œuvre des réponses de droit commun pour la prise en charge de ces difficultés doit faire l'objet d'une réflexion concertée des acteurs et des décideurs de la politique gérontologique.

Les foyers de travailleurs migrants ont fait leur apparition après la seconde guerre mondiale. En 1956, la Sonacotra (Société nationale de construction de logements pour travailleurs algériens, société d'économie mixte) est créée spécifiquement pour la construction de logements réservés à l'accueil des travailleurs algériens. En 1963, sa mission s'élargit à l'accueil de tous les travailleurs, étrangers ou français. En 1996, on estimait à 150.000 le nombre de places en foyers de travailleurs migrants (Barou, 1996).

La Sonacotra, fondée pour résoudre rapidement les problèmes de logement de travailleurs arrivant en masse de l'étranger, a toujours privilégié l'aspect logement, laissant aux autres dispositifs sociaux la prise en compte des besoins des personnes étrangères et l'aide à l'intégration.

offrait donc l'opportunité d'examiner, chez ces exilés maghrébins vieillissants, les liens entre santé et précarité. Pour évaluer l'état de précarité des adultes, on a utilisé les critères retenus par le CREDES (centre de recherche en économie de la santé) (Lecomte et Mizrahi, 1996) : situation d'emploi ou de chômage, absence de tout diplôme et faible niveau d'instruction, ne pas être Français, et, parmi les facteurs limitant l'accès aux soins, absence du bénéfice de la Sécurité sociale et de couverture complémentaire (1).

Dans la suite de l'article, par convention, les deux structures seront appelées « le foyer », les données les concernant ayant été traitées globalement.

Cette enquête a mis d'emblée en évidence une extrême précarité chez les résidents du foyer. En appliquant, un à un, les critères de risque retenus par le CREDES, on constate que le taux de chômage dans le foyer est égal à 55 %, que la majorité des résidents (63%) n'ont pas eu de scolarité et que seulement 18 % ont fait des études secondaires. Ce faible niveau d'instruction correspond à un faible niveau de qualification professionnelle : 90 % des résidents sont ouvriers. Enfin, dans leur grande majorité les résidents ne sont pas Français. Le foyer compte 82% de résidents originaires du Maghreb (dont 47% de Marocains, 31% d'Algériens et 4% de Tunisiens). Les Maghrébins sont 16 % à ne pas parler le français et plus de la moitié à ne pas le lire, ni l'écrire.

En revanche, la totalité des résidents a une couverture sociale. Pour 44% d'entre eux, elle est assurée par la carte santé qui, en principe, garantit l'accès aux soins. Seulement 9% des personnes de l'échantillon — essentiellement des actifs salariés — déclarent adhérer à une mutuelle complémentaire. Dans l'échantillon, 31% des résidents déclarant avoir une activité professionnelle ont une mutuelle contre 88% en population générale. De même 4% des résidents sans activité professionnelle ont une mutuelle contre 47% dans la population générale (2).

Cette absence de couverture complémentaire a des conséquences notables sur l'accès aux soins dentaires, puisque 78% des personnes déclarent des problèmes dentaires tandis que seulement 28% ont eu des soins au cours de l'année écoulée. Ces écarts entre besoin et prise en charge s'observent également pour les problèmes de vision : 60% des résidents déclarent des problèmes de vision alors que seulement 33% portent des lunettes. De même, ce sont les résidents adhérents à une mutuelle qui ont le plus souvent recours aux soins de kinésithérapie.

Une population en situation précaire

(1) Il est important de noter qu'à l'époque de l'enquête, la couverture maladie universelle n'avait pas encore été instituée.

(2) Cf. Lecomte et Mizrahi, 1996.



Matias T., 4 semaines

Ces quelques données suffisent à illustrer la situation de précarité dans laquelle se trouve la grande majorité des résidents. A cela s'ajoute une forme de précarité liée à une situation familiale et à des conditions de vie particulières. Sur les 70 % de résidents mariés, 96 % ont leur conjoint au pays d'origine. Ils ont en moyenne cinq enfants et déclarent voir régulièrement leurs conjoints et leurs enfants. Pour les Maghrébins, cette visite régulière correspond le plus souvent à une seule visite par an. Leur vie en France est donc celle de « faux célibataires ». L'éloignement de leurs enfants, qu'ils ne voient pas grandir, les prive de l'exercice de leur fonction paternelle.

Au sein même du foyer les conditions de vie sont difficiles : 45% des résidents y vivent depuis plus de 10 ans, voire 20 ans, ce qui correspond à de nombreuses années passées dans un espace exigu (de 7 à 12 m²), à un partage constant de sanitaires et de cuisines collectives, à un manque permanent de place et d'intimité. La faiblesse de leurs revenus ne leur permet pas d'envisager la location d'un appartement. En effet, 48% ont des revenus mensuels inférieurs à 500 euros, constitués, soit de l'allocation d'assistance telles que le Revenu minimum d'insertion (RMI), soit d'indemnités de chômage, de rémunération de stages ou de contrats précaires divers.

Pour les Maghrébins cette situation correspond aussi à un choix délibéré : celui d'investir le strict minimum dans le logement pour continuer, malgré leur pauvreté, à aider leur famille restée au pays. Plus encore que les autres résidents, ils se trouvent dans une situation de grande précarité, qui s'accompagne d'une insécurité plus ou moins étendue. Cette insécurité risque encore de s'aggraver dans l'avenir, du fait qu'ils deviennent minoritaires au sein des structures Sonacotra.

En France, on sait que 23,2 % des hommes immigrés âgés de 30 à 59

Une population qui évolue

ans (toutes origines confondues) vivent seuls dans des foyers et ils représentent 13,2 % de l'ensemble des immigrés algériens, 9,2% des immigrés marocains et 7,1% des immigrés tunisiens (3). Si à Montpellier les Maghrébins sont encore majoritaires dans le foyer (155 hommes sur les 190 hommes de l'échantillon), leur présence diminue en fonction de l'âge : dans la tranche d'âge des 60 ans et plus ils sont 88%, 91% dans la tranche d'âge des 50-59 ans, 79% dans la tranche d'âge des 45-49 ans alors qu'ils ne sont plus que 50%, chez les 18-44 ans.

Cette diminution de la proportion de Maghrébins dans le foyer est étroitement liée à la politique d'immigration mise en œuvre en France où, les

(3) Cf INSEE, 1997, p. 49.

différentes réformes législatives et réglementaires ont eu pour but le contrôle des flux migratoires. Une population européenne, jeune, elle-même précaire, arrivait maintenant dans le foyer. Cette nouvelle situation représentait une menace pour le fragile équilibre de la vie des maghrébins du foyer, surtout pour les plus âgés qui y ont connu une vie communautaire où le respect et le soutien à la personne âgée étaient culturellement inscrits.

L'évolution de la population au sein du foyer entraîne donc l'apparition de groupes hétérogènes. Cette hétérogénéité se retrouve au sein même de la population maghrébine, quand on étudie des caractéristiques socio-démographiques comme le statut matrimonial et le nombre d'enfants, le niveau d'études, l'activité professionnelle et le niveau moyen de revenus. Les Maghrébins plus jeunes (18-49 ans) sont moins souvent mariés et plus souvent sans enfants. Ils sont mieux scolarisés mais néanmoins plus fréquemment au chômage.

Les résidents maghrébins de la tranche d'âge 50-59 ans semblent avoir actuellement les moins bonnes conditions sociales. Mariés à 95 %, ils sont les plus nombreux à avoir des enfants à élever (93% d'entre eux). Peu ou pas scolarisés, ils se situent majoritairement dans la catégorie des ouvriers et sont, comme les 18-44 ans, le plus souvent au chômage. Leurs revenus sont à peine supérieurs à ceux des plus âgés, déjà retraités ou préretraités.

Cette situation ne leur permet pas de retourner dans leur pays d'autant qu'ils y perdraient certains droits acquis en France.

Une population qui vieillit mal

Ce ne sont pas seulement des raisons économiques qui les

retiennent en France. Ce sont aussi des raisons médicales. En effet, même s'ils n'utilisent pas pleinement leurs droits en matière de santé, ils bénéficient d'une qualité de soins qu'ils ne retrouveraient pas dans leur pays. Ce sont pour la plupart des hommes physiquement usés, parfois handicapés par des accidents de travail ou des maladies professionnelles. Cette usure physique s'observe lorsqu'on étudie leur situation en regard des incapacités, notamment celle des résidents de la tranche d'âge 50-59 ans. En effet si l'on se fonde sur les problèmes de mobilité, on s'aperçoit que ces derniers ne sont pas en meilleure santé que les plus âgés.

Ce vieillissement que l'on peut qualifier de précoce, par rapport à l'âge auquel apparaissent en France les problèmes de handicap et de dépendance physique, se conjugue avec une fatigue psychique. Celle-ci transparaît au travers du mauvais indice de santé perçue qu'ils rappor-

tent et de plaintes à propos de la solitude, de douleurs, de l'insomnie et des conditions de vie en général.

A Montpellier, comme dans d'autres villes en

Un problème social méconnu

France, de nombreux Maghrébins abordent actuellement la vieillesse dans les foyers de travailleurs immigrés, sans véritable soutien. Leur incapacité à assumer certains choix comme celui de rentrer au pays ou de s'installer définitivement dans le pays d'accueil les rendent dépendants des réponses publiques.

Or ces réponses sont quasiment inexistantes. En effet, la vieillesse des immigrés est un fait social relativement récent qui laisse les pouvoirs publics démunis. Pourtant, certaines études sociologiques réalisées sur le sujet depuis les années 1990 auraient dû leur permettre d'appréhender le phénomène (4).

Mais les efforts ont porté sur l'intégration des jeunes issus de l'immigration, en particulier les jeunes originaires du Maghreb, négligeant les migrants âgés. Ces derniers, initialement considérés comme ayant vocation au retour, sont en fait nombreux à être restés en France. A la fois vieillissant prématurément et immigrés, ils encourent le risque d'une double exclusion. Dans les foyers, auprès de leurs compatriotes, certains trouvent encore soutien et convivialité. Ils souffrent néanmoins de la séparation d'avec leurs femmes et leurs enfants, de l'instabilité de leur situation entre *ivi* et *là-bas*. Mais la peur de l'étranger, les nouveaux liens tissés, la peur de se retrouver étranger dans leur pays, les nécessités financières et le souhait de rester à proximité de structures de soins adaptées à leur état de santé sont autant de raisons qui les incitent à rester en France.

Dans cette situation « il ne reste plus aux vieux migrants que le logement pour s'assurer une insertion/intégration » (Pitaud, Dherbey, Jurdan et Lasreug, 1997). Mais quel logement ? Les travaux d'Omar Samaoli ont montré que vieillir en institution est « la pire » des solutions pour les immigrés âgés, « issus d'un pays où les maisons de retraite, les foyers logements, les auxiliaires de vie, les aides ménagères n'existent pas ou n'existent pas encore » (Samaoli, 1990, p. 23).

Le maintien à domicile des vieux immigrés semble donc

Pour le maintien à domicile

représenter le moindre mal par rapport à l'entrée en institution, d'autant

(4) Cf. par exemple Bernadot, 1996

plus que, malgré ses imperfections les résidents maghrébins considèrent ce domicile comme le leur et souhaitent le conserver. Cependant les foyers conçus pour « accueillir » provisoirement des hommes actifs, sont inadaptés aux handicaps actuels, et encore plus à venir, des personnes vieillissantes.

Pourtant, dès 1995, la Direction technique nationale de l'institution Sonacotra s'est donnée pour objectif de « répondre aux besoins des résidents, dans la limite du possible, et d'établir le moment venu les passerelles vers les structures d'accueil et de soins spécialisés pour les personnes âgées en perte d'autonomie » (rapport, 1995). L'orientation actuelle de l'institution est donc de favoriser le maintien à domicile des résidents âgés, tant qu'ils le souhaitent et que leur santé le leur permet. Les résultats de l'enquête Cesam/INSERM s'accordent avec ces orientations et avec les conclusions de différentes études réalisées sur le sujet (5).

À Montpellier, à l'issue de l'enquête et afin d'apporter rapidement des éléments de réponse aux différents problèmes posés par le vieillissement des résidents, la Sonacotra, a confié à l'association Cesam-migrations-santé la médication et la mise en œuvre d'un programme d'accompagnement médico-social adapté, visant à faciliter l'accès des résidents à l'ensemble des dispositifs du droit commun.

Sa mise en œuvre a été réalisée en parallèle à un diagnostic de l'habitat qui a permis d'étudier les aménagements techniques nécessaires à l'intervention des services d'aide à domicile et à l'amélioration de l'espace physique dans lequel évoluent les résidents les plus âgés. C'est ainsi que les rez-de-chaussée des établissements sont progressivement aménagés pour les résidents les plus dépendants.

De telles mesures permettent de rassurer ces personnes sur leur devenir dans le foyer et créent un contexte favorable au développement du programme d'accompagnement médico-social. Ce programme, conduit en relation étroite avec les professionnels de l'action sociale, médicale et gérontologique, fonctionne depuis 1998. Il propose une permanence d'accueil et d'écoute pour aider à résoudre, individuellement, les difficultés administratives des résidents, et des actions collectives d'éducation à la santé : réunions d'informations et ateliers sur l'accès aux soins, suivis, en cas de demandes, d'un accompagnement aux démarches. Des animations sont organisées pour développer convivialité et lien social.

Ces propositions se situent délibérément du côté du droit commun, dans l'esprit de la politique actuelle en direction des personnes âgées. Mais la façon de mettre en œuvre ce que l'on connaît déjà, et qui fonctionne par ailleurs, peut, si l'on n'y prend garde, s'avérer néfaste.

(5) Cf. Bonnabel, Pitaud, Dherbey et Jurdan, 1997

**ENQUÊTE SUR LES CONDITIONS DE VIE ET L'ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRÉS ISOLÉS,
en Languedoc-Roussillon, 2000-2002**

**Par Simone RIDEZ, CESAM migrations santé
et Bernard LEDESERT, Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon**

Afin de mieux connaître la situation régionale des immigrés isolés vieillissants, leurs conditions de vie et leur état de santé, les associations Cesam-migrations-santé et l'Observatoire régional de la santé (ORS) du Languedoc-Roussillon, équipés aux compétences pluridisciplinaires complémentaires, ont lancé, fin 1999, l'idée d'une enquête. Pour la réaliser elles ont obtenu le soutien d'institutions régionales et nationales : FASILD (Fond d'action sociale pour l'intégration) et la lutte contre les discriminations), DRE (Direction régionale de l'équipement), CRAM (Caisse régionale d'assurance maladie), ARCMSA (Association régionale des caisses de la Mutualité sociale agricole), DRASS (Direction régionale des affaires sanitaires et sociales), CAF (Caisse d'allocations familiales), INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), Fondation de France et Conseil général de l'Hérault.

L'enquête s'est déroulée en deux temps : un temps de recensement des personnes et un temps de connaissance de cette population par une enquête épidémiologique transversale. Le recensement des immigrés (isolés, nés strictement avant 1950 à l'étranger, de nationalité étrangère, vivant hors foyers et maisons de retraite) effectué dans les règles de confidentialité en vigueur, a permis d'identifier deux grands groupes de personnes : Espagnols et Maghrébins des deux sexes. À partir de la densité d'implantation de ces groupes, 4 lieux de recensement ont été délimités pour le recueil d'informations : Montpellier/Lunel, le Biterrois, Nîmes/Beaucaire/St Gilles et Perpignan/Argelès-sur-mer. Au total, 395 enquêtes ont été réalisées en fonction de quotas par origine, sexe et âge. L'enquête en population avait pour support un questionnaire, pour lequel la CNIL (Commission nationale Informatique et Liberté) a rendu un avis d'anonymat, et qui permettra de décrire les difficultés ressenties et déclarées par cette population, pour le moment et les facteurs à l'origine de ces difficultés.

Des enquêteurs de langue maternelle arabe et espagnole ont été recrutés pour optimiser le recueil d'information auprès de personnes n'ayant pas toujours la maîtrise de la langue française.

Pour faciliter la rencontre avec la population-cible de l'enquête, il a été décidé de travailler avec les services et un important partenariat de terrain a pu être mobilisé.

Le recueil d'information est actuellement terminé et les résultats de cette enquête seront disponibles fin 2002 (*). Ils permettront de proposer des indicateurs facilitant le repérage de cette population par les professionnels sanitaires et sociaux et d'étudier, si nécessaire, les moyens d'optimiser, pour ses besoins de santé, le recours au dispositif de droit commun.

(*) NDLR : Le délai de fabrication de ce numéro ne nous permet pas de les annoncer ici. Cf l'ORS-LR ou CESAM.

Dans le cas présent, elle ne peut faire abstraction de la spécificité liée à l'histoire de ces immigrés. On connaît notamment leurs réticences culturelles ou des auxiliaires de vie dans leur espace privé. Que dire également des réticences possibles des professionnels de l'aide à domicile appelés à intervenir dans un contexte aussi inhabituel de travail. Rencontrer le quotidien de l'autre c'est déjà se trouver confronté à des différences qui peuvent être génératrices de chocs, de conflits, que peut encore exacerber la différence de culture (6).

Le maintien à domicile des vieux Maghrébins ne se fera donc qu'au prix d'apprentissages réciproques.

Pour la Sonacotra, la prise en compte du vieillissement dans les foyers représente un véritable défi, celui d'offrir aux vieux immigrés la possibilité de finir décemment leur vie en France, s'ils le souhaitent. Défi également pour les pouvoirs publics qui, au delà des mesures administratives (Circulaire du Ministère de l'emploi et de la solidarité du 6 février 1998) qui ouvrent le bénéfice de certaines allocations aux étrangers, doivent prendre en compte la dimension humaine de ce fait de société ●

(6) Cf. Bennegadi, 1998.

Bibliographie

Barou J., « Du foyer pour migrants à la résidence sociale : Utopie ou innovation ? », *Hommes et Migrations*, 1996, 1202, pp. 6-13

Bennegadi R., « Intervention à domicile, un choc culturel inévitable ? », *ASH*, 1998, 2079

Bernadot M., « La vie des résidents isolés de la Sonacotra », *Hommes et Migrations*, 1996, 1202, pp. 14-22

Bonnabel F., Pitaud P., Dherbey B., Jurdan C., *Diagnostic : Prendre en compte le vieillissement des résidents. Le cas de 8 foyers en région PACA*, Marseille : Institut de Gérontologie Sociale, Icares, 1997

INSEE, « Les Immigrés en France : contours et caractères », in *Portrait social*, 1997

Lecomte T., Mizrahi A., Mizrahi A., *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête sur la santé et les soins médicaux, France 1991-*

1992, Paris : CreDES, 1996 [1]

Lecomte T., Mizrahi A., Mizrahi A., *Santé, soins et*

protection sociale en 1995, Paris : CreDES, 1996 [2].

Pitaud Ph., Dherbey B., Jurdan C., Lasreug D.,

« Maintien au domicile des immigrés âgés : le logement comme élément d'intégration sociale », *Les Cahiers de l'Actif*, 1997, 252/253, pp. 95-100

Samaoli O., « Trajectoires de l'immigré âgé maghrébin âgé », *Actes du colloque : Immigration maghrébine et pratiques sociales*, Lyon : Migrations Santé Rhône-Alpes, 1990

Sonacotra, *La Sonacotra à l'épreuve du vieillissement des résidents*, Rapport de la Direction technique, août 1995

Mots-clefs

aide à domicile / foyer-logement / immigré / politique sociale / précarité sociale / vieillissement