



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

Promotion 2002 - 2003

**La prise en charge sanitaire de la
population vieillissante dans les foyers
de travailleurs migrants**

Édouard PAUBLAN

Remerciements

Je remercie Mme Geneviève ANTOINE inspectrice principale de la Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale d'Île de France, chargée de l'appel à projets 2003 sur les actions en matière de santé en faveur des résidents de foyers de migrants, pour ses conseils et sa disponibilité malgré sa charge de travail.

Mes remerciements vont aussi à ma maître de stage Mme Danièle NAGEOTTE, tant pour son soutien moral que pour m'avoir fait profiter de son réseau établi avec les DDASS, ce qui m'a permis d'obtenir très vite des rendez-vous fructueux et des visites très intéressantes.

Je remercie enfin, les personnes qui m'ont reçu au FASILD, à la Sonacotra, à Migrations Santé, ainsi que tous les gestionnaires et les résidents des FTM qui m'ont accueilli et donné la matière nécessaire à la construction de ce travail d'analyse.

Sommaire

INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	5
1 ÉTAT DES LIEUX : PUBLIC, ACTEURS ET POLITIQUES	9
1.1 Les migrants âgés accueillis dans les FTM	10
1-1-1 typologie du public	11
A) leur vieillissement	11
B) leurs choix de vie	12
1.1.2 État de santé	13
A) de nombreuses disparités de santé parmi les migrants	16
B) une constante : un équilibre psychologique fragile	17
1.2 Les structures	19
1.2.1 la pérennisation de leur existence	19
A) présentation des foyers de travailleurs migrants	19
B) des FTM aux foyers de retraités	20
1.2.2 la résidence conditionne l'ouverture des droits	21
A) la stabilité de résidence	21
B) le contrôle du « va-et-vient »	22
1.3 Les politiques	23
1.3.1 politique de la vieillesse	23
1.3.2 politique de la santé	23
1.3.3 politique de soutien à domicile	24
2 LES OBSTACLES À UNE MEILLEURE SANTÉ	27
2.1 Un mélange de causes endogènes	27
2.1.1 une santé précaire	28
2.1.2 des risques de santé réels	28
2.1.3 une réticence aux soins.	30
2.2 ...et de causes exogènes	31
2.2.1 un logement inadapté aux problématiques lourdes	31
2.2.2 le gel budgétaire	32

3 LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION.....	35
3.1 Développer la connaissance des attentes de cette population	35
3.1.1 améliorer l'accès aux droits et aux dispositifs de soins et de prévention.....	37
3.1.2 partager les représentations en matière de santé	38
3.1.3 responsabiliser les acteurs et élargir le partenariat	39
3.1.4 développer la participation sociale.	42
3.2 Apporter une réponse plurielle aux besoins recensés	43
3.2.1 favoriser les actions de prévention sanitaire et sociale.....	43
3.2.2 lutter contre les inégalités de santé	45
3.2.3 l'aide à domicile.....	45
A) le maintien à domicile.....	46
B) service d'aide ménagère	48
C) l'allocation personnalisée d'autonomie	49
3.2.4 ouvrir les foyers sur la ville :	49
3.2.5 créer des appartements de coordination thérapeutique.....	51
3.3 préconisations de l'IGAS	51
CONCLUSION	55
Bibliographie	57
Liste des annexes	59

Liste des sigles utilisés

AAH	allocation adulte handicapé
AME	aide médicale État
APA	aide personnalisée d'autonomie
CAF	caisse d'allocations familiales
CILPI	commission interministérielle pour le logement des populations immigrées
CLIC	centres locaux d'information et de consultation
CMU	couverture maladie universelle
CNAV	caisse national d'assurance vieillesse
CSS	code de la sécurité sociale
DDASS	direction départementale de l'action sanitaire et sociale
DRASS	direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRASSIF	direction régionale de l'action sanitaire et sociale d'Île de France
EHPAD	établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
FASILD	fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations
FTM	foyer de travailleurs migrants
PAPLD	plan départemental d'accès au logement des personnes défavorisées
PRAPS	programme régional d'accès à la prévention et aux soins
RGP	recensement général de la population
RMI	revenu minimum d'insertion
SONACOTRA	société nationale de construction de logements pour les travailleurs
UNAFO	union nationale des gestionnaires de foyers et résidences sociales

« L'état de santé est reconnaissable à ceci que le sujet ne songe pas à son corps »

Georges Duhamel

INTRODUCTION

De tout temps l'Homme a manifesté son goût pour la mobilité ; son histoire passe par un processus continu d'émigration/immigration à travers les âges et l'espace. Au fil du temps l'origine, les causes, les conditions des mouvements migratoires ont évolué.

La population qui nous intéresse dans le cadre de cette étude est celle qui est apparue comme la solution à la pénurie de main-d'œuvre au lendemain de la seconde Guerre Mondiale. C'est donc un flux de population qui s'appuie principalement sur des motifs économiques. Depuis la constitution des États-Nations, l'avènement de l'ère industrielle et la confirmation de l'expansionnisme en tant que système de rapport entre les peuples, le monde est divisé en sociétés développées et en sociétés en voie de développement. Les ressortissants de ces dernières qui se trouvent dans un état de plus grande précarité économique n'hésitent pas à s'expatrier dans les pays développés. Leur force de travail en échange d'un salaire, ces hommes permettent à leurs familles et parfois à tout un village de vivre et d'échapper à la misère.

C'est ainsi, que pour répondre au redressement du pays en tant que puissance économique et industrielle, la France a, comme bien d'autres États durement touchés tant au niveau économique qu'au niveau de sa population, fait appel aux travailleurs immigrés, surtout dans la période des Trente Glorieuses. Dans l'après-guerre de 1945, l'ensemble de l'industrie et de l'économie de la France était à rebâtir, dans un état dont la population nationale avait subi de lourdes pertes.

La solution se trouvait évidemment dans les pays voisins ou plus éloignés, dont la population avait été moins durement touchée. Ainsi, durant cette période de faste économique dû à la reconstruction, ces pays sont apparus un peu comme un réservoir de main-d'œuvre inépuisable et bon marché. De plus malgré une économie dévastée en France, la rémunération du travail dans ces

pays d'émigration restait toujours nettement inférieure au niveau français et par-là favoriser le processus d'immigration.

Les migrants âgés dont il sera question ici, ne répondaient au moment de leur émigration, dans les années 50 et 60, qu'au seul critère de force de travail utile au fonctionnement de l'économie. Tels leurs aînés incorporés de gré ou de force dans les armées coloniales ; les migrants des trente glorieuses, vont renflouer les contingents des armées de travailleurs, en tant que mineurs, ouvriers dans les chantiers et les usines. Cette période 1945-1974 représente un mouvement de « recrutement » sans précédent en France. Pour reconstruire le pays et l'industrialiser après la saignée de la seconde guerre mondiale, on les a fait venir de leur lointaine contrée ou, on les a embauchés sur place dans le seul et unique but de travailler, et de n'exister que par le travail et pour le travail. La vie sociale, familiale, le logement ou encore la santé n'étaient pas de prime abord envisagés.

Il y eut successivement différentes zones géographiques sources de l'immigration. Ainsi, après avoir attiré de nombreux polonais au lendemain de la première Guerre Mondiale, on assiste dans l'entre-deux guerres à la venue d'une immigration essentiellement d'origine européenne (italiens, portugais, espagnols...), enfin, après 1945 le secteur industriel, fer de lance de l'économie, a fait appel à une nouvelle main d'œuvre principalement issue cette fois-ci d'Afrique du Nord.

Au départ, ces travailleurs immigrés ne prévoyaient de venir travailler que pour un temps donné et espéraient regagner ensuite leur pays d'origine à l'issue de cette période d'activité. Mais le retour massif dans les pays d'origine ne s'est pas produit comme l'avaient envisagé les différentes prévisions. C'était en effet sans compter le poids des années, sans leur effet sur les individus, sans l'enracinement de ces derniers, sans les habitudes prises par les uns et les autres au sein de l'immigration. Seuls ou en famille, inscrits dans une perspective de retour ou non, les travailleurs immigrés ont tous été pénétrés par la « vie de France » comme ils disent. Et non seulement, il n'y a pas eu mais il n'y aura pas de retour massif vers le pays d'origine, l'immigration s'est définitivement installée dans un provisoire permanent, qui correspond à un fait structurel de la société. Ainsi beaucoup d'entre eux ne

repartent pas et vieillissent en France, et désormais il faut prendre en considération cette nouvelle donne.

Alors certes, on peut s'interroger et se demander pourquoi la santé des personnes vieillissantes en foyer est devenue problématique ?

La tendance générale de la population de notre pays s'oriente vers un vieillissement, cependant lorsque l'on regarde les statistiques, on s'aperçoit par exemple que le nombre d'hommes maghrébins de plus de 55 ans croît de plus de 70% entre 1990 et 2000, et rappelons le, cette population est constituée en grande partie d'hommes isolés. Alors il est légitime de se poser la question puisque l'on connaissait ces statistiques pourquoi les pouvoirs publics ne s'intéressent que depuis quelques années à la prise en charge de cette population dans le cadre des actions de santé?

Et si l'on se met à parler de vieillesse au sujet des immigrés, il devient légitime et nécessaire de prendre en compte cette réalité dans les préoccupations gérontologiques d'ensemble de notre pays, mais qu'en est-il réellement aujourd'hui ? En quels termes risquent de se poser les problèmes de perte d'autonomie des résidents de ces foyers ? Sans compter l'inadaptation du bâti pour des personnes dont l'état de santé ne peut aller qu'en se dégradant.

Alors, doit-on mettre en place des structures spécifiques qui répondent aux besoins de cette population, adapter les structures actuelles aux particularités de ces migrants, ou tout simplement se contenter d'appliquer le droit commun ?

Si l'on veut mettre en place des dispositifs adaptés, il importe de tenir compte des spécificités de cette population. Et elles ne manquent pas : ces hommes prématurément vieillis, par des conditions de travail pénibles, ont fréquemment des problèmes de santé avant même de prendre leur retraite. De plus, celle-ci est souvent retardée à l'âge limite de 65 ans, en raison d'un parcours professionnel chaotique et d'un dédale administratif particulièrement complexe. Il existe un décalage entre leurs problèmes de santé, de fatigue et l'ouverture de leurs droits.

Aujourd'hui, on réhabilite les foyers de travailleurs migrants pour en faire des résidences sociales, et il est légitime de se demander si les nouvelles structures seront mieux adaptées aux migrants vieillissants et/ou en perte d'autonomie. On peut s'interroger sur la façon dont les gestionnaires et les partenaires locaux prennent en compte l'accès aux droits des résidents : anticiper le départ à la retraite dans la reconstitution des carrières, permettent l'accès au minimum vieillesse, à la couverture médicale universelle ? De quel accès aux droits disposent les personnes dans le « va-et-vient » entre le pays d'origine et la France ? Comment est conduite l'adaptation des foyers pour faire face à leur transformation pour partie en lieu de vie pour personnes âgées et quels aménagements sont envisagés dans les appartements pour les personnes en perte d'autonomie ? Quelles sont les politiques d'attribution qui sont menées, les gestionnaires concentrent-ils les personnes vieillissantes dans certains foyers ou favorisent-ils une mixité ? Comment les résidents ont-ils accès aux services gériatriques de droit commun dans le cadre du maintien à domicile ? Comment ceux-ci sont-ils adaptés aux particularités des résidents en ce qui concerne les soins infirmiers ou les aides ménagères ?

METHODOLOGIE

En Île-de-France, un programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) a été élaboré afin de combattre les inégalités d'accès à la santé. La direction régionale et les directions départementales d'Île-de-France ont retenu comme axe prioritaire, l'action en faveur des personnes résidant en foyer de travailleurs migrants.

Il m'a été conseillé tant par la DRASS, que par la Sonacotra, le FASILD, que par des associations comme « Migrations Santé » de choisir les visites de foyers de travailleurs migrants, non pas en fonction de leur lieu géographique, mais plutôt en fonction de leur caractère représentatif. Aussi ai-je pu visiter des FTM et comprendre les particularités qui résultent du contexte culturel propre à chaque foyer et communauté.

J'ai pu comprendre qu'avant toute amélioration en faveur de la santé des migrants en FTM et notamment des migrants âgés, il fallait tenir compte de la dimension culturelle des résidents. C'est une donnée très importante qui peut, si elle n'est pas appréhendée correctement et cernée de façon précise, rendre impossible la réalisation de tout projet.

Certes, mon approche du sujet dans mon analyse risque de paraître parfois trop généraliste, puisque je ne me suis que très peu attaché à l'implantation géographique des foyers. Mais de plus, il ne m'aurait pas été possible de mener, dans les délais impartis, des investigations dans tous les départements d'Île-de-France.

Après avoir élaboré des pistes de recherche auprès de l'inspectrice, coordinatrice du PRAPS à la DRASSIF, j'ai pu définir ma méthode de travail :

- documentation sur ce sujet dont je ne mesurais pas jusqu'alors la dimension.
- lecture de revues, livres, articles sur le sujet m'ont permis dans un premier temps d'appréhender la pluralité de populations dans les

FTM avec leurs différences propres à chaque communauté et dans tous les cas, il était fait état, dans mes lectures, de la priorité des différences culturelles;

- prise de rendez-vous, j'ai listé les organismes, administrations et associations de gestionnaires, et associations dédiées à la défense des populations immigrées, avec lesquels il était enrichissant de m'entretenir, et de connaître les noms et fonctions des interlocuteurs qui pouvaient me recevoir. Très vite, j'ai obtenu des rendez-vous, avec des gestionnaires de foyers, la direction de la Sonacotra, la DDASS de Bobigny, le FASILD, un médecin de Santé Publique spécialisé en la matière et avec Migrations Santé. J'ai pu d'une part, m'entretenir avec des migrants grâce à Migrations Santé qui m'avait invité à assister à leurs permanences en foyers ; et d'autre part en me plongeant un peu plus dans cet univers, en déjeunant avec les résidents. Mes entretiens avec les migrants ont eu, de par le jeu des permanences, un côté très spontané et réellement apprécié de la part de mes interlocuteurs que l'on s'intéresse à leurs « tracasseries quotidiennes » en matière de santé. La présence de personnes ayant l'habitude de travailler dans cet environnement m'a grandement facilité les choses tant au niveau de la langue que de l'accent de certains résidents qui, pour moi, malheureusement rendaient souvent leurs propos incompréhensibles.

- rencontre avec des gestionnaires de différents foyers de diverses villes en Ile-de-France, ceci pour me permettre d'une part, de voir comme je le disais plus haut les particularités culturelles des foyers mais également, d'observer les différences politiques de gestion de la santé en FTM. J'ai visité trois foyers aux configurations totalement différentes, et j'ai pu me rendre compte par moi-même de certaines difficultés des résidents, de l'incapacité totale ou partielle des lieux à assurer les besoins actuels de la population et du bénéfice des actions engagées. J'ai été reçu dans deux foyers maliens et un foyer maghrébin, tout y est si différent, que l'on s'interroge sur la capacité des dispositifs existants à répondre aux attentes de chacun tout en respectant leurs spécificités.

Si, je me suis attaché plus particulièrement à la promotion de la santé en faveur des migrants âgés, c'est qu'au cours de mes entretiens dans les foyers, je n'ai pour ainsi dire pas rencontré de jeunes travailleurs migrants avec des problèmes de santé. Ou du moins ceux-ci sont moins perdus que leur aînés face aux systèmes de soins français. Bien sûr, de nombreux pans du volet santé s'imbriquent et concernent autant les migrants âgés que les jeunes : action de prévention VIH, hépatite, tuberculose ou les actions de soins : consultation, hospitalisation, soins infirmiers à domicile... mais le cas des migrants âgés sera plus démonstratif dans l'analyse du système de santé et de l'offre de soins offerts aux résidents des FTM.

Avec la Sonacotra, organisation gestionnaire de foyers, je suis parti sur la base d'un entretien dans lequel je leur demandais de reprendre l'historique du phénomène, leurs actions de prévention et d'information en faveur des migrants jeunes ou âgés, leur rapport avec leurs partenaires surtout dans le cadre du PRAPS, et les résultats récents de leurs réunions ou de leur congrès sur ce sujet afin de connaître les toutes dernières expérimentations de solutions locales qui gagneraient à être étendues à l'ensemble des foyers.

Dans les foyers, j'ai pu interroger les gestionnaires en étant :

- à l'écoute des problèmes en cours,
- en les interrogeant sur les actions passées et les expérimentations
- en leur demandant les attentes des uns et des autres : gestionnaires et résidents.

À la DRASSIF, j'ai pu à plusieurs reprises échanger avec l'inspectrice en charge du PRAPS au sujet de la promotion de la santé en foyer, de l'offre et de l'accessibilité aux soins, des foyers à visiter, des résultats de mes visites. Cela m'a permis de faire le point sur l'interaction des acteurs, des politiques, et des spécificités communautaires afin de recueillir et d'ordonner la matière nécessaire à la réalisation de ce mémoire.

J'ai finalement retenu les hypothèses de travail suivantes :

- Les FTM ne sont pas adaptés à un public en perte d'autonomie,
- Le gel budgétaire est un frein au développement d'actions de promotion de la santé,
- La lutte contre les inégalités de santé doit être renforcée,
- Le maintien à domicile, l'APA et le service d'aide ménagère sont à développer.

1 ETAT DES LIEUX : PUBLIC, ACTEURS ET POLITIQUES

Les visages des populations migrantes se transforment. Les immigrés vieillissent en France et l'ensemble des acteurs sociaux semblent découvrir une population nouvelle : des migrants devenus retraités, qui ont droit à l'ensemble des prestations et services ouverts aux personnes âgées.

Mon analyse porte sur les travailleurs immigrés vieillissants dans les foyers d'île de France au travers de quelques uns d'entre eux, mais par extrapolation, on peut dire que ce qui a été constaté, peut être le plus souvent généralisé à l'ensemble des foyers du territoire. En effet, de par sa facette de perception psychologique et de par, la reproduction du système sur l'ensemble du territoire, il est légitime de penser que la situation a été vécue pendant longtemps de la même façon à Paris, Marseille ou Lille. Certes, il y existe des particularités régionales qui restent fortes : dans le Sud-Est les plus de 55 ans représentent 61% des effectifs, tandis que le Sud-Ouest détient le pourcentage le plus élevé (30%) des plus de 65 ans ; la moitié de ces personnes ont même franchi le cap des 70 ans. Mais aujourd'hui, en raison de l'implication de certaines régions au niveau des PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins) les situations évoluent.

Comme la population totale, la population étrangère, toutes nationalités confondues, vieillit. Au dernier recensement de 1999, on comptait 3,25 millions d'étrangers dont 537.000 âgés de plus de 60 ans (soit 16,5 % contre 11,4 % en 1990). Le vieillissement est surtout marqué pour les populations originaires du Maghreb. En foyers de travailleurs migrants (FTM), le phénomène est plus accentué. Les chiffres issus des recensements généraux de la population sont éloquents¹ : alors qu'entre les deux derniers RGP, le nombre total de résidents a baissé de 22,7 % (95.000 en 1990 contre 73.500

¹ Chiffres issus du rapport de l'IGAS de novembre 2002

en 1999), celui des 60 ans et plus a augmenté de 107 % (10.150 en 1990, 21.000 en 1999). Cette montée massive, du vieillissement des résidents en FTM est également vérifiée dans les statistiques du gestionnaire le plus important, la SONACOTRA. Sur un effectif à peu près constant de 64.000 résidents, 45% ont plus de 55 ans contre 41% il y a deux ans, les 61 ans et plus sont passés successivement de 7 % en 1990, à 13,8 % en 1994, 17,9 % en 1997 et 27,7 % en 2001. Sur 17.810 résidents âgés de 61 ans et plus en 2001, 85 % sont originaires du Maghreb, notamment d'Algérie (10.900). Quant à la tranche d'âge supérieure à 71 ans elle s'est accrue de 1500 personnes sur ces deux dernières années. Des projections montrent que la moitié des résidents seraient âgés de plus de 55 ans en 2008 et 20% de plus de 65 ans. Le vieillissement au sein des foyers semble donc aujourd'hui inéluctable.

1.1 Les migrants âgés accueillis dans les FTM

Les populations de travailleurs d'origine étrangère en foyers présentent des spécificités fortes. Ainsi, 80% des algériens, tunisiens et marocains sont des travailleurs peu qualifiés. Ils ont connu une grande mobilité professionnelle et géographique, et ils ont commencé à travailler très tôt, notamment dans l'agriculture ou dans les travaux publics ; 80% d'entre eux sont mariés et pères de famille nombreuse dans leur pays d'origine. Souvent issus du milieu rural, ils sont installés depuis longtemps en foyer –plus de dix ans- Les Marocains sont principalement installés en région parisienne et les Tunisiens plus souvent en région PACA, alors que les Algériens, plus nombreux et plus âgés en moyenne, connaissent une répartition plus nationale.

Le monde de l'immigration, c'est le monde du travail et du transitoire; le monde des âgés c'est celui du non-travail et de la durée. Aujourd'hui, ces deux mondes n'en font plus qu'un pour la population sujet de notre analyse. Avec le vieillissement des résidents, c'est tout le rôle et la fonction des foyers qui se trouvent bouleversés, ils deviennent des lieux de passage où le statut de « travailleur » tend à disparaître du fait du chômage, de problèmes de santé ou de la retraite.

1-1-1 typologie du public

Rappelons rapidement cette définition normative : l'immigré est l'étranger qui se trouve dans un pays autre que le sien. A ce titre, cette présence qui se réalise comme une modalité particulière est pensée nécessairement comme provisoire, alors même que dans la pratique ce provisoire peut durer indéfiniment. Cette immigration est subordonnée à quelque raison autre qu'elle-même qui est ici une raison extérieure : le travail. Le travail étant aux yeux de tous ce qui donne sens, raison, justification à ce déracinement. Comment donc exister hors du travail en tant que personne âgée, alors qu'il n'avait d'existence que par le travail et pour le travail, la retraite représente souvent pour l'immigré une situation de crise, certes plus ou moins aiguë et supportable selon le rapport qu'il a avec sa condition. La crise ne porte pas seulement sur les moyens d'existence, elle porte plus fondamentalement sur le statut social. Avec la retraite et par conséquent avec l'âge, c'est la légitimité ou mieux la légitimation que le travail apporte à la présence de l'immigré qui se retrouve remise en cause.

A) leur vieillissement

Il serait certainement difficile de saisir les retombées du vieillissement dans les foyers de travailleurs migrants sans auparavant le replacer dans son contexte. Comment expliquer l'impact du phénomène si on ne décrit pas l'environnement dans lequel il s'inscrit? L'un ne peut être compris sans l'autre. En effet, ce vieillissement ne présente des difficultés qu'en raison de l'environnement dans lequel il évolue.

Le vieillissement tant qu'il ne crée pas de dépendance pour la personne ne pose pas de problème en soi pour les responsables de foyers. Bien au contraire, les responsables de foyers apprécient ces résidents pour leur calme, leur discrétion et souvent leur régularité de paiement. Mais le poids de ces personnes plus âgées, se fait sentir notamment par rapport aux besoins des résidents, nécessitant parfois une écoute et un accompagnement adapté à un handicap.

Le vieillissement des immigrés en FTM demande une certaine mise en perspective. Il est nécessaire pour comprendre l'impact de leur présence dans les foyers de décrire l'évolution et la mutation connues par ces structures d'hébergement. Comment, en quelques années, ces habitats d'urgence pour une population migrante se sont-ils transformés en domicile fixe d'une population sédentarisée ?

Ces migrants ne rentrent pas dans les catégories traditionnelles des personnes âgées : isolés et vivant en célibataires dans des foyers, ils soutiennent économiquement leur famille, restée au pays. Ils s'inscrivent ainsi dans un processus d'allers-retours entre celui-ci et la France. Leur temps d'absence doit donc être pris en compte dans tout projet d'aide au vieillissement, à la santé et à l'offre de soins.

B) leurs choix de vie

Il existe un lien entre le cycle de l'habitat et l'âge des habitants; ainsi plus les bâtiments sont anciens, plus le pourcentage de personnes âgées qui y résident est important. Les personnes vieillissantes de nationalité étrangère occupent majoritairement des foyers plus petits et plus anciens, le confort y est réduit, et la vie forcément plus communautaire.

Les migrants vieillissant en foyer sont bien souvent des résidents de longue date. Au cours des années passées dans ce type de structure, ils se sont bâtis un mode de vie particulier empreint de travail et d'économie et reposant pour une large part sur une vie communautaire.

De leur existence placée sous le signe du travail, où leur force était leur principale richesse, ils restent attachés à leur état de santé. La santé est la première raison évoquée par ces personnes vivant en foyer pour expliquer le fait de rester en France, même s'ils profitent de leur visa pour «retourner au pays» quelques mois par an.

1.1.2 État de santé

« la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 22 juillet 1946)

Le diagnostic médico-social des personnes âgées en FTM n'est malheureusement pas très bon. En raison d'une vie de travaux pénibles, arrivé à l'âge de la retraite, leur état de santé n'est pas bon, et peu d'entre eux peuvent compter sur une espérance de vie de 70 ou 75 ans. Le vieillissement de ces populations est particulièrement précoce.

Le processus de vieillissement des travailleurs migrants en foyer apparaît complexe, multiforme et appréhendé difficilement par les gestionnaires et les travailleurs sociaux. Le séjour prolongé, l'isolement familial et l'état de santé et parfois encore la langue française (malgré les nombreuses années depuis lesquelles ils sont présents) font que ces résidents ont des difficultés pour accéder aux prestations sociales et aux soins.

Tous les indicateurs de consommation de soins, des travailleurs migrants en foyer, sont proches de la population ouvrière française. Par exemple, les isolés vieillissants consultent plus souvent des médecins généralistes et sous-consomment les soins spécialisés. Les traumatismes et les affections sont en conséquence dépistés moins tôt et se traduisent fréquemment par des hospitalisations. Les surconsommations de tabac et parfois d'alcool ainsi qu'une hygiène alimentaire défectueuse entraînent aussi une morbidité plus forte.

Ces indicateurs se combinent avec les spécificités liées à des maladies professionnelles et de poly-expositions aux accidents du travail. De plus, l'isolement social et psychologique, l'éloignement de la cellule familiale et l'inactivité créent les conditions d'apparition de formes nosologiques spécifiques, dites troubles somatoformes douloureux persistants (sinistrose). Lesquels sont largement méconnus par les services de soins.

Les migrants font essentiellement appel soit au médecin généraliste, soit aux services d'urgences. Ces deux pratiques comportent pour un individu connaissant mal l'organisation du système de soins et maîtrisant peu la langue française, l'avantage de la simplicité d'accès, de la rapidité et à priori de l'efficacité médicale. Cependant, deux tiers des migrants dont 52% sont des retraités n'ont pas de médecin traitant. La consommation médicale est donc faible de manière générale, alors même que les problèmes de santé sont identifiés comme importants par les responsables de structures. Ceci peut s'expliquer par diverses raisons : appartenance à une société où le recours au médecin n'est pas un acte banal, difficulté de prendre rendez-vous par téléphone, de le noter ou de le mémoriser, faiblesse des revenus face aux prix des médicaments ou des prothèses, la quasi-impossibilité pour un illettré de suivre une prescription qui n'est basée que sur l'écrit et qui est difficilement mémorisable pendant la consultation.

Beaucoup de migrants âgés ignorent les démarches à effectuer pour avoir des documents à jour. Ils ne peuvent parfois vérifier eux-mêmes les dates d'ouverture de leurs droits, et bien souvent les documents sont périmés lorsqu'ils envisagent de les utiliser. De ce fait, le recours à l'hospitalisation souvent par la voie de l'urgence peut constituer une solution à ces difficultés. Confronté à l'échec de ses tentatives de soins sous sa responsabilité. L'hospitalisation permet au résident malade d'un FTM de se faire soigner, en étant par la prise en charge totale dont il fait l'objet, dispensé de la gestion impossible d'un traitement incompréhensible. Le recours à l'urgence permet de réparer un corps qui ne va plus, et pour lequel une démarche de prévention et de soins continus n'est pas réalisable, car hors de portée d'une personne isolée ne maîtrisant pas l'écrit.

Les résidents en foyers peuvent avoir recours à plusieurs solutions pour recourir aux soins :

- soit, ils font appel eux-mêmes à un médecin généraliste en cas de besoin.

- soit, ils passent par le gestionnaire du foyer, qui a l'habitude de s'adresser à un seul médecin, ce dernier devenant ainsi le médecin référent du foyer, connu par l'ensemble des résidents, référent ayant un libre accès au foyer et qui développe une bonne connaissance de celui-ci, des habitants et de leurs problèmes généraux de santé.

La possibilité de choisir son médecin fait partie des libertés fondamentales de chaque individu. Les migrants que j'ai interrogés à ce sujet montrent que ce droit n'est en aucun cas détourné, mais que son étude doit prendre en considération les relations particulières entre les migrants et les médecins. Il n'y a en aucun cas institutionnalisation d'un médecin par rapport à un autre. L'appel du même médecin par la plupart des résidents tient essentiellement à cette facilité décrite plus haut. Le libre choix existe et la consultation de médecins divers est réalisée mais en dehors de l'urgence. Certes, il est nécessaire de permettre à tous de bénéficier des mêmes libertés, mais il est illusoire de vouloir que chacun en use.

Les autres professionnels de santé entrant régulièrement au foyer telle qu'infirmières, aides ménagères sont également des référents reconnus.

Le lien social est une condition essentielle à l'intervention durable en foyer. L'établissement d'un réseau de professionnels attentifs aux spécificités culturelles de leurs patients et connaissant bien leurs conditions de vie peut réduire les difficultés de retour au foyer après une hospitalisation, retour dont on sait qu'il est de plus en plus précoce, sans pour autant faire l'objet d'une préparation individualisée par la structure hospitalière. Cela semble venir d'une contradiction entre la représentation par le corps médical des possibilités d'aides à un résident malade et vieillissant (surveillance du gestionnaire de foyer, aide du personnel, entraide des résidents) et la réalité : isolement, réclusion dans un espace très restreint, absence de visites...

A) de nombreuses disparités de santé parmi les migrants

Il est possible de distinguer deux types de populations vivant dans les foyers pour reprendre l'expression de S.Bonnet et E.Kagan² : les « hommes du fer » et les « hommes du béton ». Les premiers sont ceux qui ont travaillé dans la sidérurgie, la métallurgie et l'extraction, les seconds sont des ouvriers du BTP, auxquels il est possible de rattacher les ouvriers agricoles. La carrière professionnelle et la vie résidentielle déterminent, pour une large part, les conditions de passage à la retraite et les conditions de vie de celle-ci.

Les « hommes du fer » se caractérisaient au moment de leur embauche, par un niveau plus faible de qualification et par une excellente santé. Ils ont été durablement assignés sur le même lieu de production, et ne connaissent pas de graves problèmes de retraite, qu'ils perçoivent à taux plein : leur emploi a généralement été stable, leur protection sociale n'a pas été de mauvaise qualité. Toutes proportions gardées, ils font plutôt figure de privilégiés, car ils ont bénéficié d'un suivi social et médical.

En revanche les « hommes du béton » sont beaucoup plus mal lotis. Outre un nombre élevé d'accidents du travail, ils ont connu de plus fréquentes périodes de chômage, des revenus tendanciellement plus faibles ce qui a distendu un peu plus le lien économique qu'ils avaient avec leur pays d'origine, et leur passage à la retraite s'est souvent effectué via l'invalidité ou le chômage de longue durée. Ils sont souvent atteints de ce vieillissement précoce dont on parlait plus haut.

Ces hommes vivent différemment dans le foyer, soit ils se l'approprient et en font « leur maison » soit ils le considèrent comme un « caveau ». Seulement 15 à 20% des travailleurs étrangers ont une vieillesse, qu'il est possible de qualifier d'« heureuse ». Ils bénéficient d'une retraite à

² Serge Bonnet et Élie Kagan « l'homme du fer : mineurs du fer et ouvriers sidérurgistes lorrains immigrés en foyer » Presses universitaires de Nancy, Nancy 1983.

taux plein, d'une santé encore correcte, entretiennent des relations avec leur pays d'origine, souvent sous la forme d'allers-retours, et véhiculent une image d'eux-mêmes plutôt positive. Pour eux, le foyer est considéré parfois comme une résidence secondaire où ils ont leurs habitudes et leurs amitiés. Durant leurs séjours dans leur pays d'origine, le foyer tient lieu de boîtes aux lettres.

Mais la majorité des travailleurs immigrés vieillissant en foyer vivent une vieillesse « immobile ». Souvent malades ou dépressifs, ils subissent la vie en collectivité. Cette précarisation se traduit par un repli sur soi, par la diminution des contacts extérieurs, par la baisse de leur niveau de consommation, etc. Le foyer devient alors un lieu sans espoir, tout en ayant le caractère sarcastique de rester leur principal repère identitaire.

B) une constante : un équilibre psychologique fragile

Les travailleurs immigrés présentent un capital santé dégradé comme l'ensemble des hommes qui ont connu les mêmes conditions difficiles de travail générant des handicaps et des dysfonctionnements, et remettant en cause le processus normal de vieillissement. L'état de santé est altéré par les événements rencontrés au cours de la vie professionnelle, mais aussi en raison d'intoxication exogènes (alcoolisme, tabagisme, produits toxiques, amiante, plomb).

Mais, en plus, ils ont un équilibre psychologique fragile. La vie des travailleurs immigrés vieillissants a été assumée comme une parenthèse pour ne pas perdre le lien avec la Communauté d'origine et entretenir la nostalgie de ce fort sentiment d'appartenance. Dans l'intimité, l'individu s'est efforcé de réinventer des habitudes d'être et de consommer. Le vieillissement du travailleur isolé est étroitement lié à sa qualité de vie (hygiène, nutrition, logement). Vivre seul, éloigné de sa famille, le plus souvent en situation de précarité financière fragilise l'équilibre psychologique et affectif.

En situation d'isolement familial et social, le migrant en foyer se plaint en premier lieu d'une grande fatigue, symptôme d'un syndrome dépressif plus ou moins prononcé qui apparaît comme une façon d'exprimer l'isolement, la solitude, l'éloignement de la famille et du pays d'origine, les mauvaises conditions de vie et une situation sociale très précaire. Viennent ensuite les plaintes qui relèvent essentiellement du domaine de la rhumatologie ou de la gastro-entérologie et qui ne sont pas sans relations avec le domaine psychosomatique.

Une enquête de la Sonacotra qui date de 1997 montre que 73% des résidents âgés de plus de 55 ans déclarent divers troubles notamment au niveau rhumatologie, gastrique, respiratoire, psychologique, de fatigue...

La déclaration du trouble est souvent révélatrice du mal-être qui ne semble pouvoir être dit que par le corps.

Les plaintes par rapport à la maladie, aux séquelles d'une vie difficile ou d'accidents du travail sont fréquemment relevées par les acteurs sociaux en contact avec les migrants.

Lors de l'expression de plaintes somatiques se pose souvent un problème de compréhension du langage médical. Le patient ne peut interpréter correctement le discours du médecin, discours scientifique qui ne tient pas compte de sa subjectivité et du contexte culturel grâce auquel lui-même peut donner un sens à sa maladie. De même, le médecin peut interpréter de manière erronée l'expression des symptômes, ce qui peut entraîner soit leur non prise en compte, soit une réponse inadaptée. De plus, il se peut que viennent s'ajouter d'autres pathologies dues à l'incompréhension du codage culturel des symptômes par les médecins occidentaux. La maladie comporte un ensemble de significations complexes qui nécessite le recours à des techniques traditionnelles. La prise en charge du migrant suppose donc la connaissance des valeurs culturelles d'origine, leur réaménagement et l'extension du cadre thérapeutique.

1.2 Les structures

1.2.1 la pérennisation de leur existence

Conçue, comme nous l'avons dit plus haut, comme une immigration de travail, celle-ci s'est installée dans le provisoire, et le logement correspond à cette conception, car pour remédier à la précarité des logements particuliers et ensuite pour inciter les travailleurs potentiels à venir en France, ont été construits des hébergements provisoires et communautaires : les foyers de travailleurs migrants FTM.

A) présentation des foyers de travailleurs migrants

L'Île-de-France est la plus importante région d'immigration de travailleurs étrangers, elle comprend 250 foyers pour environ 55.000 places officielles. Deux tiers de ces structures se situent à Paris et en petite couronne.

Les conditions de logement de cette main d'œuvre étrangère, composée pour une large part de travailleurs isolés, furent très difficiles (foyers – dortoirs, baraquements de chantiers, bidonvilles, ...). Pour répondre à cette situation d'urgence et parallèlement à la création par l'État de la SONACOTRAL³, des associations sous l'impulsion des pouvoirs publics se forment à partir des années 50 et créent les foyers pour travailleurs migrants (FTM), afin d'offrir des conditions d'hébergement meilleures à cette population. Ces foyers devaient être une étape dans le parcours migratoire, « un logement provisoire pour des travailleurs provisoires ».

La crise économique des années 70 eut des répercussions notables sur la population traditionnelle des FTM. En effet, leurs principaux employeurs, les grandes activités industrielles (bâtiment, mines, sidérurgie, travaux publics, automobile...) connurent une baisse de leur activité qui entraîna une restructuration de leur effectif (main d'œuvre plus spécialisée, robotisation). Et naturellement, les travailleurs

³ Société nationale de construction de logements pour les travailleurs algériens

étrangers peu qualifiés furent touchés de plein fouet par la conjoncture économique et, de ce fait, privés de travail.

De plus, en raison de l'aggravation de la crise, une décision du 3 juillet 1974 entraîna la suspension de l'immigration de travailleurs permanents, ce qui mit fin à la rotation «père-fils / oncle-neveu» installée depuis des décennies. Les immigrés se sont vus contraints de rester en France pour ne pas perdre leur droit au travail car en effet seuls les travailleurs immigrés déjà présents sur le sol français ont pu bénéficier du renouvellement de leur autorisation de travail. Toute une génération de travailleurs immigrés a donc passé la totalité de sa vie professionnelle en France, voyant ainsi leurs projets de vie bouleversés, et transformés par des événements économiques et politiques en un « enfermement » dans une vie vouée au travail, à l'économie et au célibat de fait. Elle va devenir pendant longtemps une génération oubliée qui est restée et a vieilli en France sans qu'on ne s'aperçoive de sa présence, puisqu'elle n'était pas source d'inadaptation ou de conflit.

B) des FTM aux foyers de retraités

L'évolution économique et sociale s'est répercutée sur la population hébergée dans les foyers de travailleurs migrants par le biais de l'élévation de l'âge moyen et de la tendance marquée à la stabilisation et à l'allongement de la durée de résidence dans les foyers gérés par les associations, ainsi que par l'importance croissante des problèmes liés à la retraite et aux droits sociaux des personnes âgées hébergées.

Aujourd'hui les foyers de travailleurs migrants connaissent une profonde mutation en raison de la population qu'ils accueillent. Les jeunes immigrés actifs cèdent peu à peu la place à des résidents immigrés âgés ou proche de la vieillesse, pour qui le foyer devient un lieu définitif de résidence. Cette question pose donc le problème de la perte d'autonomie des résidents, de l'augmentation des handicaps et de l'inadaptation du bâti.

A partir d'études prospectives, la SONACOTRA a montré, pour sa part, que le phénomène du vieillissement des résidents, déjà sensible actuellement, allait culminer dans les années 2010-2020 : toutes choses égales par ailleurs, plus de la moitié de ses résidents (55,4 %) seront âgés de plus de 55 ans en 2011 pour 42,8 % en 2001. Rappelons qu'en 2001, la SONACOTRA hébergeait plus de 4.000 résidents âgés de 70 ans et plus, ce qui souligne l'actualité du phénomène.

1.2.2 la résidence conditionne l'ouverture des droits

A) la stabilité de résidence

L'accès aux régimes obligatoires de sécurité sociale, et par voie de conséquence à l'assurance maladie, est soumis, selon le principe général, pour tous les étrangers résidant en France, à la condition de séjour régulier et à la stabilité de cette résidence.

La résidence en France doit être ininterrompue depuis 3 mois pour pouvoir bénéficier de la CMU. Certaines personnes sont dispensées de justifier de cette stabilité de résidence :

- bénéficiaires du RMI,
- demandeurs d'asile et réfugiés statutaires,
- bénéficiaires de certaines prestations (allocations familiales, logement)

Les étrangers n'appartenant pas aux catégories précitées doivent justifier de la régularité de leur séjour.

Le principe de la CMU (couverture de base) repose justement sur une affiliation sur le critère de résidence. La mention d'une résidence "stable et régulière" est indiquée pour la CMU de base dans le nouvel article L.380-1 du C.S.S.. Pour la CMU complémentaire, l'exigence de la même condition de régularité de séjour que pour la CMU de base est précisée par l'article R.861-1-1° du C.S.S.

---> La "stabilité" du séjour signifie une ancienneté de séjour d'au moins trois mois, sauf cas de dispense.

---> La définition de la notion de "régularité" du séjour n'est pas donnée par la loi CMU elle-même. Elle est fournie par deux décrets du 01/12/99 du Conseil d'État⁴.

De plus, toute personne résidant en France, qui ne dispose pas par ailleurs de droits ouverts à l'assurance maladie, est affiliée au régime général avec la CMU "de base" (sous réserve que ses ressources soient inférieures à un seuil fixé par décret). Pour celles qui ne peuvent satisfaire cette exigence, a été créé une couverture complémentaire gratuite, la CMU " complémentaire ".

Même condition de résidence pour le versement du minimum vieillesse, celui-ci est subordonné, entre autre, à une condition de résidence ; car en effet, la pension contributive et les autres prestations de sécurité sociale ne peuvent être servies en France à un étranger que si son titre de séjour est régulier.

B) le contrôle du « va-et-vient »

La loi du 11 mai 1998, dite « loi Chevènement », a introduit l'égalité de traitement entre Français et étrangers, en permettant l'octroi des minima sociaux sans condition de nationalité mais sous réserve de résider en France. La même loi a de plus institué la « carte de retraité », qui légitime en quelque sorte la pratique des va-et-vient des étrangers entre la France et leur pays d'origine : d'une part, elle met fin à l'obligation de résidence en France au moment de la demande de liquidation de la pension contributive ; et d'autre part, elle autorise les retraités étrangers et leurs conjoints à revenir en France pour des séjours n'excédant pas un an.

Quant à la loi du 27 juillet 1999 sur la Couverture Médicale Universelle, en créant une nouvelle porte d'entrée au régime général, elle a créé en même temps un nouveau dispositif d'évaluation de la régularité de séjour : une définition spécifique et donc un régime dérogatoire par

⁴ réf. 99-1005 pour la CMU de base, et 99-1004 pour la CMU complémentaire

rapport au droit commun. On constate parfois que les pièces exigées ou admises varient selon les organismes traitant les demandes.

1.3 Les politiques

En quoi la politique de vieillesse en France est-elle inadaptée aux travailleurs immigrés âgés ? Et comment s'articule-t-elle avec la politique de santé ?

1.3.1 politique de la vieillesse

L'histoire des politiques de vieillesse débute à la publication du rapport de Pierre Laroque en 1962, ce rapport démontre la volonté de rompre avec l'assistance pour favoriser une politique d'intégration des personnes âgées dans la vie sociale. Deux axes importants sont présentés : participation à la vie sociale et culturelle (accès à des services d'aide à la vie quotidienne à domicile) et amélioration de l'habitat des personnes âgées.

1.3.2 politique de la santé

La CMU a favorisé une amélioration des conditions générales d'accès aux soins. Entrée en vigueur en janvier 2000, la couverture maladie universelle permet un accès gratuit à une couverture de santé. Elle comporte deux volets : la CMU de base qui remplace l'assurance personnelle et la CMU complémentaire, qui remplace l'aide médicale générale et est complétée par l'aide médicale État (AME). L'affiliation au régime général obéit à un critère de résidence stable et régulière et à une condition de ressources (548 euros pour une personne seule).

La CMU complémentaire permet une prise en charge avec dispense d'avance de frais⁵. L'aide médicale État est destinée aux personnes ne pouvant remplir les conditions de régularité de résidence en France. La CMU complémentaire a permis une couverture plus homogène du

⁵ Ticket modérateur, forfait journalier et frais supplémentaires.

territoire et une réduction des fortes disparités que provoquait l'aide médicale générale. L'aide médicale État a fortement progressé fin 2000 elle concernait 75.000 personnes et plus de 150.000 début 2002.

1.3.3 politique de soutien à domicile

La période de 1970 à 1983, conduit petit à petit, d'une prise en compte des aspects hébergements dans les politiques sociales à la construction d'une véritable politique de soutien à domicile. Ce droit à rester chez soi, en ayant accès à des services d'aide à la vie quotidienne est promu par les pouvoirs publics comme étant la bonne solution. C'est à partir de 1983 que les politiques sont relayées à l'échelon local, par les organismes de protection sociale. Les politiques sociales en général et la politique de la vieillesse en particulier, se structuraient au fur et à mesure des plans quinquennaux. En passant du V au VII plan, on ne parlait plus que d'hébergement.

Des actions de santé ont été menées dès septembre 2001 par une dizaine d'associations sélectionnées suite à un appel à projet, ayant pour objectif de favoriser l'accès aux soins et aux droits des résidents, dans le cadre du PRAPS d'Île-de-France.

Ces actions comportent deux volets :

- la formation – sensibilisation sur la santé auprès des résidents.
- la mobilisation des professionnels sanitaires et sociaux de proximité.

Du fait des caractéristiques culturelles de cette population, les partenaires associatifs ont dû faire preuve de disponibilité, assurer une grande confidentialité et approfondir leurs compétences, privilégiant tantôt les informations en groupe, tantôt les entretiens individuels.

En 2003, l'intervention d'un troisième financeur, le Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD), permettra d'élargir le champs d'intervention de cette action de santé dans les foyers et sans doute de donner une meilleure visibilité des projets aux résidents et aux partenaires.

L'action portera sur cinq priorités :

- une étude - diagnostic du vieillissement de la population,
- un diagnostic médico-social en vue de programmer des actions pluriannuelles,
- des modules de sensibilisation sur différentes pathologies (tuberculose, maladies tropicales, ...),
- des séances collectives d'information sur l'accès aux droits (CMU, AME, APA, AAH,...),
- et des actions de formation interculturelle.

Pour assurer au mieux le suivi de ces actions mais également favoriser l'articulation entre les partenaires locaux tels que le Conseil Général, la DDE et la politique de la ville, un Comité Départemental sera institué en 2003.

2 LES OBSTACLES A UNE MEILLEURE SANTE

2.1 Un mélange de causes endogènes

D'emblée, deux constats s'imposent : d'une part, les migrants âgés sont de santé précaire et vivent dans un logement peu adapté, d'autre part, les mesures prises en leur faveur sont ponctuelles et ne s'inscrivent pas dans une véritable politique.

L'accès à un soutien social sous la forme habituelle d'utilisation des services sociaux départementaux ou spécifiques montrent, comme d'ailleurs dans le reste de la population âgée, des difficultés d'intervention quasi constantes. Il est à noter, que la plupart du temps, ces interventions se font uniquement dans le sens d'une instrumentalisation du foyer par les services sociaux avec une absence presque totale de suivi des populations confiées. Cette absence de soutien social par des professionnels empêche l'organisation de tout projet pour ces personnes en perte d'autonomie. Ce manque de travail de prévention entraîne la gestion des problèmes dans les pires conditions qui soient, un contexte urgent et hospitalier. La prise en charge n'étant pas préparée, le changement d'hébergement ne pourra être qu'un déchirement brutal. Il est clair que cela n'est pas une bonne solution mais rien d'autre n'est proposé aux structures étudiées. Cette carence est d'importance.

Quant à l'accès à l'hébergement, il semble, comme pour toute la population, difficile. Les personnes en perte d'autonomie importante ne peuvent être maintenues au foyer et doivent être orientées vers des structures d'accueil adaptées telles que les maisons de retraite. Or, ces personnes se heurtent dans ces lieux à une réticence due non seulement à leur spécificité culturelle mais aussi à leur état de grande dépendance. De plus, les maisons de retraite n'ont bien souvent pas les moyens suffisants en personnel d'encadrement et en soins pour recevoir des cas de dépendances sévères ; aussi sont-ils dirigés en dernier recours vers les structures hospitalières, faute de dispositif intermédiaire adapté. Ces départs en hôpitaux sont alors considérés comme définitifs, l'association de gestionnaires ne pouvant pas prendre en charge des personnes en état de rémission.

2.1.1 une santé précaire

La population de migrants âgés est caractérisée par une santé précaire (pénibilité du travail exercé, conditions de vie dégradées...) Elle connaît un vieillissement prématuré et une survenance précoce de la perte d'autonomie.

Pour des raisons économiques (envoi d'un pécule au pays), mais aussi culturelles, les « immigrés vieillissants » sont peu présents dans les institutions pour personnes âgées. Ils restent ancrés dans leurs lieux de vie traditionnels : le foyer, l'hôtel, le meublé. La transformation des foyers en résidences sociales a pris en compte cette réalité en leur permettant d'y demeurer par dérogation aux textes en vigueur. Pour autant, le plan quinquennal de réhabilitation des FTM a pris du retard et « l'habitat indigne » abrite encore souvent cette population.

Le cercle vicieux constitué par un enchaînement de maladies et de difficultés de vie affaiblissent d'autant plus le migrant isolé vieillissant. Une santé fragile, notamment les questions psychiques et de santé mentale, peut être à l'origine d'un processus de précarisation. De plus aux nombreuses inquiétudes liées à leur situation sociale et économique s'ajoute un sentiment ou une réalité d'abandon. L'ensemble des intervenants sociaux observe d'ailleurs la fréquence des dépressions, des troubles relevant davantage du « mal-être » que de la maladie mentale. Cependant, non seulement les problèmes de santé peuvent favoriser la précarité, mais encore les problèmes de santé suscités par la précarité sont d'autant mieux surmontés que la solidité du « support social » permettra à l'individu de mobiliser ses forces pour préserver sa santé.

2.1.2 des risques de santé réels

Maladie de la pauvreté et des classes ouvrières au XIXème siècle, la tuberculose n'a pas disparu en France. Depuis le début des années 1990, les professionnels de la santé s'inquiètent de sa résurgence. L'Ile de France est la région la plus touchée, Paris détient en effet un triste

record, avec des chiffres qui sont sur les dernières années cinq fois supérieurs à ceux de la moyenne nationale ; de plus les chiffres dans la capitale sont en constante augmentation en particulier depuis 1999. Ainsi fin 2002, il y eut une épidémie qui toucha 69 travailleurs migrants dans le foyer de la rue Tillier dans le 12^{ème} arrondissement qui compte 362 lits mais qui héberge 500 à 700 occupants. Même si, traitée à temps, l'épidémie n'a fait aucun mort, son ampleur n'en est pas moins révélatrice. Une situation que les Hôpitaux de Paris et les services sanitaires concernés connaissent et dénoncent depuis longtemps.

Mais comment expliquer les chiffres terribles constatés dans les foyers parisiens accueillant des travailleurs immigrés : un taux élevé à 600 cas de tuberculose pour 100.000 personnes, alors que la moyenne nationale est de 50 cas pour 100.000. Plusieurs raisons peuvent contribuer à expliquer ces mauvais chiffres : meilleure déclaration des cas de tuberculose à Paris grâce à la DASS de Paris, présence de nombreuses personnes originaires de pays où la tuberculose est endémique, sans compter le nombre de porteurs du VIH, puisque le sida favorise l'apparition de maladies opportunistes parmi lesquelles, justement, la tuberculose. Les populations les plus précarisées sont le plus directement exposées, et les migrants âgés subissant avec l'âge et leurs conditions physiques une diminution des défenses immunitaires, sont particulièrement visés.

Comment expliquer qu'une véritable épidémie ait pu se déclarer dans ces foyers, tous gérés par l'État, et régulièrement inspectés par des personnels médicaux ? La raison est à rechercher dans le surpeuplement, certains de ces centres offrent aujourd'hui des conditions d'accueil déplorables. A la Mairie de Paris, le problème de ce foyer « qui ne répond plus aux règles d'hygiène et de sécurité en vigueur » avait déjà été soulevé en Conseil en juillet 2002 c'est à dire bien avant l'épidémie.

Pour lutter contre l'explosion du nombre de cas de tuberculose, les services sanitaires de la capitale se sont associés dans la création d'une cellule « Tuberculose » : Samu social, Hôpitaux de Paris, Direction de

l'action sociale, de l'enfance, et de la santé, organisent des tests de dépistage réguliers parmi les populations à risque, dans les foyers, ainsi qu'un suivi des malades. De plus, un médecin référent a été nommé dans chaque hôpital de l'Assistance Publique pour accélérer la transmission des informations et de leurs traitements. Enfin, un dépistage radiographique, des tests tuberculiniques et un traitement prophylactique sont prévus dans les différents foyers de la capitale. Autant d'actions qui ont permis d'éviter jusqu'à présent le pire ; mais les causes du mal demeurent.

2.1.3 une réticence aux soins.

L'isolement de ces vieux travailleurs, du fait de l'absence de leur famille, peut constituer pour eux, parfois un stigmate d'illégitimité, marque d'une vie malheureuse et ratée. L'isolement est aussi accentué par la mauvaise maîtrise fréquente de la langue française qui peut s'expliquer du fait de l'attachement de l'individu à son identité communautaire qui influe sur son apprentissage de la langue du pays d'accueil, et parfois le pousse à aller à l'encontre de ses propres intérêts ; il peut rejeter inconsciemment l'idée d'une trop grande acquisition d'une langue qu'il s'est vu imposer, qui véhicule souvent des idées totalement contraires à sa culture propre et qui historiquement a parfois été directement en conflit avec sa communauté d'origine, car il pourrait avoir l'impression de trahir sa communauté s'il atteint trop de perfection dans son élocution et dans son vocabulaire. Les effets négatifs se font surtout sentir lorsque le migrant est confronté au chômage, à la retraite ou à la maladie.

Confrontées à des urgences quotidiennes mettant en cause leur survie, les migrants âgés en difficulté relèguent leur santé au second plan de leurs préoccupations. Les conditions de santé peuvent, en effet, apparaître secondaires quand les conditions de la survie économique et sociale ne sont pas garanties. Le renoncement à se soigner dépend de multiples déterminants inquantifiables : des questions d'argent, de culture, d'attention au corps, de confiance envers les soignants, se posent et compliquent les contacts avec les détenteurs de la culture

médicale. Les attentes à l'égard du système de soins sont d'ailleurs ambivalentes : être à la fois considéré comme un patient ordinaire et comme un individu dont les difficultés spécifiques doivent être prises en compte dans la relation de soins.

Il est important de noter, que l'hospitalisation est bien souvent la seule issue possible pour les foyers confrontés à des résidents refusant de se soigner. L'hospitalisation perçue par le résident comme imposée, est en réalité souvent due à des raisons de sécurité, d'humanité et aussi à l'assistance requise pour toute personne en danger.

Pour pallier les problèmes d'accès aux soins des migrants âgés isolés, on peut se demander si la solution de les placer dans des maisons de retraite ne conviendrait pas mieux. Mais ce n'est pas la solution privilégiée par la Sonacotra, car orienter cette clientèle vers une maison de retraite reviendrait à la déraciner une nouvelle fois.

2.2 ...et de causes exogènes

2.2.1 un logement inadapté aux problématiques lourdes

Le logement est également garant de l'état de santé. Alors que de nombreux foyers n'ont pas été rénovés depuis leur construction et qu'ils montrent des délabrements importants, ils se trouvent aujourd'hui inadaptés aux besoins des résidents vieillissants. Il existe un lien entre la précarité du logement et l'accès aux soins ; et à de rares exceptions, l'ensemble des foyers sont incompatibles avec l'accueil de personnes handicapées ou vieillissantes, dont les capacités d'autonomie ne feront que se réduire au fur et à mesure de l'avancée en âge : chambres étroites, sanitaires inadaptés, étage non desservi par ascenseur, absence de téléphone personnel, séparation des différents lieux de vie.

Une personne à mobilité réduite se heurte donc, non seulement à l'inadaptation des équipements et mobiliers mais aussi, à l'étroitesse et à la dissémination des espaces nécessaires à sa vie quotidienne, avec des espaces collectifs qu'elle ne peut plus s'approprier. Les auteurs d'un

rapport de l'IGAS qualifie l'espace individuel du résident comme un domicile « inappropriable, déshumanisant et morcelé ». L'illusion du provisoire ne permet plus comme auparavant de tenir à distance l'inhabitabilité de cet espace inattentif à l'identité des immigrés et de leurs besoins.

Les interventions depuis l'extérieur sont parfois difficiles pour les professionnels de l'extérieur, dues à des difficultés comme l'accès malaisé au foyer et à la chambre du résident ou absence d'un point d'eau dans les chambres, ce qui rend problématiques certains soins.

Au-delà de l'adaptation des services, il est essentiel de repérer dans le même temps les limites du maintien à domicile. Comment orienter les personnes en perte d'autonomie vers des établissements adaptés qui prendront en compte leurs particularités ? Il faut déjà que dans un premier temps soient menées des concertations avec les établissements concernés sur l'adaptation de leur accueil à ce public.

Dans certaines régions comme l'Ile de France, où le marché immobilier est en très forte hausse et où la densité immobilière ne permet plus d'extension, la situation devient problématique pour toute opération de relogement et de desserrement des foyers, ainsi le foyer Bara en surpopulation en est l'exemple type parmi les foyers qu'il m'a été donné de visiter.

Il est aussi à noter qu'il m'a été rapporté tant par les associations, les gestionnaires et par les migrants interrogés qu'il arrive parfois que les services d'urgence qui se déplacent jusqu'à certains foyers (surtout en pleine nuit) demandent instamment que le malade soit descendu dans le hall, sinon ils laissent entendre qu'ils peuvent refuser d'intervenir.

2.2.2 le gel budgétaire

L'action du Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD) dans le domaine du logement et de

l'habitat s'inscrit de manière générale dans les orientations définies par les pouvoirs publics.

Dans le budget du FASILD de 185 millions d'euros, adopté pour 2003, les crédits du ministère de l'action sociale représentent 170 millions d'euros. La moitié de ces crédits est mise en réserve par le gouvernement. Les crédits 2003 ont été transférés par la DGAS aux DDASS à raison de 80% de l'enveloppe versée en 2002. Les 20% complémentaires sont « gelés » pour l'instant. Mais le ministère rappelle que l'État fait l'objet d'un engagement en deux temps et que le premier engagement d'un montant de 85,37 Millions d'euros, couvre la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2003.

Cependant, Gilles de Robien a rappelé récemment les mesures du programme de lutte contre l'exclusion, en cohérence avec le processus de décentralisation, qui ne remettra pas en cause le rôle régulateur de l'État, et l'importance des moyens à consacrer au logement social pour réussir la politique de rénovation urbaine.

La solution est peut-être à chercher dans la théorie de Neusch Vander, le principe du travail en réseau où $1+1=3$, où l'effet de synergie du partenariat en réseau permet de compenser la restriction des moyens de financement.

3 LES PROPOSITIONS D'AMELIORATION.

Il s'agit d'aborder une réflexion qui passe par deux axes forts :

- développement d'une réponse plurielle aux besoins des migrants âgés, dont les aspirations sont en partie nouvelles,
- recherche d'une offre de service de qualité adaptée aux attentes individuelles.

Afin de répondre pleinement à ces objectifs, il apparaît primordial de développer et de renforcer notre connaissance de la population bénéficiaire de l'action sociale et de leurs pratiques. Or de toute évidence cette population n'est pas homogène, il suffit pour cela de regarder les foyers où la population de tel ou tel pays se trouvent majoritaire, comme par exemple le foyer Bara où l'on trouve 97% de maliens et le foyer du Plateau à Champigny dans lequel résident en majorité des maghrébins. Ces deux populations sont très différentes en beaucoup de points : vie collective ou plus individuelle, solidarité plus ou moins forte, cultures propres à chaque communauté. Ces populations sont animées par différents modes d'approche du vieillissement, de la maladie et de son accompagnement.

Sous le biais de l'état des lieux de la situation du peuplement des foyers de travailleurs migrants et du vieillissement, et sous celui de la lutte, contre les exclusions, fondée sur le respect de l'égale dignité des êtres humains qui est une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ; nous nous attacherons à exposer les différentes solutions envisagées qui peuvent être directement opérationnelles.

3.1 Développer la connaissance des attentes de cette population

L'article 1 de la Loi du 29 juillet 1998 d'orientation en faveur de la lutte contre les exclusions, stipule que cette priorité a pour enjeu de garantir à tous l'accès effectif à des droits fondamentaux, auxquels participe l'accès à la santé.

Dans ce domaine, la mise en œuvre de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) a été rendue obligatoire.

L'élaboration de ce type de programme ne peut, par ailleurs, être dissociée de celle du Schéma National de Services Collectifs Sanitaires, instaurée par la Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'Aménagement et le Développement durable du Territoire, et dont l'enjeu primordial est d'assurer un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité.

La mise en œuvre de ces deux dispositifs a permis, d'ores et déjà, d'engager une concertation et une coordination certaines avec d'autres Administrations d'État telles que celle de l'Emploi et de la Solidarité, ainsi qu'avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale et le secteur associatif. Ceci est vrai au niveau régional mais aussi départemental. Le PRAPS se construit en liaison étroite avec les Schémas Départementaux d'accès aux soins, dont la préparation et la mise en œuvre sont confiées aux Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales –DDASS-.

La concertation a notamment pu se faire au sein de comités de pilotage et de groupes de travail.

Compte tenu de son objet, les liens à établir entre le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins et d'autres programmes sont nombreux. Outre le Schéma National des Services Collectifs Sanitaires et les Schémas Départementaux d'accès aux soins il faut mentionner :

- les programmes d'actions attendues dans le cadre de la Politique de la Ville.
- les programmes départementaux d'insertion (PDI) qui ont été initiés par les Conseils Généraux en même temps que se mettait en place le Revenu Minimum d'Insertion et dont certaines actions relèvent du domaine de la santé.

- d'autres programmes engagés sous l'égide de l'État (Direction Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales –DDASS)-. Il s'agit notamment des Schémas Départementaux d'Hébergement.

3.1.1 améliorer l'accès aux droits et aux dispositifs de soins et de prévention

La France a connu depuis 50 ans une amélioration régulière de la santé et de l'espérance de vie sans incapacité ; mais ces progrès n'ont pas été répartis équitablement dans l'ensemble de la population.

En précisant que la santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables qui sont essentiellement, que l'individu doit « pouvoir se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources et avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable », la Charte d'Ottawa élaborée en 1986 par l'Organisation Mondiale de la Santé décline de fait les conditions nécessaires à la cohésion sociale, et affirme que celle-ci est un préalable indispensable à la bonne santé collective. Mais si l'état de santé des personnes dépend de nombreux facteurs extérieurs au système de soins – l'éducation, le niveau économique, les facteurs d'intégration sociale comme le fait de disposer d'un logement- il n'en reste pas moins que l'accès à la prévention et aux soins joue également un rôle important. L'état de santé est ainsi fonction des inégalités sociales face aux déterminants de la santé, mais aussi parce que le système de santé français –bien que réputé pour sa qualité et ses performances- n'apporte pas toujours les réponses appropriées aux besoins spécifiques des personnes les plus démunies.

Le principe de la loi du 29 juillet 1998 s'inscrit dans une logique d'égalité. L'ambition de la loi est de garantir à tous les individus formant la communauté nationale un réel accès aux droits fondamentaux tels qu'ils existent dans la Constitution française, et parmi lesquels figure le droit à la santé.

3.1.2 partager les représentations en matière de santé

Prévus dans l'article 71 de la loi précitée, les PRAPS visent à protéger les personnes vivant dans une situation précaire et connaissant des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé. Comme le soulignait le Haut Comité de la Santé Publique⁶ « indépendamment des facteurs limitant que sont, pour les personnes en situation de pauvreté et de précarité l'accès aux droits et l'absence de couverture complémentaire, il existe d'autres limites à l'accès aux soins : les unes étant propres aux personnes elles-mêmes et les autres étant dues aux soins. Il y a trop souvent entre la personne qui, certes est malade, mais souffre d'abord d'une mauvaise image d'elle-même, et le système de soins une distance psychologique fondamentale qui ne permet pas un dialogue serein qui souvent se traduit à la fois par une résistance du patient à aller consulter et une incapacité du système de soins (public ou privé) à prendre en charge les problèmes spécifiques ». Il s'agit donc d'offrir, à ceux qui vivent avec la menace permanente de glisser vers les marges de la société, un ensemble de mesures destinées à les empêcher de tomber dans la grande pauvreté et l'exclusion, en particulier en protégeant leur santé. Les personnes en situation de précarité peuvent, du fait d'un mauvais état de santé, tomber dans l'exclusion. De même, la précarité peut avoir un effet négatif sur la santé. Donc, si on veut prévenir l'exclusion, il faut que le système sanitaire et social apporte une attention particulière aux personnes en situation de précarité ; les PRAPS vont dans ce sens, ils sont un outil essentiel dans la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé. En effet les PRAPS invitent l'ensemble des acteurs du système sanitaire et social ainsi que tous les citoyens à s'interroger sur les causes de ces inégalités de santé : quelles sont les barrières à l'accès à la prévention et aux soins ? Qu'est-ce qui fait qu'une partie de la population ne profite pas à plein, des ressources de notre système de santé ?

Ainsi dans le cadre de la loi du 29 juillet 1998 d'orientation en faveur de la lutte contre les exclusions, un programme régional d'accès à la

⁶La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, février 1998

prévention et aux soins PRAPS a été élaboré afin de combattre les inégalités d'accès à la santé. Les DDASS et la DRASS d'Île de France ont retenu parmi leurs axes prioritaires, une action en faveur des personnes résidant en habitat collectif et notamment en foyer de travailleurs migrants.

L'action régionale entreprise sur la base d'un cofinancement entre la DRASSIF, la CRAMIF, et le FASILD s'inscrit également dans le cadre d'un plan quinquennal de réhabilitation des foyers de travailleurs migrants. Ce plan, initié par la convention État-Union d'Économie Sociale pour le Logement (UESL) du 14 mai 1997, a été reconduit sur la période 2002-2006. Ainsi à la réhabilitation du bâti des foyers s'ajoute de façon indissociable l'élaboration d'un projet social.

Le FASILD a rejoint le dispositif en 2003 pour étendre le champ d'intervention de cette action, élargir les financements et donner une meilleure visibilité des projets aux résidents et aux partenaires. Pour mieux cibler les actions, les objectifs ont été reformulés. Il s'agit de mieux connaître les difficultés sanitaires et sociales des résidents, de faire émerger une demande de soins précoce, d'améliorer l'accès aux droits et aux dispositifs de soins et de prévention et de faire partager les représentations en matière de santé.

L'objectif de cette action de santé dans les foyers de migrants, pilotée à l'échelon régional est donc de faire accéder les résidents à la prévention et aux soins comme n'importe quel habitant de la région, en ayant recours au dispositif de droit commun.

3.1.3 responsabiliser les acteurs et élargir le partenariat

Les administrations centrales et les services déconcentrés en charge des politiques prioritaires (vieillesse, santé, lutte contre l'exclusion, etc.) doivent s'impliquer davantage. Les outils existent. Dans les zones à forte concentration de population immigrée, il faut les utiliser : les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les conférences de santé, les instruments de programmation des actions (contrats de plan / État – Région⁴,

schémas gérontologiques, schémas médicaux et médico-sociaux, PDALPD...). Des instructions doivent être données en ce sens.

En parallèle, les organismes de « droit spécifique » doivent passer à une étape plus active : le FASILD⁷ doit accentuer son rôle d'accompagnement de ses interlocuteurs traditionnels, en particulier les gestionnaires de foyers ; la SONACOTRA doit mettre davantage ses actions en harmonie avec les orientations de son contrat d'objectifs.

Avec le vieillissement, la prise en charge et le suivi des problèmes de santé des résidents sont sans doute un des principaux chantiers menés par les intervenants sociaux et les responsables de foyers dans le cadre de l'accompagnement social. L'efficacité des réponses repose sur l'existence d'un réseau, et l'inscription du foyer dans les dispositifs de santé existants, même si le partenariat avec les services de santé et notamment hospitaliers, est souvent difficile à construire.

Les problèmes les plus importants concernent les champs suivants :

- l'hygiène et le souci de soi : ce sont des questions traitées systématiquement dans les foyers, généralement au travers de réunions collectives et informatives. L'absence d'hygiène, dans un certain nombre de cas extrêmes mais présents dans toutes les structures rencontrées, peut se révéler très problématique. Ces situations demandent généralement des réponses au cas par cas, avec un suivi sur une longue durée : intervention des services sociaux, appel à des aides ménagères.
- tout ce qui relève de la santé mentale et de l'alcoolisme (voire exceptionnellement de toxicomanie). La position des foyers comme solution de sortie de l'hôpital psychiatrique pour une partie du public exige de plus en plus

⁷ FASILD : fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations, établissement public national à caractère administratif, il est chargé d'une mission de service public, il a pour mission de mettre en œuvre des actions visant à l'intégration des populations immigrées ou issues de l'immigration résidant en France ainsi qu'à la lutte contre les discriminations dont elles pourraient être victimes.

que des relais se créent entre l'hôpital, le médecin et le foyer. Ces partenariats sont en général en cours de réalisation.

De façon générale, c'est tout le suivi santé des résidents les plus en difficulté qui doit être organisé, en partenariat avec les services de santé et des associations spécialisées :

- travail de relais avec des associations (anti-alcooliques...)
- accompagnement et formation des équipes intervenant autour des questions liées à l'alcool.

L'effort doit être accentué de façon importante sur la prévention et l'information, réalisées à travers d'actions collectives, essentiellement par des :

- réunions ponctuelles d'information sur les droits (CMU), sur les notions élémentaires d'hygiène (alimentation...), sur des informations médicales (HIV, problèmes cardiaques, maladies de l'appareil digestif, vaccination...)
- actions de prévention (dépistage tuberculose, passages de visites médicales...)

L'intérêt des fonctions de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale dans cette démarche :

On peut voir que dans le cadre du PRAPS en Île-de-France, c'est la DRASS qui pilote l'action de santé dans les foyers de travailleurs migrants. Les missions de l'inspecteur est de favoriser l'articulation avec les partenaires (conseil général, politique de la ville, DDE). La DRASS Île-de-France mobilise les acteurs de proximité, veille au respect du cahier des charges, émet des avis sur les bilans des promoteurs et participe à l'évaluation finale.

Les actions dans le cadre du PRAPS doivent s'appuyer sur un travail en amont avec le gestionnaire de l'établissement et les intervenants sociaux du foyer, s'insérer dans la continuité d'actions antérieures (diagnostic, actions de sensibilisation et de dépistage) et privilégier une démarche participative des résidents.

En 2003, cinq types d'actions sont financées :

- une étude diagnostic sur la santé des populations vieillissantes pour analyser les besoins en matière d'accès aux droits et aux soins, les dynamiques locales en gérontologie, la couverture sociale des résidents et l'adaptation du bâti. Cette étude doit proposer des réponses mobilisant les services de droit commun et dépassant le seul cadre des réponses sanitaires ;
- un diagnostic médico-social qui doit se conclure par un programme d'interventions pluriannuelles précisant les objectifs et les actions à mener chaque année ;
- des modules de sensibilisation sur les pathologies (tuberculose, hygiène alimentaire, vaccination, maladies tropicales...) avec une information sur le dispositif de soins de proximité ;
- des séances collectives d'information sur l'accès aux droits (CMU, AME, APA, AAH, pension d'invalidité, complémentaires santé...) avec les acteurs de proximité ;
- des actions de formation interculturelle pour partager les représentations culturelles concernant la santé par les résidents, les professionnels et les personnes relais.

3.1.4 développer la participation sociale.

Les formes de participation sociale des résidents vieillissants sont, en termes de consommations d'information et de loisirs, identiques à celle de la population ouvrière d'ensemble en France. Des indicateurs tels que le taux d'équipement audiovisuel, la lecture du journal et la participation associative connaissent les mêmes mouvements de rétractation que dans la population vieillissante en France. Au total, la faible consommation en la matière tient davantage au faible capital scolaire et culturel qu'à l'habitat en foyer. Cependant, même si les échanges sont affectés par la précarisation économique, ils démontrent un niveau de solidarité et des formes de sociabilité parfois bien supérieurs à ceux rencontrés dans d'autres types de logement.

Si une demande d'islam est constatée dans certains foyers, elle peut relever parfois d'une forme de repli confessionnel sur l'espace de la chambre, en dépit de l'existence de salles de prières dans les foyers de travailleurs migrants. En revanche, la faiblesse des droits politiques de ces étrangers extra communautaires est à la fois préjudiciable en terme de participation sociale et d'intérêts des pouvoirs publics, mais aussi en matière d'image de soi pour ces personnes vieillissantes. En effet l'attachement des citoyens français âgés ou très âgés à leurs droits et devoirs politiques est un élément déterminant de leur identité, qui fait souvent cruellement défaut aux travailleurs migrants vieillissants.

3.2 Apporter une réponse plurielle aux besoins recensés

3.2.1 favoriser les actions de prévention sanitaire et sociale

Il faut favoriser les actions de prévention sanitaire et sociale, afin de prévenir le mauvais vieillissement. La santé est la pièce maîtresse de l'enjeu qui va se dérouler dans les FTM dans l'avenir, car en effet sans une santé relativement correcte, il sera très difficile pour les résidents d'y vieillir sans difficultés.

L'objectif est d'informer les résidents, qui souvent ne lisent pas le français, de leurs droits aux soins, mais aussi de détecter plus tôt une maladie, d'améliorer la prise en charge des soins en facilitant leur orientation. La DDASS de Bobigny a ainsi réalisé des diagnostics médico-sociaux en collaboration avec des opérateurs spécialisés, et développé des ateliers collectifs sur la santé.

À Champigny St Maure, la municipalité s'est portée candidate aux ateliers santé-ville. Ce dispositif doit permettre d'améliorer la cohérence des actions et la promotion d'un programme local de santé en cohérence avec les PRAPS. Dans ce cadre, la ville a créé des Centres Municipaux de Santé qui exercent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ainsi les

personnes logeant en FTM peuvent sous réserve de leurs droits avoir recours à cette structure, en 2001 ce sont plus de 28000 personnes qui se sont vu délivrer des soins par le personnel médical de ces centres. Le service de soins est composé de la médecine générale, de la médecine du sport et de la médecine spécialisée : ophtalmologie, dermatologie, gynécologie, mais aussi cardiologie ou gastro-entérologie, avec au total plus de dix spécialités. Un service de radiologie, comprenant l'échographie, le doppler, la radio panoramique dentaire et mammaire, s'ajoute à ce dispositif, aux côtés de trois activités paramédicales : les soins infirmiers, la kinésithérapie et l'orthophonie. Le service dentaire complète ce service en proposant des soins simples, de l'orthodontie et de la stomatologie. Enfin le laboratoire médical, dont l'appareillage d'analyse a été modernisé récemment par sa connexion à un nouveau système informatique, propose à ses patients une édition rapide des résultats. Il travaille également au dépistage des maladies sexuellement transmissibles, de la tuberculose ou de l'hépatite B.

Également à Champigny, de nombreuses associations jouent un rôle dans les actions de prévention en matière de santé. L'association Champigny Visa développe dans les foyers, des actions de prévention de la transmission sexuelle du VIH par la diffusion de préservatifs gratuits. Au foyer Bara de Montreuil, on m'a dit par contre que l'on ne distribuait pas de préservatifs alors que les hommes y sont plus jeunes ; car cette action risquerait d'être interprétée comme un accord tacite à la prostitution qui se déroule aux abords du foyer.

Bref Champigny, avec l'aide de l'Office Municipal des Migrants, a joué la carte d'ouvrir les foyers et résidences sur la ville, en développant l'information auprès des résidents des actions qui se déroulent sur la commune afin qu'ils puissent y accéder, et en leur permettant d'être citoyens, en recherchant avec eux les modalités d'expression de leurs besoins et en prenant en compte leurs propositions.

La revue Horizon de la Sonacotra mentionne une initiative très intéressante qui se déroule loin de Paris à St Martin d'Hères (Isère), et qui aurait le mérite d'être étendue. La gestionnaire de ce foyer

confronté à l'analphabétisme de ses résidents, a conclu un micro partenariat avec un pharmacien. Celui-ci dessine sur chaque boîte de médicaments un pictogramme, composé de trois cases : une pour le matin, une pour le midi, une pour le soir. Et inscrit autant de bâtons dans chacune d'elle que de pilules à avaler.

3.2.2 lutter contre les inégalités de santé

Pour lutter contre les inégalités de santé, il faut améliorer l'accès aux soins ; en effet pour de multiples raisons, les populations les plus pauvres auxquelles appartient celle des migrants âgés en foyers sont celles qui sont le plus exposées aux risques de santé.

En France plus qu'ailleurs, l'approche dominante des inégalités économiques a longtemps circonscrit les études sur la santé aux questions essentielles de l'accès au financement des soins. Les actions de santé sont déterminantes pour l'amélioration des populations en difficulté, en témoigne le recours aux soins des populations couvertes par la CMU.

Les personnes pauvres et précaires sont plus souvent malades que les autres et disposent de moins de ressources permettant leur guérison. La précarité est une source de fragilité pour la santé des individus. Les personnes pauvres ont non seulement une mortalité plus importante que les autres, mais l'ensemble des maladies y est plus fréquent parmi elles. De plus dans le cadre des migrants âgés en foyers, il convient de souligner qu'ils ont été soumis à une vie de dur labeur et que les va-et-vient favorise le risque d'introduction de maladies tropicales, risque d'autant plus présent qu'en raison de la grande promiscuité de certains foyers le risque de contagion peut être élevé.

3.2.3 l'aide à domicile

L'expérience montre que l'accès aux services gériatriques est difficile et nécessite une adaptation et la mise en œuvre de nouveaux modes d'intervention de la part des gestionnaires et des services aux personnes âgées : lieux de diagnostic et d'évaluation partagés, temps

de formation commun, réseau de coordination et de concertation, information des usagers, concertation avec les associations de migrants.

Quant à l'organisation des soins à domicile, on peut s'apercevoir que l'utilisation des moyens paramédicaux, infirmières et autres, dans leur démarche classique de réalisation d'actes semble tout à fait efficace. Mais, l'accessibilité aux soins à domicile dans le cadre de l'organisation des soins d'hygiène corporelle apparaît inexistante. En effet, les personnes âgées migrantes en perte d'autonomie ne semblent pas bénéficier de cette allocation spécifique.

A) le maintien à domicile

L'avancée en âge et les pertes d'autonomie successives rendent l'isolement du migrant célibataire plus problématique que l'option prévue par la politique gériatrique actuelle en France sur le maintien à domicile. En effet, ce maintien est basé sur une prise en charge globale s'articulant autour de l'intervention de professionnels et de la famille au domicile. La famille souvent pivot de l'organisation du maintien à domicile. Naturellement ici, le schéma n'est pas le même et n'est pas adapté à la population migrante vivant en foyer.

Il est important de rappeler que comme les migrants âgés considèrent le foyer dans lequel ils vivent comme étant leur domicile, il devrait être envisageable de faire bénéficier cette population des systèmes techniques et des moyens humains entrant dans le cadre du maintien à domicile.

La Sonacotra a choisi de favoriser le maintien des migrants âgés dans le foyer ou la résidence le plus longtemps possible. Mais pour autant, il n'est pas question de transformer ces structures en établissements pour personnes âgées, ni de médicaliser l'espace de vie, mais de s'adapter à une spécificité culturelle et à un parcours de vie.

Pour que ce maintien s'effectue dans de bonnes conditions, l'entreprise travaille sur plusieurs axes. Acte I : la Sonacotra dresse pour son parc

de logements un état des lieux à la fois quantitatif et qualitatif afin de déterminer le nombre de personnes concernées, puis identifie les besoins et les attentes spécifiques à chaque foyer. Acte II : développer des partenariats avec les acteurs locaux chargés du maintien à domicile des personnes âgées, et notamment les CLIC⁸, les associations et organismes spécialisés « migrants », les organismes publics municipaux et départementaux...On s'aperçoit que ces phases préparatoires sont très longues et nécessitent au moins deux ans de travail.

Si on veut mettre en œuvre les dispositifs de maintien à domicile, l'adaptation du logement des immigrés isolés est une nécessité. A ce titre, tout ce qui concourt à l'amélioration de leur habitat doit être tenté ou poursuivi : il faut donc donner une nouvelle impulsion à la réalisation du plan quinquennal, poursuivre l'éradication de l'habitat indigne, prendre appui sur le programme expérimental « pensions de famille » qui a érigé en critère d'accueil, l'isolement social et affectif, qui est aussi une caractéristique de cette population.

Parallèlement, il s'avère indispensable de se préoccuper de l'adaptation des logements et des établissements. Dans le cadre de réhabilitations, certains aménagements techniques nécessitent des travaux lourds, comme l'installation d'ascenseurs; d'autres sont plus légers : mains courantes le long des cheminements et dans les escaliers, revêtement de sols antidérapants, bloc sanitaire dans les chambres avec barre d'appui et poignée de maintien, etc.

Il convient également de développer l'animation du partenariat à partir du domicile, à l'instar des dispositifs d'accompagnement social, de médiation sociale ou d'aide à la gestion locative sociale mis en place avec l'aide des pouvoirs publics et du FASILD par les gestionnaires de foyers.

⁸ CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique

Le maintien à domicile suppose aussi d'adapter aux besoins des usagers les modalités d'intervention des services d'aide à domicile (donner de la souplesse à leurs conditions d'intervention, favoriser l'ouverture interculturelle des intervenants, etc.) et d'élaborer des outils, simples et opérationnels, pour les responsables d'hébergement.

Enfin, il faut admettre, lorsque la dépendance s'installe, que le maintien à domicile n'est pas toujours possible et que l'orientation en institution peut s'avérer inéluctable. Au vu d'expériences réussies de terrain, la mission de l'IGAS dans son rapport de novembre 2002 recommande la confection d'un guide d'orientation et d'accueil en EHPA(D), à destination des gestionnaires d'établissements et des équipes médico-sociales de l'APA.

Il s'agit d'abord d'afficher, au niveau des pouvoirs publics, l'objectif visant à considérer le foyer comme un « domicile », et d'utiliser, quand c'est nécessaire, l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) comme outil de traitement des situations individuelles.

B) service d'aide ménagère

Il arrive bien souvent que les employées des collectivités apportent un soutien aux résidents âgés et/ou handicapés pour certaines tâches telle que le ménage, l'entretien de leur linge, mais aussi la prise de médicaments, les repas ou la toilette... Mais il n'est pas évident que ces actions soient du ressort de l'association gestionnaire.

Il existe peu de demandes d'aides ménagères émanant des résidents ou transmises par les foyers. Il y a aussi l'hésitation ou le refus de certains services ou de certaines aides ménagères d'entrer dans les foyers. Ces interventions doivent pour réussir répondre à différents critères dont le choix d'une personne motivée ayant intégré les objectifs de son intervention et de ses limites, la connaissance de cette professionnelle par le personnel et les résidents du foyer, comme personne référent intégrée partiellement au foyer, et enfin la constitution de liens entre

foyer et services de maintien à domicile dans le cadre éventuellement du réseau gériatrique.

C) L'allocation personnalisée d'autonomie

Le 26 juin 2001, l'Assemblée Nationale a adopté définitivement le projet de loi « relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ».

Il pose une série de trois principes :

- toute personne âgée dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.
- cette allocation, définie dans des conditions identiques sur tout l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.
- l'allocation personnalisée d'autonomie a le caractère de prestation en nature.

Les personnes immigrées vieillissantes n'étant pas exclues du bénéfice de cette allocation, elles y ont droit. Cependant, le rapport de l'IGAS attire notre attention sur le fait que le bénéfice de cette allocation pourrait être « touché » par la notion floue de résidence qui est une condition d'obtention.

3.2.4 ouvrir les foyers sur la ville :

Nous assistons aujourd'hui à la fin d'un cycle : celui des foyers de travailleurs migrants et à l'émergence d'un nouveau cycle : celui des résidences sociales⁹. Le chantier des mutations des FTM en résidences

⁹ Le terme de résidences sociales désigne les résidences sociales créées à partir de 1994 (décrets du 23 décembre 1994) pour accueillir de manière transitoire des publics

sociales est un défi aux enjeux colossaux : humains, sociaux, politiques, techniques...

À côté de la population « traditionnelle », les foyers accueillent aujourd'hui une population nouvelle qui n'est pas spécifiquement immigrée et qui est constitué de personnes en situation de précarité qui trouvent dans les foyers un logement transitoire à faible coût. Progressivement les foyers se transforment ainsi en « résidences sociales » de fait ou agréés par les pouvoirs publics. Mais le bâti de ces foyers n'est plus aujourd'hui adapté aux besoins nouveaux des populations accueillies : chambres trop petites, accessibilité difficile pour les personnes vieillissantes.

L'état a mis en place en 1998 un plan quinquennal de réhabilitation des FTM, financé par des investissements importants et qui nécessite un engagement des propriétaires qui sont souvent (hors parc Sonacotra et associations gestionnaires propriétaires de leur parc) des bailleurs publics.

Le troisième axe de la circulaire¹⁰ du 21 mars 2003 qui met en œuvre les orientations en matière de programmation et de politique du logement décidé par l'actuel gouvernement, poursuit la lutte contre l'exclusion par le logement sous toutes leurs formes et combats les situations de logement indigne. Elle rappelle notamment, s'agissant des foyers de travailleurs migrants, la nécessité de rattraper le retard pris

démunis. Il désigne aussi les foyers de travailleurs migrants qui, à la suite de travaux de réhabilitation ou par simple contractualisation, deviennent statutairement, des « résidences sociales » même si les résidents restent des travailleurs migrants installés durablement. Le passage de l'un à l'autre n'est cependant pas anodin puisqu'il demande l'élaboration d'un projet social de l'établissement et une concertation pour une inscription de la résidence sociale dans les politiques et dispositifs locaux.

¹⁰ Circulaire n°2003-21/UHC-IUH 2/6 du 21/03/2003 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'État pour 2003.

sur le programme initial, ce qui a conduit à une prolongation de ce programme à travers une nouvelle convention quinquennale sur la période 2002-2006, dont le contenu est exposé dans la circulaire interministérielle¹¹ du 3 octobre 2002. Le contrat d'objectif passé entre l'État et la Sonacotra a été ajusté en conséquence.

Ainsi ces efforts notables de transformation participent à la banalisation des foyers dans le quartier et la ville. S'il ne semble pas possible de parler d'une inversion de l'image négative liée au foyer, en revanche les efforts faits pour ouvrir les structures des quartiers aux résidents, mobilisent plus fortement les partenaires locaux au quotidien, et attirent dans les établissements des personnes extérieures.

3.2.5 créer des appartements de coordination thérapeutique

L'idée d'aménagement d'appartement accueillant, avec les éléments de confort et d'accompagnement médico-social nécessaires, des résidents convalescents nécessitant des soins à domicile permettrait une bonne prise en charge sanitaire. En effet, la promiscuité liée aux chambres collectives rend très difficile le traitement des résidents nécessitant des soins, les situations se trouvent parfois aggravées simplement par le manque d'intimité et la difficile prise en compte de la dignité des personnes. Ce projet demande un important travail de partenariat avec les différents services d'aide et de soins à domicile, les médecins...

3.3 préconisations de l'IGAS

L'IGAS vient de publier un important et excellent rapport sur la situation des immigrés vieillissants. C'est à la demande du secrétariat d'État aux personnes âgées que l'IGAS s'est intéressée à la situation des immigrés vieillissants, sous deux angles :

¹¹ Circulaire interministérielle DPM-ACI4/CILPI n°2002/515 du 3/10/2002

- D'une part, l'accès aux droits sociaux et plus spécifiquement l'accès à la retraite, en portant une attention à la question de résidence en matière de minimum vieillesse,
- D'autre part, la prise en charge institutionnelle de cette population par les dispositifs de droit commun relatifs aux personnes âgées et aux personnes défavorisées, ainsi que par les organismes spécifiques dédiés aux étrangers.

Quatre aspects de la situation des immigrés vieillissants sont abordés dans ce rapport :

- 1- la question des immigrés vieillissants est de plus en plus actuelle. Comme la population totale, la population étrangère, toutes nationalités confondues, vieillit. Le rapport rappelle les chiffres du dernier recensement de 1999, qui font apparaître 3,25 millions d'étrangers dont 537.000 âgés de plus de 60 ans (soit 16,5% contre 11,4 en 1990). Le vieillissement est surtout marqué pour les populations originaires du Maghreb. En foyer de travailleurs migrants, indique l'IGAS, le phénomène est plus accentué. Le rapport procède à partir des données du RGP de 1999, a une estimation basse de 40.000 hommes maghrébins, isolés en foyer et hors foyer, âgés de 60 ans et plus en 2002. Ce phénomène de vieillissement devrait culminer dans les années 2010 – 2020.
- 2- Le chemin d'accès aux droits à pension est semé d'embûches. Le rapport insiste sur le risque de perte de droit lié à la précarité économique des migrants. Le rapport note que ceux-ci sont sur-représentés parmi les bénéficiaires d'une composante du minimum vieillesse (l'ASFVS). Le rapport décrit les principales difficultés d'accès à la retraite et au minimum. L'IGAS note également que la résidence est une notion à géométrie variable. Le rapport rappelle le principe de territorialité lié aux prestations constituant le minimum vieillesse et il note que « le contrôle de cette condition a un fondement juridique incertain ». La même observation est faite pour les autres avantages non contributifs (AAH, RMI, APA).

- 3- Après avoir évacué le mythe du retour au pays, le rapport s'interroge sur les conditions de vie des migrants âgés. La mission fait les deux même constats que ceux développés dans mon analyse, à savoir santé précaire et logement peu adapté. L'IGAS fait remarquer que les migrants sont peu présents dans les institutions pour personnes âgées. Les rédacteurs du rapport notent que la transformation des foyers en résidences sociales a pris en compte cette réalité, en leur permettant d'y demeurer, par dérogation aux textes en vigueur. Ils rappellent, à cette occasion, que le plan quinquennal de réhabilitation des FTM a pris du retard et que « l'habitat indigne abrite encore souvent cette population ». D'autre part le rapport observe que les mesures prises en leur faveur sont ponctuelles et ne s'inscrivent pas dans une véritable politique. Ainsi, malgré une prise de conscience générale par les institutions dédiées aux immigrés, notamment par la plupart des organismes gestionnaires et leur organisation professionnelle (l'UNAFO), la mission a trouvé un foisonnement d'études et d'expérimentations locales qui se sont développées « en l'absence de cadrage général, c'est à dire sans politique véritable ».
- 4- Au-delà des expériences menées, la mission préconise une approche réaliste et globale. Celle-ci demande que soit favorisé le maintien à domicile, en considérant le foyer comme un domicile, en adaptant les logements. Pour cela il est nécessaire de « donner une nouvelle impulsion à la réalisation du plan de traitement des FTM, de poursuivre l'éradication de l'habitat indigne, de prendre appui sur le programme expérimental *pensions de famille* qui a érigé en critère d'accueil, l'isolement social et affectif, qui est aussi une caractéristique de la population étudiée par la mission. Il convient, par ailleurs, de développer l'animation du partenariat à partir du domicile et d'adapter aux besoins des usagers les modalités d'intervention des services d'aide à domicile. Par ailleurs, afin de permettre l'orientation des personnes en perte d'autonomie vers les établissements, l'IGAS

préconise la confection d'un guide d'orientation et d'accueil en EHPA(D), à destination des gestionnaires d'établissements et des équipes médico-sociales de l'APA. Dans le paragraphe qui concerne la responsabilisation des acteurs, la mission demande que les administrations centrales et les services déconcentrés en charge de nos politiques prioritaires (vieillesse, santé, lutte contre l'exclusion...) s'impliquent davantage, en utilisant les outils à leur disposition : les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les conférences de santé, les instruments de programmation des actions (contrat de plan État / Région, schémas gérontologiques, schémas médicaux et médico-sociaux, PDALPD...). Enfin, le rapport fait un certain nombre de propositions aux organismes de retraite, parce qu'ils « doivent aller plus loin » et recommande aux organismes de droit spécifique de « passer à une étape plus active ». En conclusion, le rapport préconise de clarifier des notions de base, de donner à la notion de résidence une définition juridiquement valide, de définir clairement la notion de « domicile » pour en permettre une appréciation homogène sur le territoire, d'assouplir le régime d'attribution de l'aide ménagère (par exemple, mutualisation des heures sur plusieurs têtes...) et de consolider la pratique du va-et-vient, qui apparaît consubstantielle à la vie de cette population qui est « à la fois ici et là-bas ».

CONCLUSION

Notre société connaît une augmentation constante du nombre de personnes âgées, et une amélioration continue de l'espérance de vie sans incapacité. Cependant, cela est sans compter la population des foyers de travailleurs migrants, où se trouvent bon nombre d'hommes isolés âgés qui ne bénéficient pas de cette promotion de la santé.

On a vu que les projets d'accompagnement socio-sanitaire (soins, hygiène, santé) en faveur des résidents en mauvaise santé ou en perte d'autonomie en raison de leur âge, dans les foyers de travailleurs migrants, ont trois objectifs : améliorer l'état de santé général des résidents, les aider à accéder à leurs droits et enfin leur faire prendre conscience de leur capital santé. Ces projets nécessitent que soient repérés au préalable les besoins non satisfaits du fait d'un manque d'investissement personnel de ces résidents pour leur santé en général. Dans notre analyse, certaines populations des foyers avaient un accès plus difficile aux droits comme aux soins, et les actions de prévention sont souvent parues inefficaces car inadaptées. De plus, la prévention n'est pas un souci majeur lorsque l'on vit en foyer.

Mais, à l'occasion d'un accompagnement sanitaire et social, les comportements peuvent évoluer, et les intéressés consentent à se soigner.

Alors, il semblerait que parfois, un accompagnement dans la durée doit être envisagé au-delà de l'étape d'accueil. Ce travail d'aide directe à la personne en difficulté, étape curative au lieu de préventive et d'éducative, permettrait de pouvoir créer une nouvelle dynamique d'éducation à la santé.

L'accompagnement en matière de santé est donc complexe et ne touche pas que le volet sanitaire, mais également le volet administratif et social.

Au-delà de cette prise de conscience du problème des personnes en perte d'autonomie dans les FTM, il faut avant tout que soit mise en place une véritable politique et non seulement des mesures ponctuelles.

Dans notre devoir, deux idées directrices sont apparues:

- la médiation en santé est un outil essentiel de l'accompagnement, et a pour objectif de favoriser l'accès aux droits, l'accès aux soins en vue d'une prise en charge globale et adaptée. Il peut s'agir d'un accompagnement individuel ou collectif par le développement du réseau des acteurs médico-sociaux et d'éducation à la santé. De plus, il manque des lieux d'accueil capables de prendre en considération les différences culturelles des populations et d'assurer un travail de médiation entre les personnes en perte d'autonomie ou ayant des problèmes de santé et l'offre de soins de droit commun.
- il persiste actuellement le besoin d'une véritable politique adaptée à notre population étudiée et à son cadre de vie et qui remplacerait avantageusement des mesures trop ponctuelles.

La médiation en santé doit s'organiser selon les spécificités de l'établissement et de sa population. Elle peut se rapprocher d'un projet d'éducation, dans le sens où la notion d'éducation est toujours présente.

Aussi faut-il, dans les structures professionnelles de proximité, que soit porté l'accent sur une pluridisciplinarité. En effet, en associant des professionnels médico-sociaux aux compétences complémentaires et des personnes de proximité issues de la communauté, ou du foyer, cette pluridisciplinarité optimiserait la rencontre avec les bénéficiaires, sur des sujets tels que la prévention et la réduction des risques au moyen d'outils spécifiques et adaptés, l'éducation à la santé par les pairs, l'information sur l'accès aux droits et aux soins, et les soins eux-mêmes.

"Si le soignant tient compte des particularités physiques et sociales du patient, pourquoi ne s'intéresserait-il pas également à sa culture, à ses valeurs et croyances qui interviennent dans le rapport qu'il entretient avec son corps et sa maladie, et qui influent sur son rapport aux soins?"

Zahia Kessar, anthropologue

Bibliographie

LIVRES

Yamina Benguigui : mémoires d'immigrés, éditions Albin Michel

Michel Fiévet : Le livre blanc des travailleurs immigrés des foyers: Du non-droit au droit éditions Liem L'Harmattan

Angèle Nyer-Malbet: migration et condition sanitaire, L'Harmattan

REVUES ET ARTICLES

Horizon le journal d'information de la sonacotra

Ecart d'identité n°94, du foyer de travailleurs migrants à la résidence sociale

Migrations-Santé n° 99/100

Taoufik Ftaita: vers une prise en charge du vieillissement des travailleurs immigrés isolés

Migrations-Santé n°88

Loucx F, de Jonchem: la santé des immigrés plus âgés

Documents, rapports

Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées
exercice 2000, rédigé par Jean Rebuffel et Sabine Veniel

Rapport public 1998, jurisprudence et avis de 1997, réflexions sur le droit de la santé – Conseil d'Etat, la Documentation Française

Haut Comité de la Santé Publique: la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé- ENSP 1998

Inspection générale des affaires sociales: rapport sur les immigrants
vieillissants de Françoise BAS-THERON et Maurice MICHEL

Les foyers dans la ville – FTM et politique de la ville – guide réalisé à la
demande du FASILD, de la Délégation Interministérielle à la Ville et de la
Caisse des Dépôts et Consignations

Liste des annexes

Rendez-vous:

DRASSIF: Mme Nageotte et Mme Antoine

FASILD: Mme Benchikou

SONACOTRA: M.Millet

DDASS de Bobigny: M. Beignet

Migrations Santé: Mme Bitatsi-Trachet

Médecin santé publique: Docteur Nouiouat

Foyer Bara: Mme Diawara

Foyer du Plateau: Mle Owel

Foyer David d'Angers

Et avec des migrants dans les foyers du Plateau et Bara.

Grille d'entretien:

- état de santé des résidents du foyer? État de leur couverture sociale?
- Avez-vous un projet santé qui intègre la promotion de la santé?
- Disposez-vous d'outils d'évaluation de la situation des migrants en perte d'autonomie nécessitant une prise en charge individuelle?
- Existe-t-il un système d'évaluation des actions mis en place dans ce foyer?
- comment les résidents se représentent-ils la santé et les maladies?
- Quelles sont les difficultés rencontrées? Avez-vous connaissance de difficultés d'accès aux soins, et quelles en sont les raisons selon vous?
- quelles sont les pratiques de soins utilisées par les personnes dans ce foyer?
- l'offre de soins locale existe t-elle? Est-elle adéquate aux besoins?
- Et quelles seraient selon vous les solutions à apporter pour améliorer la prise en charge en terme d'accès aux soins?
- Vos priorités et vos actions ont-elle changé durant ces dernières années?
- y a-t-il des actions de prévention et d'information?
- Avez-vous connaissance des dispositif qui sont à l'étude?
- Pour vous y a t'il cohérence entre vos actions et la politique de l'Etat ou de la politique locale?

Appel à projets 2003: actions en matière de santé en direction des résidents en foyers de travailleurs migrants (voir pages suivantes)

PREFECTURE DE LA REGION D'ILE-DE-FRANCE



Affaire suivie par :

Geneviève Antoine - Tél : 01 44 84 23 95 Mohamed Ayadi - Tél : 01 40 02 73 51 Arnaud Blandeyrac - Tél : 01 40 05 32 33

Appel à projets 2003 Actions en matière de santé en direction des résidents en foyers de migrants

Cet appel à projets relatif à l'action de santé dans les foyers de travailleurs migrants (F.T.M) se situe dans la continuité de l'appel à projet 2001 renouvelé en 2002. Il prend en compte les réflexions menées par les partenaires sur les deux premières années de fonctionnement.

Le présent appel à projets régional 2003 intègre **le FASILD comme troisième financeur aux côtés de la DRASSIF et de la CRAMIF**, afin de permettre :

- ✓ Une extension du champ d'intervention de l'action,
- ✓ une plus grande mise en cohérence des actions et des financements,
- ✓ une meilleure visibilité des projets par les résidents et les partenaires,
- ✓ une facilitation des démarches des promoteurs et une simplification de leurs rapports avec les financeurs.

Cet appel à projets cible une typologie d'actions à mener sur des FTM, précisément définies d'un commun accord dans le cadre du comité de pilotage .

Il s'inscrit en complémentarité avec d'autres actions d'éducation à la santé et de prévention qui peuvent être menées notamment au titre du VIH - VHC dans les FTM.

1 – Exposé des motifs

1-1 : La situation des foyers de travailleurs migrants

L'Ile de France est traditionnellement la plus importante région d'immigration de travailleurs étrangers. Elle comprend un très grand nombre de foyers de travailleurs migrants : 250 foyers pour environ 55 000 places.

Ces foyers sont implantés sur l'ensemble des départements de la région, notamment à Paris et en petite couronne qui au total en comptent actuellement les deux tiers.

Destinés à partir des années soixante à une population homogène de résidents immigrés actifs, les foyers de travailleurs migrants connaissent, aujourd'hui, une profonde mutation.

A une population d'immigrés jeunes actifs succède progressivement une population plus hétérogène. La population « traditionnelle » de migrants voit sa composition et les situations sociales se modifier : résidents immigrés âgés ou proche de la vieillesse pour qui le foyer devient le lieu définitif de résidence, phénomène de « va-et-vient » dans le pays d'origine, inactivité professionnelle pour certains résidents, nouvelle population fragilisée (jeunes, personnes isolées présentant un cumul de handicaps).

En outre, **les difficultés d'intégration urbaine des foyers renforcent les problèmes d'insertion sociale des résidents**, et donc les inégalités dans l'accès aux dispositifs sanitaires et sociaux de droit commun.

1-2 : Les difficultés d'accès au dispositif de soins et les attentes des usagers :

a) Le contexte épidémiologique :

Les résidents dans les FTM sont exposés à de nombreux facteurs de risque aux conséquences importantes qui s'expriment en termes de souffrance physique et psychologique. Ces facteurs sont liés à la surpopulation des foyers souvent anciens et hors normes, aux conditions de vie et de travail difficiles, à l'isolement affectif et sexuel

Leur bilan sanitaire est souvent préoccupant :

- ✓ certains, originaires d'Afrique du nord, après une vie de travail pénible, vieillissent dans des foyers peu adaptés à leurs handicaps naissants. Seuls ici en Ile-de-France, loin de leur famille, ils ne peuvent ou ne veulent pas envisager de la rejoindre au pays, tant les liens avec leurs proches se sont distendus. Cet isolement favorise l'adoption de comportements dangereux pour la santé (consommation d'alcool, de tabac...).
- ✓ d'autres, plus jeunes, originaires d'Afrique sub-saharienne et plus récemment arrivés sont atteints de tuberculose, de maladies respiratoires ou digestives aiguës, d'aggravation de pathologies importées...les difficultés de l'accès aux soins pour ces populations - souvent sans papiers - retardent la prise en charge de ces pathologies pourtant curables. Ils sont aussi durement frappés par le VIH et les autres maladies sexuellement transmissibles.

b) Les principaux obstacles à l'accès aux soins :

- les difficultés à parler publiquement de santé ;
- le manque de ressources financières
- Le manque d'information sur les droits et les changements de la réglementation ;
- la méconnaissance des maladies, des modalités de transmission, des risques et des traitements ;
- les difficultés de communication avec les professionnels (*soignants, travailleurs sociaux, administratifs*).

I-3 Le contexte institutionnel :

- Un premier **plan quinquennal de réhabilitation des foyers** de travailleurs migrants a été initié par la convention Etat-Union d'Economie Sociale pour le logement (UESL) du 14 mai 1997 et a été **reconduit pour cinq ans(2002-2006)**. Sa mise en œuvre est placée sous l'égide de la Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées (C.I.L.P.I.). Une opération de réhabilitation de foyer repose de façon indissociable sur :
 - L'intervention sur le bâti (*réhabilitation, restructuration, etc...*)
 - L'élaboration **d'un projet social** visant notamment une meilleure insertion des F.T.M dans les dispositifs de droit commun et de la politique de la ville, l'accès à la santé a vocation à être une composante du projet social.
- Parallèlement, la direction régionale et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales ont élaboré, dans le cadre **de la loi** du 29 juillet 1998 **d'orientation en faveur de la lutte contre les exclusions**, un programme ayant pour objet l'accès à la santé pour les publics en situation de précarité (*P.R.A.P.S*) qui retient comme axe prioritaire les actions de santé dans les FTM en lien avec la politique de la ville au plan local.
- Enfin, le FASILD accompagne les gestionnaires dans leur programme d'accompagnement social, afin d'améliorer les conditions de vie des résidents et **favoriser l'ouverture et l'inscription des foyers dans leur environnement.**

2 - Les actions

2-1 : Les objectifs des actions

Objectif général : Réduire les inégalités d'accès à la santé en favorisant l'accès au droit commun.

Objectifs spécifiques :

Cette **démarche de promotion de la santé** vise à :

- Mieux connaître les besoins et difficultés sanitaires et sociales des résidents des FTM,
- Faire **émerger chez les résidents une demande de soins précoce, dans une perspective d'autonomisation,**
- Faire **accéder les résidents à leurs droits et aux dispositifs** de soins et de prévention,
- **favoriser l'implication de l'ensemble des acteurs** concernés par la santé,
- faciliter les rencontres entre les professionnels de proximité et les résidents (en ville et dans les foyers) et **faire partager les représentations concernant la santé** par les résidents, les professionnels qu'ils soient administratifs, sanitaires ou sociaux.

2-2 : Les pré-requis à la réalisation de l'action :

L'objectif des actions est d'impulser sur un territoire donné une démarche de travail en réseau entre les professionnels locaux et les résidents (ou leurs représentants). **Chaque action doit être adaptée au public du foyer et au territoire d'intervention.**

L'ensemble des actions financées doit :

- **s'appuyer sur un travail en amont de partenariat** avec le gestionnaire, le responsable de l'établissement et les intervenants sociaux du foyer.
- **s'insérer dans la continuité d'actions** qui ont déjà pu être menées (*réalisation de diagnostic, réalisations d'actions de sensibilisation, d'actions d'information, d'actions de dépistage, études disponibles*)
- privilégier **une démarche participative** associant étroitement les résidents (*exemple : implication du comité des résidents ou des représentants...*)

Aucun projet ne sera retenu si le promoteur ne s'engage à respecter ces pré-requis et à travailler en lien avec le gestionnaire.

D'autre part les promoteurs seront invités à se concerter pour élaborer une méthodologie commune par typologie d'action.

2-3 : Le contenu des actions et les foyers concernés

Trois axes d'intervention sont retenus :

- identifier les besoins des résidents des FTM,
- informer et orienter les résidents des FTM,
- faciliter la communication entre les professionnels et les résidents, autour des problèmes de santé.

2-3-1 Au regard de ces objectifs, **les 5 typologies d'action susceptibles d'être financées** pour l'année 2003, sont les suivantes .

a- Santé des populations vieillissantes

Action retenue : Mise en place **d'une étude-diagnostic sur la santé des populations vieillissantes**, afin d'analyser les besoins et les spécificités de ce public (*état sanitaire des résidents, accès aux droits et aux soins des résidents, les dynamiques locales en matière de gérontologie, couverture sociale des résidents, adaptation du bâti, isolement, prise en charge médicale, suivi social, relogement...*). Cette étude-diagnostic doit proposer des réponses mobilisant en priorité les services de droit commun et dépassant le seul cadre de réponses sanitaires (*aider à la mise en place d'un partenariat au plan local ou départemental*).

b- Diagnostic médico-social

Action retenue : Mise en place **d'un diagnostic médico-social** (*état sanitaire des résidents portant sur les maladies et représentations, automédication, accès aux droits et aux soins des résidents, les dynamiques locales en matière de santé - travail en réseau, besoins en formation et information - et couverture sociale des résidents*). Le diagnostic doit se conclure par un programme d'interventions pluri-annuelles, précisant les objectifs à atteindre et les actions à mener chaque année, que ce soit en termes d'éducation/prévention santé ou en termes de formation ou de mobilisation des services de droit commun.

c- Modules de sensibilisation sur les pathologies

Action retenue : **Organisation de modules d'information sur les pathologies** suivantes : tuberculose, hygiène alimentaire & hygiène, vaccination & maladies tropicales, auto-médication, conduites addictives, santé bucco-dentaire, vision, dermatologie, vénérologie...

En lien avec une information médicale dispensée en des termes non techniques, le module doit comprendre :

- un temps d'information oral sur le dispositif de soins de proximité,
- l'élaboration d'un support de communication adapté au public (*guide ou recueil des personnes ressources locales*),
- une intervention, dans la mesure du possible, du personnel des services de droit commun compétents *(et ce afin d'assurer, à l'issue de l'action, la prise en charge des résidents par le réseau des professionnels de proximité)*.

d- Séances collectives d'information sur l'accès aux droits,

Action retenue : Organisation de séances d'information sur les dispositifs existants : Couverture maladie universelle (CMU), Aide médicale de l'Etat (AME), Allocation personnalisée d'autonomie (APA), AAH & pensions d'invalidité, complémentaires santé, accès au titre de séjour pour des personnes atteintes de pathologies graves.

En lien avec **des informations juridiques et administratives dispensées en des termes non techniques**, le module doit comprendre :

- un temps d'information oral en la présence (ou à défaut sur les coordonnées) des acteurs de proximité compétents,
- l'élaboration d'un support de communication adapté au public (*guide ou recueil des personnes ressources locales*),
- une intervention, dans la mesure du possible, du personnel des services de droit commun compétents *(et ce afin d'assurer, à l'issue de l'action, la prise en charge des résidents par le réseau des professionnels de proximité)*.

e- Action de formation interculturelle.

Action retenue : Organisation de sessions de formation interculturelle afin de **faire partager les représentations culturelles** concernant la santé par les résidents, les professionnels, les personnes relais. Ces sessions visent expressément l'objectif de mobiliser les professionnels sanitaires et sociaux de proximité à travers la mise en réseau au niveau local.

Ces actions doivent réunir des professionnels venant d'institutions différentes travaillant au niveau local et des résidents.

2-3-2 Les foyers concernés :

Une liste des foyers, où les 5 types d'action sont susceptibles d'être menées sera disponible à compter du 1^{er} janvier 2003 sur le site INTERNET de la DRASS ou transmise sur demande téléphonique au 01 44 84 23 95.

C'est à partir de cette liste que les promoteurs doivent monter leurs projets.

3 – La procédure :

3 – 1 : pour l'organisateur de l'appel à projets

L'appel à projets est suivi par un comité de pilotage régional composé de représentants des gestionnaires de foyers, des administrations déconcentrées (politique de la ville, DRE, DDASS et DRASS ...) et nationales (DPM, DGS...) concernées, de la CILPI, de l'Assurance maladie, du Fonds d'action et de Soutien à l'intégration et à la Lutte contre les Discriminations (FASILD). Il est chargé de la validation de l'appel à projet, du suivi et de l'évaluation des actions financées.

Un groupe restreint composé des partenaires suivants : FASILD, CRAMIF, URCAM et DRASSIF et les DDASS sélectionne les projets.

Le comité de suivi départemental favorise la cohérence et l'articulation avec les partenaires locaux (conseil général, politique de la ville, DDE...) Il est chargé du suivi des actions et d'élaborer un diagnostic partagé.

Le présent appel à projets est intégré au guide promoteur FNPEIS/Etat 2003 et peut être consulté sur le site Internet de la DRASSIF.

3- 2 : pour les promoteurs

Les promoteurs devront faire une présentation de leurs compétences et des références qu'ils possèdent dans le champs de la santé des migrants, des populations vieillissantes et/ou dans la réalisation d'études et de diagnostics.

Les promoteurs ne peuvent être les gestionnaires des foyers où se déroulent les actions financées dans le cadre cet appel à projets

Ensuite, les candidats détailleront leur démarche méthodologique et la composition et qualification de l'équipe chargée de la réalisation des actions (préciser notamment le nombre de journées d'intervention par action et par foyer ...), de façon à fournir tous les éléments d'appréciation de nature à faciliter la sélection des projets.

Les promoteurs ont la possibilité de s'associer pour la présentation et la réalisation des projets proposés. Dans ce cas, la part prise par chacun des organismes associés devra être précisée. Un opérateur principal devra être néanmoins désigné, qui sera à la fois responsable du projet et bénéficiaire du financement.

3 - 3 : critères de sélection :

Seuls les projets s'inscrivant dans les sites prioritaires cités en annexe seront retenus.

De plus, les critères suivants seront pris en compte pour évaluer les projets:

1. Adaptation du projet proposé aux objectifs
2. Respect des pré-requis
3. Description des moyens et processus envisagés

4. Démarche participative proposée pour associer les résidents, leurs représentants et les responsables de foyers, les gestionnaires...
5. Composition de l'équipe et expérience des intervenants.

3 -4 : Suivi et bilan d'activité :

Une grille pour chaque type d'action sera envoyée aux promoteurs retenus.