

MÉTHODOLOGIES D'INTERVENTIONS
AUPRÈS DES RÉSIDENTS
ÂGÉS DES FOYERS DE
TRAVAILLEURS MIGRANTS

SOMMAIRE

03 ■■■ INTRODUCTION

04 ■■■ ETAT DES LIEUX

Les foyers de travailleurs migrants : une spécificité française

Des logements transitoires devenus lieux d'installation
Vers une transformation des foyers en résidence sociale
Le foyer, lieu de maintien du lien social et de solidarité

Vieillesse et précarités sociales des résidents

Un logement inadapté
Etat de santé des résidents

07 ■■■ LES ÉTAPES DE L'INTERVENTION EN FOYER

Les profils des résidents âgés

Un parcours de vie difficile
Précarité et niveaux de revenus
Méconnaissance des droits et des dispositifs

Quels acteurs contacter ?

Les organes de représentation des résidents
Des systèmes de cooptation complexes
Les organismes de gestion des foyers
Les relais dans un foyer

Principes et démarches d'intervention

Partir des besoins des résidents
Prendre en compte la situation globale des migrants
Organiser les réunions au foyer et expliquer les objectifs de l'action
Prendre conscience du poids des représentations et des habitudes culturelles
Tenir un tableau de bord

Partenariats et approche pluri-acteurs

Développer une approche pluri-acteurs
Ouvrir les foyers vers l'extérieur

13 ■■■ EXPÉRIENCES DE BONNES PRATIQUES ET DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENTS

Retours d'expériences

Acteurs institutionnels et dispositifs

21 ■■■ ANNEXES

↳ **POURQUOI** ce guide ?

Les chiffres de l'INSEE en 2007 indiquent que sur 795 000 immigrés issus de pays tiers 347 000 ont plus de 65ans. On constate ce vieillissement de la population immigrée parmi les résidents qui vivent dans les foyers. Adoma (ex sonacotra), organisme gestionnaire de foyers, souligne que sur un effectif à peu près constant de 64.000 résidents, les 61 ans et plus sont passés de 17,9 % en 1997 à 50% en 2009. Les données de la Commission interministérielle pour le Logement des populations immigrées confirment ce phénomène, ainsi, en 2010 sur 110 000 résidents, 40 000 sont âgés de 60ans et plus. Le GRDR accompagne les populations immigrées de l'Afrique subsaharienne depuis plus de 40 ans. Il a vu ce public vieillir et être confronté à de nouveaux besoins liés à son âge.

Aujourd'hui la question du vieillissement des migrants est posée. Des études et des enquêtes ont permis de mieux cerner les caractéristiques de cette population.

Le GRDR, à travers ses activités en Haute Normandie, en Ile de France et dans le Nord pas de Calais, constate que les migrants vieillissants rencontrent de nombreux obstacles pour leur accès aux droits. Un autre phénomène amplifie ces difficultés, il s'agit du taux important de l'illettrisme qui rend problématique la diffusion de l'information et les démarches administratives de résidents âgés des foyers. La majorité d'entre eux ne bénéficie pas des prestations de droit de commun comme l'aide à domicile, du fait d'habiter en foyers.

Des actions sont impulsées par les pouvoirs publics, les associations, les collectivités territoriales pour améliorer la situation socio-sanitaire des immigrés vieillissants. Pourtant, selon des rapports et constats de terrain, les personnes âgées immigrées

font trois fois moins appel aux soins que la population majoritaire du même âge (rapport du HCI 2005, étude de l'Atelier Parisien d'Urbanisme, 2010).

Face à cette situation, la question de la méthodologie d'intervention et du partenariat sur les territoires entre les associations, les professionnels de l'action socio-sanitaires, les pouvoirs publics, les collectivités territoriales se pose. Une approche muliti-acteurs mobilisant les différents partenaires favoriserait la reconnaissance des difficultés des résidents pour leur accès aux droits et une meilleure prise en charge. Il faut cependant éviter de traiter les résidents uniquement comme des consommateurs de services.

A partir de son expérience de terrain, le GRDR a constaté que certaines difficultés dans l'accompagnement pour l'accès aux droits des résidents vieillissant provenaient d'une méconnaissance de ce public, d'une démarche d'intervention directive et d'un cloisonnement des activités. Il a décidé, en lien avec les partenaires, d'élaborer un outil destiné aux acteurs qui souhaitent intervenir auprès des migrants âgés vivants en foyers. Ce document présente des conseils issus de l'expérience du GRDR pendant ses longues années de travail en foyer de travailleurs migrants, notamment en Ile-de-France, en Haute Normandie et dans le Nord-Pas-de-Calais. Il est aussi le produit de relations partenariales, d'échanges de bonnes pratiques entre le GRDR, les associations, les services de l'Etat et les collectivités territoriales.

L'objectif de ce document n'est pas d'être complet ni de fournir des recettes toutes faites. Il propose des pistes de réflexion et des modes d'intervention et outils pour tous les intervenants sociaux désireux de travailler en foyer.

Les foyers de travailleurs migrants : une spécificité française

■ ■ ■ DES LOGEMENTS TRANSITOIRES DEVENUS LIEUX D'INSTALLATION

Construits au départ pour loger des travailleurs de façon transitoire, ces lieux d'hébergement ont connu plusieurs vagues d'occupation correspondant aux principaux mouvements migratoires maghrébins et subsahariens (Mali, Mauritanie, Sénégal et Guinée Bissau). Aujourd'hui, la France compte près de 700 foyers de travailleurs migrants pour une capacité totale de 110 000 places dont la moitié est située en région parisienne.

Les sub-sahariens représentent environ 20% des résidents des foyers et plus de 70% d'entre eux vivent dans la région parisienne. Ces foyers sont constitués de chambres souvent minuscules et parfois de dortoirs.

► Les foyers en chiffre

- 680 foyers en France, 46 à Paris
- 110 000 places
- A Paris 57% des occupants sont d'origine sub-saharienne : le taux de sur-occupation moyen pourrait atteindre 70%
- Plus de 70% des résidents sub-sahariens vivent en région parisienne.

Construits à l'origine à proximité des usines, nombre de foyers se situent dans des zones difficilement accessibles, alors que d'autres sont en plein centre-ville à proximité des services de droits commun. Ces disparités ont un impact considérable sur les conditions de vie des résidents.

■ ■ ■ VERS UNE TRANSFORMATION DES FOYERS EN RÉSIDENCES SOCIALES

De nombreux foyers sont dans un état d'insalubrité et d'hygiène alarmant, avec un taux de sur-occupation important en région parisienne. En 1994, un programme de réhabilitation pour transformer les foyers en « résidences sociales » est lancé par les pouvoirs publics. Les résidences sociales sont des logements-foyer à caractère social comportant à la fois des locaux privatifs et des locaux communs meublés. Contrairement à la plupart des foyers, elles sont constituées de chambres individuelles ou « studettes » et de quelques lieux collectifs : restauration, salle de télévision, salle de réunion. En 2011, seuls 210 foyers sur un total de 680 recensés ont fait l'objet de ce plan de restructuration. Les résidents ont souvent des appréhensions liées aux réhabilitations des foyers qui peuvent conduire à la suppression des cuisines collectives, des salles de prières et à l'augmentation du prix des loyers.

■ ■ ■ LE FOYER, LIEU DE MAINTIEN DU LIEN SOCIAL ET DE SOLIDARITÉ

Le foyer reste encore l'un des premiers lieux de vie des nouveaux arrivants. Face à l'impossibilité de trouver un logement privatif ou d'accéder aux HLM, le choix du foyer est fait par défaut, notamment pour la nouvelle génération. De nombreux résidents apprécient cependant la vie en foyer pour ses réseaux de sociabilité et de solidarité sociale. Ces structures de solidarité ont une fonction sociale économique et culturelle importante pour le migrant en France.



Vieillesse et précarités sociales des résidents des foyers

Créés au départ pour de jeunes travailleurs, les foyers hébergent aujourd'hui une population de plus en plus vieillissante. En 1999, 70 % des résidents des foyers sont arrivés en France entre 1960 et 1979. 62% d'entre eux avaient au moins 50 ans. La population des plus de 60 ans a pratiquement doublé entre 1990 et 1999. Ce phénomène devrait s'accroître dans les prochaines années .

Arrivés à l'âge de la retraite, de nombreux résidents conservent leur chambre dans les foyers. Ils pratiquent la navette entre le pays d'accueil et le pays d'origine. Ces allers retours indiquent le dilemme dans lequel se trouvent ces immigrés âgés partagés entre deux pays. Les raisons de ce choix, certes affectives, sont liées aussi aux contraintes administratives. En effet, pour bénéficier de certains droits comme l'allocation de solidarité aux personnes âgées, les résidents sont obligés d'être présents au moins six mois sur le sol français. Le non-respect des conditions de résidence entraîne des sanctions pénalisant ainsi des résidents dont les revenus financiers restent modestes. Les difficultés que rencontrent les résidents âgés restent sensiblement proches de celles des français étant dans la même situation

socio-économique. Soulignons cependant que les enjeux liés au processus conduisant vers la retraite et vers la vieillesse de cette population ne sont pas les mêmes que ceux des Français d'origine. Des facteurs liés aux trajectoires professionnelles, familiales et au projet migratoire du résident expliquent ce constat.

■ ■ ■ UN LOGEMENT INADAPTÉ

Les foyers ont été construits pour accueillir des travailleurs jeunes et en plein forme. Ils ne sont pas adaptés à un public vieillissant. Les difficultés les plus fréquemment évoquées par les résidents sont :

- Les pannes d'ascenseur fréquentes et le temps mis pour le dépannage alors que les foyers ont tous plusieurs étages. Certains foyers ne sont même pas équipés d'ascenseurs...
- Les pannes d'eau chaude répétées
- Les douches collectives, glissantes
- Le bruit et l'impossibilité de s'isoler des autres
- Les dortoirs
- La promiscuité qui les empêche de se reposer.

Pour résumer cette situation un résident âgé du foyer Bara dit : « **Ici les jeunes ne respectent pas les vieux comme en Afrique et ils ne tiennent pas compte de nous »**

Le vieillissement des foyers en chiffre

- En 2000, 41% des résidents des foyers (Adoma ex Sonacotra) avaient plus de 55 ans. 33% plus de 60 ans et 19% plus de 65 ans
- En 2010 sur 110 000 résidents, 40 000 sont âgés de 60ans et plus.
(Commission interministérielle pour le Logement des populations immigrées)

ÉTAT DE SANTÉ DES RÉSIDENTS

En dépit de problèmes de santé spécifiques et précoces, ce public a moins recours aux soins de santé. Il souffre, dès 55 ans, de pathologies observées chez la population française de vingt ans plus âgée (source : HCI). Ce phénomène peut s'expliquer par les parcours professionnels pénibles et les conditions de vie difficiles des résidents. Le rapport IGAS (2002) indique que l'âge moyen de dépendance physique est de 75,3 ans pour les africains et de 82 ans pour la population majoritaire.

L'ensemble des professionnels intervenant habituellement auprès des immigrants âgés s'accordent pour signaler un vieillissement précoce de ce public lié essentiellement à la pénibilité du travail, aux accidents du travail et aux conditions de vie dégradées, les immigrants peuvent entrer

Un nombre élevé d'accidents du travail

- 52,1 % des migrants retraités déclarent avoir souffert au cours de leur carrière d'une maladie professionnelle ou avoir été victimes d'un accident du travail.

dans la vieillesse entre 50 et 60 ans.

La réalité du vieillissement des immigrants subsahariens est longtemps restée dans un relatif anonymat à cause du projet migratoire des intéressés très lié au pays d'origine et des pouvoirs publics qui n'avaient pas envisagé que ces retraités finiraient leurs jours en France. Rappelons cependant que depuis quelques années les pouvoirs publics, les associations, les collectivités territoriales se mobilisent pour améliorer la situation socio-sanitaire des immigrants vieillissants.





Les profils des résidents âgés

Connaitre qui sont ces résidents âgés et identifier les freins à leur prise en charge constituent une étape importante pour l'efficacité des actions en direction du public.

■ ■ ■ UN PARCOURS DE VIE DIFFICILE

Le profil socio-économique des résidents des foyers reste lié aux caractéristiques des vagues migratoires des années 60-80. 70 % de ces hommes ont occupé des emplois d'ouvrier, 10 à 12% des postes d'employés et moins de 5% des fonctions d'artisan commerçant. 77% de ces migrants âgés en foyers n'ont pas dépassé le stade de l'école primaire. La plupart d'entre eux ont exercé plusieurs métiers, souvent pénibles (travaux publics, restauration, industrie...) et peu rémunérés.

60% des résidents de foyers sont mariés au pays et pères de familles nombreuses (50% ont plus de 4 enfants).¹

■ ■ ■ UNE GRANDE PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE ET DES REVENUS TRÈS FAIBLES

Les informations collectées auprès des résidents et des questionnaires ainsi que les données plus générales recueillies indiquent que ces migrants âgés vivent dans la précarité. Elles mettent en évidence le niveau faible des ressources des immigrés à la retraite. Rappelons que le taux de chômage des immigrés âgés est plus important que celui de la population générale. Au moment de leur demande de retraite, plus de la moitié des résidents avaient déjà cessé de travailler, souvent depuis quelques années. Ils étaient en préretraite, au chômage, en longue maladie ou inscrits au RSA.

Les parcours chaotiques dans la vie professionnelle

➔ La couverture maladie des migrants âgés : 3 cas de figure différents

- Pour les détenteurs d'une carte de résidents : tiers payant, CMU, voire CMUC (selon les revenus)
- Pour les détenteurs de la carte retraité : prise en charge de l'hospitalisation d'urgence uniquement
- Pour les personnes en situation irrégulière : AME (prise en charge à 100% après paiement d'un droit annuel de 30 euros)

de nombre de résidents vieillissants, les emplois non déclarés, la perte des fiches de paie, les accidents du travail sont souvent à l'origine d'une retraite à faible taux. La majorité des migrants âgés dispose de ressources modestes qui ne dépassent généralement pas 700 euros par mois. Ceux qui touchent moins hésitent à réclamer l'ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées) qui est soumise à résidence en France.

■ ■ ■ UNE MÉCONNAISSANCE DES DROITS ET DES DISPOSITIFS QUI ENTRAÎNE UN ACCÈS LIMITÉ AUX SOINS

La plupart des migrants âgés ont une protection de base liée à leur activité professionnelle passée. Les autres peuvent bénéficier de la CMU ou de l'AME. Cependant, nombreux sont ceux qui rencontrent des difficultés pour accéder aux

¹ CNAV : « Le vieillissement des hommes immigrés isolés en foyer », Octobre 2005

services du droit commun. Lorsque les migrants bénéficiaires de la CMU repartent au pays, leurs droits ne sont pas renouvelés. A leur retour, ils doivent attendre trois mois de présence en France pour obtenir la couverture médicale gratuite.

La grande majorité des migrants âgés ne cotise pas aux complémentaires santé. Ils ne connaissent pas les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une mutuelle.

Soulignons qu'une mauvaise maîtrise de la langue française et la complexité administrative et juridique de certains services de droit commun accentuent le risque de perte de droits. C'est, entre

autres, le cas de la retraite complémentaire qui reste peu demandée ou avec retard, pénalisant ainsi financièrement certains résidents.

On parle mal, on n'a pas le courage parce que quand on demande quelque chose, comme on parle mal français, on me refuse... Et puis la loi c'est compliqué...; « Si tu sais pas lire et écrire, même si t'es intelligent, comment tu vas connaître la loi.

Un migrant âgé du foyer Bara

Quels acteurs contacter

Pour mettre en œuvre des actions d'informations en direction de ce public, il est important d'identifier les relais existants dans leurs lieux de vie.

LES ORGANES DE REPRÉSENTATION DES RÉSIDENTS

Depuis la loi du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain, couramment appelée SRU, les foyers de travailleurs migrants de plus de 30 résidents ont l'obligation de procéder à des élections de représentants. Ces derniers sont élus pour une durée de 2 ans reconductible. Les délégués représentent les résidents dans les négociations directes avec le gestionnaire du foyer. Ils ont en charge les questions d'organisation et de régulation de la vie collective à l'intérieur du foyer et les relations

avec les services de la municipalité, de la préfecture, du quartier. Il ne faut pas perdre de vue cependant que des pratiques informelles se sont plus ou moins formalisées au cours du temps.

DES SYSTÈMES DE COOPTATION COMPLEXES

Le mode de désignation des délégués n'est pas toujours très clair. Aux élections, se superposent des systèmes de cooptation complexes qui tiennent parfois compte des liens sociaux des communautés. La loi SRU prévoit également la formation de « conseils de concertation » qui regroupent les membres des comités de rési-



ROLE DES DELEGUES

- organiser la vie collective et assurer la cohésion interne
- participer à la rédaction du règlement intérieur
- discuter et négocier directement avec le gestionnaire sur la vie collective du foyer. Le comité est nécessairement informé avant toute augmentation des redevances, travaux d'aménagement et de réfection.
- faciliter le dialogue et la compréhension entre le gestionnaire et les résidents, notamment en cas de difficultés particulières pour ceux-ci
- participer aux réunions du comité de pilotage encadrant la restructuration des foyers
- siéger au conseil de concertation
- Désigner ses représentants à une éventuelle coordination de comités.

dents, les représentants des gestionnaires, les propriétaires, les autorités locales et toute autre personne ayant une compétence reconnue ou demandée. Il existe un conseil de concertation dans chaque foyer qui se réunit surtout à l'occasion des travaux.

■ ■ ■ LES ORGANISMES DE GESTION DES FOYERS

On dénombre plusieurs sociétés gestionnaires des foyers de travailleurs migrants : Adoma, Adef, Areli, Aftam etc.. Les deux principales restent ADOMA (ex Sonacotra) et AFTAM.

L'AFTAM est une association née en 1962. Elle gère 19518 lits répartis entre 58 foyers, 56 résidences sociales et 12 maisons relais. Jusqu'en 2005, chaque foyer disposait d'un budget accompagnement social pour développer des actions. A partir de 2005, un pôle accompagnement social (PAS) est créé. Il regroupe et gère les actions sociales

mis en place sur l'ensemble des foyers Aftam. Il définit la répartition des médiateurs sociaux dans les différents foyers.

Adoma (ex Sonacotra) est une société d'économie mixte française dont le capital est détenu par des acteurs publics (Etat, SNI...). L'entreprise construit et gère un très grand nombre de produits (résidences sociales, foyers de travailleurs migrants, pensions de famille, centres d'hébergement, centres d'accueil de demandeurs d'asile, aires d'accueil de Gens du voyage...). Il dispose de 450 établissements dans toute la France, ce qui représentait en 2004, 70 454 lits officiellement. Les résidents sont issus de 80 pays différents et comptent 26 % de Français.

Ces organismes gestionnaires ont intégré le volet accompagnement social dans leurs missions, de ce fait il est important de travailler en partenariat avec eux. Toutefois, l'opérateur ou l'intervenant social doit être visible dans le champ de l'accompagnement social pour ne pas être pris en tenailles entre l'organisme gestionnaire et les Comités de résidents.

De nombreux responsables de foyers se posent la question du suivi social de leurs résidents vieillissants. Comment passer d'un type de relation classique avec les résidents, dominé par la gestion des questions courantes, à un autre type de relations s'apparentant plus à de l'accompagnement des personnes âgées. Certains d'entre eux ont pris des initiatives pour réduire les difficultés des résidents vieillissant en les logeant au rez-de-chaussée ou en évitant pour leur tranquillité de les mettre avec des personnes en activité.

Les responsables de foyers constituent des personnes ressources importantes pour la mise en œuvre d'une action d'accompagnement des résidents âgés.

LES RELAIS DANS UN FOYER

Il existe de grandes différences entre les foyers, tant au niveau des profils des résidents (origine, pyramide d'âge...) que des dynamiques en place impulsées par les doyens de communautés et les comités de résidents. Il est donc important d'identifier les relais influents du foyer avant toute intervention.

Le gestionnaire du foyer est incontournable : il peut dans certains cas demander la signature d'une convention pour officialiser l'intervention sur le foyer. Il faut cependant éviter tout amalgame entre la mission du gestionnaire et l'action sociale. L'implication de l'organisme gestionnaire peut faciliter l'articulation entre les différents acteurs.

Le responsable d'hébergement : responsable de la maintenance, il encaisse les loyers. Cependant depuis quelques années, les gestionnaires recrutent des responsables de foyer ayant aussi une casquette de travailleur social. Le responsable d'hébergement connaît en général bien les

résidents. Il détient des informations officielles : nombre de résidents attirés, âge, revenus, nationalité. Il peut aussi faciliter la mise en relation avec les délégués.

Les délégués : la réussite des actions dépend en grande partie de leur implication. Leur motivation varie cependant selon les cas. Ils ne bénéficient pas toujours d'une forte légitimité auprès des résidents. Cela est dû, entre autres, au mode de désignation auquel se superposent des systèmes de cooptation complexes influencés par les relations sociales et culturelles des résidents. Dans certains cas, les doyens de communautés peuvent également être des acteurs importants du foyer à contacter.

Dans le mode d'intervention, il est essentiel de tenir compte des principaux freins identifiés que sont la barrière de la langue, le poids des représentations, l'isolement, des services méconnus et peu accessibles, l'absence de coordinations des acteurs.

Principes et démarches d'intervention

Les foyers de travailleurs migrants sont l'objet de nombreuses actions socio-sanitaires ponctuelles. Il peut s'agir de permanences sociales, d'informations collectives, d'actions de dépistage ou de forums santé. Ces actions sont organisées par des assistants sociaux, des infirmiers, des nutritionnistes, des employés des associations, des centres de santé municipaux, des centres de dépistages départementaux. Outre le fait que certains foyers échappent à cette logique d'intervention, il faut noter l'absence de capitalisation des pratiques. La présence d'un intervenant social à l'intérieur du foyer a plusieurs objectifs. Il accompagne

les résidents dans leurs démarches d'accès aux droits et aux soins : constitution et suivi des dossiers de retraite, de couverture médicale. Il doit créer du lien avec les autres acteurs du territoire intervenant sur les problématiques du vieillissement des migrants. Ne perdons pas de vue que la présence d'un intervenant social ne garantit pas à elle seule la qualité de la prise en charge des résidents âgés. Certains résidents ne s'adressent pas à l'intervenant social parce qu'ils ne sont pas informés de ses missions, alors que d'autres préfèrent s'appuyer sur le réseau d'entraide du foyer.



De nombreux intervenants soulignent la difficulté à mobiliser les résidents âgés pour les informations collectives. Ils mettent l'accent sur le fait que peu de résidents se rendent à la permanence d'accueil. La question qui revient souvent c'est comment faire pour mobiliser les personnes concernées.

■■■ PARTIR DES BESOINS DES RÉSIDENTS

Ceci suppose d'établir un dialogue suffisamment riche avec les résidents pour parvenir à cerner leurs attentes et leurs besoins. Ce travail est rarement fait par les intervenants sociaux qui arrivent généralement dans les foyers avec une idée déjà précise des actions qu'ils comptent mener. Il serait également intéressant de pouvoir disposer d'un diagnostic socio-médical fiable des résidents. Certains questionnaires commencent à mettre en place ces diagnostics mais les informations dont on peut disposer restent très parcellaires.

■■■ PRENDRE EN COMPTE LA SITUATION GLOBALE DES MIGRANTS

Les intervenants centrent généralement leurs actions sur une thématique (la prise en charge médicale des résidents ou l'accès aux droits). Ils prennent peu en considération les autres préoccupations des résidents qui concernent le renouvellement de leurs papiers, la difficulté à communiquer avec les administrations, la fermeture des cuisines collectives, la détérioration des locaux d'habitation. Ces éléments ont pourtant un impact non négligeable sur la situation psychologique et socio-sanitaire du résident. Il est donc essentiel :

- D'accorder une attention particulière à l'environnement des résidents, en favorisant les échanges dans des lieux conviviaux. Il faut privilégier les

contacts humains au détriment des affiches peu pertinentes pour l'information en direction d'un public âgé et souvent ne sachant pas lire.

De construire des outils adaptés pour communiquer aux immigrés âgés les informations qui leur sont nécessaires et les aider à exprimer leurs difficultés.

■■■ ORGANISER LES RÉUNIONS AU FOYER ET EXPLIQUER LES OBJECTIFS DE L'ACTION

Les résidents ont certes besoins d'être informés, mais ils souhaitent aussi qu'on les écoute. Pour développer un travail de proximité, il faut créer un climat de confiance. C'est pourquoi, il est important de faire en sorte que la parole des résidents se libère, d'où la nécessité de construire des supports qui incitent aux échanges. Il est généralement préférable d'organiser les rencontres au foyer. C'est le meilleur moyen d'impliquer les résidents concernés et de créer un climat de confiance pour mieux les accompagner.

La plupart des intervenants signalent une absence des délégués lors des rencontres organisées dans les locaux de la mairie ou des associations. Le fait d'organiser les réunions au foyer présente l'avantage de favoriser une interconnaissance entre les intervenants sociaux et les résidents. Cela peut contribuer également à casser les représentations et à modifier les postures.

■■■ PRENDRE CONSCIENCE DU POIDS DES REPRÉSENTATIONS ET DES HABITUDES CULTURELLES

Les représentations et les habitudes culturelles peuvent constituer un obstacle dans les relations entre le résident et l'intervenant social. Il est essentiel de prendre en compte le facteur

interculturel dans la relation aux résidents pour comprendre certains comportements. La différence culturelle dans la perception de la personne âgée et de son rôle n'est pas à négliger. Il ne s'agit pas de tout accepter du résident, ni de tomber dans un déterminisme culturel. Il est cependant utile d'avoir des clés de compréhension pour mieux saisir les attentes des immigrés âgés et adopter une attitude claire et pédagogique pour anticiper certains blocages.

■ ■ ■ TENIR UN TABLEAU DE BORD

Ce tableau de bord est un moyen pour assurer un suivi individualisé pour une meilleure prise en charge du résident. Outre la fonction de veille et de suivi, ce tableau de bord permet à l'intervenant social d'assumer efficacement cette fonction relais entre le résident, les dispositifs du droit commun et le réseau de professionnels du territoire.

Tisser des partenariats et développer des actions avec les acteurs institutionnels et associatifs

L'identification des acteurs du territoire intervenant dans le foyer permet d'évaluer les actions en cours afin d'intégrer le projet dans une dynamique d'ensemble. Cette approche permet de partir de l'existant, de créer des passerelles entre intervenants sociaux et de coordonner une situation impliquant plusieurs acteurs.

■ ■ ■ DÉVELOPPER UNE APPROCHE MULTI-ACTEURS

Il est essentiel d'avoir une bonne connaissance des dispositifs et des dispositifs et des acteurs qui contribuent à la prise en charge des personnes âgées et de connaître les rôles des partenaires spécialisés qui peuvent intervenir dans le foyer. La participation à un espace multi-acteur permet une meilleure articulation des actions et une mutualisation des expériences.

■ ■ ■ OUVRIR LES FOYERS VERS L'EXTÉRIEUR

Tout le monde s'accorde sur la nécessité de désenclaver les foyers et d'aider les migrants à aller vers les dispositifs de droit commun. Certaines

associations ont par exemple expérimenté des permanences sociales dans leurs locaux. Le bilan est très mitigé. Idem pour les bilans de santé et actions de dépistages organisées hors des foyers. Les migrants ne s'y rendent généralement pas. Aujourd'hui la plupart des acteurs estiment que les résidents sortiront des foyers s'ils y sont incités par des personnes relais (les délégués ou le médiateur social du foyer) qui peuvent les accompagner physiquement dans un premier temps ou bien par les acteurs socio-sanitaires (services sociaux, médecins...) qu'ils auront pu identifier grâce à des actions répétées au foyer. Il est important d'intégrer cette préoccupation dans les activités envisagées et d'organiser à un moment ou à un autre une ouverture vers l'extérieur du foyer.



Retours d'expériences

■ ■ ■ LE GROUPE DE TRAVAIL SANTÉ MIGRANT DE MONTREUIL

Le service « intégration et lutte contre les discriminations » de la commune de Montreuil a créé il y a trois ans, en collaboration avec l'atelier santé ville, un groupe de travail « santé migrants » réunissant les différents partenaires santé du territoire ainsi que les délégués des foyers. Ce groupe se réunit 3 fois par an. Il a pour objectif de créer un lieu d'échange, de dialogue pour construire un plan d'actions concertées sur le territoire et vise une cohérence d'action avec deux champs d'intervention : l'éducation à la santé et l'accès aux droits. Le groupe de travail santé migrant envisage par exemple de mettre en place une formation d'hommes relais. Pour la responsable du service « l'éducation à la santé est un préalable indispensable aux actions de dépistage et de diagnostic en permettant une appropriation de la démarche ». Les thématiques sélectionnées sont le dépistage de la tuberculose, du diabète, de la maladie rénale, l'information sur le SIDA et la sensibilisation au cancer colo rectal. Cette action impulsée par la commune accorde une place significative aux délégués de résidents pour que ces derniers puissent être un vecteur important dans les actions d'information et de prévention sanitaire. Service Lutte contre les discriminations et Intégration Centre administratif OPALE A - Bureau 101 3, rue de Rosny 93 100 – Montreuil. Tél. : 01 48 70 65 59 ou 01 48 70 65 37

■ ■ ■ ESPACE 19

Il s'agit d'une association de quartier agréée centre social, située dans le 19^e arrondissement de Paris. Elle a pour objectif d'animer des espaces de

convivialité afin de promouvoir le lien social et de lutter contre l'isolement. Depuis plusieurs années, le centre social travaille avec les foyers de travailleurs migrants du 19^e arrondissement : organisation d'actions santé, mise en place d'une permanence socio-sanitaire au foyer Hautpoul. L'objectif étant de désenclaver le public migrant, notamment vieillissant, qui se trouve à l'écart des dispositifs de santé du territoire. Le centre social mène également une recherche action sur le vieillissement dans le quartier Flandre. Cette étude consiste à évaluer les besoins des vieux migrants du quartier, connaître leurs ressources, les demandes des professionnels qui travaillent avec ces populations et favoriser l'interconnaissance et la complémentarité de l'offre. Contact : 01 42 38 09 98 / fax : 01 42 49 71 19 pole-social@espace19.org

■ ■ ■ ARBRE À PALABRES

L'association « agir pour la diversité et contre les discriminations » (A2D) travaille sur l'accès aux droits et aux soins des migrants d'origine subsaharienne. L'association, basée dans le 20^e arrondissement de Paris, a créé en 2008, une permanence pour l'accès aux droits et aux soins des migrants âgés dénommée : « Arbre à palabre ». Le public reçu est essentiellement constitué de personnes originaires d'Afrique Sub-saharienne vivant pour la plupart dans les foyers du 18, 19 et 20^e arrondissement. L'Arbre à palabre développe un accompagnement personnalisé. Cette association répond aux sollicitations des résidents sur des dossiers comme les retraites. Les immigrés âgés fréquentent la permanence pour parler, discuter rompre ainsi l'isolement. Le responsable de l'association A2D se déplace également ponctuellement dans les foyers pour

■ ■ ■ Expériences de bonnes pratiques et dispositifs d'accompagnement

des actions d'information ou bien pour répondre à une situation urgente, un cas lourd qui nécessite un accompagnement personnalisé. Il peut être amené à accompagner le migrant dans différentes administrations et services sociaux, mais son objectif est l'autonomisation des personnes âgées. L'association travaille également à la sensibilisation des gestionnaires et des délégués des foyers sur la problématique des retraites et de la santé des migrants âgés.

Contact : Association A2D : mbay@noos.fr

■ ■ ■ ATELIERS DE NUTRITION AVEC LES CUISINIÈRES DU FOYER

Ce travail a été mené dans un foyer de Montreuil, à l'initiative de deux infirmières d'un centre de santé de la ville. Il a consisté dans un premier temps à organiser une information collective sur la nutrition en présence des cuisinières. Il s'est ensuite poursuivi par une observation des pratiques des cuisinières du foyer. Les nutritionnistes ont noté les modes opératoires, les ingrédients utilisés pour la préparation des différents plats. Ils ont pu repérer les plats les plus gras tout en se gardant de donner des conseils nutritionnels directement aux cuisinières. Un atelier nutrition a ensuite été organisé pendant les repas. Les infirmières du centre se sont installées dans la salle de réunion du foyer avec des assiettes contenant les plats proposés au même moment dans la salle à manger. L'objectif n'étant pas d'interdire les mets proposés, mais de conseiller les plats les moins gras notamment aux personnes qui doivent suivre un régime alimentaire strict. « Par exemple, pour les diabétiques, éviter le riz rouge car il est recuit dans la graisse, et aussi le mafé avec la sauce cacahuète car c'est aussi très gras ». Il s'agissait également d'aider les résidents à risque à proscrire les boissons sucrées, à compléter le plat choisi avec un fruit ou un légume afin d'équilibrer le repas. Ce travail de sensibilisation a provoqué une évolution

sensible des pratiques des cuisinières. Désormais elles utilisent plus de légumes dans les plats et les crudités sont proposées aussi aux résidents.

■ ■ ■ LE PARTENARIAT GRDR/ MAISON DES AÎNÉS

Le principe d'action du GRDR est basé sur un travail en réseau avec les partenaires institutionnels, les acteurs de terrain, les associations de résidents. Le maillage d'acteurs a permis de partager les diagnostics effectués par le GRDR, et de co-organiser des actions d'information et de sensibilisation en direction des migrants âgés. La Maison des Aînés est un lieu unique à Rouen, à destination des seniors, et de leur famille, des professionnels, et de toutes les générations. La Maison des Aînés propose de nombreux services :

- Le CLIC des Aînés (centre local d'information et de coordination), répond gratuitement aux questions concernant les différents aspects de la vie quotidienne des personnes de plus de 60 ans.
- Rouen Seniors, propose des activités à caractère culturel, sportif ou de loisirs pour les Rouennais préretraités et retraités.

Les cafés sociaux co-organisés par le GRDR et ses partenaires à la Maison des Aînés à Rouen sur « le parcours et la vie des migrants » ont été l'occasion de libérer la parole des personnes concernées et de partager avec les autres membres de l'assistance (jeunes, professionnels) leur histoire et leurs expériences. Des visites organisées par la Mairie de Rouen et la Maison des Aînés, outre l'aspect culturel, ont constitué des moments forts d'échanges et de rencontres interculturelles entre personnes de même génération.

Maison des aînés - 24 rue des Arsins - 76000 Rouen
Tél. : 02 32 08 60 80 - Fax : 02 35 03 97 24

maisondesaines@rouen.fr

GRDR Haute Normandie - 61 rue Bouvreuil - 76000 Rouen - 02 35 61 60 49 - corinne.priollaud@grdr.org



Acteurs institutionnels et dispositifs de droits communs

■■■ COMMISSION INTERMINISTÉRIELLE POUR LE LOGEMENT DES POPULATIONS IMMIGRÉES (CILPI).

Cette commission a pour objet de formuler toutes propositions et de coordonner l'ensemble des actions relatives au logement des populations immigrées et de leurs familles, en particulier en ce qui concerne les actions concernant les foyers de travailleurs migrants.

■■■ LE COMITÉ NATIONAL DES RETRAITÉS ET PERSONNES ÂGÉES (CNRPA)

Le CNRPA est un comité à caractère consultatif. Lieu de dialogue, d'information et de réflexion composé de représentants de retraités. Il a pour objet d'une part, de faire connaître au ministère concerné, les avis et propositions des retraités et personnes âgées et d'autre part de faire participer ces catégories de citoyens à l'élaboration et à l'application de toutes mesures les concernant au niveau départemental. Le CNRPA a été créé par le décret n°82- 697 du 4 août 1982. Il se décline dans les départements avec les CODERPA.

■■■ LA DIRECTION DE L'ACCUEIL, DE L'INTÉGRATION ET DE LA CITOYENNETÉ (DAIC)

Cette direction a mis en place en décembre 2010 un groupe de travail interministériel avec la participation des associations, des collectivi-

tés territoriales avec l'objectif de collecter, de partager des informations et d'élaborer des propositions pour améliorer l'accès aux droits et l'accompagnement social des immigrés âgés. La DAIC apporte un soutien financier et technique aux structures intervenants sur le vieillissement des résidents âgés.

■■■ AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)

Il s'agit d'un établissement public administratif de l'état, chargé de la mise en œuvre de la politique de santé à l'échelon de la région. Il regroupe les anciennes URCAM, ARH, GRSP, DDASS, DRASS et MRS. La création le 1er avril 2010, de l'Agence Régionale de Santé Ile de France, marque une étape importante dans la réforme des services de l'État. Elle regroupe désormais tous les organismes publics de la santé de l'État et de l'Assurance maladie présents dans la région et les départements. Elle devient l'interlocuteur unique des professionnels de santé et médico-sociaux, des collectivités locales et des associations. L'ARS est chargée de définir la politique de santé de la région.

■■■ CODERPA (COMITÉS DÉPARTEMENTAUX DES RETRAITÉS ET PERSONNES ÂGÉES)

Le CODERPA est la déclinaison, dans les départements du CNRPA. Il est présidé par le président du Conseil Général. Les CODERPA ont pour mission de recueillir l'information et de la

Expériences de bonnes pratiques et dispositifs d'accompagnement

transmettre aux personnes âgées directement ou par l'intermédiaire des communes, C.C.A.S., organismes et organisations de retraités et personnes âgées. Le CODERPA est composé d'associations de retraités, d'organisations syndicales, de représentants du monde médical, de directeurs de maisons de retraite et des services d'aide à domicile, et de représentants des institutions (conseillers généraux, CRAM, ARS, organismes de retraite...). Chaque année, le CODERPA remet un rapport au conseil général. Ce rapport est à la fois une photographie précise de la situation gérontologique du département et un recueil de propositions.

PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES (PRAPS)

Les PRAPS mettent en œuvre des actions spécifiques et/ou adaptées vis-à-vis des populations pour lesquelles l'accès et l'usage de la prévention et des soins posent une difficulté. Parmi les publics cibles on retrouve les populations immigrées vivant dans les foyers, les résidences sociales ou dans des habitats dégradés, avec une attention particulière pour les immigrés vieillissants isolés.

PROGRAMME RÉGIONAL D'INTÉGRATION DES POPULATIONS IMMIGRÉES (PRIPI)

Le PRIPI est la déclinaison régionale de la politique d'intégration. Il est piloté par la DR JSCS. Parmi les priorités 2010 figure l'accompagnement des immigrés âgés.

LE SCHEMA GÉRONTOLOGIQUE

Cadre de référence des actions du département, le schéma gérontologique définit les priorités en faveur des personnes âgées pour une période déterminée, fréquemment quinquennale ; le nombre de schémas gérontologiques abordant la question des immigrés vieillissants est aujourd'hui encore très limité.

LE PLAN LOCAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Il a pour objectif de définir les priorités de la ville ou de l'arrondissement en matière de santé publique. La réforme « hôpital, patients, santé et territoires » prévoit que chaque municipalité définit un PLSP qui aboutisse à la signature d'un contrat de santé publique avec l'ARS. Le PLSP prend en compte le PRSP (Plan régional de santé publique) et les priorités locales. Il est établi au niveau de la commune en coordination avec les ateliers santé ville.

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

L'Allocation personnalisée à l'autonomie remplace la Prestation Spécifique Dépendance. L'APA est une prestation en nature affectée à une personne âgée en perte d'autonomie pour l'achat de biens et de services définis par un PLAN d'AIDE personnalisé élaboré par une équipe médico-sociale. L'APA peut être versée directement au bénéficiaire ou aux structures professionnelles (services d'aides à domicile, établissement...) mettant en œuvre ce plan d'aide. L'APA dépend du département, elle est allouée sur décision du Président du Conseil Général après avis d'une commission réunissant des représentants du département et des organismes de sécurité sociale.



■ ■ ■ PRINCIPAUX DISPOSITIFS ET ORGANISMES D'ACCÈS AUX DROITS SOCIO SANITAIRES

ATELIER SANTÉ VILLE (ASV) : Ce sont des dispositifs mis en place dans le cadre de la politique de la ville en direction des quartiers défavorisés. L'objectif : développer le partenariat entre différents acteurs de la santé et du social afin de faire remonter les problèmes de terrain et mettre en place des projets de santé, notamment information et prévention

CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION : Ce dispositif est mis en oeuvre sur l'ensemble des départements. Son équivalent à Paris est le «Point Paris Émeraude». Ils sont dédiés aux seniors et aux professionnels de la gérontologie. Ils aident à trouver une aide à domicile, informent sur les droits, sur les clubs de loisirs et les associations de l'arrondissement, ou sur les maisons de retraite.

POINT D'ACCÈS AUX DROITS : Le Point d'Accès aux Droits est un service public destiné à offrir aux justiciables une information juridique gratuite et personnalisée sur les droits et devoirs ainsi qu'un accompagnement dans les démarches administratives et judiciaires : informations sur les prestations sociales, écrivains publics et aide aux démarches administratives. Les consultations sont gratuites et anonymes.

MAISON DE LA JUSTICE ET DU DROIT : La Maison de Justice et du Droit (MJD) est une structure qui dépend du département. Elle permet à chacun de mieux connaître ses droits pour les faire valoir au quotidien. Des permanences sont organisées autour des thèmes de la vie quotidienne : droit de la famille, des majeurs protégés (tutelle, curatelle), du logement, du travail, de la consommation, de l'accès à la nationalité française, droit des étrangers, lutte contre les discriminations. Ces permanences juridiques sont assurées par des avocats du Barreau, des associations spécialisées, des huissiers de Justice, et des consultants d'accès au droit.

SSDP : SERVICE SOCIAL DÉPARTEMENTAL POLYVALENT : Le service social départemental propose un accueil et un accompagnement personnalisé pour l'accès aux droits. Il s'adresse à toute personne rencontrant des difficultés, quelle que soit la nature de son problème : logement, insertion professionnelle Une permanence d'assistants sociaux est organisée dans les locaux du SSDP. Les domaines d'intervention sont, sans ordre de priorité : l'information et l'accès aux droits ; l'action éducative préventive ; la lutte contre l'exclusion avec l'objectif d'une autonomie et d'une insertion sociale et/ou professionnelle.

CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE (CCAS) ET CENTRE D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE DE PARIS (CASVP) : Le centre d'action sociale est un établissement public dont les principales missions sont de recevoir et d'instruire les demandes d'aide sociale des habitants de la commune (ou de l'arrondissement), d'assurer leur accompagnement et de faciliter leur participation à la vie sociale.

■ ■ ■ Expériences de bonnes pratiques et dispositifs d'accompagnement

CNAM/CRAMIF : Le service social de la CRAMIF est spécialisé dans les domaines de la santé, de la prévention et du traitement de la perte d'autonomie. Il intervient, entre autre, auprès des assurés sociaux du régime général, âgés de plus de 60 ans et/ou handicapés.

Il possède 3 missions :

- Accès aux droits et aux soins des gens dans la précarité. Il intervient par exemple pour accompagner les personnes qui ne sont plus éligibles à la CMU complémentaire. Depuis 4 ans, il existe un dispositif d'aide à la complémentaire sous forme de chèque.
- Maintien dans l'emploi des personnes en arrêt de travail depuis plus de 3 mois. Invitation à des réunions d'information collectives sur leurs droits, les conditions de reprise du travail...
- Prévention de la dépendance.

CNAV/CRAV : La caisse nationale d'assurance vieillesse, reçoit et instruit les dossiers de demande de retraite. Elle effectue aussi des missions d'informations dans les structures collectives ou ailleurs afin de favoriser l'accès aux droits à la retraite. La Cnav intervient parfois dans les foyers pour délivrer une information sur les retraites.

CAISSE D'ALLOCATIONS FAMILIALES (CAF) : La caisse d'allocation familiale délivre l'allocation logement et l'aide personnalisée au logement.

■ ■ ■ STRUCTURES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

LES CENTRES DE SANTÉ : Ce sont des structures de proximité dispensant principalement des soins de premier recours : soins sans hébergement, actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients, actions sociales... Ils ont vocation à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Les centres de santé se caractérisent par la pratique du tiers payant. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

DDPS (CENTRES DÉPARTEMENTAUX DE DÉPISTAGE ET DE PRÉVENTION SANITAIRE) : Ils sont chargés de la mise en œuvre d'actions de prévention de proximité. Leurs activités s'articulent autour du dépistage de la tuberculose, des IST et du dépistage du VIH, des séances de vaccinations et d'actions de promotion de la santé en collaboration avec les partenaires locaux. Toutes les consultations et prestations sont gratuites et s'adressent à tous les publics. Ils peuvent aussi se déplacer dans les foyers pour des actions d'information et de prévention.

CDC (CENTRE DÉPARTEMENTAL DES CANCERS) : Ils sont chargés de la prévention en matière de cancer du sein et du colon. Leurs actions comprennent notamment l'organisation de réunions d'information sur les cancers. Ils interviennent parfois à l'intérieur des foyers.



PASS (PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ) : Les PASS sont des cellules de prise en charge médicosociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. La loi prévoit que les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier les mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

SCHS (SERVICE COMMUNAL D'HYGIÈNE ET SANTÉ) : Souvent situé dans les locaux du centre municipale de santé (CMS), le S.C.H.S est chargé de faire appliquer et respecter la réglementation en matière d'hygiène et de santé publique. Il intervient dans le traitement des nuisances que subit la population et qui portent atteinte à sa santé, principalement dans le domaine de l'habitat, du bruit, de l'hygiène alimentaire et des nuisances animales. Il intervient également dans la mise en place des procédures exceptionnelles d'urgence (périls, hospitalisations d'office, etc ...).

RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE : Le réseau gérontologique regroupe un ensemble d'intervenants autour d'une personne âgée dépendante. Ces professionnels aux compétences complémentaires sanitaires et sociales coordonnent leurs actions au sein d'un réseau de santé. L'objet du réseau est d'apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées dépendantes désirant vivre à domicile en assurant une prise en charge globale (sanitaire+sociale) et coordonnée en permettant le maintien à domicile dans des conditions sanitaires et sociales optimales. Au sein du réseau, on retrouve des professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux, un hôpital de proximité (hôpital local, centre hospitalier) et un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et une assistante de sociale.

STRUCTURES GESTIONNAIRES

ADOMA (ANCIENNEMENT SONACOTRA) est une société d'économie mixte française dont le capital est détenu par des acteurs publics (Etat, SNI...). L'entreprise construit et gère un très grand nombre de produits (résidences sociales, foyers de travailleurs migrants, pensions de famille, centres d'hébergement, centres d'accueil de demandeurs d'asile, aires d'accueil de Gens du voyage...): 450 établissements dans toute la France, ce qui représentait en 2004, 70 454 lits officiellement. Les résidents officiels sont issus de 80 pays différents et comptent 26 % de Français. A la demande des pouvoirs publics, et pour faire face à la précarisation du logement, Adoma a développé ses activités dans divers secteurs du logement dit « très social » : aux résidences sociales, s'ajoutent les centres d'hébergement pour personnes sans domicile, les aires d'accueil pour les gens du voyage, l'accueil d'urgence de réfugiés etc.

En 2005, les nouvelles missions et ambitions d'Adoma ont été formulées dans un nouveau contrat d'objectifs, signé entre l'État et Adoma. Ce contrat stipule qu'Adoma accentue les efforts fournis par le passé en engageant un vaste programme d'adaptation de son bâti au vieillissement de sa clientèle traditionnelle.

Pour les maghrébins retraités et installés dans « l'aller-retour », elle met en place des chambres à location alternée qui garantissent à ceux qui le souhaitent un logement pour leur séjour en France et une adresse dans le foyer où ils ont longtemps vécu sans qu'ils soient contraints de payer un loyer à l'année.

AFTAM : L'aftam est une association créée en 1962 et qui intervient dans l'habitat social. Elle travaille en relation suivie avec l'Etat et les collectivités territoriales : Communes, Conseils généraux et régionaux. Les financements des opérations proviennent notamment de l'ANPEEC (agence nationale pour la participation des employeurs à l'effort de construction) et la Caisse des Dépôts. L'Aftam gère 19518 lits répartis entre 58 foyers, 56 résidences sociales et 12 maisons relais. Jusqu'en 2005, chaque foyer disposait à sa guise de son budget accompagnement social. En 2005 a été créé un pôle accompagnement social (PAS). Il regroupe et gère les actions sociales mises en place sur l'ensemble des foyers aftam. Il définit notamment la répartition des médiateurs sociaux dans les différents foyers. Dans les années 80, des permanences sociales étaient organisées dans les foyers par le Service social d'aide au migrant. Aujourd'hui, les médiateurs sociaux sont financés grâce à des appels à projets centralisés au PAS.

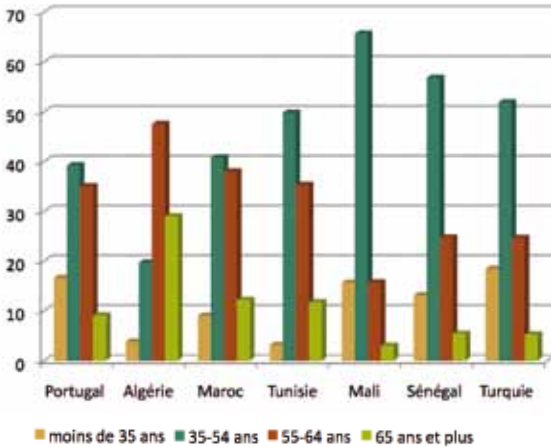
ARELI : Areli est une association à vocation sociale créée en 1953 pour gérer des structures d'hébergement pour travailleurs migrants. Aujourd'hui le public accueilli s'est élargi. Il s'agit de toutes personnes en difficulté temporaire de logement et en situation de précarité.

Les structures d'hébergement ARELI actuelle comprennent 4 résidences sociales (369 logements) et 6 foyers de travailleurs migrants (627 logements)

En 2001, ARELI a signé une convention avec l'Etat et la CILPI (Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées) pour répondre aux nouveaux enjeux et à l'évolution que connaissent les publics hébergés, entre autre face au vieillissement des migrants dans les FTM. Cette convention a mené à une des missions actuelles d'ARELI : la transformation des FTM en résidences sociales.

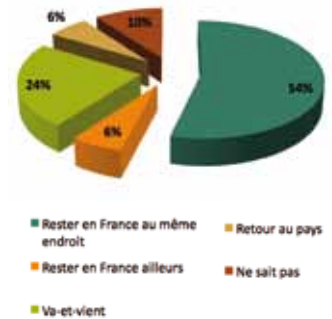
TABLEAUX STATISTIQUES

TAB. 1 HOMMES IMMIGRÉS RÉSIDANT EN FOYERS DE TRAVAILLEURS : DISTRIBUTION PAR TRANCHE D'ÂGE ET PAYS DE NAISSANCE (ANNÉE 1999)

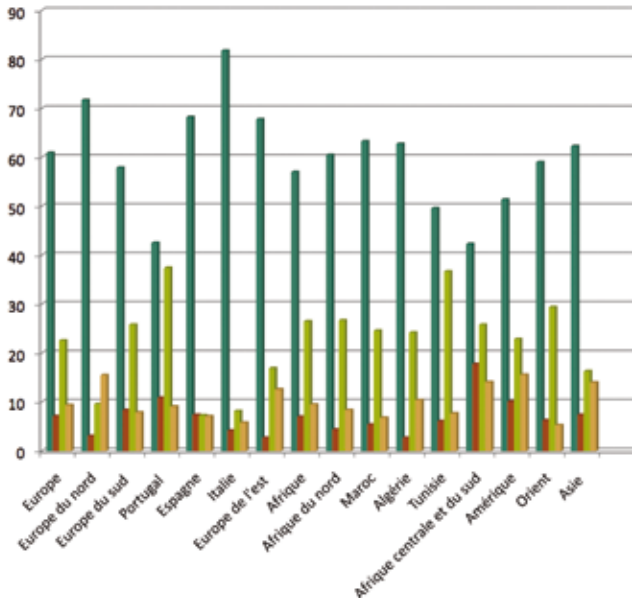


Source : Insee RGP 1999 (exploitation Cnav).

TAB. 2 LES PERSPECTIVES RÉSIDENTIELLES AVANT LA RETRAITE (TOUS IMMIGRÉS)



TAB. 3 LIEU SOUHAITÉ POUR LA RETRAITE, EN FONCTION DU PAYS D'ORIGINE



■ ■ ■ RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES ET INTERNET

Articles

Attias-Donfut C et al., « Les immigrés au temps de la retraite », *Retraite et société* 1/2005 (no 44), p. 11-47.

Borrel C., Enquêtes annuelles de recensement 2004-2005, INSEE première, n°1098, août 2006

Chaouite A, Alidra N., « Le vieillissement des immigrés en France, Enjeu de représentations dans le travail social » ; Conférence de l'Association Internationale des Ecoles de Travail Social ; « Citoyenneté et formation des travailleurs sociaux dans la mondialisation » ; 2002, 10 p.

Claudine Attias-Donfut et François-Charles Wolff « Transmigration et choix de vie à la retraite », *Retraite et société* 1/2005 (no 44), p. 79-105.

Emsellem S., « Décrypter le vieillissement des immigrés par le prisme de leurs liens familiaux », CNRS éditions ; 2007.

Enquête. « Trajectoires et origines », Octobre 2010

Gazé B., « Réseaux gérontologiques:10 ans déjà et toujours en forme », BIMSA (Bulletin d'Information de la Mutualité Sociale Agricole), n°107, octobre 2010.

Kriegel B et al. « Le vieillissement des immigrés : un réel enjeu de politique publique », *Retraite et société* 1/2005 (no 44), p. 202-206.

Lessault D, Beauchemin C., « Les migration d'Afrique subsaharienne en Europe, un essor encore limité » *population et société*, janvier 2009

Math A., « L'accès des vieux migrants aux droits sociaux : un chemin semé d'embûches », Site du CATRED, mars 2009

Rocher E, Pelletier A., « les transferts de revenus des migrants : quel impact sur le développement économique et financier des pays d'Afrique subsaharienne », *Bulletin de la banque de France*, n° 173, mai-juin 2008.

Temime É, Bolzman C, Fibbi R, Guillon M. Vieillir en immigration. In: *Revue européenne de migrations internationales*. Vol. 17 N°1. Émigrés-Immigrés : vieillir ici et là-bas. pp. 37-54.

Thierry X. Evolution récente de l'immigration en France, INED, population n°5, 2004

Guides

Précarité sociale et vieillissement : accompagner les personnes vulnérables et isolées, guide des bonnes pratiques, UNAFO, 2010

Guide du retraité étranger, UNAFO, février 2012,

Sites Web

Santé, migration et vieillissement

www.age-platform.eu - Réseau européen qui regroupe près de 150 organisations de personnes âgées de 50 ans et plus, qui a pour vocation de faire connaître et de promouvoir les intérêts des 150 millions de personnes âgées que compte l'Union européenne et de les sensibiliser aux questions qui les préoccupent le plus.

www.eniec.eu - European Network on Intercultural Elderly Care (ENIEC) : réseau européen des praticiens impliqués auprès des migrant-es âgé-es

www.comede.org - Le Comede, Comité Médical pour les Exilés, agit pour la promotion de la santé et de l'insertion des exilés en France.

www.medecins-afrique.org - ONG Internationale des Médecins et Acteurs de Santé pour la Promotion des Soins de Santé Primaires

www.migrations-sante.eu – Comité médico-social pour la santé des migrants

www.reseauressource.org - réseau de santé d'accès aux soins qui s'adresse aux professionnels de santé et aux patients des Hauts de Seine

www.uraca.org – Unité de Réflexion et d'action des communautés africaines

www.grdr.org - Le GRDR, Migration - Citoyenneté - Développement, est une ONG de solidarité



internationale, intervenant notamment dans le domaine de la santé, en France et en Afrique.

Accès aux droits – accompagnement des immigrés

www.assfam.org - l'Association Service Social Familial Migrants conduit une mission d'accueil et d'accompagnement à l'intégration des migrants

www.cimade.org - Service œcuménique d'entraide, se consacre à l'accompagnement des étrangers migrants

www.fasti.org - Fédération des Associations de Solidarité avec les Travailleurs-euse-s Immigré-e-s

www.copaf.ouvaton.org – Collectif pour l'avenir des foyers

www.france-terre-asile.org - France Terre d'Asile : aider toutes les personnes en situation de migration de droit, réfugiés ou apatrides.

Alphabétisation et intervention foyer

www.autremonde.org - ateliers sociolinguistiques dans les foyers de travailleurs migrants

Culture et actualités associatives

www.soninkara.com - Pour la promotion de la culture, de la langue, de l'histoire, de l'art et des traditions du peuple Soninké

www.raconte.nous.free.fr - l'association, Raconte nous ton histoire, a pour but de développer les liens intergénérationnels et interculturels grâce à un travail sur la transmission

Documents officiels

Circulaire IMIC 1000099C sur les PRIPI, janvier 2010, MIINDS

PIPRI région ile de France, CRILD des 30 juin et 22 septembre 2005, préfecture de la région ile de France...

Accords de sécurité sociale entre la France et le Mali, Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, février 2009

Conférences

La situation des personnes âgées immigrées en Europe. Un nouveau défi pour le travail social ; Conférence de Claudio Bolzman à la Conférence de l'Association internationale des Ecoles de travail social ; Montpellier, 15-18 juillet 2002

Rapports

Henri Cuq, « Situation et devenir des foyers de travailleurs immigrés », rapport au Premier ministre Alain Juppé, 1996.

Bas-Théron F, Nichel M, « Rapport sur les immigrés vieillissants », IGAS, Rapport n° 2002 126, novembre 2002

Gallou R et al , « Le vieillissement des hommes immigrés isolés en foyer », CNAV, juin 2005.

Chiron E, «Prise en compte des immigrés vieillissants », ASAMLA (Association Santé Migrants Loire-Atlantique), août 2005.

APUR (atelier parisien d'urbanisme) : « Les migrants âgés à Paris ». 2006

Brenon G, « Evaluation du degré d'autonomie des résidents vieillissants », étude aftam, 2006

Rafai K, Mantovani J, « Le vieillissement des migrants, Situation en Midi-Pyrénées » observatoire régional de la santé de midi pyrénées ; octobre 2007

Enquête sur les immigrés vieillissants (CNRPA), février 2008

« Du foyer de travailleur migrant à la résidence sociale : mener à bien la mutation », Rapport du haut comité pour le logement des personnes défavorisées, juillet 2010

DAIC - Groupe de travail interministériel sur l'accès aux droits des personnes immigrées : constats et propositions (décembre 2010-mai2011)

Cet outil méthodologique a été réalisé dans le cadre d'un travail de capitalisation sur les pratiques d'intervention en foyer de travailleurs migrants, avec le soutien de la Direction de l'Accueil, de l'Intégration et de la Citoyenneté, DAIC, et de la Fondation de France

