



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin Inspecteur de Santé Publique**  
**Promotion 2005**

---

**LA PRISE EN CHARGE DES PROBLÈMES DE  
SANTÉ LIÉS AU VIEILLISSEMENT DANS LES  
FOYERS DE TRAVAILLEURS MIGRANTS.  
L'EXEMPLE DE LA SEINE SAINT-DENIS.**

**Philippe LEBORGNE**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont consacré du temps pour l'élaboration de ce travail.

---

# Sommaire

---

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INTRODUCTION.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1 ETAT DE LA QUESTION .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1.1 Historique de l’immigration liée au travail .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>1.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population vivant dans les<br/>        foyers de travailleurs migrants.....</b> | <b>8</b>  |
| 1.2.1 Données démographiques nationales .....   | 8         |
| 1.2.2 Données démographiques départementales .....  | 10        |
| 1.2.3 Les différents modes de vie des résidents .....   | 11        |
| 1.2.4 L’inactivité.....   | 12        |
| 1.2.5 Un vieillissement physique précoce.....   | 13        |
| <b>1.3 Les principales politiques publiques vis à vis des foyers de travailleurs<br/>        migrants.....</b>                    | <b>14</b> |
| 1.3.1 Au niveau national.....   | 14        |
| 1.3.2 Au niveau régional.....   | 19        |
| 1.3.3 Au niveau départemental et communal .....   | 22        |
| <b>1.4 Situation sanitaire dans les foyers de travailleurs migrants .....</b>   | <b>25</b> |
| 1.4.1 La santé des migrants en France .....   | 25        |
| 1.4.2 La santé des migrants vieillissants en France.....  | 26        |
| 1.4.3 La santé des migrants vieillissants dans les foyers de travailleurs migrants.....   | 27        |
| <b>2 METHODOLOGIE .....</b>   | <b>29</b> |
| <b>3 RESULTATS ET ANALYSE.....</b>  | <b>30</b> |
| <b>3.1 Les obstacles à la prise en charge.....</b>  | <b>30</b> |
| 3.1.1 Le préalable de l’amélioration des conditions de vie .....  | 30        |
| 3.1.2 Les problèmes économiques .....   | 32        |
| 3.1.3 Une faible connaissance d’un système social perçu comme trop complexe.....  | 35        |
| 3.1.4 Des blocages socio-culturels par rapport à l’aide à domicile .....  | 36        |
| 3.1.5 Une faible sensibilisation à la prévention.....   | 36        |
| 3.1.6 Un parcours de soins difficile à identifier .....   | 37        |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>3.2</b> | <b>Les limites des actions de santé réalisées dans les foyers de travailleurs migrants .....</b>   | <b>38</b> |
| 3.2.1      | Des séances d'informations collectives trop éloignées des préoccupations concrètes des résidents.....  | 38        |
| 3.2.2      | Une couverture insuffisante des actions de santé collectives .....   | 39        |
| 3.2.3      | La nécessité de la médiation dans les foyers de travailleurs migrants .....  | 39        |
| 3.2.4      | Une insuffisance de personnel spécifiquement dédié à la médiation.....   | 40        |
| <b>3.3</b> | <b>Les liens entre les foyers de travailleurs migrants et les structures médico-sociales de proximité doivent être développés. ....</b>            | <b>40</b> |
| 3.3.1      | Un maillage départemental des CLIC encore insuffisamment développé.....  | 41        |
| 3.3.2      | La continuité des recommandations des diagnostics médico-sociaux est peu assurée .....   | 41        |
| 3.3.3      | Les ateliers santé ville : un exemple d'actions de prévention coordonnées.....   | 42        |
| <b>4</b>   | <b>RECOMMANDATIONS.....</b>  | <b>43</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Améliorer les conditions de vie .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>4.2</b> | <b>Améliorer l'accès à l'aide à domicile .....</b>   | <b>43</b> |
| <b>4.3</b> | <b>Améliorer l'accès aux assurances de santé complémentaires.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>4.4</b> | <b>Centrer l'information collective sur la pratique .....</b>  | <b>44</b> |
| <b>4.5</b> | <b>Développer les bilans gérontologiques.....</b>  | <b>44</b> |
| <b>4.6</b> | <b>Renforcer les liens entre les actions collectives du PRAPS et les actions thématiques développées dans le cadre du PRSP et/ou du PRAPS.....</b> | <b>46</b> |
| <b>4.7</b> | <b>Evaluer les actions de santé dans les FTM financées par le PRAPS.....</b>   | <b>46</b> |
| <b>4.8</b> | <b>Améliorer les liens entre les foyers de travailleurs migrants et les structures médico-sociales de proximité.....</b>                           | <b>47</b> |
| 4.8.1      | Quand il existe un atelier santé ville dans la commune du FTM .....  | 47        |
| 4.8.2      | Quand il n'existe pas un atelier santé ville dans la commune du FTM .....  | 47        |
|            | <b>CONCLUSION .....</b>  | <b>49</b> |
|            | <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>   | <b>51</b> |
|            | <b>LISTE DES ANNEXES.....</b>  | <b>I</b>  |

---

## Liste des sigles utilisés

---

ACDC : Agence Conseil Développement Collectivité  
ADEF : Association pour le Développement des Foyers  
AFTAM : Association pour l'Accueil et Formation des Travailleurs Migrants  
AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources  
AGLS : Aide à la Gestion Locative Sociale  
ANPEEC : Agence Nationale pour la Participation des Employeurs à l'Effort de Construction  
APA : Allocation Personnalisée d'autonomie  
APL : Aide Personnalisée au Logement  
ASV : Atelier Santé Ville  
CILPI : Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées  
CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique  
CMS : Centre Municipal de Santé  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CRAMIF : Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France  
CPSS : Centre de Prévention Social et Sanitaire  
CSG : Contribution Sociale Généralisée  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DDE : Direction Départementale de l'Équipement  
DRASSIF : Direction Régionale de la Santé en Ile de France  
FASILD : Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations  
FTM : Foyers de Travailleurs Migrants  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques  
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins  
PRS : Plan Régional de Santé  
PRSP : Plan Régional de Santé Publique  
SONACOTRA : Société Nationale de Construction pour les Travailleurs  
SOUNDIATA : Soutien, Union, Dignité et Accueil du Travailleur Africain

## INTRODUCTION

Le travailleur migrant est défini selon l'Organisation Internationale du Travail<sup>1</sup> comme « une personne qui émigre ou a émigré d'un pays vers un autre pays en vue d'y occuper un emploi autrement que pour son propre compte. »

La problématique du vieillissement des résidents dans les foyers de travailleurs migrants (FTM) est un phénomène d'apparition récente mais qui est amené à perdurer dans les prochaines années.

En effet, la première génération de travailleurs arrivés en France dans les années soixante afin de pallier un déficit de main d'œuvre, en particulier pour l'industrie, est désormais arrivée à l'âge de la retraite.

D'autres générations lui succéderont ultérieurement car le phénomène de migration officielle liée au travail ne s'est estompé qu'au milieu des années soixante dix.

Chez les travailleurs migrants, on observe un vieillissement précoce essentiellement lié à la pénibilité du travail qui a pour conséquences la survenue prématurée d'une perte d'autonomie et de pathologies chroniques.

Ainsi, les travailleurs migrants peuvent entrer dans la vieillesse entre 50 et 60 ans, l'institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE) retenant comme tranche d'âge supérieure les « 65 ans et plus » pour rentrer dans la vieillesse<sup>2</sup>.

Ces travailleurs migrants choisissent la France comme pays de résidence pour passer leur retraite, en particulier pour les raisons suivantes :

la condition de résidence en France est nécessaire pour toucher la retraite et bénéficier d'une couverture de l'assurance maladie,  
leur déracinement par rapport à leur pays d'origine.

En France, les FTM initialement conçus comme des dortoirs provisoires sont devenus des lieux de résidences permanents car il n'existe pas actuellement de solution alternative de logement.

---

<sup>1</sup> Conférence Internationale du Travail. « Rapport III de l'Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants, résumé des instruments de 1949. » Genève, Juin 1999.

<sup>2</sup> Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (direction des recherches sur le vieillissement). Le vieillissement des immigrés : état de la question. Juin 2001.

En effet, les établissements spécialisés pour personnes âgées sont peu accessibles financièrement pour les résidents de même que sur un plan socio-culturel.

De plus, les résidents des FTM souhaitent rester dans un environnement connu, côtoyer des personnes avec lesquelles ils partagent leur histoire, une langue et des traditions.

En dehors du problème posé en matière d'insalubrité et de non respect des normes d'habitat, les FTM sont souvent inadaptés à la prévention et aux soins liés aux pathologies propres à la personne âgée.

En effet, les FTM ont été initialement conçus pour une population active et non une population retraitée, ces personnes n'étant pas alors considérées par les pouvoirs publics comme résidents de longue durée en France.

En 1998, l'Etat a lancé un plan quinquennal de réhabilitation et de mise aux normes de ces FTM afin de permettre leur transformation en résidences sociales sous certaines conditions qui seront détaillées par la suite.

Mais la mise en œuvre de ce plan quinquennal a pris du retard.

Aujourd'hui, les FTM accueillent en France 140 000 personnes dont 110 000 étrangers (45 % en Ile de France, 20 % dans la région Rhône Alpes et 10 % en Provence Alpes Cote d'azur)<sup>3</sup>.

En 1999, environ 30 % de ces étrangers sont des personnes âgées de 56 ans et plus dont 80 % d'origine Maghrébine<sup>4</sup>.

Dans la région Ile-de-France, la Seine-Saint-Denis est le département qui concentre le plus grand nombre de foyers de travailleurs migrants (62 pour une population totale de 14 256 personnes)<sup>5</sup>.

En complément de la prise en charge dans des établissements pour personnes dépendantes, la politique gérontologique en France est basée sur une prise en charge à domicile et familiale avec la collaboration des dispositifs de prise en charge de droit commun que sont les structures de soins (médecine libérale, hôpital, centres municipaux de santé,...) et l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour favoriser ce maintien à domicile.

---

<sup>3</sup> Le logement des immigrés. <http://www.social.gouv.fr>

<sup>4</sup> Rapport de l'IGAS sur les immigrés vieillissants. Rapport no 2002 126, novembre 2002.

<sup>5</sup> Source DDASS 93, juin 2005.

Mais on observe une sous-utilisation par les travailleurs migrants de ces services médico-sociaux de droit commun.

Les hypothèses possibles pour expliquer cette sous- utilisation des services médico-sociaux de droit commun sont :

- Le manque de connaissance des dispositifs de prise en charge par les résidents âgés des FTM.
- L'insuffisance en qualité et en quantité des programmes de santé effectués dans les FTM, en particulier l'information sur les dispositifs de prise en charge et les actions de dépistage.
- Les relations entre le FTM et les services médico-sociaux de proximité ne sont pas assez formalisées et coordonnées.

Sur le plan professionnel, le Médecin Inspecteur de la DDASS doit permettre à travers le suivi des activités de santé mises en place dans les FTM de contribuer à l'amélioration des stratégies de santé qui sont définies au niveau régional puis déclinées dans le département.

Le Médecin Inspecteur doit aussi favoriser la mise en réseau des FTM au niveau communal, en particulier lors de la définition et du suivi des programmes de santé mis en œuvre dans le cadre de la politique de la ville.

# 1 ETAT DE LA QUESTION

## 1.1 Historique de l'immigration liée au travail

« Dans le contexte de reconstruction qui suit la fin de la seconde guerre mondiale, la principale difficulté des employeurs porte sur le manque de personnel : le gouvernement Français va alors organiser une immigration de masse pour faire face à cette pénurie de main d'œuvre, en particulier dans le secteur industriel<sup>6</sup>. »

« Au milieu des années 1950, la France redevient une puissance économique en pleine expansion et cela s'accompagne d'un grand afflux de travailleurs étrangers, en particulier d'hommes maghrébins isolés, principalement algériens.

Les conditions initiales de logement de ces immigrés sont généralement très difficiles (foyers dortoirs, baraquements de chantiers, bidonvilles,...). »<sup>7</sup>

« Pour répondre à cette situation d'urgence, l'Etat crée en 1956 la SONACOTRAL (Société Nationale de Constructions de Logements pour les Travailleurs Algériens), société d'économie mixte qui devient en 1963 la SONACOTRA aux compétences étendues au logement de tous les travailleurs.

Dans l'avenant au contrat d'objectifs entre l'Etat et la SONACOTRA (1999-2004), il est précisé que la réhabilitation des foyers de travailleurs migrants constitue la priorité de ses investissements.

La SONACOTRA regroupe 54% du parc national des FTM »<sup>8</sup>.

Dans le département de la Seine Saint Denis, 26 FTM et 11 résidences sociales sont gérées par la SONACOTRA<sup>9</sup>.

---

<sup>6</sup> FIEVET M. Le livre blanc des travailleurs immigrés des FTM – du non droit au droit. L'Harmattan 1999, p 11-14.

<sup>7</sup> FIEVET M. Le livre blanc des travailleurs immigrés des FTM – du non droit au droit. L'Harmattan 1999, p 23-26.

<sup>8</sup> Contrats d'objectifs 1999-2004 entre l'Etat et la SONACOTRA. Juillet 1999.

<sup>9</sup> Source DDASS 93, Juin 2005.

Sous l'impulsion des pouvoirs publics, des associations vont également se former sur tout le territoire et créer des FTM afin d'offrir des conditions décentes d'hébergement :

- L'Association pour l'Accueil et la Formation des Travailleurs Migrants (AFTAM) est une association de loi 1901, créée en 1962 par le Ministère de la Coopération. Le premier but de l'association est la formation avant même celui du logement, en vue d'un retour au pays d'origine des migrants, valorisé par une formation générale et professionnelle ainsi que par un accompagnement social individualisé. Dans le département de la Seine Saint Denis, cette association administre 9 FTM et 4 résidences sociales.

- L'Association pour le Développement des Foyers (ADEF) est une association de loi 1901 créée en 1955 sur l'initiative d'entreprises des secteurs du bâtiment et des travaux publics.

Pour le département de Seine Saint Denis, 8 FTM et une résidence sociale sont gérés par l' ADEF.

- La SOUNDIATA (Soutien, Union, Dignité et Accueil du Travailleur Africain) Nouvelle est une association de loi 1901 fondée en 1963 pour l'accueil des travailleurs migrants par la congrégation des Missionnaires de Notre Dame d'Afrique. Pour le département de Seine Saint Denis, deux foyers et une résidence sociale sont gérés par la SOUNDIATA.

Dans les années soixante, l'accueil des ces travailleurs étrangers immigrés ne se traduit pas en termes d'intégration, les autorités ne songeant pas à offrir des logements personnalisés ou individualisés ni même à investir sur le plan de leur intégration au sens large.

D'ailleurs, les immigrés eux-mêmes disent ne vouloir rester en France que peu de temps et ne choisir leur type de logement qu'en fonction des économies à réaliser en vue de leur retour.

La réglementation de 1968 concernant la libre circulation des travailleurs entre les pays d'accueil et d'émigration favorise une immigration d'hommes isolés, de sans famille, de « faux célibataires », l'épouse et les enfants partageant cette certitude de retour rapide vers le pays d'origine.

« Dès le début des années 1970, la France subit une crise économique importante due au choc pétrolier, de nombreux emplois non qualifiés sont supprimés.

En 1974, le gouvernement décide de suspendre l'immigration de travail et officialise en même temps le regroupement familial : à partir de cette époque, l'immigration n'est plus considérée comme un problème de main d'œuvre mais comme un problème d'intégration. Il met aussi en place un programme d'aide au retour dans les pays d'origine mais qui n'obtient que l'adhésion d'un nombre négligeable de personnes. »<sup>10</sup>

« Cette politique d'intégration liée au modèle Républicain Français dont les conséquences sont en particulier l'égalité d'accès aux soins et de traitement entre les individus s'oppose aux conceptions de certains pays Européens (Grande Bretagne, Pays Bas) où les actions des pouvoirs publics prennent en compte les spécificités culturelles. C'est le modèle du multiculturalisme avec par exemple la mise en place de réseaux d'aide à domicile sous forme de stratégies communautaires ou de personnel soignant recruté selon ses origines culturelles ou ethniques<sup>11</sup>. »

« Il est à noter que la France est le seul pays Européen qui, faisant face au vaste mouvement d'immigration économique des années soixante a recouru à ce mode d'hébergement, cette politique a eu sa cohérence et sa logique jusqu'au début des années soixante dix.

L'absence de politique vis à vis des FTM s'est révélée à la fin des années quatre-vingt, mise en relief par des situations, rares mais réelles d'insalubrité et de sur occupation <sup>12</sup>. »

« Depuis les années 80, la visibilité du phénomène du vieillissement des immigrés s'est accrue.

De prime abord, vieillesse et immigration semblent contradictoires, l'immigration s'étant toujours inscrite dans une logique de provisoire : travail, logement, retour au pays.

Fortement reliés à un territoire, une famille, un peuple, des traditions, une langue, nul ne songeait à accorder aux immigrés venus en France une véritable place à long terme.

---

<sup>10</sup> FLORENT L. Un foyer de travailleurs migrants à l'épreuve du vieillissement de ses résidents : élaborer des réponses adaptées. Mémoire CAFDES DE L'ENSP, 2001.

<sup>11</sup> Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, Direction des recherches sur le vieillissement. « Le vieillissement des immigrés : état de la question, p 67 ». Juin 2001.

<sup>12</sup> Haut Conseil à l'Intégration. Rapport de février 1991.

Or vivre durant des années dans un autre pays que le sien se traduit inévitablement par l'adoption de nouveaux modes de vie et de comportements.

Progressivement, l'immigration a été dépouillée de sa légitimité première (le travail) et de ses motivations initiales (le retour au pays).

De plus, le fait que les immigrés ont été plus touchés par la crise économique et le chômage que le reste de la population a renforcé leurs difficultés lors du passage à la retraite.

Pour eux, le temps de la vieillesse survient de façon plus inquiétante que pour la plupart des individus ». <sup>13</sup>

Par ailleurs, au niveau des pays d'origine, rien n'a jamais été fait ni pensé dans le sens d'un retour éventuel de l'immigré, l'émigration jouant un rôle important dans l'économie des pays <sup>14</sup>.

## **1.2 Caractéristiques sociodémographiques de la population vivant dans les foyers de travailleurs migrants**

### **1.2.1 Données démographiques nationales**

#### **A) Les immigrés vieillissant en France**

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).

Ce vieillissement est surtout marqué pour les populations originaires du Maghreb qui représentent près de 30 % de la population étrangère résidant en France <sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, Direction des recherches sur le vieillissement. « Le vieillissement des immigrés : état de la question, p 38 ». Juin 2001.

<sup>14</sup> BEN JELLOUN T. L'hospitalité Française, Paris, Seuil, 1997, p 173.

<sup>15</sup> BAS-THERON F, MICHEL M. « Rapport d'enquête de l'IGAS sur les immigrés vieillissants ». Novembre 2002, rapport no 2002-126.

## B) Les immigrés vieillissant dans les foyers de travailleurs migrants

« Aujourd'hui, les FTM accueillent en France 140 000 personnes dont 110 000 étrangers, Environ 30 % d'entre eux (40 000 personnes) sont occupés par des personnes âgées de 56 ans et plus en 1999.

Environ 80 % d'entre elles sont d'origine Maghrébine.

Le vieillissement actuel dans les FTM apparaît donc comme une spécificité Maghrébine.

Si l'on se reporte aux chiffres de 1990, les personnes âgées de plus de 55 ans originaires des pays du Maghreb et vivant en France sont 140 000 dont 110 000 hommes.

Comme la population dans les FTM est composée, notamment pour les classes d'âge élevées presque à 100% par des hommes, on peut dire qu'elle constitue un échantillon particulièrement représentatif de la vieillesse immigrée.

L'arrêt de l'immigration en 1975 se traduit donc, un peu plus de vingt ans après, par le vieillissement des résidents d'origine<sup>16</sup>. »

*Pyramide des âges de la SONACOTRA, décembre 2004 :*

| Plus de 55 ans | Plus de 60 ans | Plus de 65 ans | Plus de 70 ans |
|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 49,3%          | 34,2%          | 19,7%          | 9,6%           |

A la fin décembre 2004, parmi l'ensemble des résidents en France des FTM SONACOTRA, environ 30 000 personnes ont de plus de 55 ans et 20 000 personnes ont plus de 60 ans sur un total en France d'environ 65 000 personnes<sup>17</sup>.

« Les projections donnent 50 % de résidents de plus de 55 ans en 2008, soit un résident sur deux ainsi que 20 % de plus de 65 ans.

Vers 2010, la classe d'âge 55-65 ans sera quantitativement aussi importante que celle des plus de 65 ans. Cela signifie que le phénomène de vieillissement des FTM est vraisemblablement durable, au moins pour les vingt prochaines années.

---

<sup>16</sup>BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport d'enquête de l'IGAS sur les immigrés vieillissants.\_Rapport no 2002 126 , novembre 2002.

<sup>17</sup> Source SONACOTRA, décembre 2004.

La même transition démographique s'observe auprès des autres organismes gestionnaires de FTM<sup>18</sup>. »

## 1.2.2 Données démographiques départementales

### A) La population étrangère de la Seine Saint-Denis<sup>19</sup>

La population totale du département est de 1 390 000 habitants.

Dans le département, la population jeune (28% de moins de 20 ans) de même que la population étrangère (18,7%) y est plus représentée par rapport aux autres départements d'Ile-de-France (respectivement 18,7% et 12,3%).

La population originaire du Maghreb (7 % de la population du département) constitue la plus grande part de la population étrangère présente en Seine-Saint-Denis, (37 % de la population étrangère).

Cette population étrangère est vieillissante avec 11,6 % de personnes âgées de plus de 60 ans, soit environ 30 000 personnes.

### B) Les foyers de travailleurs migrants en Seine Saint-Denis

« Dans la région Ile-de-France, la Seine-Saint-Denis est le département qui concentre le plus grand nombre de FTM.

Le département compte 62 FTM dont 17 résidences sociales, soit environ 22% des 244 FTM existants en Ile-de-France.

Ces FTM se répartissent dans 24 villes avec 4 organismes gestionnaires : SONACOTRA (60 % des FTM du département), AFTAM (20%), ADEF (14 %),) et SOUNDIATA (6%). (Voir carte en annexe).

Certaines communes du département (Aubervilliers, Saint-Denis et Montreuil) sont particulièrement concernées par l'implantation des FTM, ayant accueilli un nombre important d'usines après la deuxième guerre.

---

<sup>18</sup> BERNARDOT M. Pyramide des ages de la SONACOTRA, une analyse du vieillissement démographique. Janvier 1999.

<sup>19</sup> Source INSEE 1999.

La population totale des FTM de la Seine-Saint-Denis est de 14 256 personnes. L'ensemble des résidents de plus de 55 ans en Seine-Saint-Denis représente au moins 6 111 personnes, soit 47 % de la population totale des FTM (cette répartition selon l'âge a été étudiée dans 52 des 62 FTM du département, cf tableau en annexe).

Enfin, pour avoir une idée plus exacte de la population des FTM, il faudrait tenir compte de 10 000 résidents surnuméraires, ce qui ramènerait la population totale des FTM à environ 25 000 personnes, soit environ 10 % de la population étrangère du département<sup>20</sup>. »

Mais le phénomène des surnuméraires est quasi inexistant dans les foyers de travailleurs migrants vieillissants d'origine Maghrébine<sup>21</sup>.

### **1.2.3 Les différents modes de vie des résidents<sup>22</sup>**

#### A) Les résidents dans le « va et vient »

Le « va et vient » concerne majoritairement les retraités qui ont gardé des liens avec leur famille dans leur pays d'origine.

Ils oscillent dans une situation « d'aller retour », de navette entre le pays d'origine et la France, ne trouvant pas de place durable, ni d'un côté ni de l'autre.

Une des raisons de l'existence de la navette est l'impossibilité de toucher sa retraite au pays et en Euros. La gestion de la retraite peut s'effectuer par l'intermédiaire du pays d'origine qui redistribue sa retraite à chaque personne l'ayant demandé mais les difficultés structurelles des pays du Maghreb font que les pensions sont souvent payées en retard.

De plus, les versements étant effectués en monnaie nationale, avec une grande différence de taux de change entre marché officiel et marché parallèle, ceci entame fortement le revenu des retraités. C'est ce qui explique que la plupart des retraités migrants préfèrent toucher leur retraite en France et en Euros.

---

<sup>20</sup> Source DDASS 93, Juin 2005.

<sup>21</sup> MENARD F, PALOMARES E et SIMON P. Des foyers, un sas ou une nasse?. Ecartis d'identité No 94. Hiver 2000-2001.

<sup>22</sup> FLORENT L. Un foyer de travailleurs migrants à l'épreuve du vieillissement de ses résidents : élaborer des réponses adaptées. Mémoire CAFDES DE L'ENSP, 2001.

Les autres raisons évoquées pour expliquer le « va et vient » sont l'attachement à garder des habitudes de vie acquises par l'ancienneté sur le même FTM, par la nécessité de préserver leurs droits sociaux et d'être suivis régulièrement au niveau sanitaire.

Le « va et vient » est d'un autre côté l'occasion de revoir la famille, de maintenir les liens affectifs avec elle, même si certains se retrouvent finalement étrangers dans leur propre famille.

L'alternance de ce « va et vient » et la permanence de ces deux points d'accroche que constituent la famille et le FTM permettent toutefois à nombre d'entre eux de maintenir un équilibre dans cet entre-deux.

Ce « va et vient » est de durée et de rythme variable suivant les résidents allant de séjours de quelques semaines, plusieurs fois par an, à des séjours moins nombreux mais de plusieurs mois.

Ces séjours peuvent être la cause de décompensation de pathologies chroniques.

Ils sont aussi à l'origine de la difficulté d'avoir une continuité dans la mise en place de programmes de santé dans les FTM.

## B) Les résidents permanents

Ils sont constitués majoritairement par les inactifs qui n'ont pas de famille au pays ou qui ont rompu tout lien avec elle, soit après des situations de divorce, de séparation ou du fait d'être restés célibataires, par les quelques résidents encore en situation d'activité professionnelle et par ceux qui ne peuvent plus effectuer ce va et vient.

C'est souvent la maladie qui met fin à cette logique de va et vient, quand l'état de santé se dégrade et nécessite des soins importants.

C'est parmi ces personnes, à l'exception des quelques salariés que l'on retrouve les situations d'isolement les plus fortes.

Ce statut de permanent n'est pas définitif à l'exception des sujets les plus âgés et les plus malades.

### 1.2.4 L'inactivité

« Dans la migration de type économique, l'activité professionnelle effectuée dans le pays d'accueil maintient le lien avec la famille et les repères culturels d'origine.

Lorsque intervient l'inactivité, on observe une suppression de la fiabilité des liens d'appartenance qui désorganise l'identité. Cette désorganisation tend à se manifester lorsque les migrants ne sont plus en mesure de vendre leur force de travail car ces hommes appartiennent à une génération où le travail représente une valeur culturelle honorifique.

Ces changements de mode de vie conduisent les migrants à rompre les liens avec leur communauté : par manque de moyens financiers, les visites au pays se raréfient, il ne peuvent plus assurer leur rôle de chef de famille.

Les FTM deviennent alors les seuls lieux de vie possibles alors que subsiste toujours un projet de retour définitif au pays.

Cette fracture a vite fait d'eux une communauté à part, invisible au reste de la société Française et à la communauté Maghrébine globale<sup>23</sup>.

Conjointement à une vieillesse naturelle, on observe l'entrée des migrants dans une vieillesse sociale, la rupture avec le pays d'origine, l'absence de statut dans le pays d'accueil, l'usure physique et les responsabilités familiales vont développer et accentuer les signes de vieillissement physique.

### **1.2.5 Un vieillissement physique précoce**

Selon le gérontologue de la SONACOTRA, ce vieillissement précoce est constaté à partir de 55 ans.

« Pour les populations de travailleurs immigrés, on observe que ce vieillissement est essentiellement lié à la pénibilité du travail.

Majoritairement ouvriers, peu qualifiés, plus souvent touchés par la crise et incités à la préretraite, fréquemment au chômage et, après 50 ans, ayant très peu de possibilités de retrouver un travail, les immigrés peuvent entrer dans la vieillesse entre 50 et 60 ans (L'INSEE retient comme tranche d'âge supérieure les « 65 ans et plus » pour rentrer dans la vieillesse, l'âge de la retraite étant en France de 60 ans).

La transition vers la retraite et la vieillesse ne semble donc pas suivre pour cette population les mêmes paliers que ceux empruntés par les Français d'origine<sup>24</sup>. »

---

<sup>23</sup> LOUISE F. Un foyer de travailleurs migrants à l'épreuve du vieillissement de ses résidents : élaborer des réponses adaptées. Mémoire CAFDES 2000.

<sup>24</sup> Caisse Nationale d'assurance Vieillesse. Le vieillissement des immigrés : état de la question, p 39. Juin 2001.

## 1.3 Les principales politiques publiques vis à vis des foyers de travailleurs migrants

### 1.3.1 Au niveau national

#### A) Le plan quinquennal de réhabilitation des foyers de travailleurs migrants

En 1996, le rapport CUQ adressé au Ministre de l'Intégration et la Lutte contre l'Exclusion constate la persistance des FTM alors que, l'Etat ayant mis fin dans les années 1970 à l'immigration du travail, ils auraient du progressivement disparaître<sup>25</sup>.

Le rapport conclut à des risques majeurs autour de la sécurité des personnes compte tenu du délabrement des locaux et de leur sur occupation.

Il constate aussi une hygiène déficiente et une incompatibilité d'accueil pour les sujets âgés : des chambres étroites, des sanitaires inadaptés, des étages non desservis par un ascenseur, une absence de téléphone personnel et une dissémination des espaces collectifs.

Le rapport recommande en particulier la suppression des FTM vétustes et la réhabilitation des FTM dégradés qui auront une vocation d'hébergement provisoire et d'accompagnement social.

Suite à ce rapport, l'Etat lance en 1998 en place un plan quinquennal de réhabilitation des FTM afin de les mettre aux normes en terme d'habitabilité :

« les opérations (réhabilitation, restructuration, démolition, reconstruction) qui pourraient s'inscrire dans ce plan doivent prioritairement concerner les foyers dortoirs, les foyers sur occupés, ainsi que ceux nécessitant des travaux de mises aux normes relatifs à un conventionnement à l'aide personnalisée au logement (APL).

A terme, toutes les chambres d'une surface inférieure à 7,5 mètres carrés doivent être supprimées.

---

<sup>25</sup> CUQ H. Mission parlementaire sur la situation et le devenir des FTM de travailleurs migrants. Avril 1996.

Des unités de vie peuvent être aussi créées dans la structure, son fonctionnement s'inspirant de l'organisation familiale (présence d'une maîtresse de maison, élaboration et prise des repas en commun) »<sup>26</sup>.

Un comité départemental sous l'autorité du préfet de département composé de la DDASS, de la DDE (Direction Départementale de l'Équipement), de l'ANPEEC (Agence Nationale pour la Participation des Employeurs à l'Effort de Construction) et du FASILD (Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations) détermine les FTM prioritaires.

Le traitement des FTM prioritaires du plan quinquennal repose sur l'élaboration conjointe par le maître d'ouvrage et le gestionnaire d'un projet social.

Créée le 9 juin 1998, la CILPI (Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées) propose la liste annuelle des FTM prioritaires à partir des analyses effectuées par les Préfets, cette liste est validée par le Ministère du logement.

La CILPI met en œuvre le plan quinquennal des FTM en coordonnant les administrations qui interviennent dans le montage de ce plan (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, du Logement,...) mais aussi les partenaires externes (organismes gestionnaires, collectivités locales,...).<sup>27</sup>

Devant le retard pris par le plan quinquennal, l'Etat et l'union économique et sociale du logement ont signé le 11 octobre 2001 un avenant qui prolonge le plan de traitement jusqu'au 31 décembre 2006<sup>28</sup>.

On est ainsi passé d'un plan quinquennal à un plan décennal.

## B) La transition des foyers de travailleurs migrants vers les résidences sociales

« Les résidences sociales ont été créées à partir de 1994 pour accueillir de manière transitoire des publics démunis.

---

<sup>26</sup> Circulaire no 98-65 du 18 juin 1998, plan quinquennal de traitement des FTM de travailleurs migrants.

<sup>27</sup> REBUFFEL J. Le plan quinquennal, avant tout des projets sociaux. Ecarts d'identité no 94. Hiver 2000-2001.

<sup>28</sup> FASILD. Foyers de travailleurs migrants et résidences sociales. Note d'orientation 2004-2006.

La résidence sociale est un logement foyer conventionné à l'APL qui offre à ses résidents une aide à l'insertion vers un logement de droit commun.

Il désigne aussi les FTM qui, à la suite de travaux de réhabilitation ou par simple contractualisation, deviennent statutairement des résidences sociales même si leurs occupants s'installent durablement.

Ces résidences sociales disposent par la DDASS de financements d'aide à la gestion locative et sociale (AGLS) pour financer les gestionnaires des FTM.

Le passage de FTM à résidence sociale nécessite 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 »<sup>29</sup>.

Le projet social est donc le point sur lesquels les organismes gestionnaires doivent insister aujourd'hui, le renouvellement du bâti ne pouvant être que graduel et lent du fait du retard de mise en œuvre du plan quinquennal.

Le projet social se doit de favoriser l'insertion, l'accompagnement social pouvant être confié à des partenaires locaux qualifiés et des agents de médiation et de vie sociale.

Ce projet social doit prévoir l'accès aux dispositifs de droit commun pour la population vieillissante et lorsque cet accueil s'avèrera impossible, rechercher en partenariat avec les associations locales des formules de maintien à domicile.

A l'avenir, les résidents âgés seront de plus en plus confrontés à un changement progressif de voisinage, en particulier avec l'arrivée des populations précarisées, intéressées par les FTM qui constitue un type de logement social, temporaire, pour accéder à un logement définitif.

La coexistence de ces deux populations dont le seul point commun est la précarité étant parfois difficile, cela peut parfois renforcer les sentiments d'isolement.

### C) La politique gérontologique et les foyers de travailleurs migrants

La politique gérontologique actuelle est basée sur une prise en charge à domicile et familiale, elle considère que les personnes âgées doivent intégrer et utiliser les dispositifs de prise en charge de droit commun.

---

<sup>29</sup> Ecart d'identité N° 94: Du foyer de travailleur migrant à la résidence sociale : Quelles mutations ? Hiver 2000/2001 .

Les principaux objectifs de prise en charge sont <sup>30</sup> :

- le développement des réseaux gérontologiques et notamment des centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC).
- le maintien à domicile en développant les bilans gériatriques individuels, les hospitalisations de jour et l'hospitalisation à domicile.

En 1999, le rapport Guinchard-Kunstler, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées traite d'une nouvelle orientation à donner à la politique envers les personnes âgées en perte d'autonomie et présente la question du vieillissement des populations immigrées comme un problème spécifique.

Les FTM y sont mentionnés comme présentant une mauvaise accessibilité et des conditions d'accompagnement social et médico-social quasiment inexistantes.

Ce rapport préconise de développer avec le concours du FASILD des initiatives particulières pour la prise en charge de ces personnes et de poursuivre une réflexion autour d'une amélioration de leur hébergement en respectant leurs identités diverses<sup>31</sup>.

Créé en 1958, sous la tutelle de la Direction des Populations et Migrations, le FASILD est un organisme public qui possède entre autres missions de financer les interventions incitant les services de droit commun à prendre en compte les difficultés des populations immigrées.

« Selon un rapport de 2002 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), le phénomène du vieillissement des immigrés a donné lieu à une prise de conscience des institutions spécifiquement en charge des migrants et de leurs familles.

Globalement, c'est moins vrai des dispositifs dits «de droit commun » qui pilotent et mettent en œuvre les politiques prioritaires de vieillesse (les vieux immigrés ne sont que rarement couverts par les dispositifs gérontologiques) et de lutte contre les exclusions.

Cette prise de conscience est, pour l'heure, plus orientée vers la réflexion que vers l'action, du moins l'action programmée dans une véritable politique.

---

<sup>30</sup> Agence Régionale Hospitalière d'Ile de France. Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile de France. Novembre 2002.

<sup>31</sup> GUINCHARD-KUNSTLER P. Vieillir en France, enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport au Premier Ministre, la Documentation Française, 1999.

L'enjeu futur se situe dans une véritable coordination entre les responsables de la politique de gérontologie et les spécialistes de l'immigration et/ou de l'intégration.

L'IGAS plaide pour une approche globale et propose de privilégier deux axes :

- le maintien à domicile : il s'agit de faire effectivement bénéficier les vieux immigrés d'un des principes de base de la politique de la vieillesse.

- La responsabilisation de tous les acteurs, pour rompre l'isolement des institutions spécifiques, mieux assurer le couplage avec le droit commun et avec les espaces et lieux gérontologiques<sup>32</sup>. »

Un récent rapport du Haut Conseil à l'Intégration constate qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de véritable politique en faveur des personnes âgées d'origine étrangère.<sup>33</sup>

« Il soulève lui aussi la nécessité pour les travailleurs immigrés âgés de pouvoir intégralement bénéficier des politiques de droit commun. Mais dans certains cas, une démarche particulière est nécessaire pour faciliter leur accès à des prestations sociales.

Sur le terrain, les services administratifs des différentes collectivités et organismes doivent se coordonner et aller au devant des immigrés isolés.

Les CLIC paraissent être les outils adaptés d'une meilleure prise en charge au plan local des immigrés âgés mais les schémas gérontologiques et les CLIC ne ciblent pas encore suffisamment la population des immigrés vieillissants<sup>34</sup>. ».

---

<sup>32</sup> BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport d'enquête de l'IGAS sur les immigrés vieillissants. Rapport no 2002 126 , novembre 2002.

<sup>33</sup> Haut Conseil à l'Intégration. La condition sociale des immigrés âgés, p 6. Avis à Monsieur le Premier ministre. Mars 2005.

<sup>34</sup> Haut Conseil à l'intégration. La condition sociale des travailleurs immigrés âgés, p 26. Avis à Monsieur le Premier ministre. Mars 2005.

### 1.3.2 Au niveau régional

A) Les orientations retenues par les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) pour les personnes en situation de précarité relatives aux foyers de travailleurs migrants

a) *Les programmes de santé dans les foyers de travailleurs migrants*<sup>35</sup>

Un comité départemental regroupe le FASILD, la DDASS, la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France (CRAMIF), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), le Conseil Général, l'ensemble des organismes gestionnaires de FTM, les opérateurs et les responsables de la politique de la ville.

Ce comité est chargé de la programmation, de la coordination et du suivi des actions développées dans les FTM.

Ce comité départemental désigne les FTM prioritaires pour des actions de santé.

Les critères de choix sont la possibilité d'établir un partenariat local, des situations sanitaires identifiées comme problématiques et la présence d'un projet de réhabilitation.

Le FASILD finance conjointement avec la CRAMIF et la Direction Régionale de la Santé en Ile de France (DRASSIF) dans le cadre du PRAPS<sup>36</sup> des programmes de santé à type d'informations collectives et de diagnostics médico-sociaux.

· Les informations collectives

Elles traitent de l'accès aux droits sociaux : couverture maladie universelle (CMU), complémentaire santé, allocation personnalisée d'autonomie (APA),...

Elles abordent aussi la santé avec des thèmes comme la tuberculose, l'hygiène bucco-dentaire, l'hygiène alimentaire, les conduites addictives, le sida, la prévention des chutes,...

---

<sup>35</sup> Appel 2005 à demande de subvention Etat/Assurance Maladie/FASILD pour actions de santé en faveur des résidents en FTM de migrants.

<sup>36</sup> Article 71 de la loi no 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

- Les diagnostics médico-sociaux

Leurs principaux objectifs sont de :

mieux connaître les difficultés sanitaires et sociales des résidents,  
faire émerger chez les résidents une demande précoce de soins,  
faire accéder les résidents à leurs droits et aux dispositifs de soins et de prévention,  
créer des réseaux de partenaires référents regroupant des institutions de proximité (organismes de sécurité sociale, centres municipaux de santé (CMS), hôpitaux, médecins généralistes ...) qui pourraient être les correspondants des personnels encadrant des FTM,  
faciliter les rencontres entre les professionnels de santé de proximité et les résidents.

Le diagnostic doit se conclure par un programme d'interventions pluriannuelles, précisant les objectifs à atteindre et mobilisant en priorité les services de droit commun, avec un suivi par un comité de pilotage regroupant l'ensemble des acteurs .

Dès lors que le FTM comprend au moins un tiers de résidents vieillissants, une analyse des besoins et spécificités de ces résidents comportant les dynamiques locales en matière de réseau gérontologique, les besoins d'adaptation du bâti, en formation du personnel, en information des résidents est obligatoire.

#### *b) Les activités de médiation*

Elles sont financées dans le département par le PRAPS pour certains FTM ADEF et AFTAM (en dehors du dispositif décrit ci-dessus) et le FASILD.

Dans ce cadre, le rôle des médiateurs est double :

- assurer des permanences dans les FTM afin d'informer les résidents sur leurs droits sociaux et servir d'intermédiaire entre ces derniers et les services publics quand la situation le justifie.
- favoriser la formalisation de partenariats entre les FTM et les différents services publics de proximité, notamment les centres municipaux de santé, les centres d'hygiène et de santé, les centres médico-psychologiques, les services de soins à domicile, les services d'aide ménagère,...

La SONACOTRA délègue quant à elle aux gestionnaires du FTM les activités de médiation, ils ont également les missions suivantes<sup>37</sup> :

- repérer les situations problématiques en matière de santé. La SONACOTRA forme l'ensemble de son personnel à la veille et l'alerte sanitaire.

L'ensemble du personnel du FTM a ainsi une mission de dépistage à la survenue chez les résidents de symptômes physiques (maaises, douleurs, fuite urinaire, baisse de vue, d'audition, toux, essoufflement,...), psychiques et comportementaux (troubles du langage, incohérence du discours, problèmes de gestion des médicaments , de l'argent, survenue de nuisances nocturnes, péremption des aliments dans le réfrigérateur,...) liés au vieillissement.

- repérer les situations problématiques en matière administrative.

- identifier et prendre contact avec les professionnels concernés.

## B) Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP)

La contribution départementale au PRSP a été finalisée fin janvier 2005 puis transmise à la DRASS pour élaboration des priorités régionales<sup>38</sup>.

Parmi les quatre priorités transversales retenues, une d'entre elles concerne les migrants et le recours aux relais de proximité.

Le volet précarité du PRSP insiste sur la nécessité de renforcer la mise en réseau des acteurs de proximité pour améliorer l'accès au droit commun des personnes en grande précarité, en particulier à partir des ateliers santé ville (ASV).

Le besoin de consolider les actions déjà entreprises par les médiateurs dans les FTM est aussi souligné.

Le volet départemental du PRSP personnes âgées insiste quant à lui sur la nécessité de formation du personnel (dont celui des FTM) sur le dépistage et l'évaluation des besoins de santé des résidents vieillissants des FTM.

Il recommande également le renforcement de la collaboration avec les CLIC et la nécessité de l'aménagement des logements.

Le Plan Régional de Santé (PRS) personnes âgées en cours n'intègre pas la notion de groupes vulnérables comme les résidents des FTM.

---

<sup>37</sup> Rapport interne à la Sonacotra concernant le vieillissement de la clientèle. 2003

<sup>38</sup> Plan régional de santé publique, contribution de la Seine-Saint-Denis. 28 janvier 2005

Dans le cadre des PRS addictions ou des PRAPS VIH migrants, des actions d'information transversales dans les FTM existent déjà.

Selon le responsable des PRAPS de la DRASSIF, il faut renforcer la cohérence entre ces informations transversales et les informations collectives dispensées dans les FTM.

### **1.3.3 Au niveau départemental et communal**

A) Le schéma départemental gérontologique de Seine-Saint-Denis (2001-2006)<sup>39</sup>.

Il constate une collaboration variable selon les villes et les responsables d'établissements mais globalement insuffisante entre les FTM et les professionnels (services de soins, aide ménagère,...).

Les services d'aide à domicile ne sont que très rarement sollicités.

Le schéma vise à accompagner le vieillissement des travailleurs migrants en ouvrant les FTM sur la ville.

Il prévoit une étude pour améliorer la connaissance des caractéristiques des migrants vieillissants afin de disposer d'une analyse fine de leurs besoins.

Par exemple, le Conseil Général constate qu'il y a peu de personnes dépendantes dans les FTM et qu'on ignore leur type d'orientation (maisons de retraites publiques, services de long séjour,...) ainsi que leur devenir par la suite.

B) Les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique

La loi du 20 juillet 2001<sup>40</sup> relative à l'allocation personnalisée d'autonomie a inscrit les Centres locaux d'Information et de Coordination gérontologique (CLIC) au cœur des territoires comme des instruments de coordination gérontologique.

Les CLIC sont des guichets d'accueil, de conseil et d'orientation pour les personnes âgées de soixante ans et plus.

---

<sup>39</sup> Département de la Seine-Saint-Denis. Schéma en faveur de la population âgée de la Seine-Saint-Denis. Année 2000.

<sup>40</sup> Loi no 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'APA, codifiée à l'article L.232-13 du code de l'action sociale et des familles.

Ils se situent dans une logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de mise en réseau entre les professionnels, notamment de santé, d'accompagnement à domicile et de l'aménagement de l'habitat.

Le territoire d'intervention est infra départemental, défini dans le cadre du schéma gérontologique, correspondant à un bassin de vie de 15 000 personnes âgées en milieu urbain.

Les CLIC doivent aboutir à terme à un réseau national organisant un maillage cohérent du territoire national.

La loi de décentralisation du 13 août 2004<sup>41</sup> prévoit la mise en place des CLIC par le Conseil Général, ceci est effectif dans le département depuis le premier janvier 2005.

L'objectif des CLIC est d'aboutir à des plans d'aides personnalisés avec constitution de dossiers de prise en charge actionnant les différents services et établissements médico-sociaux.

L'APA (allocation personnalisée d'autonomie) est une allocation destinée à financer ces plans d'aides personnalisés au bénéfice des personnes âgées de plus de 60 ans et rencontrant des difficultés pour accomplir les gestes ordinaires de la vie courante<sup>42</sup>.

La perte d'autonomie est évaluée par une équipe médico-sociale agréée par le Conseil Général au moyen de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressources) sur une échelle de 1 (les personnes les plus dépendantes) à 6 (les personnes les plus autonomes).

L'allocation est versée par le Conseil Général pour les personnes les plus dépendantes (groupe de 1 à 4).

Le plan d'aide comporte l'ensemble des aides techniques et des services à domicile à mettre en œuvre (aide ménagère, portage de repas, téléalarme) pour faciliter le maintien à domicile, il est établi en lien étroit avec le demandeur par l'équipe médico-sociale.

L'usager choisit la totalité ou une partie du plan d'aide proposé, il acquitte alors une participation sur la partie du plan d'aide choisi, en fonction de ses ressources.

L'APA est gérée par le département, son financement est assuré par le département, la contribution sociale généralisée (CSG) et les régimes obligatoires de retraite de base.

---

<sup>41</sup> Loi de décentralisation du 13 août 2004. JO 190 du 17 août 2004.

<sup>42</sup> Décret n°2001-1086 du 20 novembre 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Elle est soumise à la condition de résidence en France.

### C) La politique de la ville et les ateliers santé ville

La promotion de l'insertion sociale passe par un accès plus efficace au droit commun et par la mise en place de passerelles entre les résidents et leur environnement social.

La réalisation d'un tel objectif ne se conçoit que dans un contexte de décroisement des FTM, en les inscrivant dans le quartier et dans la ville.

La circulaire du 15 juillet 1999<sup>43</sup> relative à la prise en compte du logement des personnes immigrées dans la préparation des contrats de ville prévoit d'inclure les FTM dans le cadre des contrats de ville.

Les actions relatives aux FTM dans les contrats de ville ont un double objectif :

le désenclavement des FTM en développant des actions sociales d'insertion des résidents et en incluant les FTM dans les programmes locaux de l'habitat, prendre en compte des problématiques sociales et sanitaires recensées dans les FTM et proposer des actions opérationnelles.

Ces actions doivent concerner des opérations de réhabilitation du bâti, de démolition - reconstruction, de transformation des FTM en résidences sociales, l'accompagnement social des résidents vers les institutions, la médiation sociale entre les résidents et les structures extérieures, de même que l'alphabétisation et des animations au sein des FTM<sup>44</sup>.

L'atelier santé ville (ASV), volet santé de la politique de la ville vise à promouvoir le développement de programmes locaux de santé.

Les PRAPS<sup>45</sup> fixent un cadre d'action et contribuent à leur mise en œuvre.

Se basant sur un diagnostic partagé, les ASV s'adressent aux publics en difficulté.

---

<sup>43</sup> Circulaire DIV/CILPI du 15 juillet 1999 relative à la prise en compte du logement des personnes immigrées dans la préparation des contrats de ville.

<sup>44</sup> Plan départemental d'accueil et d'intégration des étrangers en Seine-Saint-Denis. DDASS et Préfecture de la Seine-Saint-Denis. Septembre 2003.

<sup>45</sup> Circulaire DGS/SP2 no 2000-324, 13 juin 2000 : BO aff. Soc. No 2000/25, 8 juillet.

Les objectifs sont d'améliorer l'accès à l'ensemble des services médico-sociaux de droit commun tout en facilitant la mobilisation et la coordination de ces services.

La démarche de réseau comme moyen d'intervention doit être privilégiée de manière à évoluer vers la constitution de réseaux de santé de proximité<sup>46</sup>.

## **1.4 Situation sanitaire dans les foyers de travailleurs migrants**

### **1.4.1 La santé des migrants en France**

« La santé des immigrés et des étrangers en France est mal connue et peu étudiée : les raisons de ce silence sont la peur de favoriser un discours xénophobe sur le danger que représenteraient ces populations (cas des pathologies infectieuses comme la tuberculose, le sida pour lesquelles certaines catégories d'immigrés présentent des taux élevés d'incidence).

L'identification de problèmes de santé qui leur seraient spécifiques aurait donc comme effet possible une stigmatisation de ces catégories.

Il existe une dimension idéologique plus générale qui trouve son explication dans la construction politique nationale autour du modèle républicain, la non prise en compte statistique de certaines caractéristiques des individus pouvant menacer la liberté individuelle (religion, syndicat,..) ou mettre en cause la commune citoyenneté (nationalité, origine).

Dans les données de routine telles que celles produites par l'INSEE, par le service mortalité de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), par l'Institut National de Veille Sanitaire sur les maladies à déclaration obligatoire, par les caisses d'Assurance Maladie sur la consommation de soins, les critères de nationalité et de naissance apparaissent rarement et, lorsqu'ils existent au niveau du recueil de l'information, ne font guère l'objet d'exploitation et de diffusion »<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Circulaire DGS/DAS/DH/DD/DIRMI no 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

<sup>47</sup> FASSIN D. Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? Plein Droit no 38, avril 1998.

Selon le Haut Comité de Santé Publique, il est inconcevable et potentiellement dangereux pour la santé de la population générale de ne rien connaître de la situation, spécifique ou non de la population immigrée. Cette priorité doit être clairement affichée, l'amélioration globale de la situation économique de notre pays pose la question des enjeux de la solidarité publique vis-à-vis des personnes ou des populations les plus vulnérables.<sup>48</sup>

#### **1.4.2 La santé des migrants vieillissants en France**

Une étude réalisée chez les immigrés âgés de plus de cinquante ans en Languedoc Roussillon (75 % de Maghrébins) montre que 42% ont des pathologies rhumatismales et dans 20 % des cas un diabète. Un tiers des immigrés vieillissants présente une symptomatologie dépressive.

Ce sont les pathologies classiques du vieillissement que l'on retrouve, mais en grande fréquence parmi les immigrés dont les conditions de travail (exposition aux conditions climatiques et aux risques professionnels) ont entraîné une usure prématurée<sup>49</sup>.

Dans cette étude, on note également une survenue précoce de la perte d'autonomie :

- au niveau de la capacité à effectuer certaines activités de la vie quotidienne, 33 % des migrants de plus de 65 ans ont besoin d'aide contre 12 % en population générale isolée.
- au niveau de la capacité à effectuer certaines activités instrumentales de la vie quotidienne, 79% des migrants de plus de 65 ans ont besoin d'aide contre 37 % en population générale isolée.

« Au niveau de la population générale l'âge moyen des personnes dépendantes (personnes confinées au lit ou au fauteuil ou ayant besoin d'aide pour la toilette et l'habillement) nées au Maghreb est de 75,3 ans et de 73,7 ans pour les personnes avec dépendance psychique.

---

<sup>48</sup> Rapport du Haut Comité de Santé Publique. « La santé en France, p 211 ». Janvier 2002.

<sup>49</sup> SIEIRA A., DESMARTIN BELARBI V et al. « Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon ». CESAM Migrations Santé, Octobre 2003.

Ceci est très sensiblement inférieur à celui des personnes nées en France (82 ans et 80,6 ans), la dépendance survient de façon plus précoce chez les personnes originaires du Maghreb.

Les données existantes ne permettent pas de dire d'où viennent ces personnes dépendantes, elles sont vraisemblablement réparties dans des proportions inconnues entre les FTM, les hôpitaux, les structures d'hébergement pour personnes âgées ...

En tout état de cause, la montée en puissance du phénomène de vieillissement des immigrés Maghrébins devrait en toute logique s'accompagner d'une augmentation des effectifs de personnes dépendantes au cours de la période 2000-2020 <sup>50</sup> ».

### **1.4.3 La santé des migrants vieillissants dans les foyers de travailleurs migrants**

Il existe très peu de données sur l'état de santé collectif de la population des travailleurs migrants vivant en FTM.

Les problèmes de santé les plus fréquemment relevés lors des diagnostics médico-sociaux et par les médiateurs sont des pathologies chroniques comme les pathologies rhumatismales à l'origine d'une perte de mobilité, le diabète, l'hypertension, l'ulcère gastrique, l'asthme, les problèmes de vue, les problèmes bucco-dentaires,...

La dureté des conditions de travail et la pénibilité des tâches effectuées ont des effets négatifs sur la santé en augmentant le risque d'accidents du travail et de maladies professionnelles<sup>51</sup>.

« Un nombre non négligeable de résidents originaires du Maghreb déclare avoir connu dans leur vie une période de consommation alcoolique qui peut être une cause de diabète, les conditions de travail dans le bâtiment et les industries chimiques ont provoqué des rhumatismes et des troubles respiratoires, enfin une période de chômage de longue durée peut renforcer la propension à l'ulcère ou à l'hypertension<sup>52</sup>. »

---

<sup>50</sup> BAS-THERON F., MICHEL M. Rapport d'enquête de l'IGAS sur les immigrés vieillissants. Rapport no 2002- 126 , novembre 2002.

<sup>51</sup> Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants. Ecart d'identité no 94. Hiver 2000-2001.

<sup>52</sup> Diagnostic sanitaire et social. FTM La Noue Sonacotra de Montreuil. Rapport final, p 39.

Des diagnostics médico-sociaux sont désormais réalisés dans les FTM dans le cadre de l'élaboration des projets sociaux, la question gérontologique commence à être prise en compte<sup>53</sup> :

63% des résidents déclarent avoir des problèmes de santé entre 65 et 70 ans et 80% quand ils ont plus de 70 ans.

38% des 66-70 ans sont suivi par un service spécialisé à l'hôpital.

La majorité des plus de 65 ans est atteinte d'une affection chronique (diabète, ulcère, hypertension) prise en charge à 100% par la sécurité sociale pour cette maladie.

12% des plus de 65 ans ont des problèmes de mobilité et 30% sont dans ce cas lorsqu'ils dépassent 70 ans.

30% des plus de 65 ans doivent suivre un régime qu'ils ont souvent du mal à suivre.

80% des plus de 65 ans doivent suivre un traitement régulier.

Ce diagnostic fait aussi apparaître une dégradation précoce de l'état de santé des résidents entre 45 et 55 ans ; 57 % disent avoir un problème de santé, 35% doivent suivre un traitement régulier et 22 % sont suivis à l'hôpital.

Ceci est préoccupant pour leur entrée future dans la vieillesse et aussi parce qu'il s'agit d'une tranche d'âge qui regroupe 27 % des résidents en FTM du département (cf tableau en annexe sur la répartition de l'âge des résidents dans 52 foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales de la Seine-Saint-Denis).

Des enquêtes avec bilans de santé individuels sont également parfois réalisées :

- une étude réalisée dans le cadre d'un réseau ville hôpital dans un FTM SONACOTRA des Hauts de Seine<sup>54</sup> sur 309 résidents d'âge moyen de 53 ans et d'origine Maghrébine pour 63% d'entre eux a montré une hypertension artérielle dans 15 % des cas (ceci ne semble pas supérieur à la prévalence observée dans la population Française) et un diabète dans 18 % des cas (contre 3 % chez les Français des même catégories d'âge).

---

<sup>53</sup> AMRANI F. Diagnostic sanitaire et social. Foyer La Noue Sonacotra de Montreuil, p 67. Avril 2004.

<sup>54</sup> AréS 92, réseau ville hôpital, Colombes. Intérêt d'un parcours santé proposé aux résidents d'un FTM SONACOTRA. Bulletin épidémiologique hebdomadaire no 43, 2004.

Il existait une surcharge pondérale avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25 chez près d'un patient sur trois, 12 % présentaient une obésité (IMC > 30).

Plus d'un consultant sur deux a une moyenne de consommation de tabac de 30 paquets années.

Enfin, 85 % des consultants nécessitent des soins dentaires dont une réparation ou une prothèse dans 20% des cas.

Il est probable que l'absence de couverture complémentaire a des conséquences directes sur l'accès aux soins dentaires.

Enfin, la question de la santé mentale est très peu documentée dans les FTM mais tous les médiateurs interrogés en font état.

Il s'agit de troubles psychologiques liés à l'isolement, au déracinement, à l'inactivité qui peuvent prendre la forme de dépression et se manifeste par un besoin d'écoute et de prise en compte de leur souffrance psychologique lors des permanences individuelles des médiateurs ou des assistantes sociales de la CRAMIF.

« Cet isolement social et psychologique, l'éloignement de la cellule familiale et l'inactivité créent des formes nosologiques spécifiques, dites troubles somatoformes persistants (sinistrose).

Or la prise en charge de la maladie mentale au sens large relève en Afrique du Nord d'une approche collective et familiale, les hospitalisations à répétition sans aucune connaissance des préalables anthropologiques conduisent donc à des échecs.

Le Dr P. Maria a soulevé les risques d'atteinte physique ou psychique dont souffrent un certain nombre de travailleurs longtemps soumis à une séparation en soulignant notamment les conséquences du refoulement des désirs sur l'état physique et psychique de l'immigré »<sup>55</sup>.

## **2 METHODOLOGIE**

Une analyse bibliographique concernant l'historique de la migration liée au travail, l'analyse des caractéristiques démographiques, sociales et sanitaires de la population vieillissante dans les FTM a été effectuée.

---

<sup>55</sup> MARIA P. Vieillir en foyer. Migrations Santé 1991.

Les politiques des pouvoirs publics vis à vis des FTM et leur déclinaison dans les services déconcentrés, en incluant la problématique gérontologique ont été étudiées.

Une analyse des rapports d'activité des médiateurs et de ceux des organismes en charge des diagnostics médico-sociaux a aussi été effectuée.

Enfin, des entretiens semi directifs ont été menés à plusieurs niveaux :

les institutions : DRASSIF, FASILD, CRAMIF, DDASS 93, Conseil Général 93 sur les politiques de santé menées par rapport aux FTM.

le personnel travaillant dans les FTM du département (en particulier les médiateurs).

les associations intervenant dans les FTM.

les acteurs de proximité : CLIC, ASV, services sociaux de l'assurance maladie, centre de prévention social et sanitaire de l'assurance maladie (CPSS), CMS.

Pour des raisons de délai, les médecins généralistes et les hôpitaux n'ont pas été consultés.

Le point de vue des résidents a été intégré par le biais des médiateurs.

### **3 RESULTATS ET ANALYSE**

#### **3.1 Les obstacles à la prise en charge**

##### **3.1.1 Le préalable de l'amélioration des conditions de vie**

Selon l'ensemble des personnes interrogées, «l'amélioration des conditions de vie et matérielles dans les FTM est la première préoccupation des résidents.

Cela leur semble une condition indispensable avant tout type d'action de santé et également de la mise en place de l'aide à domicile.

Il est impossible de mobiliser des prestataires de service (aide ménagère, services de soins infirmiers à domicile,...) de par la persistance de la vétusté dans certains FTM.

Cela entraîne au moindre problème médical le transfert des résidents âgés vers les services hospitaliers alors même que leur état de santé ne le justifie pas forcément. ».

Or, la mise en œuvre du plan quinquennal se révèle plus difficile que prévu.

En Ile de France, 152 des 245 FTM de la région ont été retenus comme prioritaires, un tiers d'entre eux a été traité à fin 2004 <sup>56</sup>.

Parmi les 62 FTM de Seine-Saint-Denis, 33 ont été inscrits au plan quinquennal comme prioritaires et seulement 17 sont passés en résidence sociale<sup>57</sup>.

Ce retard se retrouve sur l'ensemble du territoire, quatre causes principales peuvent être identifiées : <sup>58</sup>

- Un défaut d'engagement des propriétaires

Les propriétaires (hors parc SONACOTRA et associations gestionnaires de leur parc) sont souvent des bailleurs publics et réticents à investir dans la construction.

- Un défaut d'engagement des pouvoirs publics locaux

Les pouvoirs publics locaux sont souvent réticents à monter des projets de desserrement, c'est à dire construire de nouveaux établissements pour accueillir une partie des résidents.

Ceci implique de la part des promoteurs une négociation avec les collectivités locales pour obtenir des terrains et des permis de construire pour accueillir une partie des résidents.

- Les partenaires locaux

Il existe un certain nombre de freins en matière d'élaboration des projets médico-sociaux et de partenariat avec les collectivités locales.

---

<sup>56</sup> Rapport annuel de l'Union Professionnelle de l'hébergement Social. 2004.

<sup>57</sup> Source DDASS 93, juin 2005.

<sup>58</sup> REBUFFEL J. Le plan quinquennal, « avant tout des projets sociaux ».Ecartis d'identité no 94. Hiver 2000-2001.

## - Les réticences des résidents

Les résidents peuvent être déstabilisés par les hausses possibles des redevances pratiquées, (leur logement actuel étant le moyen de se loger au meilleur prix possible) et la perspective de modifier les habitudes de vie qui ont été prises depuis des années.

En effet, si tous les intervenants interrogés s'accordent sur l'urgence et la nécessité des transformations des FTM en résidences sociales qui vont créer des chambres individuelles, cela pourra entraîner selon les médiateurs une certaine perte de solidarité de voisinage et des liens sociaux.

### **3.1.2 Les problèmes économiques**

Un diagnostic médico-social dans un FTM de Maghrébins vieillissants à Montreuil montre que 75% des plus de 65 ans dispose d'une retraite comprise entre 501 et 900 €<sup>59</sup>.

Les médiateurs et les assistantes sociales de la CRAMIF font état « des préoccupations économiques liées à un arrêt précoce d'activité avant 60 ans pour les ouvriers du bâtiment mais aussi à la faiblesse des retraites perçues. La constitution du dossier de retraite se heurte à des difficultés importantes : travail non déclaré, difficultés à obtenir des attestations des organismes en charge du chômage, de la maladie, perte des justificatifs ont des incidences sur les reconstitutions de carrière.

De fait, les retraites sont souvent minimes si l'on ajoute les problèmes des salaires de base très faibles pour le calcul de ces dernières (emplois peu qualifiés) et une mauvaise couverture en terme de retraite complémentaire. »

Cette faiblesse des revenus est donc un obstacle à l'utilisation de l'ensemble du système médico-social, en particulier au niveau de la couverture maladie et de l'APA.

---

<sup>59</sup> AMRANI F. Diagnostic sanitaire et social. Foyer La Noue SONACOTRA de Montreuil. Avril 2004.

#### A) Une faible utilisation des assurances de santé complémentaires

« Les indicateurs de consommation de soins des travailleurs migrants en foyer sont proches de la population ouvrière Française.

Les isolés vieillissants consultent plus souvent les médecins généralistes et sous consomment les soins spécialisés. Les traumatismes et les affections sont dépistés tardivement et se traduisent fréquemment par des hospitalisations »<sup>60</sup>.

Ceci s'explique par un taux de couverture d'assurance complémentaire dans les FTM très en deçà de la moyenne nationale car dans la quasi-totalité des cas, cette assurance complémentaire relevait de la mutuelle d'entreprise (90 % des personnes résidant en France hors collectivités ont une couverture totale depuis l'instauration de la CMU).

La couverture maladie de base est quant à elle très largement assurée.<sup>61</sup>

Ces tendances se retrouvent dans le département :

- « En ce qui concerne les droits à la santé, les personnes ont majoritairement des retraites s'élevant légèrement au-dessus du plafond qui leur donnerait droit à la CMU complémentaire.

Malgré les sensibilisations individuelles et collectives, les mutuelles sont considérées comme chères par les résidents, l'absence de complémentaire a pour conséquence le recours tardif au système de soins.<sup>62</sup> »

- selon le coordonnateur des PRAPS de la DDASS 93, les résidents abandonnent souvent leur cotisation à une mutuelle lors de leur passage à la retraite.

---

<sup>60</sup> BERNARDOT M. Le vieillissement des migrants dans les foyers. Les séminaires de l'ADRI.

<sup>61</sup> Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants. Ecart d'identité no 94. Hiver 2000-2001

<sup>62</sup> COUESNON M., TESSEDE P. Bilan d'action 2003 d'accompagnement spécifique des résidents âgés, unité AFTAM territoriale d'Aubervilliers. Mars 2004.

<sup>62</sup> AMRANI F. Diagnostic sanitaire et social. Foyer La Noue SONACOTRA de Montreuil. Avril 2004.

- le diagnostic médico-social réalisé dans le FTM SONACOTRA de Maghrébins vieillissants de Montreuil montre que 25% seulement bénéficient d'une mutuelle, 35% déclarant avoir des difficultés d'accès aux soins<sup>63</sup>.

A Aubervilliers, il existe une expérience de mise en place d'un tarif préférentiel avec une mutuelle de santé organisée par la commune pour le public précaire.

#### B) Une utilisation de l'APA quasi inexistante

La CRAMIF qui effectue les évaluations nécessaires pour l'obtention de l'APA dans 8 communes du département constate qu'il existe très peu de demandes d'interventions dans les FTM.

Selon le CLIC de Saint-Denis, l'accès à l'aide à domicile n'est pas effectif car il réclame, entre autres, une participation financière minimale de l'intéressé.

Au niveau du CLIC de Saint-Denis, une grille de dépistage de la dépendance (instrumental activity daily life) a été utilisée par les médiateurs d'un FTM de Saint-Denis.

Le remplissage de la grille a été élaboré avec les résidents qui sont ainsi incités à participer à l'élaboration des solutions de prise en charge.

Le CLIC a organisé des permanences à la demande des médiateurs afin de coordonner la mise en œuvre des réponses élaborées.

Mais il a été impossible d'évaluer les ressources financières individuelles dans la perspective d'un projet de support individuel de par la peur du coût du projet de soutien qui peut avoir des conséquences sur l'aide envoyée au pays d'origine.

Ceci est paradoxal dans la mesure où, selon le Conseil Général, le ticket modérateur serait peu élevé étant donné les faibles revenus des résidents.

Les seules actions réalisées ont concerné le soutien à l'accès aux soins médicaux (prise de rendez-vous, accompagnement à un rendez-vous, mise en relation avec un centre médical,...).

Il n'y a donc pas eu de mise en place d'APA alors qu'un réseau de prise en charge était disponible à proximité du FTM.

---

<sup>63</sup> AMRANI F. Diagnostic sanitaire et social. Foyer La Noue SONACOTRA de Montreuil. Avril 2004.

### 3.1.3 Une faible connaissance d'un système social perçu comme trop complexe

Plus de 60 % des résidents lisent peu ou pas du tout le Français : cela signifie qu'ils ne peuvent lire une ordonnance ou remplir des documents administratifs (1/3 des résidents seulement disent savoir écrire le Français)<sup>64</sup>.

Les résidents rencontrent donc de grandes difficultés administratives et nécessitent donc un suivi régulier pour faire valoir leurs droits.

Les services sociaux de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie qui sont chargés de traiter des dossiers relatifs à l'accès aux soins des publics précaires signalent dans le département pour l'année 2004, 12 600 dossiers traités. Parmi ces dossiers, 500 concernent les travailleurs migrants.

Les principaux motifs de consultation concernent :

- des problèmes administratifs liés à des arrêts de travail prolongés (accidents du travail avec problème d'inaptitude au poste, problème de reclassement, problème de reconnaissance de l'invalidité du fait de dossiers de carrière incomplets),
- des problèmes de reconnaissance des maladies professionnelles (les symptômes de l'exposition à l'amiante survenant tardivement, autour de l'âge de la retraite).

Ces problèmes sont à l'origine de difficultés financières, l'incompréhension des dispositifs d'aide sociale ainsi qu'un découragement survenant au moindre obstacle rencontré sont également rapportés par les assistantes sociales de la CRAMIF.

Les médiateurs constatent par ailleurs un manque d'information des dispositifs sanitaires et sociaux et de leur fonctionnement ; du fait d'un manque de projection dans le temps et dans l'espace, la distinction entre les différentes institutions est difficile.

Le système social est également perçu comme complexe par cette population majoritairement analphabète : il s'agit d'un sujet sur lequel l'information est difficile à transmettre.

Les médiateurs remarquent enfin un besoin réel de centraliser les réponses aux demandes des résidents, un manque de confiance et également une peur par rapport aux agents administratifs qui représentent pour eux un certain pouvoir.

---

<sup>64</sup> AMRANI F. Diagnostic sanitaire et social. Foyer La Noue SONACOTRA de Montreuil. Avril 2004.

### **3.1.4 Des blocages socioculturels par rapport à l'aide à domicile**

Selon le CLIC de Saint-Denis, la notion de dépendance matérialisée par une aide est péjorative (perçue comme diminuée) par rapport aux autres personnes du FTM.

Par ailleurs, il a déjà été noté que ce public n'exprime jamais de demande directe et exprime une méfiance par rapport à l'aide extérieure car il n'y est pas habitué.

Enfin, les médiateurs et les assistantes sociales de la CRAMIF constatent que le fait que les emplois d'aide à domicile soient exercés par des femmes est un obstacle culturel supplémentaire.

### **3.1.5 Une faible sensibilisation à la prévention**

Selon un médecin de la CPAM, « il s'agit d'une population peu habituée à tenir compte de sa santé, qui ne pensait qu'à travailler pour gagner de l'argent, la santé passait bien après. »

« On constate des lacunes inquiétantes sur la prévention et le suivi des traitements des affections chroniques.

Les résidents des FTM manifestent en général peu d'intérêt spontané pour l'information à caractère médical. Face à la maladie, l'action ne peut être que curative, la maladie n'est réellement prise en compte que quand ses effets deviennent visibles et sont ressentis.

Il existe néanmoins une sensibilité diffuse sur tout ce qui a trait à la santé, celle-ci mettant en jeu la vigueur et la capacité à assurer la sécurité matérielle des siens »<sup>65</sup>.

Ce faible intérêt pour la prévention et l'intérêt pour les soins (le corps est perçu comme un outil de travail) sont confirmés par les organisations chargées des diagnostics médico-sociaux dans le département comme Agence Conseil Développement Collectivité (ACDC).

Ces diagnostics médico-sociaux identifient également de la part des résidents un besoin ressenti de venue de professionnels dans le FTM, en particulier pour évaluer les problèmes de handicap des personnes âgées.

Il existe donc un réel obstacle pour sensibiliser les résidents à la prévention et à fortiori comme cela est préconisé, de les amener à devenir acteurs de leur propre prévention.

---

<sup>65</sup> Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants. Ecart d'identité no 94. Hiver 2000-2001

Selon un médecin de la CPAM, « pendant 40 ans, personne ne s'est occupé des résidents en FTM et maintenant on veut faire beaucoup de choses pour eux, notamment se préoccuper d'une partie très privée d'eux-mêmes, leur corps et leur santé ».

Un médiateur rapporte que ce rôle d'acteur peut paraître comme un changement immense, ayant vécu jusqu'à maintenant dans une situation d'isolement social et dans un rôle de soumission par rapport aux autorités françaises qui agissaient pour eux.

Les représentations de la maladie et de la vieillesse sont aussi très différentes par rapport aux représentations occidentales et cela n'est probablement pas assez pris en compte dans les programmes de prévention.

Toujours selon les médiateurs, les méthodes pour communiquer des messages de santé sont complexes, puisqu'il s'agit d'une population figée dans le passé et les vieilles coutumes, décalée par rapport à son pays d'origine et isolée également par rapport à l'environnement extérieur et avec peu de relations proches.

### **3.1.6 Un parcours de soins difficile à identifier**

Selon un médecin de CMS, «le recours aux soins dépend d'abord de la proximité géographique de praticiens (CMS ou médecine libérale) par rapport au FTM, la couverture médicale dans le département étant insuffisante.

Lors de la consultation, il est impossible d'identifier un patient comme venant d'un FTM, une partie importante des consultants étant d'origine étrangère ».

Selon le responsable d'ACDC, « le service des urgences de l'hôpital peut être aussi utilisé pour les consultations car il existe la possibilité d'un paiement différé. La même appartenance culturelle est un facteur favorisant pour un recours à un praticien. »

Une expérience pilote est en cours à l'hôpital Avicenne de Bobigny dans le cadre d'un programme européen (« hôpital accueillant pour les migrants ») qui intègre à la fois des services d'interprétariat et des actions de sensibilisation du personnel soignant à la prise en charge des migrants sans pour autant mettre en place une prise en charge spécifique. Là aussi, il est impossible d'identifier un patient comme venant d'un FTM, 75 % des patients étant des migrants.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> « Migrants : comprendre les différences pour mieux soigner » Le quotidien du médecin, 6 Mai 2004.

Les données existantes dans les structures de soins ne permettant pas de cerner l'utilisation des services par les résidents vieillissants des FTM, seule une enquête spécifique peut être à même d'identifier les circuits de soins.

## **3.2 Les limites des actions de santé réalisées dans les foyers de travailleurs migrants**

### **3.2.1 Des séances d'informations collectives trop éloignées des préoccupations concrètes des résidents**

Les médiateurs facilitent le choix des thèmes d'informations collectives qui sont mises en œuvre en général par des associations en ce qui concerne la santé ou les services de l'assurance maladie en ce qui concerne l'accès au droit.

Les thèmes étant sensés être élaborés avec les résidents, leur détermination est donc liée à leur motivation qui sont variables selon les FTM, certains sujets comme le SIDA sont très peu mentionnés.

Selon un médiateur et ACDC, les supports utilisés ne sont pas adaptés aux représentations d'un public majoritairement illettré, les informations collectives sont trop théoriques et ne sont pas assez ciblées par rapport aux besoins réels de santé : l'information dispensée devrait être plus concrète et revenir à la base.

La qualité de ces informations collectives n'est pas évaluée et il n'y a pas de rétro information sur le nombre de personnes s'étant adressées par la suite aux services de santé ou de l'assurance maladie.

Selon le coordonnateur des PRAPS de la DDASS 93, ces séances d'information collective :

- ont du mal à mobiliser le public, surtout quant il n'y a pas de médiateur dans le FTM.
- doivent être effectuées par des partenaires locaux qui secondairement seront impliqués dans la prise en charge (par exemple, les résidents peuvent consulter les assistantes sociales dans les locaux de l'assurance maladie après que celles ci ont effectué des séances de sensibilisation dans les FTM).
- doivent être courtes, concrètes et centrées sur l'utilisation pratique des services de droit commun.

### **3.2.2 Une couverture insuffisante des actions de santé collectives**

En 2004, seuls 10 FTM ont été retenus en Seine-Saint-Denis, 17 pour 2005<sup>67</sup> pour bénéficier des informations collectives. Ce programme a une couverture départementale insuffisante de par l'insuffisance des fonds et le manque de mobilité des promoteurs.

Ces actions collectives nécessitent d'être évaluées (de même que les diagnostics médico-sociaux), ceci est prévu par la DRASSIF courant 2005.

### **3.2.3 La nécessité de la médiation dans les foyers de travailleurs migrants**

La tâche la plus importante des médiateurs est la mise en relation entre le FTM et les institutions (CRAMIF, Services de l'Assurance Maladie, ASV, CMS ...).

Ils effectuent aussi des permanences individuelles (seulement une à deux fois par semaine par FTM).

« Les permanences sont quelquefois le seul moment où les résidents peuvent exprimer leur difficultés et leur mal être.

Au niveau de l'accès au droit et aux soins, les motifs principaux de consultation sont la constitution de dossiers retraite et l'ouverture des droits à la santé. Viennent ensuite le règlement de problèmes administratifs, l'orientation vers les structures de soins adaptées, l'organisation des sorties de d'hôpital en lien avec les assistantes sociales des services concernés et la mise en place de dossiers APA.

Les médiateurs estiment que leurs actions individuelles doivent être relayées par des informations collectives. Lors de ces séances, ils s'attachent à ce que soient pris avec eux des rendez-vous individuels<sup>68</sup>. »

Selon le coordonnateur des PRAPS de la DDASS 93, les résidents des FTM constituent un public particulier pour lequel une démarche spécifique est nécessaire pour faciliter l'accès aux soins et aux prestations sociales.

---

<sup>67</sup> Source DDASS 93

<sup>68</sup> COUESNON M., TESSEDRE P. Bilan d'action 2003 d'accompagnement spécifique des résidents âgés, unité AFTAM territoriale d'Aubervilliers. Mars 2004.

Les médiateurs constituent à ce titre un relais entre résidents et structures de droit commun qu'il faut développer.

### **3.2.4 Une insuffisance de personnel spécifiquement dédié à la médiation**

Le personnel consacré exclusivement à la médiation est en nombre insuffisant, 5 seulement sont financés par le PRAPS dans le département (FTM AFTAM et ADEF), ils couvrent 10 FTM au total.

SOUNDIATA emploie 3 assistantes sociales dans ses 3 FTM.

Au total, le personnel consacré exclusivement à la médiation est présent seulement dans un FTM sur cinq du département.

Ceci s'explique par la politique menée par les principaux financeurs et organismes gestionnaires de FTM:

- le FASILD privilégie désormais les actions d'information collectives pour l'accès au droit et aux soins sans permanences sociales individualisées spécifiques animées par des structures qui ne sont pas issues du droit commun. Il finance aussi des écrivains publics pour favoriser le soutien administratif<sup>69</sup>.
- la politique de la CRAMIF spécifie qu'il ne faut pas mettre en place de permanence individuelle dans les FTM afin de favoriser l'accès au droit commun de par la volonté de ne pas discriminer les FTM. Elle privilégie elle aussi les actions d'information collectives, en particulier dans le cadre des ASV.
- la SONACOTRA organise sa propre médiation avec le personnel existant du FTM ou les associations impliquées dans les informations collectives.

### **3.3 Les liens entre les foyers de travailleurs migrants et les structures médico-sociales de proximité doivent être développés.**

Il apparaît que chaque FTM a ses spécificités propres selon sa localisation géographique.

---

<sup>69</sup> FASILD. Foyers de travailleurs migrants et résidences sociales. Note d'orientation 2004-2006.

Ceci va déterminer les partenariats possibles selon :

la présence de médiateurs dans le FTM ou l'implication des gestionnaires de FTM dans la mise en relation avec les structures médico-sociales de proximité, la médecine libérale, l'hôpital,...

l'existence de CLIC et d'ASV dans la commune,

le type de programmes développés dans le FTM (PRAPS transversaux, informations collectives et diagnostics médico-sociaux).

### **3.3.1 Un maillage départemental des CLIC encore insuffisamment développé**

Les partenariats formalisés par les médiateurs, les gestionnaires ou les assistants sociaux des FTM avec les différents services publics de proximité dans le cadre d'une prise en charge individuelle doivent avoir pour objectif la réalisation et le suivi d'un plan d'aide individualisé visant le maintien à domicile.

Les CLIC peuvent théoriquement jouer ce rôle mais on observe dans le département le manque d'intégration en général des FTM dans ces réseaux de prise en charge gérontologique ainsi qu'un nombre insuffisant de CLIC (6 pour 40 communes dans le département).

5 des 6 CLIC du département ne regroupent qu'une ville, le Conseil Général et le responsable personnes âgées de la DDASS constatent une réelle difficulté d'associer plusieurs communes au sein d'un même CLIC.

### **3.3.2 La continuité des recommandations des diagnostics médico-sociaux est peu assurée**

L'objectif des diagnostics médico-sociaux est d'identifier les difficultés sanitaires et sociales des résidents et de planifier des interventions pluriannuelles impliquant les partenaires de proximité.

Certains médiateurs font état de diagnostics aux recommandations peu réalistes, trop statiques et pas assez centrées sur les actions futures à envisager.

C'est l'animation et le suivi des actions après la réalisation du diagnostic qui manque, il est nécessaire de mettre en place des comités de suivi et de pilotage regroupant l'ensemble des acteurs pour assurer la continuité de ces actions.

Selon ACDC et le responsable PRAPS de la DDASS 93, cette animation ne peut être effectuée par les médiateurs pour des raisons de surcharge de travail ou par les gestionnaires de FTM dont ce n'est pas la fonction. Environ une dizaine de diagnostics médico-sociaux ont été réalisés à ce jour dans le département.

### **3.3.3 Les ateliers santé ville : un exemple d'actions de prévention coordonnées**

L'ASV de la Courneuve associe au sein d'un collectif santé pluridisciplinaire et multipartenaires, la CRAMIF, l'assurance maladie, le CMS et l'AFTAM.

Selon le médecin du CMS, « la participation du médiateur de l'AFTAM au groupe personnes âgées de l'ASV a facilité la mise en place d'actions dans le FTM.

Ces actions sont pilotées selon les cas par le coordonnateur de l'ASV pour l'accès au droit ou le CMS pour les actions de santé.

L'ASV a permis de fournir un cadre à des actions qui existaient préalablement dans le cadre de la commune. »

Quatre à cinq actions sont réalisées par an, elles comportent :

- l'information sur l'accès au droit (visite des bornes de carte vitale, la réforme de l'assurance maladie) par les services de l'Assurance Maladie.
- Des ateliers de prévention des chutes par le kinésithérapeute du CMS de la Courneuve.
- Des séances d'information collectives sur les risques cardiovasculaires assurées par ce CMS.
- Des bilans de santé (dépistage du diabète) couplés avec des séances préalables de sensibilisation au dépistage par le CPSS de Saint- Denis.

Les résultats sont ensuite remis et expliqués individuellement, les patients sont éventuellement orientés vers la structure de soins adaptée.

Selon un responsable de la CPAM, ces bilans de santé constituent un bon outil de sensibilisation à la santé et d'intégration dans le système de soins même si cette démarche est longue à mettre en place.

15 sur 24 communes en contrat de ville du département ont des ASV.

Seulement 13 FTM ont une collaboration effective avec les ASV dans le département.

En effet, «la difficulté concrète qui se pose pour les villes est le nombre important de thèmes prioritaires à traiter dans un département fortement précarisé.

Ainsi, les principales priorités présentes dans les projets des ASV sont la santé des jeunes, la lutte contre la toxicomanie, la santé mentale, le saturnisme,...les publics précarisés et les personnes âgées ne venant qu'en douzième et treizième position. »<sup>70</sup>

## **4 RECOMMANDATIONS**

### **4.1 Améliorer les conditions de vie**

Dans les FTM non réhabilités, certains aménagements des locaux prenant en compte le vieillissement sont à préconiser systématiquement dans les diagnostics médico-sociaux comme :

le déménagement des personnes à mobilité réduite au rez de chaussée,  
l'installation de cellules photoélectriques dans les couloirs et les escaliers,  
l'adaptation des locaux sanitaires (barres et sièges d'appui au niveau des douches, tapis antidérapants, poignées au niveau des WC),  
l'adaptation des réchauds cuisine aux personnes âgées (mettre en place des coupe gaz automatiques ou passer aux réchauds électriques),  
l'installation systématique dans chaque chambre occupée par un résident âgé d' une prise téléphonique pour les appels d'urgence ou d'une téléalarme.

Enfin, l'initiative de la SONACOTRA qui met en place dans les FTM réhabilités un mobilier adapté aux personnes âgées (tel que les lits surélevés, les fauteuils de repos et les chaises à accoudoirs) mérite d'être étendue.

### **4.2 Améliorer l'accès à l'aide à domicile**

Afin de lever les obstacles financiers à l'APA, il est possible de présenter aux résidents le coût des prestations rapporté à des fourchettes de revenus théoriques, ce qui leur permettrait de se représenter par eux- mêmes la faisabilité économique des prestations. Afin de permettre une meilleure acceptabilité de l'aide à domicile, elle pourrait être confiée aux personnes plus jeunes au chômage dans le FTM.

---

<sup>70</sup> RESSCOM, DIV-DDASS 93. Ateliers santé ville Seine Saint-Denis, première phase. Exposé présenté à la réunion du 11 Mai 2001 à la CPAM de la Seine Saint-Denis.

Enfin, la mutualisation de l'aide à domicile dans les FTM réhabilités peut être envisagée en regroupant plusieurs résidents pour une même prestation (1 heure de ménage pour 4 ou 5 chambres) pour gagner en acceptabilité et en efficacité.

Ce type d'intervention nécessite un travail conjoint entre le bailleur, le résident et le prestataire afin de rationaliser le planning de leurs personnels.

### **4.3 Améliorer l'accès aux assurances de santé complémentaires**

L'expérience de la négociation d'un tarif préférentiel avec une mutuelle de santé à Aubervilliers (organisée sur l'ensemble du public précaire de la commune) pourrait être étendue à d'autres communes.

### **4.4 Centrer l'information collective sur la pratique**

Selon ACDC, il y a nécessité de faire des actions concrètes qui parlent aux résidents dans le domaine de l'éducation nutritionnelle (confections de repas), les accidents domestiques (ateliers de prévention des chutes) ou administratif (tri des papiers).

L'expérience de l'ASV de la Courneuve citée plus haut mérite d'être étendue car elle est basée sur des actions très pratiques impliquant des partenaires multiples impliqués secondairement dans la prise en charge des résidents.

Enfin, si des supports pédagogiques sont utilisés, ils nécessitent d'être adaptés aux résidents.

Afin de lever l'obstacle de la peur et du manque de connaissance du système social, le personnel de l'assurance maladie et de la CRAMIF qui effectue l'information collective doit pouvoir être identifié par les résidents comme en charge du traitement de leur propre dossier.

### **4.5 Développer les bilans gérontologiques**

Il a été mentionné qu'un premier dépistage peut être effectué par les médiateurs ou le personnel du FTM pour orienter vers une prise en charge individuelle.

Des dépistages plus approfondis dans le cadre de bilans de santé peuvent avoir lieu également.

« L' AFTAM, en collaboration avec le Centre de Prévention Sanitaire et Social de Saint-Denis prévoit en 2005 dans 4 FTM des villes d'Aubervilliers, Saint-Denis et La Courneuve la mise en place d'un bilan de santé gérontologique des résidents de plus de 55 ans avec :

- prise de sang : bilan lipidique, hépatique, rénal, prostatique, glycémie, formule globulaire et sérologies VIH, hépatites B et C, bilan tensionnel et électrocardiogramme.
- mesure de paramètres bio métriques (poids, taille, rapport tour de taille/tour de hanche).
- dépistage des troubles mnésiques à travers une série de tests spécifiques adaptés au public migrant.
- dépistage du glaucome et du cancer de la prostate.

Au niveau collectif, ce bilan sera suivi de propositions d'actions.

Afin d'être efficaces, ces bilans doivent prévoir les procédures d'orientation vers les services adaptés et la continuité dans le temps de la prise en charge des pathologies dépistées (en très grande majorité chroniques).

Un comité de pilotage regroupant l'ensemble des partenaires sera chargé du suivi de la mise en œuvre des propositions<sup>71</sup>. »

Le Médecin Inspecteur dans le cadre de ce comité de pilotage doit participer à la réflexion sur le type de bilan de première intention à développer dans les FTM, la question du coût de ces bilans devant être prise en compte dans l'éventualité de leur extension.

Ces bilans de santé doivent aussi être une opportunité de mieux connaître les circuits de soins qui seront utilisés après leur réalisation.

Le développement de ces bilans de santé à une plus grande échelle permettrait d'affiner les connaissances épidémiologiques sur la population vieillissante des FTM (tranche d'âge supérieure à 55 ans).

Dans l'idéal, ces bilans devraient intégrer les 45-55 ans afin d'anticiper sur leur vieillissement futur (les 45-55 ans constituent en effet 27 % de la population des FTM dans le département).

Selon le responsable d'ACDC et les médiateurs, il s'agit en effet d'une population très touchée par la précarité avec de réelles difficultés d'accès aux soins et un état de santé fortement dégradé.

---

<sup>71</sup> Note d'opportunité. Foyers et résidences sociales AFTAM d' Aubervilliers Fillettes, Aubervilliers Barbusse, La Courneuve et Saint-Denis.

#### **4.6 Renforcer les liens entre les actions collectives du PRAPS et les actions thématiques développées dans le cadre du PRSP et/ou du PRAPS**

Des propositions sont en cours à la DRASSIF qui visent à améliorer le lien entre les PRSP thématiques (personnes âgées, addictions et SIDA,...) et les actions collectives dispensées dans le cadre du PRAPS.

Selon le responsable personnes âgées de la DRASSIF, « des propositions seront effectuées dans le cadre du PRSP personnes âgées, prenant en compte les personnes âgées vulnérables dont les personnes vieillissantes dans les FTM ».

Le Médecin Inspecteur doit veiller à la cohérence de ces PRSP thématiques qui vont être déclinés dans le département avec les programmes d'information collectives financées par le PRAPS.

#### **4.7 Evaluer les actions de santé dans les FTM financées par le PRAPS**

L'évaluation se justifie par rapport au questionnement de l'ensemble des acteurs sur l'efficacité des informations collectives.

Par rapport aux diagnostics médico-sociaux, il s'agit plus d'une réflexion à mener sur la méthode de suivi des recommandations préconisées.

Cette évaluation est prévue courant 2005 par la DRASSIF.

Par rapport aux caractéristiques déjà mentionnées de la population étudiée, il est nécessaire de maintenir une passerelle entre le FTM et les dispositifs de droit commun, mais il est nécessaire de préciser son cadre.

L'ensemble des interlocuteurs s'accorde sur le fait que la médiation peut comprendre la recherche et la formalisation de partenariats autour du FTM mais ne peut effectuer la mise en réseau et la coordination des intervenants.

Mais faut-il abandonner complètement les permanences individuelles, qui sortent du cadre de la prise en charge de droit commun ?

Quelles sont les limites au dépistage de la dépendance et des problèmes de santé liés au vieillissement confiés au personnel non médical du FTM (gestionnaires), quel type de formation faut-il dispenser pour cela ?

Quelles limites pose ce dépistage, voire le suivi de l'évolution des malades dans le FTM par rapport au problème de la confidentialité médicale ?

Cette réflexion pourrait être menée dans le cadre de l'évaluation prévue par la DRASSIF.

## **4.8 Améliorer les liens entre les foyers de travailleurs migrants et les structures médico-sociales de proximité.**

L'enjeu est de passer des solutions individuelles réglées au cas par cas à des solutions collectives sous forme de partenariats formalisés entre les FTM et les structures médico-sociales de proximité.

Puis dans un second temps, l'ensemble de ces institutions doit fonctionner en réseau pour un fonctionnement optimal.

Cependant, pour la constitution d'un réseau certaines règles communes semblent apparaître.

- Il faut créer les conditions favorables au partenariat et le centrer sur une mise en commun d'actions concrètes (actions de dépistage, bilan de santé,...) afin que chacun puisse justifier de sa pratique et aussi bénéficier de celle des autres acteurs.
- Le réseau doit être coordonné.

### **4.8.1 Quand il existe un atelier santé ville dans la commune du FTM**

Il est nécessaire d'intégrer l'ensemble des FTM dans les diagnostics des ASV et plus largement dans les actions de santé des ASV. C'est le rôle des gestionnaires de FTM (quand il n'existe pas de médiateurs) qui doivent aller au devant des communes et participer aux réunions de coordination organisées par la ville.

Enfin, le réseau devrait regrouper l'ensemble des FTM de la commune même s'il s'agit d'organismes gestionnaires différents, ce qui est rarement le cas.

Le Médecin Inspecteur doit veiller à la prise en compte des FTM dans la programmation des ASV et assurer le suivi des activités de santé des ASV développées dans les FTM.

### **4.8.2 Quand il n'existe pas un atelier santé ville dans la commune du FTM**

Dans ce cas précis, le point de départ pour constituer le réseau dans la commune doit être le FTM. La méthode de mise en réseau des partenaires de proximité utilisée lors des diagnostics médico-sociaux peut être utilisée.

Dans ce cas, c'est une association intervenant déjà dans le FTM qui pourrait organiser cette mise en réseau ainsi que la coordination et le suivi de la mise en œuvre des actions préconisées.

Ce suivi pourrait s'effectuer au sein d'un comité de pilotage regroupant les principaux intervenants dans le FTM qui se réunirait 3 fois par an.

C'est la démarche qui va être initiée dans le département par une association qui intervient dans le FTM en matière de séances d'éducation collective.

Le Médecin Inspecteur dans le cadre du comité départemental de suivi des FTM doit privilégier l'intervention d'associations intervenant déjà dans le FTM et pouvant assurer des fonctions de médiation.

Enfin, de façon générale :

- il est nécessaire d'intégrer systématiquement les FTM dans les programmes des CLIC et d'étendre la couverture départementale des CLIC parallèlement à la sensibilisation des résidents sur l'utilisation de l'APA.

## CONCLUSION

Le phénomène actuel de vieillissement dans les FTM s'observe de façon précoce à partir de 55 ans, il s'agit d'un phénomène durable pour les vingt prochaines années qu'il faut traiter et anticiper.

Le département de la Seine Saint-Denis est particulièrement touché par le phénomène.

Pour mener cela à bien, il est d'abord nécessaire d'affiner les connaissances épidémiologiques quant à la santé de la population vieillissant dans les foyers ainsi que les circuits de soins utilisés et le devenir des résidents quand ils quittent définitivement les FTM pour des raisons médicales.

Par ailleurs, une évaluation sur les actions de santé en cours effectuées dans les FTM et financées dans le cadre du PRAPS est nécessaire de même qu'une réflexion sur le rôle et les limites de la médiation.

Il est également possible d'améliorer la cohérence des programmes de santé développés dans le cadre du PRAPS avec les PRSP thématiques (en particulier personnes âgées) qui seront déclinés dans le département.

Enfin, la question de la passerelle entre les structures de droit commun et les résidents est centrale.

La fonction de médiation doit permettre de dépister les problèmes de santé individuels mais surtout d'identifier les partenaires possibles de la prise en charge médicale pour une mise en réseau.

Les ateliers santé ville, bien développés dans le département constituent un outil possible de mise en réseau en tenant compte des autres priorités de santé présentes dans les communes de la Seine Saint-Denis.

Quand il n'existe pas d'ASV, cette mise en réseau doit s'effectuer à partir du FTM, la coordination pouvant être confiée à une organisation déjà impliquée dans le FTM.

Il est désormais bien établi que les caractéristiques socio-culturelles des migrants vieillissants dans les FTM nécessitent des stratégies de Santé Publique spécifiques afin qu'ils puissent intégralement bénéficier des politiques de droit commun. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra améliorer leur santé dans le pays qu'ils ont choisi pour finir leur vie, la France.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

BEN JELLOUN T. *L'hospitalité Française*. Paris : Seuil, 1997. 216 p.

FIEVET M. *Le livre blanc des travailleurs immigrés des foyers, du non droit au droit*. Paris, L'Harmattan, 1999. 272 p.

## Mémoires

FLORENT L. *Un foyer de travailleurs migrants à l'épreuve du vieillissement de ses résidents : élaborer des réponses adaptées*. Mémoire CAFDES de l'ENSP, 2000.

## Articles

« Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants ». *Ecart d'identité* n° 94, Hiver 2000-2001.

AréS 92, réseau ville hôpital, Colombes. «Intérêt d'un parcours santé proposé aux résidents d'un foyer SONACOTRA ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2004, n° 43.

« Du foyer de travailleur migrant à la résidence sociale : Quelles mutations ? » *Ecarts d'identité*, Hiver 2000-2001, n° 9.

FASSIN D. « Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ? » *Plein Droit*, avril 1998, n° 38.

MARIA P. « Vieillir en foyer ». *Migrations Santé* 1991.

MENARD F, PALOMARES E et SIMON P. « Des foyers, un sas ou une nasse? ». *Ecarts d'identité*, Hiver 2000-2001, n° 94.

« Migrants : comprendre les différences pour mieux soigner ». *Le Quotidien du Médecin*, 6 Mai 2004.

PENNET M.-P. « Quelle aide à domicile pour les migrants vieillissants ? » *Ecart*s d'identité, Hiver 2000-2001, n° 94.

REBUFFEL J. « Le plan quinquennal, avant tout des projets sociaux ». *Ecart*s d'identité, Hiver 2000-2001, n° 94.

SIEIRA A., DESMARTIN BELARBI V et al. « Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon ». *CESAM Migrations Santé*, Octobre 2003.

## **Rapports**

Agence Régionale Hospitalière. « Schéma régional d'organisation sanitaire relatif à la prise en charge des personnes âgées à l'hôpital en Ile de France ». Novembre 2002.

AFTAM. « Foyers et résidences sociales AFTAM d' Aubervilliers Fillettes, Aubervilliers Barbusse, La Courneuve et Saint-Denis ». Note d'opportunité, Janvier 2005.

AMRANI F. « Diagnostic sanitaire et social. Foyer SONACOTRA de Montreuil ». Avril 2005.

BERNARDOT M. « Pyramide des âges de la SONACOTRA, une analyse du vieillissement démographique ». Janvier 1999.

BAS-THERON F, MICHEL M. « Rapport d'enquête de l'IGAS sur les immigrés vieillissants ». Novembre 2002, rapport n° 2002-126.

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, Direction des recherches sur le vieillissement. « Le vieillissement des immigrés : état de la question ». Juin 2001.

Conférence Internationale du Travail. « Rapport III de l'Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants, résumé des instruments de 1949. » Genève, Juin 1999.

« Contrats d'objectifs 1999-2004 entre l'Etat et la SONACOTRA ». 23 juillet 1999.

COUESNON M, TESSEDRE P. « Bilan d'action 2003 d'accompagnement spécifique des résidents âgés, unité AFTAM territoriale d'Aubervilliers ». Mars 2004.

CUQ H. « Mission parlementaire sur la situation et le devenir des foyers de travailleurs migrants ». Avril 1996.

Département de la Seine-Saint-Denis. « Schéma en faveur de la population âgée de la Seine-Saint-Denis ». Année 2000.

DDASS et Préfecture de la Seine-Saint-Denis. « Plan départemental d'accueil et d'intégration des étrangers en Seine-Saint-Denis ». Septembre 2003.

DDASS et Préfecture de la Seine-Saint-Denis. « Plan régional de santé publique, contribution de la Seine-Saint-Denis ». 28 janvier 2005.

Etat/Assurance Maladie/FASILD. « Appel 2005 à demande de subvention pour actions de santé en faveur des résidents en FTM de migrants ». 2005.

FASILD. « Foyers de travailleurs migrants et résidences sociales ». Note d'orientation 2004-2006.

GUINCHARD-KUNSTLER P. « Vieillir en France, enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en faveur des personnes âgées en perte d'autonomie ». Rapport au Premier Ministre, *la Documentation Française*, 1999.

Haut Comité de Santé Publique. « La santé en France ». Janvier 2002.

Haut Conseil à l'Intégration. Février 1991.

Haut Conseil à l'Intégration. « La condition sociale des immigrés âgés. Avis à Monsieur le Premier ministre ». Mars 2005.

## **Conférences**

BERNARDOT M. « Le vieillissement des migrants dans les foyers ». Les séminaires de l'Agence de Développement des Relations Interculturelles, 27 et 28 Mai 1999.

Recherches Evaluations Sociologiques sur le Social, la Santé et les actions Communautaires- Délégation Interministérielle à la Ville - DDASS 93. « Ateliers santé ville Seine Saint-Denis, première phase ». Exposé présenté à la réunion du 11 Mai 2001 à la CPAM de la Seine Saint-Denis.

## **Textes législatifs et réglementaires.**

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1998. Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la relative à la lutte contre les exclusions et à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité. *Bulletin officiel des Affaires Sociales*, n° 98-31.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. *Bulletin officiel des affaires sociales*, n° 2001-29.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. Décret n° 2001-1086 du 20 novembre portant application de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. *Bulletin officiel des Affaires Sociales* n° 2001-647.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales dite loi de décentralisation. *Journal Officiel* n° 190 du 17 août 2004.

DIRECTION DE LA POPULAION ET DES MIGRANTS, 1998. Circulaire n° 98-65 du 18 juin 1998 relative au plan quinquennal de traitement des foyers de travailleurs migrants.

DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA VILLE, 1999. Circulaire du 15 juillet 1999 relative à la prise en compte du logement des personnes immigrées dans la préparation des contrats de ville.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 1999. Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux. *Bulletin officiel des Affaires Sociales*, n° 99-49.

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, 2000. Circulaire n° 99 du 13 juin 2000 relative au suivi des actions de santé en faveur des personnes en situation précaire. *Bulletin officiel des Affaires Sociales* n° 2000-324.

## **Sites internet :**

Le logement des immigrés. <http://www.social.gouv.fr>

---

## Liste des annexes

---

Questionnaire

Liste des personnes rencontrées

Carte du département (répartition des foyers de travailleurs migrants)

Répartition par tranche d'âge de la population dans 52 foyers de travailleurs migrants du département de la Seine Saint-Denis

## QUESTIONNAIRE

### **Institutions**

Pouvez vous me parler du problème des personnes migrantes vieillissantes dans les FTM?

Quelles sont les politiques de santé existantes en France quant à la prise en charge de ces personnes migrantes vieillissantes ?

Quel est le rôle de votre institution dans la définition et la mise en œuvre de ces politiques ?

Parlez moi du lien entre ces politiques de santé et les politiques gérontologiques (en France, dans le département)

Comment pensez vous que dans le cas des populations vivant en FTM, ces politiques de santé peuvent être appliquées ?

Quel est/peut être le rôle de la DDASS dans la mise en œuvre et le suivi de l'application de ces politiques au niveau départemental ?

### **FTM et opérateurs de proximité:**

Pouvez vous me parler des résidents âgés du ou des FTM où vous travaillez ?

Quels sont les problèmes principaux qu'ils rencontrent (maladies, accès au droit, accès au soins,...) qu'ils rencontrent ?

Quelles mesures de prévention pouvant prévenir la dépendance des résidents peuvent être mises en place ?

Quel peut être votre rôle dans la mise en place de ces mesures ?

En quoi consiste votre rôle dans la prise en charge des problèmes de santé des travailleurs migrants ?

Que pensez vous des actions de santé mises en place dans le FTM ?

Pourraient-elles être améliorées ? D'autres actions pourraient-elles être développées ?

Quelles pathologies peuvent être prises en charge dans le FTM ? Selon vous, qu'est ce qui est faisable, qu'est ce qui ne l'est pas ?

Quel peut être votre rôle dans la mise en place de ces mesures ?

Quelles ressources dans le FTM (qualification du personnel, matériel et équipement, aménagement des locaux matériel) seraient nécessaires pour mener à bien cette prise en charge médicale ?

Quel est le rôle de la DDASS pour améliorer cette prise en charge ?

Au niveau humain, comment envisagez vous la répartition des rôles pour les principaux acteurs du foyer (gestionnaires, médiateurs, associations) dans ce dispositif de prise en charge du vieillissement?

Comment s'articulent et se coordonnent les différentes interventions dans le FTM (CMS, CLIC, ASV, services de l'Assurance Maladie, partenaires institutionnels,...)?

Quels sont les principaux obstacles rencontrés quand cette coordination ne fonctionne pas ?

En quoi pourraient consister d'autres interventions supplémentaires ?

Quel est/peut être le rôle de la DDASS dans l'articulation de ces interventions ?



Tableau récapitulatif de l'âge des résidents dans 52 foyers de travailleurs migrants ou résidences sociales de la Seine-Saint-Denis

| <b>TRANCHES D'AGE</b> | <b>EFFECTIF</b> | <b>POURCENTAGES</b> |
|-----------------------|-----------------|---------------------|
| <b>- de 25 ans</b>    | 266             | 2%                  |
| <b>26-35 ans</b>      | 879             | 7%                  |
| <b>36-45 ans</b>      | 2181            | 17%                 |
| <b>46-55 ans</b>      | 3426            | 27%                 |
| <b>56-65 ans</b>      | 4085            | 31%                 |
| <b>+ de 65 ans</b>    | 2026            | 16%                 |
| <b>TOTAL</b>          | <b>12 863</b>   | <b>100 %</b>        |