

Des usagers peu visibles des services

*Elias Bouanani **

**Deux enquêtes qualitatives établissent une difficulté de la visibilité de certaines femmes immigrées.
Hors des circuits des droits et des soins, elles s'en remettent plus à leurs enfants.**

“*Nous les vieux (maghrébins) de France, c'est comme si on courrait avec une brouette sur l'autoroute!*”¹.

Cette petite phrase d'un homme vivant au sein d'un FTM (foyer de travailleur migrant) du Val de Fensch, recueillie au cours d'une étude² dans ce bassin sidérurgique en déclin de Moselle, incarne avec humour le décalage dans lequel vivent bon nombre d'immigré(e)s âgé(e)s.

Afin de mieux illustrer ce décalage, nous proposerons une caractérisation sommaire des femmes immigrées âgées maghrébines, repérées à partir de deux enquêtes qualitatives et complémentaires, menées à l'ODTI, en 2006 et 2010-2011, au sein de l'agglomération grenobloise. Ces enquêtes visaient à mieux cerner le mode de vie et les aspirations de ces publics, et concourraient au final à dresser une typologie de portraits présentant quelques caractéristiques communes³.

Rapide présentation des enquêtes : Une Méthodologie d'enquête qualitative à l'aide d'une grille d'entretien semi-directive : la retraite, la famille, la santé, l'habitat, l'accès à une action sociolinguistique et aux services publics en général. Les entretiens individuels ont été réalisés auprès de personnes habitant la résidence sociale de l'ODTI, et/ou fréquentant l'atelier sociolinguistique (ASL) de la résidence sociale.

* Juriste, ODTI, Grenoble.



Border © David Sidwell

Avec l'aide d'associations de quartiers ou communautaires et par le biais de relations personnelles.

Ces entretiens ont été enrichis d'un questionnaire auquel ont répondu des travailleurs sociaux sur le secteur 2 de Grenoble ainsi qu'un responsable de pôle animation des deux secteurs CCAS de Grenoble.

L'échantillon a compris 20 femmes immigrées âgées de 55 à 72 ans : 7 femmes ont entre 55 et 58 ans, 9 ont entre 61 et 67 ans et 4 ont entre 70 et 72 ans. 13 sont mariées, 5 sont veuves, 1 est divorcée et 1 séparée. Cette enquête a été enrichie en 2010 de trois entretiens recueillies auprès de personnes hébergées en résidence sociale de l'ODTI (2 ont 70 ans, 1 a 59 ans).

Toutes ces femmes étaient maghrébines : 11 algériennes, 3 marocaines et 6 tunisiennes. 7 ont acquis la nationalité française. 9 sont venues avec leur mari dans les années 60, 4 dans les années 70 et 7 en regroupement

familial tardif dans la décennie 1990/2000. Leurs maris sont tous arrivés directement dans la région grenobloise. Une fois arrivées, ces familles n'ont pas changé de département.

Difficultés rencontrées : une faible maîtrise du français de ces personnes âgées et des difficultés spécifiques en rapport à la lecture et l'écriture. L'autre difficulté concernait le fait que certains sujets étaient parfois considérés comme « intimes », en tout cas difficile à évoquer (3 exemples de femmes victimes de maltraitances physiques et ou/psychiques)

Age et projection de vie en France

Les femmes qui sont arrivées en France dans les années soixante et soixante dix, ont construit leur vie ici. Ces femmes se sont en général bien adaptées à leur environnement. Elles ont appris le français oral mais ne maîtrisent pas forcément l'écriture. Souvent, elles ont donné naissance à leurs enfants en France et les ont élevés ici. Elles n'ont pas toujours vécu dans «l'ombre social et administrative» de leur mari. De fait, leur intégration est très ancienne, via notamment la fréquentation des écoles publiques et des ateliers d'alphabétisation. Ces femmes arrivées tôt sur le territoire se sont insérées plus facilement que celles arrivées par le regroupement tardif. Certaines ont travaillé et ont développé un tissu amical, social et professionnel.

Certaines sont dans le va et vient entre leur pays d'origine et la France. Elles n'ont jamais opté pour une immigration définitive mais sont tiraillées entre deux habitats, deux cultures, deux systèmes juridiques. Elles sont conscientes que cela peut poser des difficultés en termes d'accompagnement social par les travailleurs sociaux et les associations.

Propositions pour un plan d'action pour une meilleure adéquation de l'offre institutionnelle aux besoins des femmes âgées immigrées

. Disposer de l'information et la gérer

- organiser le traitement et l'évolution des statistiques au niveau local, départemental voir régional
- organiser l'information et la formation des partenaires sur les publics immigrés femmes vieillissantes
- Proposer aux financeurs institutionnels un outil de diagnostic partagé sur la problématique du vieillissement des femmes (axe majeur des nouveaux PRIPI).

. Améliorer le soutien social

- Sensibiliser les acteurs sociaux aux publics immigrés vieillissants, en particulier les femmes, pour optimiser les réponses aux besoins du terrain
- assister, sur le plan juridique et social, les conjointes bénéficiaires d'un regroupement familial dit tardif, lors du veuvage (droit à réversion, droit de succession) et dans leur accès aux minima sociaux et droit au séjour.
- Appréhender le va-et-vient ou le remariage des hommes âgés, accentuant l'isolement parfois des femmes restant en France.
- coopérer transversalement et horizontalement (remontée de l'information vers les institutions, coopération à accentuer entre associations spécialisées et services sociaux communaux et départementaux.

. Mettre en réseau des personnes et structures ressources

- organiser le partenariat entre institutions et structures spécialisées
- organiser des passerelles entre public immigré vieillissant et structures de personnes âgées
- Dispenser des formations relatives aux aspects gérontologiques de l'immigration à destination des associations, des structures et des institutions en rapport avec les publics immigrés et/ou étrangers.
- faire connaître les dispositifs de santé et notamment les dispositifs du schéma gérontologique aux structures et associations amenées à accueillir des populations étrangères.
- inciter au travail en réseau avec les associations et/ou les services sociaux et juridiques spécialisés (droit des étrangers).
- Créer des espaces de rencontres pour ce public à l'instar des cafés sociaux, en partenariat avec les autres clubs de personnes âgées.
- Proposer une aide technique afin de se monter en associations de retraités si tel est leur souhait.
- Mettre en place une démarche de médiation spécialisée entre personnes âgées immigrées et maisons de retraite.

. Foyers et résidences sociales, et différentes formes d'habitat collectif (pension de famille, foyer logement, etc.)

- mobilisation des gestionnaires dans la connaissance de leurs publics pour mieux répondre aux besoins des personnes.
- Mobilisation des pouvoirs publics pour aider les gestionnaires à proposer une offre adaptée notamment aux femmes âgées
- formalisation d'outils d'analyses au profit des institutions sur l'état de santé réel des personnes
- organisation d'un réseau des FTM et résidence sociales en lien avec le nouveau schéma autonomie
- certains foyers à transformer en urgence en résidence sociale compte tenu de leur vétusté et de leur inadaptation à la situation des personnes âgées et à leur véritable mode de vie (va-et vient induisant la création de système de gestion hôtelière ou de chambre alternée adaptée).

C'est le cas de Fouzia, rencontrée lors d'une permanence juridique : elle a rejoint la France pour vivre auprès de son mari et se faire soigner si nécessaire. Elle aime la France mais n'a pas réussi à se faire à la vie d'ici. Elle est restée cinq ans en France puis est repartie en Tunisie avec son mari où se trouve la plupart de ses enfants. Pour autant, elle compte effectuer régulièrement la « navette » avec la France même si ses droits sociaux risquent d'en être affectés. (Le fait est que la navette suscite dans le temps des désagréments tant sur le plan physique, psychologique, économique que sur le plan juridique : maladies somatiques liées à l'éloignement, modestes revenus liés à la faiblesse des cotisations, difficultés d'accès aux prestations sociales non contributives en raison d'une résidence non effective et permanente en France, contrôles fréquents et inopinés de leur présence en France par les organismes de sécurité sociale pas toujours sensibles à leurs contraintes familiales).

Pour les femmes âgées venues dans le cadre d'un regroupement familial tardif par contre, les premiers constats sociaux peuvent apparaître relativement alarmants : Un isolement social important (ces femmes souffrent parfois de grande précarité sociale, psychologique, familiale, sanitaire). Des formes de « conjugopathie » (des longues années de séparation du couple font confronter l'épouse à une dure réalité : un mari parfois malade, la déception devant la précarité matérielle ou l'exiguïté du logement « en foyer de travailleur migrant », etc. rendent la relation du couple conflictuelle). Un avenir incertain (en cas de décès du conjoint, la veuve se retrouve seule, isolée, sans connaissance du milieu dans lequel elle vit. Dans le meilleur des cas, des enfants sont restés au pays et l'attendent encore. Si elles n'ont pas de famille au pays elles demeurent en France, abandonnées des leurs, et oubliées du monde environnant).

Des formes de précarité spécifiques

Certaines femmes sont en rupture de leur famille (y compris des enfants) et victimes de maltraitances physiques et/ou psychologiques⁴.

D'autres sont entrées en France à l'aide de visas court-séjour sans aucun droit à s'installer. Souvent pour y rejoindre un époux malade mais celui-ci est en incapacité de réunir les conditions du regroupement familial (logement et ressources stables et suffisantes). Une grande précarité sociale attend souvent ces femmes, contraintes de faire avec un système juridique et administratif qu'elles ne comprennent guère, pas plus du reste que leurs maris.

Une vie centrée sur la famille

Pour une forte majorité de femmes, la vie est centrée sur la cellule familiale en France : pas ou peu présentes dans l'espace public (leur lieu de vie et d'épanouissement est celui des tâches domestiques autour de «la maison»). Le retour définitif est souvent exprimé mais jamais réalisé. La crainte d'une rupture conjugale tardive est également exprimée.

Des femmes en dehors des circuits

Des femmes en dehors des circuits d'accès aux soins, alors qu'elles souffrent de maladies (diabètes, problèmes musculomoteurs, surpoids, tensions artérielles, à quoi s'ajoutent des souffrances psychologiques d'isolement et de déracinement). Au niveau des soins, elles font plus facilement appel à leur médecin traitant qu'à l'hôpital ou à un centre de santé. La prévention et les dépistages ne sont pas automatiques (7 sur 20 ont fait celui du diabète, 5 des cancers féminins, 5 des hépatites). Le recours à la prise en

charge médicale n'est pas une habitude et le médecin constitue souvent le recours ultime. Ces femmes sont en incapacité de suivre un traitement médical complexe et n'ont pas connaissance des différentes aides qui pourraient leur être proposées type (APA) et lorsqu'elles les connaissent, à savoir 4 sur 20, elles ne souhaitent nullement en faire la demande (« je sais ce que c'est mais c'est pas la peine, j'ai des filles qui sont là pour m'aider »).

Ces femmes sont également souvent en dehors des circuits d'accès aux droits : difficultés linguistiques souvent importantes compte tenu parfois de l'arrivée tardive en France, invisibilité des parcours dans le logement et dans l'espace social et public, situation de divorce ou de veuvage, absence de retraites directes, abandon parfois par les enfants, inadéquation des formes d'habitat (maintien dans des logements devenus trop grands et coûteux avec pertes de subsides).

Difficultés de se projeter

Ces femmes ont également souvent des difficultés et des peurs de se projeter dans l'avenir: anxiété face à l'incapacité de ne pas pouvoir subvenir à leurs besoins. Elles s'en remettent plus à leur foi religieuse et à leur famille. Par contre, elles ne se projettent pas du tout, voire elles rejettent la perspective de finir leur vie dans une maison de retraite.

Anxiété aussi face à la crainte de se retrouver seule (décès du mari, départ et abandon «en douceur», par oubli, des enfants). L'idée d'être hébergé dans un établissement pour personnes âgées adaptées («ex-maison de retraite» suscite un véritable rejet. L'une d'elle l'a exprimé ainsi «ah non!, ce n'est pas notre culture, qu'est ce que je vais faire toute seule là-bas? C'est mes enfants qui doivent s'occuper de moi » et d'un ton dubitatif ajouta «de toute façon, je m'entends bien avec mes enfants, leurs femmes et maris». ■

1. FTM Adoma «le Central» à Florange (57)
2. Etude commanditée par la communauté de commune du Val de Fensch.
3. cf. C Attias-Donfut, P. Daveau, R Gallou, A Rozenkier, F-C Wolff, *l'enracinement, Armand Colin 2006. Egalement, Fatima Aït Ben el Madani, Les femmes marocaines et le vieillissement en terre d'immigration, Confluences Méditerranée N°39, Automne 2001 ; et Adeus Groupreflex Les femmes âgées immigrées en région PACA-Réalité statistiques et visibilité sociale Fasild Diagnostics territoriaux stratégiques dans ls domaines de l'intégration et de la lutte contre les discriminations 2005.*
4. Les travailleurs sociaux sont parfois alertés dans l'urgence de situations où ils découvrent une personne pouvant avoir atteint l'âge de soixante dix ans, «à bout» de la violence d'un mari lui même âgé. L'entourage se sent démunie et hélas souvent inerte face à la crainte inspirée par un père dont ils peuvent avoir subi plus jeune les foudres. Ces femmes peuvent être orientées vers des structures spécialisées comme les résidences sociales et les Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale. En juin 2011, sur une cinquantaine d'appartements dédiés au logement transitoire à l'ODTI , 6 étaient occupés par des femmes âgées immigrées en rupture de famille. Soit plus de 10% de notre effectif.