

Une démarche de santé communautaire auprès des personnes âgées migrantes

1 OMS (1978). *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires*. Genève : OMS.

2 Réalisée dans le cadre du master « Politiques sociales et développement territorial » (Parcours InPACT). Il s'agit d'une recherche-action sur la santé globale des femmes d'origine algérienne essentiellement âgées de 50 à 70 ans. Le choix méthodologique de la recherche-action a été essentiel, car nous souhaitions utiliser la recherche-action comme un outil conscientisant avec une démarche collective d'appropriation des données et d'élaboration de réponses adaptées afin que les femmes soient actrices de la recherche (Zask J., 2004. L'enquête sociale comme interobjectivation. Dans B. Karsenti et L. Quéré L. [dir.], *La croyance et l'enquête : aux sources du pragmatisme*. Paris : Éd. de l'EHESS; Rhéaume, J. [1982]. La recherche-action : un nouveau mode de savoir? *Sociologie et sociétés*, 14(1), 43-51; Pascal, H. et al. (2015). *Les recherches-actions collaboratives : une révolution de la connaissance : les chercheurs ignorants*. Paris : Presses de l'EHESS).

3 Cette position de recherche assumée s'inscrit dans la recherche située (*stand-point*) qui suppose de rendre compte de ce/ceux que la construction du savoir inclut ou exclut et quels seront ses effets (Puig de la Bellacasa, M. [2003]. *Divergences solidaires. Autour des politiques féministes des savoirs situés*. *Multitudes*, 2(12), 44).

4 Lebbal, M. (2017). Soutenir l'accès au soin et aux droits dans un territoire urbain de la région Auvergne-Rhône-Alpes, quand l'action sociale communautaire entre en jeu. Dans C. Trombert (dir.), *Des besoins aux décisions : réceptions et traductions de demandes d'usagers aux échelons locaux de l'aide sociale et de l'action sociale* (Rapport final). Dress-Mire-Cnaf; Autant-Dorier, C. et Lebbal, M. (2018). La création d'un espace social et de santé communautaire « par et pour les migrants âgés » : savoirs situés et pratiques instituant. *Sciences et actions sociales*, 10. Repéré à <http://www.sas-revue.org/n-conception/57-n-10/dossier-n-10/145-la-creation-d-un-espace-social-et-de-sante-communautaire-par-et-pour-les-migrants-ages-savoirs-sites-et-pratiques-instituant>

5 L'Association accueille majoritairement des ressortissant.e.s d'Algérie dont les situations sont rendues particulièrement complexes du fait des statuts variables selon leur dates d'entrée et leur statut de séjour en lien avec l'histoire coloniale.



La question du vieillissement des personnes âgées migrantes est présentée ici à partir des expériences menées à Globe 42, un centre de santé et social de type « participatif » inspiré des méthodes de la santé communautaire. La santé communautaire est le processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, conscients de leur appartenance à un même groupe, réfléchissent en commun sur leurs problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités¹.

L'association Globe 42 a été fondée à partir d'une démarche initiale de recherche-action² conduite avec un groupe de femmes âgées migrantes par une assistante sociale, elle-même fille d'immigrés, par ailleurs militante pour la reconnaissance des droits des personnes migrantes³. Les activités de ce centre se développent depuis trois ans et ont fait l'objet d'une nouvelle recherche centrée sur la question du (non-)accès au droit dans le cadre d'un appel à projets de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-Mission de la recherche (Dress-Mire) et de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)⁴.

Notre rôle est d'identifier les moyens qui pourraient être mis à disposition des migrant.e.s pour « bien vieillir ». Autrement dit, comment faire pour que les migrant.e.s puissent trouver leur place de manière ordinaire dans l'ensemble des politiques publiques mises en place pour les personnes âgées? L'objet précis de l'Association est que le projet de vie des personnes migrantes âgées soit rendu possible, c'est-à-dire, en assurant la prise en compte de leurs besoins et leurs attentes comme toute personne âgée.

Avant d'aborder les spécificités des personnes migrantes confrontées au vieillissement, il nous paraît important de souligner que ce sont des hommes et des femmes qui sont concerné.e.s par les mêmes problèmes et les mêmes réalités de la vie quotidienne que leurs concitoyen.ne.s non-immigré.e.s, soit des difficultés à se déplacer, à voir, à entendre et, pour certain.e.s, par l'isolement. Le vieillissement renvoie inévitablement à la question de la dépendance, qui fait référence à la capacité d'assouvir de manière autonome ses besoins vitaux, tels que manger, se déplacer ou avoir une vie sociale. Si ces possibilités disparaissent, les personnes doivent être accompagnées pour les réaliser. Il faut donc œuvrer pour que leur autonomie soit préservée sur le plan physique, social et psychique. Les seniors de Globe 42 sont soit des hommes et des femmes qui vieillissent chez eux, elles et en famille, soit des personnes isolées de manière artificielle de leur famille, restée au pays ou n'étant plus présente.

L'analyse de l'offre médicosociale du point de vue des personnes migrantes permet de déplacer la grille de lecture des questions liées au vieillissement. Les permanences individuelles de soutien à l'accès aux droits et à la santé que propose l'Association montrent que les personnes migrantes âgées sont confrontées à des difficultés administratives, des obstacles juridiques, ainsi qu'à des droits différenciés par rapport à leurs homologues non immigrés, ce qui les fragilise⁵.

Les discours produits par les acteurs institutionnels et par la recherche académique ne permettent pas de rendre compte de l'impact des discriminations combinées à la problématique des classes sociales, du genre et des ethnies, auxquelles il faudrait ajouter les facteurs liés à l'âge.

Alors que les acteurs du secteur médicosocial font état d'une méfiance de la part des personnes immigrées à l'égard des soins, des rencontres problématiques liées

aux difficultés de langue, d'une méconnaissance des dispositifs sociaux et de santé de la part de ce public ainsi que d'un recours tardif aux soins (principalement en situation d'urgence), les femmes associées à l'étude ont souligné que les discriminations liées aux origines, au genre et à l'appartenance à une classe sociale précaire interagissent, entraînant des effets délétères sur la santé.

Les femmes ont témoigné de diverses expériences perçues comme des discriminations ethniques dans les interactions avec le personnel administratif, social ou de santé. Des différenciations pour des motifs matériels s'opèrent également, telles que des refus de soins pour les bénéficiaires de la couverture médicale universelle (CMU) par certains médecins. Enfin, le statut de femme peut se traduire par des violences dans l'espace domestique, par le souci de privilégier le soin qu'elles apportent aux autres ou encore par le cantonnement à des tâches domestiques, souvent pénibles et invisibilisées, donc fortement dévalorisées, qui portent préjudice à leur santé.

Une autre spécificité de ces hommes et ces femmes est qu'il.elle.s sont partagé.e.s, voire tiraillé.e.s, entre deux projets de vie intimement liés, soit le projet migratoire, d'une part, et le projet de vie en France, d'autre part. Le quotidien partagé à Globe 42 nous rappelle qu'il.elle.s ont encore des liens, un attachement avec leurs pays d'origine. Pour beaucoup, leur famille proche (époux.se, enfants) est restée au pays ; rappelons que les conditions réglementaires ne leur permettent pas toujours d'opérer un rapprochement familial. Or les allers-retours entre leur pays d'origine et la France sont également problématiques pour les acteurs médicosociaux, car ils impactent la qualité et la continuité des soins qui leur sont apportés, ce qui peut se traduire par des ruptures de droits, parfois illégitimes d'ailleurs.

Porter son attention sur la réalité des *acteurs mineuritaires* nous permet aussi de repérer où et comment s'inscrivent les résistances. Celles-ci se situent notamment dans les compétences individuelles déployées par les personnes migrantes, car ces savoir-faire du *care* sont invisibilisés par le discours dominant. Par ailleurs, le maintien de pratiques et de références culturelles et culturelles communes créent un sentiment d'appartenance et d'opposition à la culture dominante favorable au « bien vieillir ».

Nous observons, en effet, une culture d'entraide et de solidarité assez forte, souvent en référence aux valeurs de l'islam, qui sont autant d'éléments favorables à la santé. La référence à la religion musulmane occupe ainsi une place importante, car elle est une ressource personnelle et sociale qui intensifie les relations sociales tant à l'échelle du quartier qu'avec l'ensemble de la communauté maghrébine de la ville. Les rituels organisés collectivement dans le quotidien des personnes migrantes (et principalement par les femmes de la cellule familiale) s'exportent en quelque sorte dans l'Association.

Au sein de la communauté maghrébine, on observe ainsi des formes de solidarité à l'égard des personnes âgées, de soutien entre pairs, qui ne s'opèrent pas seulement dans l'espace familial, mais également dans le voisinage et de façon plus générale, dans l'espace public. Les personnes vont très spontanément entrer en lien entre elles par un phénomène d'identification et se soutenir mutuellement si besoin. Ce soutien prend des formes diverses, telles que l'accompagnement chez le médecin ou dans une administration, pour une prise de rendez-vous, la lecture de courriers, etc. Ces tâches sont souvent effectuées par des femmes, réalité qui dépasse le contexte migratoire⁶.

Dans ce contexte, les professionnelles de Globe 42 s'adaptent aux variations des demandes en hiérarchisant les urgences et peuvent, au besoin, compter sur les bénévoles ou les ressources d'entraide (*self-help*) de la communauté pour déléguer certaines tâches. On voit ainsi apparaître une forme originale de la subsidiarité. En effet, au sein du Globe 42, celle-ci marche dans les deux sens. Le service intervient subsidiairement lorsque l'accès aux droits ou aux soins échoue et lorsque l'information n'est pas disponible *via* les réseaux d'interconnaissance. Toutefois, l'inverse est vrai dans d'autres situations et se produit de façon informelle, notamment lorsque des possibilités subsidiaires de recours à des aidants informels du réseau s'associent à l'impossibilité pour les travailleuses sociales de répondre immédiatement.

L'incitation au développement de stratégies de recherche concernant les conséquences sanitaires des discriminations permettrait non seulement de rendre intelligibles les conséquences directes des discriminations sur la santé, mais également de saisir la façon dont celles-ci peuvent nuire à nos capacités de comprendre les questions liées au vieillissement et de produire des connaissances utiles pour intervenir efficacement en la matière. ▶

⁶ Les théories du *care* (Gilligan, C. [2008]. *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris : Flammarion) nous ont permis de ne pas considérer ces activités comme résultant de la nature féminine, mais de les resituer dans les conditions sociohistoriques qui ont amené les femmes et les hommes à développer des connaissances et compétences différenciées. Cette approche permet également d'interroger la distinction des sphères privées/publiques. Cette revendication qui consiste à sortir le *care* de son cantonnement au champ du privé permet de rendre visible et audible le travail qui y est produit. Elle permet d'agir sur la disqualification du *care*. Extraire le *care* du privé, c'est le restituer dans une portée politique et soulever la question des inégalités. Dans le cas présent, valoriser le travail de *care* produit par ces femmes rend possible sa transposition dans une forme plus instituée et leur permet de s'engager autour des questions de santé globale, au-delà des soucis qui leur sont propres.