

TRAVAILLEURS MIGRANTS ÂGÉS EN FOYER : LA PRISE EN COMPTE DES SITUATIONS D'INTERCULTU- RALITÉ POUR LUTTER CONTRE LA VULNÉRABILITÉ EN SANTÉ. ÉTUDE D'ANTHROPOLOGIE PRATIQUE

Résumé de l'article

A partir d'une démarche d'anthropologie pratique initiée par le cabinet Anthropos, cet article rend compte d'éléments d'analyse des situations de vulnérabilité en santé de travailleurs migrants âgés vivant en habitat social adapté (foyer ou résidence sociale). Les constats partagés par les professionnels des foyers et par les intervenants en santé soulignent que les résidents âgés de 60 ans ou plus cumulent plusieurs facteurs aggravant leur vulnérabilité et qu'ils recourent moins souvent aux soins que les autres résidents.

L'étude a permis de mieux comprendre la faible participation des travailleurs âgés aux actions de santé et de repérer l'existence de nombreux « mal-entendus » persistants, mais non révélés, rendant impossible la compréhension des messages entre les résidents et les professionnels de santé.

Adrienne O'Deye, Thierry

Berot-Inard, Vincent Joseph

contact@anthropos-consultants.fr

Sociologues et anthropologues du cabinet
ANTHROPOS.

Gérald Brenon

Coordinateur Santé / Vieillessement
Pôle de promotion sociale, association
COALLIA Île-de-France.

La vulnérabilité en santé des migrants âgés est aggravée par la non reconnaissance des situations d'interculturalité. Lutter contre la vulnérabilité en santé se situe moins dans le changement de posture à opérer par les « patients » eux-mêmes que dans les modes opératoires que cette étude propose de repenser.

L'association Coallia poursuit depuis 1965, des missions d'accueil de publics spécifiques (travailleurs migrants, personnes âgées, personnes handicapées, publics en insertion), d'accompagnement dans le secteur du médico-social et de promotion sociale (formation d'accompagnement social personnalisé). Son offre de logements est diversifiée, en matière d'hébergement social pour sortir les publics fragilisés de situations d'urgence (Centre de Demandeurs d'Asile – CADA –, Centres Provisoires d'Hébergement – CPH – et Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale – CHRS –), et d'habitat social adapté (regroupant résidences sociales – RS – pensions de famille et Foyers de Travailleurs Migrants – FTM –). Les Foyers de Travailleurs Migrants sont des formes de logement social systématisé en France par l'État au milieu des années 1950 pour héberger les travailleurs nord-africains. Héritiers de la politique de logement patronal des travailleurs isolés mais aussi de l'encadrement colonial des populations « indigènes », ces foyers ont servi ensuite de mode de logement collectif privilégié pour les immigrés isolés issus des anciennes colonies, maghrébines puis sub-sahariennes (Mali, Sénégal) dans les années 1960 et 1970. Aujourd'hui, Coallia a réhabilité 80 % de son parc locatif d'habitat social adapté ; les résidences sociales tendent à remplacer les foyers collectifs par des modes de logement plus individualisés (deux personnes par chambre).

Les hommes âgés de plus de 60 ans représentent 41 % des personnes accueillies par Coallia Ile-de-France en 2014¹.

1 Rapport d'activité Coallia, 2014.

Confrontée au vieillissement du public (selon les analyses prospectives Coallia, la part des plus de 60 ans passera de 49 % en 2020 à près de 60 % en 2025), l'association initie dès 2012, avec l'équipe du cabinet Anthropos, des séminaires d'échanges professionnels pour renforcer les modalités de prise en charge médico-sociale et mieux lutter contre la vulnérabilité due à l'âge.

Les séminaires font alors émerger le constat d'un plus faible recours aux soins des résidents de plus de 60 ans comparativement à l'ensemble des migrants accueillis dans les foyers de cette même association et d'autre part, d'une moindre mobilisation sur les actions en matière de santé proposées au sein des FTM ou RS (prévention, dépistage, bilan de santé et accès aux soins). Ces constats partagés donnent lieu, en 2014, au lancement d'une étude anthropologique visant à identifier les freins à l'accès aux soins, tant du point de vue des perceptions en santé des migrants âgés eux-mêmes que des représentations des professionnels de santé et du secteur médico-social.

Cet article dresse une synthèse de la démarche d'anthropologie pratique en situation d'interculturalité proposée spécifiquement par le cabinet Anthropos. Il rend compte d'éléments d'analyse des situations de vulnérabilité des migrants âgés vivant en habitat social adapté, et des préconisations proposées en cours d'étude ou par la suite.

La posture méthodologique d'Anthropos est d'associer à ses recherches ou accompagnements, les professionnels intervenants, au même titre que les bénéficiaires, faisant ainsi émerger des propositions « de l'intérieur » par la mobilisation des différents acteurs autour d'une problématique commune. L'approche d'anthropologie pratique forgée par Anthropos, vise l'instauration de conditions favorables à l'innovation sociale et au renouvellement des pratiques. Elle consiste à favoriser la parole des publics sur eux-mêmes, le dialogue et la rencontre et à créer les conditions d'un agir commun. Cette confrontation des représentations mutuelles en place lors des échanges soutenus entre professionnels et résidents, permet de

produire des analyses partagées sur l'efficacité des prestations, en même temps que les propositions et ressources à mobiliser. La posture de co-construction rend plus opérants les contenus des actions en matière de santé. Les modes d'actions standard sont parfois à repenser pour s'adapter aux publics spécifiques dans une recherche d'efficacité, au risque sinon de les priver de ressources pourtant existantes et riches, mais non pensées pour et avec eux. La recherche d'efficacité contribue en outre à réduire considérablement le sentiment d'impuissance et d'épuisement des professionnels accompagnants qui recourent à des modes opératoires, certes maîtrisés, mais souvent inadaptés en situation d'interculturalité.

Les vingt et une personnes migrantes² rencontrées à l'occasion d'entretiens qualitatifs approfondis étaient âgées de 60 à 82 ans³ en 2014, originaires d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb. Cet échantillon non représentatif a toutefois été construit pour assurer une variété du public à partir de critères tels que le mode de résidence (FTM ou RS), la composition démographique des publics accueillis dans chaque structure, le pays d'origine⁴, la date d'entrée en France, le niveau d'alphabétisation ainsi que la situation socio-professionnelle et familiale. Les observations non participantes de huit actions collectives en santé et deux entretiens collectifs ont associé une vingtaine d'intervenants et une quinzaine de migrants supplémentaires.

Les professionnels associés à l'étude sont les médiateurs de l'association qui assurent l'accompagnement social et administratif et les gérants de foyers. Des professionnels de santé (infirmières, médecins) ont également été rencontrés ainsi que des intervenants plus ponctuels (du milieu associatif ou institutionnel).

2 Sont immigrées ou migrantes les personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France, y compris celles qui ont acquis la nationalité française depuis leur arrivée.

3 Le seuil de 60 ans a été fixé par l'association Coallia en référence au plus faible recours aux soins à partir de cet âge.

4 Toutes structures confondues, Coallia IDF héberge au moment de l'étude, 45% de maliens, 12% d'algériens, 10% de sénégalais, 6% de mauritaniens, 6% de marocains, 2% de tunisiens et 19% de pays d'origine minoritaires diverses.

Les travailleurs migrants âgés accueillis en foyer sont davantage vulnérables sur le plan de la santé

L'état de santé des migrants est reconnu aujourd'hui comme un enjeu de santé publique, du fait tout d'abord des situations socio-économiques plus précaires comparativement à l'ensemble de la population, et également d'une plus grande vulnérabilité en santé (Mizrahi, 2008 ; Parizot *et al.*, 2005). Le bilan des études françaises sur l'état de santé et l'accès aux soins des immigrés suggère l'existence d'inégalités de santé liées à la migration. En outre, l'ensemble des études s'accorde sur le moindre recours aux soins de la population immigrée, révélant des difficultés d'accès à la médecine de ville (Berchet et Jusot, 2012).

Non seulement les migrants accueillis par Coallia en habitat social adapté ne sont pas exempts de ces observations générales, mais les constats partagés par les professionnels de cette association et les intervenants en santé sur les actions collectives, indiquent que les résidents de plus de 60 ans cumulent plusieurs facteurs aggravant leur vulnérabilité et qu'ils recourent moins souvent aux soins que les autres résidents.

D'une part, la précarité des modes d'habiter a fortement impacté la santé des migrants. Si aujourd'hui, 80% du parc locatif d'habitat social adapté de Coallia a été réhabilité, les foyers de travailleurs ont longtemps imposé aux migrants des modes de cohabitation très précaires : hébergements et équipements collectifs avec une forte promiscuité, des chambres souvent surpeuplées, des locaux en état de forte insalubrité. Les nouveaux modes d'habiter développés au sein des RS améliorent sensiblement les conditions de vie des résidents. Toutefois, les effets de ces logements plus individualisés commencent à impacter autrement les migrants, provoquant notamment, chez les personnes vieillissantes, une forme d'isolement social, aggravée par une plus grande difficulté de maintenir les voyages vers le pays d'origine.

Les migrants âgés rencontrés effectuent tous les deux ans en moyenne, des allers-retours entre le pays d'accueil et le pays d'origine. Ces « navettes »⁵ remplissent des besoins sociaux de relations et d'échanges économiques permettant de compenser l'impossibilité de regroupement familial pour ces générations de travailleurs, pères de familles toujours à distance de leur groupe d'appartenance et de leurs proches. Permettant la réactualisation des liens familiaux et lignagers, ces déplacements ont aussi et surtout une dimension stratégique de construction identitaire du migrant, entre l'ici et l'ailleurs. L'enjeu est donc de maintenir son équilibre psychosociologique et de supporter sa condition de migrant.

D'autre part, les travailleurs migrants avançant en âge connaissent une usure physique précoce, souvent liée à la pénibilité de l'activité exercée, à des accidents de travail ou à des maladies professionnelles. Les pathologies et difficultés de santé apparaissant tôt (dès l'âge de 50 ans). Ces personnes ont occupé des emplois pour la plupart à faibles revenus en particulier dans les domaines du bâtiment, de la sécurité et de la restauration avec, pour certains d'entre eux, l'obligation de cumuler des contrats afin de maintenir leurs ressources financières. Les emplois occupés caractérisés par leur pénibilité sont reconnus comme facteurs aggravant l'état de santé. Le repli sur soi après l'exercice d'emplois nécessitant une endurance physique et générant des souffrances corporelles, constitue un facteur de vulnérabilité des travailleurs migrants.

La cessation d'activité des migrants âgés fragilise leurs repères identitaires. Le poids de la position sociale dans le système des parentés et la situation d'inactif (au sens occidental du terme) que connaissent les migrants vieillissants, créent parfois un véritable choc des postures. La transformation de la place et de la fonction sociale des individus inscrits dans ce nouvel environnement relationnel implique d'emblée une certaine fragilisation des postures sociales. En effet, le sens lié à la condition d'immigré est remis en cause, dès lors que celle-ci

5 Terme employé par les travailleurs migrants.

était subordonnée à une activité de travail éphémère, en supposant que sa raréfaction ou sa fin provoquerait un retour au pays. Rester en France en fin de carrière implique donc une redéfinition étriquée de son statut.

Cet équilibre menacé peut se traduire par des troubles psychologiques grandissants avec l'âge (anxiété, dépression, perte de dynamisme, mélancolie) conjugués à une forme de fatigue psychique (Ridez *et al.*, 2002). Cette évolution se manifeste par un repli sur son environnement immédiat se limitant de plus en plus à l'unité de vie dans le foyer ou la résidence (Chouki, 2006).

Du fait de l'âge et des pathologies associées, les migrants âgés sont enclins à rester en France pour bénéficier de soins souvent manquants dans le pays d'origine. Vieillir en exil implique alors de faire face à une remise en cause des repères identitaires principalement liée au décalage entre le statut d'ancien dans la société d'origine et celle de personne âgée dans la société française. Bien que ces repères tendent à se transformer y compris dans les systèmes traditionnels actuels, le statut de « vieux » bénéficie d'un respect et d'une valorisation plus forts dans le pays d'origine (Cheridi, 2000-2001).

Cette reconstruction symbolique *a posteriori* du parcours peut être douloureuse, nécessitant de trouver un nouveau sens à son projet de vie. Suite à la diminution des interactions sociales dans le cadre professionnel et dans les échanges familiaux et sociaux, l'expérience de l'individuation alimente alors un sentiment de nostalgie du monde d'avant.

Une « insécurité sociale » quant aux droits, à l'accès aux soins et à la protection sociale

De nombreuses sources indiquent que les principaux obstacles à l'accès aux soins des migrants peuvent être expliqués par des barrières administratives et juridiques : complexité du droit en matière d'immigration et succession des réformes législatives (Lot

et al., 2012), couplée de la complexité des situations par rapport au droit à l'assurance maladie et des obstacles d'ordre financier (soins -dentaire et optique, notamment- mal remboursés)⁶. À ceci, s'ajoutent des difficultés de communication relevant à la fois des registres linguistique et culturel.

A l'instar des données sur la population migrante générale, les migrants vieillissants en habitat social adapté cumulent des facteurs aggravant leur vulnérabilité en santé liés à leur situation administrative souvent précaire. L'étude révèle une concordance des constats des professionnels et des déclarations des migrants âgés interrogés : un très faible recours à la couverture maladie universelle - CMU, dispositif souvent inconnu par les résidents, une affiliation au régime général de sécurité sociale peu généralisée, des complémentaires santé quasiment inexistantes, autant d'éléments qui freinent sensiblement l'accès aux ressources en santé des migrants âgés.

Ces constats se sont confirmés en cours d'étude par l'approche dynamique de co-élaboration impulsée par Anthropos et Coallia. Les médiateurs accompagnant les migrants dans le parcours de soins ont exprimé leurs difficultés à travailler avec les partenaires autour du parcours de soins des migrants accueillis. Les difficultés relationnelles, le manque d'échange de connaissances et la méconnaissance des missions de chacun ont été identifiés comme des obstacles majeurs à l'ouverture des droits et à la régularisation des dossiers des résidents âgés.

Les migrants ont largement exposé la nécessité de régler leur situation administrative, autant en matière de santé qu'en ce qui concerne l'accès à leurs droits de protection sociale tels que la retraite et les prestations sociales (allocation logement - APL -, revenu de solidarité active - RSA -, indemnités chômage pour les migrants en âge de travailler, etc.). Les hommes âgés rencontrés demeurent les principaux soutiens financiers

6 Résultats de l'étude sur 28 160 patients accueillis en Centres d'accueil de soins et d'orientation - CASO, publiés par le Ministère des affaires sociales et de la santé dans un rapport de 2013, *l'accès aux soins des plus démunis*. Les CASO sont ouverts à toute personne rencontrant des difficultés pour accéder aux soins de santé (personne en séjour irrégulier ou en situation précaire, famille en demande d'asile, ressortissant européen sans assurance maladie).

de leur famille et, au-delà, de leur groupe de rattachement plus large (village, concession⁷). Ils sont parfois contraints de maintenir une activité professionnelle après 65 ans pour faire face aux dépenses courantes quotidiennes (comme la location de leur chambre, l'achat de nourriture et de médicaments).

Les problématiques récurrentes de la non affiliation aux organismes de retraite, des retards importants à l'ouverture de droits à la retraite, de l'accès défaillant aux prestations sociales auxquelles ils peuvent pourtant prétendre, sont également analysées en rapport avec le manque de coordination institutionnelle et partenariale compliquant les démarches pour tous les acteurs et éloignant les migrants du droit commun.

Les échanges impulsés par cette étude, associant professionnels et migrants âgés à la réflexion sur le type de réponse à apporter ont permis d'officialiser un partenariat rapprochant intervenants sociaux (assistantes sociales de secteur, conseillères en économie sociale et familiale), médecins traitants de ville et acteurs institutionnels tels que la Caisse primaire d'assurance maladie – CPAM -, la Caisse régionale d'assurance maladie – CRAMIF -, des organismes de mutuelle santé. Les objectifs portés collectivement visent explicitement à accélérer et faciliter l'ouverture des droits des résidents âgés par des mesures de simplification administrative et une meilleure coordination des professionnels autour du parcours personnalisé des résidents.

Des « mal-entendus » persistants dissimulent un réel intérêt des migrants âgés pour les questions de santé

Les entretiens menés révèlent un important « bouche à oreille » sur les questions de santé de la part des résidents âgés avec une volonté affirmée de connaître les pathologies en détail, autant sur les modes de contamination que sur les traitements.

7 En Afrique, regroupement autour d'une cour d'un ensemble d'habitations occupées par une famille.

Ces données font également l'objet de transmissions orales permanentes à destination des proches restés dans le pays d'origine. Les références aux modes de soins traditionnels sont omniprésentes. Autant d'éléments qui témoignent précisément de leur intérêt porté aux questions de santé et aux maladies.

L'étude permet de mieux comprendre la faible participation des personnes aux actions de santé et de souligner l'existence de nombreux « mal-entendus » persistants mais non révélés rendant impossible la compréhension des messages entre les individus. Les actions de sensibilisation et de communication en santé reposent sur des savoirs principalement techniques, médicaux et scientifiques rendant les termes utilisés (diagnostic, bilan, traitement, pathologies, test sanguin, etc.) difficilement accessibles.

De plus, les communications en santé privilégient l'écrit à l'oral. Or, si la grande majorité des résidents âgés pratique cinq à sept langues (de syntaxes diversifiées et complexes), rares sont ceux qui savent lire ou écrire. Issus de milieux ruraux, ils n'ont jamais reçu d'enseignement scolaire ou d'apprentissage de savoirs formalisés. Les « écoles coraniques » n'enseignent pas l'alphabétisation.

Les migrants âgés participent également moins que les autres résidents plus jeunes aux actions en matière de santé proposées au sein des FTM ou RS, ce qui est, souvent, interprété par les intervenants en santé et les accompagnants sociaux comme un manque d'intérêt pour les questions de santé.

Fort de ces observations, un groupe de travail a été consacré, pendant le temps de l'étude, aux modes de communication à destination des migrants. Il produit aujourd'hui les outils de mobilisation des résidents, nourris des préconisations produites collectivement, à savoir privilégier les modes opératoires liés à l'oralité et la « communication sociale » et choisir des outils pédagogiques pratiques basés sur les centres d'intérêts exprimés par les migrants. La fréquentation des actions collectives par les résidents âgés a été d'emblée largement optimisée et les professionnels de Coallia continuent

d'expérimenter, en collaboration active avec les résidents, les outils propices aux échanges et à la réactualisation permanente des besoins.

Des « mal-entendus » sous-tendus par un rapport à la prévention en décalage avec les références socioculturelles des migrants

Le silence des migrants et leur faible participation aux actions collectives sont davantage à analyser sur le plan psychosocial que sur le plan individuel. L'expression du « besoin » est largement déterminée par un fonctionnement social plus large qui autorise ou non à parler de la maladie. Le concept même de « prévention », fortement valorisée en France n'a pas d'équivalent dans les systèmes traditionnels présents en Afrique sub-saharienne ou au Maghreb.

Les migrants interrogés semblent associer à la notion de prévention celle de contagion dans les contextes de vie de promiscuité, et parfois, d'insalubrité. La notion de risques et d'actions de prévention, en aval, n'est pas rejetée en tant que telle, mais n'est pas appropriée pour mobiliser les migrants âgés. Le rapport au temps dans des cultures de l'expérience de l'indigence des moyens sanitaires, dans les pays d'origines, privilégie le rapport direct et instantané entre maladie et soins. A ce compte, les actions centrées sur la prévention des risques sont assez peu compréhensibles par les travailleurs migrants, car perçues comme irréelles, du fait de l'absence de relation de cause à effets immédiats. La difficulté ressentie est liée dans ce cas à une impossibilité de prévenir et de chercher la cause de quelque chose qui n'existe pas sur le moment.

Quant à la maladie, elle est très largement perçue comme une manifestation extérieure, en lien avec les relations sociales (règles, normes, interdits, système de valeurs, etc.). Elle est presque toujours associée à une cause relationnelle. Elle articule les mondes du visible et de l'invisible. Il devient essentiel de se

protéger contre les forces du mal et celles de la destruction de l'ordre social, établi par les ancêtres. La maladie peut toujours être soignée par des remèdes mais en cas d'échec, « *il devient indispensable de rétablir une communion avec les ancêtres.* », selon G. Dieterlen. La notion de protection est donc à replacer dans un cadre pratique et symbolique pour en apprécier la portée, du point de vue des travailleurs migrants. Le rapport à la maladie est très pragmatique dans l'ici et le maintenant.

Les notions aussi courantes que celles de « prévention » ou de « contagion », ne doivent, pas plus que celle « d'efficacité », être envisagées à l'aune de la perspective uniquement médicale. Il est indispensable de les réinterroger pour les reconstruire grâce à l'anthropologie.

Cela incite à repenser la pédagogie, de la part du personnel médical pour faire passer leurs messages à ces publics spécifiques. L'ouverture de la discussion et des échanges entre professionnels de santé et résidents est l'un des leviers pour « autoriser » les résidents à aborder leurs questions et exprimer leurs craintes. Il est essentiel de permettre la souplesse et la liberté d'entrer en contact, en dehors de toute initiative de santé. Les médiateurs permettent, déjà en partie, cette expression, par leur présence au quotidien, leur attitude bienveillante à l'égard des publics qu'ils accompagnent et les échanges informels qui s'instaurent. Pour autant, ils ne s'estiment, pas toujours, en capacité d'aborder les questions de santé, à proprement parler, ou se sentent mal à l'aise, pour échanger sur des sujets tels que les rapports aux femmes ou la sexualité.

Conclusion

L'étude souligne que les constats généralisés de vulnérabilité en santé des migrants âgés sont aggravés par les situations d'interculturalité non reconnues comme telles. Les actes de soins et de prévention doivent prendre en compte ces systèmes relationnels asymétriques produits par la situation d'entre-deux culturel, au risque sinon, de contribuer à la mise à distance des

ressources existantes en santé pour les résidents âgés.

Ainsi, la lutte contre la vulnérabilité en santé se situe moins dans le changement de posture à opérer par les personnes âgées elles-mêmes que dans les modes opératoires à repenser pour produire de l'adéquation entre les producteurs et les destinataires des actions. La rencontre entre le système d'appartenance au pays d'origine, « le dedans », et celui du pays d'accueil, « le dehors », est un processus susceptible tantôt de renforcer les personnes, tantôt de générer des résistances, des incompréhensions et des fragilités. La vulnérabilité est à analyser finalement comme le fruit d'une interaction entre les modes d'intégration des migrants dans la société et les modes opératoires utilisés en matière d'information, de prévention et d'accès aux soins.

Les modes de travail impulsés par le cabinet Anthropos et soutenus activement par Coallia IDF ont permis le rapprochement des migrants âgés, des anthropologues, des médiateurs de l'association et des professionnels médico-sociaux. Cela a été efficace pour lever les mal-entendus et clarifier les représentations mutuelles. Ainsi, l'étude révèle le fort intérêt des migrants âgés pour les questions de santé, l'accès aux soins et aux droits, loin des représentations négatives et discriminantes tendant à laisser penser qu'ils seraient dans une systématique posture attentiste.

« *L'étude de la vulnérabilité requiert de prêter attention non seulement aux conditions d'apparition et de répartition dans le temps des facteurs d'exposition, mais aussi à la manière dont les individus parviennent ou non à mobiliser des ressources sociales, matérielles et publiques pour se protéger des effets négatifs* » (Schröder-Butterfill et Marianti, 2006). Le travail de co-élaboration favorisant les échanges entre les migrants âgés et les différents professionnels constitue un puissant levier pour mobiliser des ressources rendues ainsi accessibles et identifier des réponses pertinentes pour lutter contre la vulnérabilité en santé. Pour exemple, les outils de communication en santé sont à adapter aux contraintes objectives caractéristiques des

hommes accueillis (communication orale à privilégier, absence de savoirs techniques, etc.). Les pratiques médicales doivent composer stratégiquement avec les contraintes sociales et culturelles relatives à l'impossibilité de parler de la maladie sur un plan individuel. Enfin, les approches classiques abordant la question de la prévention doivent, pour mobiliser les migrants âgés, tenir compte des registres traditionnels davantage marqués par la notion de « protection sociale ».

Enfin, le cabinet Anthropos intègre dans ses accompagnements une approche endo-formative favorisant ainsi l'autonomie des professionnels dans la modification des modes opératoires en cours d'étude, au contact des chercheurs et non pas dans une perspective incertaine de changement une fois le cabinet d'experts parti. L'immersion des acteurs dans le processus de recherche a permis d'initier les médiateurs aux techniques de recueil et d'observation, quitte à les transformer pour s'adapter aux contraintes spécifiques du terrain, de manière à développer des modes d'intervention toujours réactualisés et efficaces bénéfiques aux travailleurs migrants âgés comme aux autres populations accueillies.

Références

- ARCHIMBAUD A.** (2013), *L'accès aux soins des plus démunis*, Ministère des affaires sociales et de la santé.
- BEUCHEMIN C., HAMEL C. SIMON P.** (2010), *Trajectoires et origines*, Enquête sur la diversité des populations en France, INED.
- BERCHET C. JUSOT F.** (2012), *État de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature*, Université Paris-Dauphine et IRDES.
- CHERIDI D.** (2000-2001), « Accès aux droits et aux soins dans les foyers de travailleurs migrants », *Revue Écarts d'identité*, n°94.
- CHOUKI H.** (2006), « Hors thème - Les immigrés vieillissant en foyer pour travailleurs ou les habitants de nulle part », *Revue Retraite et société* 1/2006, n° 47.
- LOT F. AINA E., BELLO P.Y.** (2012), « Santé et recours aux soins des migrants en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, numéro thématique 17 janvier 2012/ N° 2-3-4.
- MIZRAHI A.** (2008), « Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger », *Journal de gestion et d'économie médicale*.
- O'DEYE A., BEROT-INARD T., JOSEPH V.** (2014), *Étude sur la perception de la santé des personnes âgées immigrées vivant en habitat social adapté*, CABINET ANTHROPOS.
- PARIZOT I., RENAHY E., BAZIN F. CHAUVIN P.** (2005), *Santé, inégalités et ruptures sociales*, *Enquête sur la santé et le recours aux soins dans 7 quartiers défavorisés franciliens et propositions d'une méthodologie pour la réalisation d'une enquête représentative en IDF* », INSERM.
- RIDEZ S., COLVEZ A., FAVIER F.** (2002), *Précarité des Maghrébins vieillissant dans les foyers Sonacotra*, *Le sociographe*, 9.
- SCHRODER-BUTTERFILL E., MARIANTI R.** (2006), « A framework for understanding old-age vulnerabilities », *Ageing and Society*, 26.

