



Les cahiers
thématiques
d'Adoma



Rapport de la mission **PERSONNES ÂGÉES IMMIGRÉES**

Décembre 2013

Chaque « personne âgée », au-delà de son appartenance communautaire et culturelle, est un sujet à part entière, avec son histoire singulière, ses choix personnels...

Les "vieux migrants" sont d'abord des personnes âgées avec un parcours et une histoire migratoire.

Les résidents âgés d'Adoma devraient relever de tous les dispositifs disponibles sur le territoire où est implantée Adoma, au même titre que les autres habitants de la commune.

PRÉFACE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Garantir aux vieux migrants leur maintien à domicile en développant une offre de services adaptés, telle est l'une des priorités de l'entreprise. Les jeunes travailleurs migrants, d'abord Algériens, puis Maghrébins et Sub-sahariens arrivés en France et dans les foyers de la Sonacotra au rythme des vagues migratoires successives ont vieilli. Contrairement à ce qui avait été imaginé, pour la plupart, ils ne sont pas retournés dans leurs pays d'origine, mais sont restés là, transitoirement dans l'aller-retour, mais définitivement installés, dans les foyers devenus de fait, année après année, leur domicile. Comme toute personne âgée, leur souhait est de vieillir à domicile, c'est-à-dire rester dans leur logement et leur quartier.

Adoma a, à l'endroit de ses résidents historiques, une double responsabilité : garantir leur maintien à domicile avec un accompagnement renforcé et proposer un logement adapté à leur grand âge et à leurs besoins de services pour faire face à l'entrée dans la dépendance.

C'est pourquoi, les publics vieux migrants sont largement évoqués dans le projet d'entreprise qui a pour ambition d'asseoir une stratégie affirmée sur ses résidents. Plusieurs axes d'intervention ont été validés par notre Conseil d'Administration qui feront l'objet de déclinaisons opérationnelles.

Par ailleurs, Adoma suivra avec le plus grand intérêt les suites données aux propositions du rapport de la mission d'information sur les immigrés remis le 5 juillet 2013 et les modifications législatives qui permettront d'améliorer leurs accès aux droits et leur meilleure prise en compte dans les politiques publiques.

Dans ce contexte, j'ai souhaité qu'Adoma puisse être porteur de propositions et d'initiatives. C'est ainsi que j'ai confié à Driss Bechari – Directeur Territorial Bourgogne Franche-Comté – la constitution d'un groupe de travail sur cette thématique. Il nous faut réaffirmer les priorités d'intervention auprès de ces personnes dans une cohérence de l'ensemble des interventions d'accompagnement des publics.

Ces propositions font l'objet du rapport ci-après qui met en valeur les nombreuses initiatives d'Adoma et projets mis en place sur les territoires grâce à la mobilisation de tous les collaborateurs. Il insiste sur la nécessité de développer des actions intégrées dans un cadre partenarial élargi, avec la mobilisation des

« acteurs clés » de la gérontologie, de la santé et du social plus largement.

Que tous les collaborateurs d'Adoma qui œuvrent au quotidien auprès de ces personnes âgées et souvent très isolées soient remerciés pour leur implication personnelle.

L'ambition d'Adoma est forte et doit permettre le développement d'actions ciblées pour que les vieux migrants puissent vieillir dignement dans leurs foyers rénovés.

Bruno Arbouet
Directeur Général



PRÉFACE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL D'ADOMA.....	3
INTRODUCTION.....	5
ÉLÉMENTS HISTORIQUES : DE LA SONACOTRAL À ADOMA.....	6
1-1 La genèse historique et politique.....	6
1-2 Des opérations exceptionnelles à l'accueil des demandeurs d'asile.....	10
1-3 Les résidents âgés en FTM et Résidences sociales	11
1. LE LOGEMENT ET L'INSCRIPTION DANS LE TISSU LOCAL	12
1-1 Du FTM à la Résidence Sociale :	
vers une intégration des résidences et de ses habitants dans la ville.....	12
· Les Foyers de ravaillleurs migrants « FTM » construits en « extraterritorialité ».....	12
· Des mesures nationales pour leur intégration	12
· L'intégration progressive des FTM et RS dans le tissu local (dans les territoires).....	12
· Le passage de FTM à la résidence sociale :	
une reconnaissance effective du domicile du résident	16
· La location alternée :	
un dispositif répondant à un besoin mais une mise en œuvre complexe.....	15
1-2 Des logements mais réduction des espaces collectifs	17
· Une amélioration notoire du confort des logements.....	17
· Les limites du « tout autonome » systématique.....	17
· Le besoin de mettre à disposition des résidents	
et des partenaires un espace collectif au sein de la résidence.....	18
· Des logements adaptés au vieillissement.....	18
· Renforcer son attention au maintien et au relogement des résidents âgés.....	18
2. ACCÈS ET MAINTIEN DES DROITS	20
2.1 Une médiation nécessaire :	20
· Interpellation du droit commun.....	20
· Développement de projets spécifiques pour limiter le non recours au droit.....	22
2.2 Le passage à la retraite : une étape toujours délicate	22
· Préparer sa retraite : un manque d'anticipation	22
· Le départ à la retraite : des difficultés et une précarité aggravées	23
2.3 IMPLICATION DU BENEVOLAT DANS LES RESIDENCES ADOMA.....	26
3. ACCÈS AUX SOINS / MAINTIEN À DOMICILE.....	26
3.1. Constats	26
· Des difficultés d'accès aux droits santé.....	26
· Des difficultés d'accès ou de continuité des soins	27
3.2. Enjeu de santé publique /projets favorisant l'accès aux soins	28
3.3. L'aide au maintien à domicile, même en « unité de vie ».....	29
· L'adaptation du bâti, facilitateur des interventions des services d'aide à domicile.....	29
· Les prés-requis de la mise en place opérationnelle de l'aide à domicile.....	29
CONCLUSION	31

INTRODUCTION

Longtemps ignorée, la question des immigrés âgés qui choisissent de séjourner et finir leur vie en France après leur retraite, revient sur le devant de la scène, à travers plusieurs événements : différent recours en justice des associations représentants des immigrés âgés contre les administrations – CARSAT et CAF, la note de la Direction de l'Accueil, de l'Intégration et de la Citoyenneté, « DAIC », le colloque organisé le 13 novembre 2012 avec le soutien du Ministère de l'Intérieur, de l'Union européenne et du Fonds Européen d'Intégration sur le thème « Quel accompagnement pour les personnes âgées immigrées ? », la visite du Président de l'Assemblée Nationale Claude Bartolone, le 19 novembre 2012, de la résidence Adoma de Bobigny, en Seine-Saint-Denis, sensibilisé par l'article publié par Bruno Arbouet, dans le journal La Croix, la création, au niveau du parlement d'une mission d'information parlementaire sur les vieux immigrés, la restitution en 2013 de trois rapports sur le vieillissement de la population française, destinée à nourrir la réflexion du gouvernement, pour l'adaptation de la société française au vieillissement.

Dans cette perspective le Directeur général d'Adoma a décidé de mettre en place un groupe de travail en interne, avec remise du rapport au dernier trimestre 2013, sur les Personnes âgées immigrées dans nos résidences en intégrant notamment :

- **Les bilans des actions** de médiation développées dans le cadre du plan d'actions national pour notamment valoriser les bonnes pratiques professionnelles ;
- **Les éléments identifiant** les territoires où un développement du plan d'actions national est nécessaire au regard des publics accueillis.

Pour répondre à cette commande, le groupe de travail a structuré le rapport autour de quatre chapitres :

- **L'histoire d'Adoma**, éléments importants à rappeler à l'ensemble des acteurs institutionnels pour souligner la participation et la contribution active des travailleurs immigrés à la reconstruction du pays ;
- **Le logement et son inscription dans le tissu local** à travers l'évolution du FTM à la résidence sociale ;
- **L'accès et le maintien des droits des résidents ;**
- **L'accès aux soins et les expériences** de maintien à domicile ;
- **Et pour conclure des préconisations à transposer sur les territoires** pour venir en aide aux résidents vieillissants.



ÉLÉMENTS HISTORIQUES : DE LA SONACOTRAL À ADOMA

1-1: LA GENÈSE HISTORIQUE ET POLITIQUE

Depuis le 17^{ème} siècle, la France a connu plusieurs vagues migratoires. Les premiers immigrants agricoles étaient d'origine européenne : Belges, Suisses, Allemands et Luxembourgeois.

Les destructions massives et les pertes humaines importantes en Europe, suite à la Deuxième Guerre Mondiale, étaient à l'origine d'une demande importante de main-d'œuvre pour répondre aux besoins de reconstruction du pays et aux exigences des entreprises françaises.

Avant la création de la **SONACOTRAL** et pour compenser le déficit démographique consécutif à cette guerre, le gouvernement français, en signe de reconnaissance pour ces Algériens héroïques dans les batailles de Charleroi et de la Marne, a décidé, par la publication du décret du 18 novembre 1920, que les travailleurs algériens qui souhaitent rester en France « ne soient plus considérés comme des travailleurs étrangers ».

L'absence de logement pour accueillir les nouveaux travailleurs a contraint ces nouveaux migrants à s'installer en périphérie des villes, d'où l'émergence de bidonvilles autour des grandes métropoles, Paris, Lyon, Marseille...

Durant cette période florissante économiquement, la France est confrontée aux événements d'Algérie. Pour les opérations de maintien de l'ordre des dizaines de milliers d'appelés embarquent pour l'Algérie, alors que des milliers de **Français Musulmans d'Algérie (FMA)** faisaient le trajet inverse pour s'installer en métropole avec l'espoir, voire la promesse implicite d'un avenir meilleur, non seulement pour eux, pour leur famille mais aussi pour leur village.

L'Assemblée Nationale, à la demande du gouvernement, devant l'aggravation de la situation en Algérie et l'arrivée massive et incontrôlable des FMA, vote le 16 mars 1956 une loi d'exception économique pour l'Algérie afin d'organiser l'accueil de ces travailleurs **FMA**.

La mise en application des dispositions de cette loi marque le début de l'implication des pouvoirs publics d'un accueil spécifique pour loger des travailleurs originaires d'Algérie.

La transposition de cette loi d'exception économique en Algérie s'est traduite par l'adoption, le 4 août 1956, de la loi portant création de **la Société Nationale de Construction pour les Travailleurs Algériens, « SONACOTRAL »**.

Conçue à l'origine comme un instrument de politique mixte de l'Etat et du patronat français pour loger les travailleurs algériens encouragés à venir travailler sur le territoire métropolitain, la



SONACOTRAL reçoit pour mission supplémentaire la résorption des bidonvilles et de l'habitat insalubre dans les centres-villes par la construction de foyers-hôtels pour les travailleurs isolés originaires d'Algérie et des logements HLM pour leur famille.

Après l'accession de l'Algérie à son indépendance le 5 juillet 1962, ces travailleurs **Français Musulmans d'Algérie** changent de statut et deviennent des étrangers immigrés en France.

En 1963, la **SONACOTRAL** devient alors **SONACOTRA (Société Nationale de Construction pour les Travailleurs)**, et son objet social a été étendu au logement, des étrangers en général et de leurs familles, des travailleurs français, et éventuellement aux étudiants.

A partir de 1974, avec le premier choc pétrolier, la situation économique se dégrade entraînant sur décision de l'Etat la fermeture des frontières et le contrôle de l'immigration liée au travail. Parallèlement, la construction de logements sociaux se raréfie par manque de moyens. Cette situation de crise économique se traduit par le vote le 31 mai 1990, de la loi Besson consacrant le droit au logement pour toute personne ou famille en difficulté et le droit de recevoir une aide de la collectivité.

En 1993, la Sonacotra connaît sa première recapitalisation et ses missions sont élargies. L'assemblée Générale Extraordinaire du 10 août 1993 revisite ses statuts pour lui permettre **« de construire, aménager et gérer des locaux d'habitation à caractère social, avec ou sans service, destinés à des personnes ou familles étrangères ou françaises disposant de ressources modestes »**.

Cette même période du début des années 1990 est également marquée par l'apparition de nouvelles formes de besoins et par la création de dispositifs de logements adaptés à travers la création des résidences sociales. Le décret de décembre 1994 constitue la clé de voûte du volet logement dans le dispositif de lutte contre les exclusions.

Solution de logement temporaire, la résidence sociale est destinée à répondre aux besoins locaux des personnes rencontrant des difficultés sociales, disposant de faibles ressources et leur permettant de s'engager dans une démarche d'insertion susceptible de les amener vers un logement plus durable.

Cette nouvelle forme d'habitat, correspond à l'accroissement du nombre de personnes en situation précaire, au contexte social et à la volonté de proposer des solutions concrètes aux difficultés de logement, sur un territoire repéré.

La publication des circulaires du 19 avril 1995 et du 18 juin 1998, fait suite au rapport de la mission parlementaire présidée par **M. Henri CUQ, Député des Yvelines** sur la situation et le devenir des foyers de travailleurs migrants. Ces circulaires marquent le début de la transformation progressive des foyers de travailleurs migrants en résidences sociales, qui deviennent de fait un maillon important du logement social normalisé ouvrant droit à l'Aide Personnalisée au Logement (l'APL) permettant aux ménages en difficulté d'accéder à un logement temporaire et aux travailleurs immigrés un logement décent.

Acteur incontournable, de par son importance, du logement social et très social, la Sonacotra signe en 1999, avec l'État, son premier contrat d'objectif d'une durée de 5 ans destiné à prendre acte des besoins des résidents, par le traitement prioritaire des FTM dans le cadre du plan national de traitement des foyers pour l'absorption des chambres de

4.5 m² et par la réalisation de logements proposant un plus grand niveau de confort répondant aux besoins de la nouvelle clientèle.

Pour faciliter l'accès à un logement pérenne dans le cadre d'un parcours résidentiel, la circulaire du 31 août 2002, crée **l'Aide à la Gestion Locative Sociale (AGLS)** versée aux gestionnaires de résidences sociales. Cette aide a pour objectif de renforcer le rôle de logement-passerelle de la résidence sociale vers un logement plus pérenne dans les parcs (privé ou public).

En 2004 un avenant au contrat d'objectif a été signé entre la Sonacotra et l'Etat, intégrant une convention spécifique pour faciliter l'accueil de **10 000 jeunes en insertion professionnelle**.

Dans la poursuite de la réhabilitation de son parc, Adoma a adapté son bâti avec la prise en compte du vieillissement. L'entreprise a développé son offre en s'ouvrant à d'autres missions telles que l'activité de gestion des aires d'accueil des gens du voyage. En 2007, face à la réaction et à l'indignation nationale et aux actions des associations, (le DAL et Don Quichotte) qui ont suivi les incendies de logements et d'hôtels vétustes à Paris, la Sonacotra connaît sa deuxième recapitalisation et voit ses missions encore élargies.

Cette recapitalisation substantielle a porté le capital de l'entreprise à 100 millions d'euros et l'intégration d'une nouvelle mission de construction et de gestion de logements d'urgence transitoires.

DANS CETTE MÊME ANNÉE LA SONACOTRA CHANGE DE NOM ET DEVIENT ADOMA.

En 2010, Adoma, est confrontée, à un déficit chronique des activités prescrites par l'Etat, et à une gestion approximative, attestées par différents audits et par la commission interministérielle (la Miilos). Elle doit trouver dans l'urgence 200 millions d'euros pour assurer la continuité de ses missions durant la période 2010-2014.

Dans ce contexte de crise économique et de raréfactions de financements publics, l'Etat confirme son intérêt pour une participation financière du groupe Caisse de Dépôts et l'UESL (Action Logement) sous forme d'avance globale de 50 millions d'euros (25 millions d'euros par la SNI et 25 millions d'euros par l'UESL). **Yves Chazelle, Directeur général de la SNI et membre du Conseil d'Administration d'Adoma**, précise, lors de la séance du CA du mois de juillet 2010, sa vision du partenariat entre l'Etat et la SNI **en indiquant que le « partenariat s'attachera d'abord à définir le projet stratégique sur la période 2010-2014 et les actions à mener pour améliorer la gestion, opérer les recentrages nécessaires au sein des différentes activités, réhabiliter le patrimoine, mettre en œuvre les synergies possibles avec le Groupe SNI et, enfin, accentuer l'effort pour diversifier la population logée au profit des jeunes actifs et pallier ainsi le déclin inéluctable de la population traditionnelle ».**

Pour mettre en action ces nouvelles orientations, il obtient du Conseil d'Administration de décembre 2010, la modification des statuts de l'entreprise et de la séparation de la fonction du Président du Conseil d'Administration et du Directeur général, et propose la nomination de Bruno Arbouet au poste de « Directeur Général ».

Dans le même mois l'Assemblée Nationale, lors de ces débats du projet de loi de finances rectificatif pour 2010 et sur proposition du gouvernement adopte un nouvel article modifiant ainsi l'article 63 de loi N936121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social est ainsi rédigé : **« L'État détient une participation d'au moins un tiers du capital de la société anonyme dénommée Adoma. L'État, les établissements publics et les entreprises publiques détiennent au moins la majorité du capital d'Adoma ».**

Au 31 décembre 2013, Adoma gère 180 FTM, 312 RS soit 69000 places pour le logement accompagné, 10023 places pour l'hébergement et 1092 places pour les gens du voyage.

Adoma, de par son histoire, son importance, son expertise et son implantation sur les territoires, demeure au croisement des questions liées à l'immigration, l'intégration, le logement, l'insertion. Elle reste un acteur incontournable du logement social et très social et se situe au cœur d'enjeux primordiaux auxquels doit faire face notre pays.



1-2 DES OPÉRATIONS EXCEPTIONNELLES À L'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE

A travers son histoire la SONACOTRAL, Sonacotral et Adoma a été sollicitée à plusieurs reprises par les pouvoirs publics pour faire face à des opérations d'ampleur en mobilisant dans l'urgence les disponibilités de son parc locatif et l'expérience de son personnel. Parmi ces opérations on peut citer l'accueil et le logement :

Des « boat people » en 1975, des déplacés du Kosovo en 1998 et 1999, de naufragés Kurdes, en 1998, des sinistrés de la Somme, suite aux inondations, en 2001 des victimes de la catastrophe de Toulouse, suite à l'explosion de l'usine pétrochimique de Total « AZF ». En **septembre 2001**, ce fut le relogement des demandeurs d'asile suite à la fermeture du centre de Sangatte dans le Pas-de-Calais; en décembre 2005, celui des mineurs de la « jungle » à Calais. **En 2010**, les Irakiens suite au conflit, les Maliens de Paris dans le cadre du dispositif BARA en 2012, les Personnes Civiles Recrutées Localement (PCRL) (les interprètes Afghans) **en 2013** et dernièrement pour la résorption des campements illicites roms, dans le cadre de la convention Adoma/Ministère du Logement.

Aujourd'hui, en cohérence avec son passé, Adoma répond à l'émergence de nouveaux besoins, en diversifiant, ses missions, son offre de logement, son public et modernise sa gestion.

C'est ainsi qu'elle est amenée à prendre en compte les problématiques des résidents, le vieillissement de la population initiale, le logement des jeunes en insertion, des familles monoparentales, la gestion des aires d'accueil pour les gens du voyage,...



1-3 LES RÉSIDENTS ÂGÉS EN FTM ET RÉSIDENCES SOCIALES

Dans ses **69 000 logements**, Adoma accueille **25 189 résidents de 60 ans et plus** au 31 décembre 2013, soit 42.6% de la clientèle totale. La répartition des résidents âgés est variable d'une région à l'autre, selon l'histoire et l'évolution économique des territoires.

Quelles que que soient les particularités des foyers, **la question du vieillissement** des résidents vivant dans les FTM depuis des années est devenue une problématique centrale pour Adoma.

Par sa connaissance peu à peu développée des problèmes soulevés par le maintien à domicile, par sa recherche de solution d'aide et d'accompagnement des personnes âgées en difficulté, Adoma est devenu un acteur des politiques de vieillissement en qualité de :

- **Bailleur d'un nombre important de personnes âgées** isolées (25 189) ;
- **Observateur en première ligne des difficultés** rencontrées par les personnes âgées isolées et vulnérables...;
- **Acteur au côté des institutions nationales et départementales, des instances locales** (schéma gérontologique, CODERPA...).

Ce rapport ne peut faire l'état des lieux de toutes les actions menées à l'attention des résidents vieillissants d'Adoma, mais il en développera les principes en reprenant les facteurs de réussites, leurs limites et les préconisations.

La diversité des situations locales, des typologies de foyers, des équipes de gestions, des publics accueillis d'un foyer à l'autre ont amené Adoma à réfléchir à des actions très diversifiées, dont l'inscription dans le temps reste trop limitée en fonction des moyens mobilisés et des dynamiques partenariales.

Néanmoins, se dessine peu à peu « **un socle commun** » **porté par l'expérience, la confrontation à la réalité, la réglementation évolutive** qui permet de dégager une méthodologie d'intervention efficiente :

- **Accès et maintien des droits ;**
- **Accès et continuité des services** d'aide à domicile ;
- **Accès à la santé (cf OMS)** et continuité des parcours de soins ;

Ce socle a pour but d'inscrire définitivement les FTM, résidences sociales et pension de famille dans le tissu local et ainsi favoriser à leurs résidents l'accès au droit commun.

Cette réflexion partagée avec les partenaires concernés a renforcé le constat que :

- *Chaque « personne âgée », au-delà de son appartenance communautaire et culturelle, est un sujet à part entière, avec son histoire singulière, ses choix personnels...*
- *Les « vieux migrants » sont, avant tout, des personnes âgées avec un parcours et une histoire migratoire.*
- *Les résidents âgés d'Adoma devraient relever de tous les dispositifs disponibles sur le territoire où est implantée leur résidence principale, au même titre que les autres habitants de la commune.*

1. LE LOGEMENT ET L'INSCRIPTION DANS LE TISSU LOCAL

Adoma a pour mission, en tant que bailleur social et très social d'assurer aux résidents, notamment les plus âgés, un logement adapté à leurs besoins, en termes de confort, d'accessibilité, mais également d'assurer leur intégration dans la cité.

1-1 DU FTM À LA RÉSIDENCE SOCIALE : VERS UNE INTÉGRATION DES RÉSIDENCES ET DE SES HABITANTS DANS LA VILLE

Les foyers de travailleurs migrants « FTM » construits en « extraterritorialité »

À l'origine, imposés par l'État, et soutenus par les entreprises en recherche de main-d'œuvre, les FTM étaient généralement construits sur des terrains appartenant à l'État, (délaisés, à proximité des voies ferrées, en zone industrielle ou en limite de commune...). Les résidents de ces foyers étaient bien souvent ignorés de la ville où ils étaient implantés et avaient des difficultés à faire valoir leur droit de relever des services locaux. Ils étaient considérés par exemple, relevant de l'aide sociale « État », comme pour les personnes en CHRS ou sans domicile. L'extension géographique des villes a permis d'intégrer progressivement dans le tissu urbain ces foyers qui étaient considérés alors comme « extra territoriaux ». Cette évolution s'est faite alors que le peuplement de ces FTM/RS se diversifiait, les foyers accueillant de plus en plus de populations issues des territoires locaux.

Cependant, il était fréquent de constater que les zones prioritaires des politiques de la ville excluaient, quitte à en faire une enclave, la parcelle où était le FTM.

Des mesures nationales pour leur intégration

Depuis le 23 décembre 1994, à l'appui du Décret rendant obligatoire, à l'occasion des réhabilitations, le passage des FTM en Résidence Sociale, les collectivités locales ont été invitées à s'approprier le projet de ces « résidences sociales » aux côtés du bailleur. Avec la création de la « Commission Interministérielle pour le Logement des Immigrés », CILPI, en 1998 et la mobilisation de moyens financiers, l'État a affirmé sa volonté d'apporter aux résidents des FTM des conditions de logements « normalisées ».

Avec le décret sur les Résidences sociales « RS », la réhabilitation des FTM doit désormais s'appuyer sur un « projet social » : annexe 1 de la convention APL, travaillé en comité de pilotage et validé par les services de l'Etat. En effet la résidence sociale doit répondre aux besoins locaux et à ceux des résidents présents dans le FTM à réhabiliter.

À cette occasion, les partenaires locaux prennent connaissance des besoins des résidents. Il est alors possible de mobiliser leurs services et des financements pour la mise en place de projets d'accompagnement.

L'objectif est que peu à peu ces résidences sociales deviennent des logements non plus « spécifiques », mais des logements « transitoires » dont disposent les partenaires locaux, en lien avec le bailleur, à charge pour ces premiers acteurs d'intégrer ce public dans leur politique locale au même titre que tout autre habitant de leur territoire communal.



L'intégration progressive des FTM et RS dans le tissu local (dans les territoires)

Ce travail a été réalisé avec l'appui des services de l'État et des collectivités territoriales, relayé auprès des directions d'exploitation Adoma par un travail d'ingénierie sociale porté par les responsables de développement social, initialement financé par le FAS (pour accompagner le tournant social de la Sonacotra). C'est un véritable changement de regard autant chez les bailleurs que les politiques locales.

CE QUI EST ACQUIS

Des progrès significatifs depuis une vingtaine d'année : le rapport annuel d'activité 2013 indique que 51 % des résidents sont logés en résidence sociale. Si l'on peut constater que certaines résidences sociales (souvent des anciens FTM ayant fait l'objet d'une réhabilitation dans les années 90) fonctionnent comme d'anciens FTM, a contrario, on peut mesurer à quel point nombre de FTM ont évolué, malgré un bâti ancien, vers une réelle intégration dans la ville.

FREINS

Cependant, quelques foyers et quelques collectivités territoriales restent sur le schéma ancien : le FTM est considéré comme extra territorial et les résidents également. Quelques FTM vivent en vase clos : bâtiment en « attente de réhabilitation », dont le confort et l'entretien sont limités, une équipe de gestion découragée par les problématiques techniques, ce qui représente un obstacle à la mise en place d'un dialogue constructif avec les résidents et les partenaires.

PISTES ET PRÉCONISATIONS

La réhabilitation progressive de tous les FTM devenant de fait « résidences sociales » va entraîner la suppression de ces « vestiges » que représentent ces FTM barricadés dans une logique d'extra territorialité.

Encore faut-il que ce travail d'évolution du FTM à la Résidence sociale permette, outre l'évolution du confort du logement conformément aux normes, un travail de réflexion partagée avec les collectivités, services de l'État, et Adoma dans un souci d'intégration de la structure et de ses résidents.

Vers une prise en compte des besoins des résidents

La reconnaissance de ces logements sociaux particuliers que sont FTM et résidences sociales, comme « outil » au profit de la commune, devrait avoir pour effet bénéfique la reconnaissance de leurs résidents comme habitants au même titre que les autres habitants de la commune. Qu'en est-il ?

CE QUI EST ACQUIS

D'une manière générale, en même temps que le confort des résidents s'est **amélioré**, leur **prise en compte par les collectivités locales** s'est développé : reconnaissance des résidents comme **« habitants » du territoire**, ouverture des services locaux aux résidents, notamment en matière de service social.

Le recours à l'aide et/ou aux soins à domicile dans les résidences Adoma a peu à peu été reconnu par les équipes de gestion et par les partenaires comme possible au fil des expérimentations. Cela impose à Adoma quelques obligations, notamment en matière d'accès au logement des résidents, par les intervenants devant intervenir quotidiennement. Cela demande au gestionnaire d'y porter une attention particulière pour optimiser le maintien ou le développement des aides ou des soins à domicile dans les foyers.

LES LIMITES

En interne, **l'accueil des partenaires** nécessite une présence sur la résidence, un accès facilité (au logement du résident concerné) plus généralement **le respect des principes du travail inter-partenarial en réseau**.

En externe, **les partenaires** de plus en plus impliqués sont limités par leur cadre institutionnel, au fil des **restrictions financières et des moyens humains**.

Certaines pratiques institutionnelles à l'instar de la CARSAT paraissent **contradictoires** : elles proposent à la fois des actions collectives pertinentes pour le public prérétraité ou retraité et **multiplient les contrôles « anti-fraude » sur leur durée de séjour notamment.**

La réduction des effectifs dans les administrations et organismes sociaux a pour conséquence immédiate la fermeture des guichets de proximité et la réduction du temps disponible pour les personnes éloignées des démarches administratives. Pourtant ces mêmes organismes, comme par exemple la CNAV IDF et les CARSAT régionales développent une politique volontariste pour la mise en œuvre d'actions collectives efficaces pour le public prérétraité ou retraité fragilisé en FTM et Résidence sociale afin d'améliorer leur accès à la retraite et leur parcours prévention santé (ex : les plans de préservation de l'autonomie des personnes âgées dit Plan PAPA).

PISTES ET PRÉCONISATIONS

L'expérience montre que, malgré toutes les difficultés que peuvent rencontrer les partenaires pour répondre aux besoins, l'établissement de liens de confiance et de proximité entre les différents interlocuteurs d'Adoma et chaque partenaire, permet d'avancer sur le traitement de situations au delà de ce que le cadre institutionnel semble permettre.

CE QUI EST ACQUIS

Vieillir « à domicile » : vers une reconnaissance de « l'habitat-foyer » comme un « Domicile ».

Durant des années, bien des partenaires locaux se sont interrogés sur la pertinence de mettre en place du « maintien à domicile » dans ces FTM au confort réduit et s'adressant à des personnes censées rentrer dans leur pays une fois à la retraite.

Pour les résidents, l'exiguïté et les limites de confort de ces logements ne semblent pas limiter leur sentiment du « **chez soi** » selon la description qu'en fait B. Ennuyer dans son ouvrage *Repenser le maintien à domicile : enjeux, acteurs, organisation* : « Il s'agit donc bien que la personne reste chez elle sur le long terme avec ses habitudes de vie en conservant, autant qu'elle le peut et qu'elle le souhaite, sa place dans le milieu qui a été le sien, milieu familial, milieu géographique, milieu de voisinage, ... ».

Les résidents considérant leur chambre comme étant le domicile dans lequel ils souhaitent vieillir, il est donc nécessaire de répondre à leur besoin d'accompagnement à domicile, face à leur vieillissement et à leur perte d'autonomie. Comme pour tout autre personne âgée dans un habitat inadapté à la sénescence (escaliers, douche exigüe et inaccessible, ...), des travaux pourraient être envisageables. Néanmoins il est nécessaire de considérer le cadre plus global du foyer ou de l'unité de vie, ce qui complexifie le projet. Et si des travaux ne sont pas possibles à court terme, l'intervention de l'aide à domicile doit s'adapter.

A l'heure actuelle, il apparaît que le vieillissement de ces résidents dont un grand nombre sont restés dans « leur » foyer depuis 30 ans a eu raison de la sensibilisation d'une majorité des acteurs des politiques publiques.

LES LIMITES

Sur certains territoires, la prise en compte des demandes de relogement hors foyer des résidents de heurtent à de fortes réticences

A cette évolution plutôt positive d'ouverture des collectivités locales aux besoins des résidents, il faut noter un écueil non négligeable : la non prise en compte des demandes de relogement des résidents en foyer par plusieurs collectivités territoriales. A la fois justifiée par une « pénurie de logements », malgré la mise en place du dispositif DALO, on ne peut ignorer la difficulté qu'éprouvent certains résidents à accéder à un logement de droit commun. Trop souvent, pour un résident en foyer, obtenir un logement ne peut se faire que grâce à l'appui des services de l'Etat (sur leur contingent) ou de quelques communes qui considèrent la demande de logement des résidents en foyer aussi légitime que celle de tout autre habitant.

Ainsi, nombre d'anciens résidents, notamment des travailleurs migrants âgés n'ont pu obtenir un relogement dans l'habitat diffus, ce qui pour certains a eu des incidences importantes sur l'évolution de leur vie familiale.



Le passage de FTM à la résidence sociale : une reconnaissance effective du domicile du résident

Un des outils essentiels à cette politique d'intégration des FTM et résidences sociales et de leurs habitants dans les politiques locales est le **bilan résidence sociale**.

Le positionnement du **projet social comme Annexe 1 de la Convention APL**, rend son application comme incontournable, au risque de mettre en cause le conventionnement APL s'il n'est pas appliqué.

Il faut noter que le rôle de contrôle par les services de l'État sur la mise en œuvre du projet social (à travers le bilan résidence sociale incluant le peuplement, la durée de séjour des résidents,...) facilite la mise en place d'un parcours résidentiel.

Le décret sur les résidences sociales impose la remise d'un bilan annuel aux services de l'État et aux collectivités locales.

Ce bilan doit faire état de la mise en œuvre du projet social, notamment en matière de peuplement et de durée de séjour, puisque la résidence sociale est un logement transitoire dont la durée est inscrite au projet social.

Un bon positionnement de la résidence sociale dans la chaîne du logement répond à un intérêt partagé des résidents et des partenaires qui peuvent alors utiliser ce dispositif comme un tremplin vers des solutions de logements pérennes, ou vers du logement adapté.

L'expérience a montré que dans le cadre d'un comité de pilotage, pour la restitution des bilans résidences sociales (et autant que possibles des FTM), le partage d'informations est un moyen efficace pour engager chacun des acteurs à asseoir une politique locale commune.

La présence d'un poste financé par l'AGLS, est essentielle. Son objectif est de renforcer la dynamique de la structure pour qu'elle assure effectivement un rôle de logement transitoire.

Néanmoins, la Circulaire AGLS du 30 mai 2013, tout en confortant les missions initiales de l'AGLS, intègre la prise en compte des résidents âgés. Au cours des multiples échanges avec les partenaires (CODERPA, DRPA, Schéma Gériatrique, CLIC), il a été soulevé à quel point il était difficile de repérer les personnes âgées isolées en difficulté dans l'habitat diffus.

Comment mieux tirer profit de cet habitat regroupé que représentent ces résidences sociales et ces FTM, même si l'on connaît la limite de ces derniers en termes de confort pour repérer les situations les plus fragiles ?

L'expérience montre que ce repérage partagé permet un diagnostic et la mise en œuvre d'actions concertées sachant s'adapter au plus près des situations particulières.

Les comités de pilotage résidences sociales ou comité de suivi élargis aux partenaires sociaux et gériatriques, en apportant différentes compétences pour l'analyse des situations sont en quelque sorte le garant que cette attention portée aux résidents âgés en difficulté reste respectueuse des souhaits des personnes concernées.

La location alternée : un dispositif répondant à un besoin mais une mise en œuvre complexe

La location alternée est un dispositif soutenu par le rapport parlementaire comme une réponse possible aux allers retours des travailleurs migrants. Néanmoins, l'expérience montre que ce dispositif soulève un certain nombre de questions.

Certains résidents effectuant, notamment quand ils sont à la retraite, des allers et retours dans leur pays, il n'est pas rare de constater que certaines unités de vie restent vides plusieurs mois dans l'année.

Un dispositif de « location alternée » a été conçu comme une adaptation aux besoins des résidents faisant des allers et retours au pays et n'ayant de ce fait besoin d'une chambre qu'une partie de l'année. Une chambre est louée à 4 résidents maximum pour 3 mois ou 3 résidents pour 4 mois, qui l'occupent alternativement dans l'année.

Ce dispositif concerne 1151 résidents Adoma en 2013.

La mise en place de la location alternée se heurte à plusieurs difficultés :

A) AU REGARD DES RÈGLES DE DROIT

Un certain nombre de prestations sont éligibles sous condition de durée de séjour effective sur le territoire français : en ce qui concerne le bénéfice de la sécurité sociale, tout dépend des conventions passées avec les pays d'origine.

En outre, pour bénéficier de ces prestations, il est nécessaire d'effectuer sa déclaration de revenu au centre des impôts et de justifier de sa résidence principale en France par une présence d'au moins 183 jours (6 mois) sur le territoire français.

Le gestionnaire ne peut donc proposer ce dispositif qu'aux résidents ayant une retraite contributive, sans complément Allocation de Solidarité aux Personnes Agées « ASPA » différentielle. Il est important que ce dispositif de location alternée ne fragilise pas davantage le résident âgé dans ses droits, souvent perdus dans la valorisation de leur droit, au risque de devoir rembourser des prestations « indues ».

Le gestionnaire doit rester attentif à donner toutes les informations permettant au résident la connaissance de ses droits et devoirs en la matière.

B) EN TERMES D'ORGANISATION POUR LES RÉSIDENTS EUX-MÊMES

Ce dispositif demande de la part des 3 ou 4 résidents qui partagent leur chambre d'être très organisés entre eux : leur retour ne peut se faire que si la chambre est disponible.

Outre une gestion très délicate de ce dispositif par le gestionnaire, qui doit pouvoir faire le lien entre les résidents au pays, la coordination ne peut rien face à un retour précipité pour des soins (soins de fait de plus en plus fréquents pour ces personnes au fur et à mesure qu'elles vieillissent) ou quand le retour se fait pour des régularisations administratives au moment de la déclaration des impôts.

PISTES ET PRÉCONISATIONS

Si un nouveau projet de location alternée devait se mettre en place sur une résidence, il est essentiel de se doter de moyens pour accompagner les résidents âgés dans leur projet. Cet accompagnement doit être à la fois **pointu en terme de droit et spécialisé en terme d'écoute sociale.**

Pour sécuriser la mise en place de ce dispositif spécifique, une intervention du législateur devient indispensable pour garantir aux résidents de pouvoir se maintenir dans le cadre réglementaire.



1-2 DES LOGEMENTS PLUS CONFORTABLES, MAIS RÉDUCTION DES ESPACES COLLECTIFS

Une amélioration notoire du confort des logements

Si les premières réhabilitations se sont faites « à l'identique », en maintenant les chambres en unité de vie, le conventionnement à l'APL a limité le caractère dérogatoire de ces logements et les différentes circulaires sur les résidences sociales, ont réduit les possibilités de maintenir des unités de vie au profit de la réalisation de studios autonomes répondant aux normes pour les personnes seules.

Ainsi les réhabilitations et les constructions neuves –ex nihilo– de résidences sociales ont apporté une très nette amélioration du confort des résidents en intégrant sanitaires, douches, cuisines dans les logements. 41% des résidents occupent un logement tout autonome (T1 et plus).

Pour peu que les nouvelles résidences soient construites non loin du centre ville, les conditions de vie des résidents s'en trouvent améliorées par un accès facilité aux commerces, aux services et rompent avec le sentiment d'exclusion que pouvaient représenter ces foyers construits à l'origine le plus loin possible de la vie de la commune.

LES LIMITES

Dans les FTM, parallèlement à la question du partage et **l'inconfort de certains espaces**, notamment les **douches et sanitaires** (inadaptation des seuils, du revêtement des sols et de l'espace proposé), ce qui peut devenir problématique en vieillissant, **la question de la maintenance des ascenseurs** reste entière dans les FTM mêmes réhabilités.

Les limites du « tout autonome » systématique

Cependant si le « studio tout autonome » répond aux règles du logement, aux attentes des partenaires institutionnels et à une majorité de demandeurs de logement, nous avons pu constater la résistance de certains résidents, et pas seulement des résidents âgés.

Dans le cadre de diagnostics, certains résidents ont exprimé le souhait de garder une cuisine collective (plus rarement des sanitaires et douches collectives).

Il a été constaté des stratégies de résidents se déplaçant au fur et à mesure des réhabilitations de FTM en FTM pour rester dans un système d'unité de vie. Il semble que les motivations relèvent du coût très minime de certains logements, mais aussi du souhait de pouvoir maintenir un mode de vie autour d'espaces partagés qui favorisent la veille des uns aux autres.

PISTES ET PRÉCONISATIONS

Alors que dans le cadre de réflexions nationales ou locales, des solutions alternatives au logement individuel sont recherchées, le maintien d'une ou deux unités de vie dans des résidences sociales réhabilitées pourrait apparaître comme un projet « novateur », tel qu'un système de colocation pour les étudiants. Solution innovante, si ce n'est que les gestionnaires de FTM ont acquis en la matière une longue expérience sur laquelle s'appuyer en matière de gestion ! Adoma est donc porteur d'innovation.

La mission Parlementaire dans sa proposition 27, page 109 du rapport, encourage « la création de résidences sociales disposant à la fois de studios et d'unité de vie afin de favoriser le lien social entre les résidents. »

Le besoin de mettre à disposition des résidents et des partenaires un espace collectif au sein de la résidence

Lors des réhabilitations et dans les constructions neuves, il est courant de voir réduire les espaces collectifs : les cuisines collectives des unités de vie, sont devenus « inutiles » avec les studios tout équipés, les salles collectives, anciennes cafétérias sont moins spacieuses.

La réduction, des espaces collectifs dans les foyers est vécue par certains résidents âgés comme une perte de la qualité de vie au sein de la résidence.

Cette demande des résidents fait écho au fait que l'isolement devienne une préoccupation de société pour les personnes âgées (mais également pour des personnes jeunes, comme le montre le dernier rapport de la Fondation de France). Le rapport de la mission parlementaire insiste sur la nécessité de maintenir des espaces collectifs dans les résidences.

Les conventionnements passés par Adoma avec des partenaires institutionnels (CARSAT-CNAV, petits frères des Pauvres, Pro BTP, CCAS) nécessitent la présence d'espaces collectifs pour assurer les interventions et les animations auprès de nos résidents.

Des logements adaptés au vieillissement

CRÉATION DE LOGEMENTS NEUFS ADAPTÉS AU VIEILLISSEMENT

A partir du constat établi qu'une partie importante des résidents salariés allaient vieillir dans leur logement foyer, Adoma s'est engagée, dans le cadre de la restructuration des foyers (restructuration/réhabilitation, aménagement dans le cadre du plan de traitement des foyers de travailleur migrants), à adapter une partie de son patrimoine au vieillissement :

ADAPTATION DE LOGEMENTS NEUFS AU VIEILLISSEMENT

En matière de confort et d'adaptation du logement aux personnes âgées, les réhabilitations sont garantes de création de logements adaptés et adaptables conformément à la loi.

Les financements dans le cadre de réhabilitations par la CNAV-CARSAT renforcent les moyens pour adapter les logements.

ADAPTATION AU VIEILLISSEMENT DES LOGEMENTS PAR DES TRAVAUX D'AMÉLIORATION ?

Des efforts sont réalisés dans le cadre de travaux d'amélioration du bâti pour adapter au mieux les logements aux personnes âgées.

Des aménagements « légers » ont pu être réalisés sur certains sites (compensation de douches, mains courantes, rampes d'accès...) à partir d'un travail conjugué des équipes Adoma, s'appuyant sur des études ergothérapeutiques.

LA CNAV-CARSAT et certains Conseils généraux attribuent des financements pour améliorer et adapter son logement.

Les contraintes du bâti, la force des habitudes et les coûts restent néanmoins un frein à leur généralisation.

Renforcer son attention au maintien et au relogement des résidents âgés

Les difficultés que rencontrent les résidents âgés pour récupérer ou maintenir leurs droits sont trop souvent à l'origine de leur départ du foyer suite à une procédure d'expulsion pour impayés ou de leur propre fait (cf paragraphes suivants).

Ces anciens résidents trouvent alors des solutions qui se révèlent précaires : départ anticipé au pays, cohabitation difficile chez des « proches » ; « logements » chez des marchands de sommeil ou errance d'un centre d'hébergement d'urgence à un autre.

De même, on peut s'interroger sur ce que deviennent des résidents âgés qui lors d'une réhabilitation partent de leur plein gré, soit pour un retour au pays, soit par inquiétude de changer de logement et d'avoir des charges locatives trop lourdes à assumer.



2. ACCÈS ET MAINTIEN DES DROITS

En tant que bailleur social, Adoma a toujours été témoin des difficultés rencontrées par les résidents en matière de droits au séjour, de leurs parcours professionnels fragilisés se traduisant par de faibles ressources et d'un accès limité aux soins.

Les dispositifs réglementaires évoluent et se complexifient et leur mise en œuvre se décline différemment d'un territoire à l'autre, les délais administratifs s'allongent. Cela demande une anticipation qui n'est pas évidente pour un public précarisé et pour des personnes âgées, notamment pour celles qui ne maîtrisent pas la langue française.

C'est pourquoi, les besoins de médiation sociale et de coordination avec les partenaires deviennent de plus en plus indispensables.

En France, tout droit n'est activé que s'il est demandé. Le droit à la retraite est à ce titre emblématique et central pour les résidents âgés en foyer.

Pour décrire les difficultés auxquelles peuvent être confrontés les résidents âgés immigrés dans leur accès aux droits, nous traiterons l'exemple du passage à la retraite.

2.1 UNE MÉDIATION NÉCESSAIRE

Interpellation du droit commun

Les résidents des foyers et des résidences sociales sont reconnus comme des habitants de la commune et par conséquent, le droit commun doit leur être opposable. L'implication des équipes Adoma dans le tissu local et partenarial conditionnera l'intégration des résidents dans les dispositifs et services locaux. Le schéma organisationnel ci-dessous est un exemple des adaptations nécessaires, à décliner en fonction des territoires.

Développement de projets spécifiques pour limiter le non recours au droit

Pour limiter le non recours et faciliter l'accès au droit commun, différents projets d'accompagnement ont été conceptualisés et mis en place avec l'appui des partenaires locaux. Si certains résidents sont en capacité d'engager par eux même et de poursuivre leurs démarches dans la continuité, bien d'autres résidents se trouvent en difficulté et nécessitent un accompagnement plus élaboré par des partenaires extérieurs.

Pour les plus isolés, en souffrance psychosociale : **la mise en place de mission « médiation » santé-sociale**, réalisée par des professionnels qualifiés (infirmiers-médiateurs-travailleurs sociaux-formateurs-psychologues...) s'avère indispensable et notamment pour les personnes nécessitant une protection judiciaire (curatelle, tutelle).

INSCRIPTION DANS LES SCHÉMAS ET DISPOSITIFS DÉPARTEMENTAUX ET DANS LES INSTANCES LOCALES

- Schéma gérontologique, CODERPA, Programme départemental et régional d'intégration

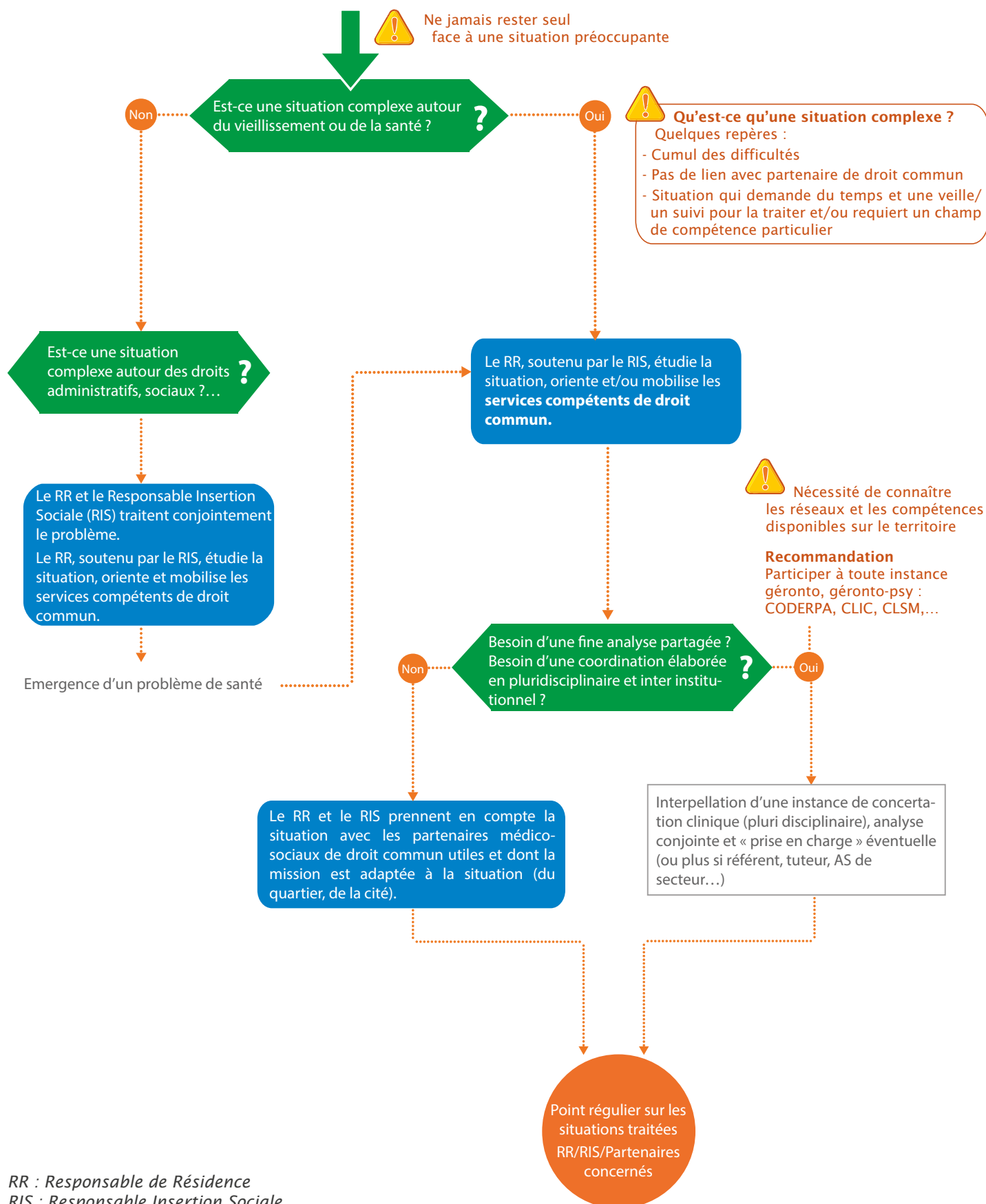
Compte tenu du vieillissement accéléré de la population, Adoma a obligation de s'ouvrir aux dispositifs nationaux et locaux. C'est ainsi qu'elle s'implique dans les diagnostics avec les collectivités territoriales, sollicite et intègre les organisations gérontologiques et géronto-psychiatriques.

- CLIC, DRPA, Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), Atelier santé ville, ...

Au-delà des analyses globales et réflexions transversales, se sont multipliées des instances de concertation plus opérationnelles. Leur objectif est de renforcer la connaissance réciproque des différents partenaires et / ou de traiter de situations dont la complexité requiert une réflexion partagée et une intervention concertée.

Adoma est de plus en plus présente à ces réunions de synthèse avec les compétences adaptées.

Le Responsable de Résidence (RR) est préoccupé par une situation ou est interpellé par un résident, un voisin...



RR : Responsable de Résidence
 RIS : Responsable Insertion Sociale
 AS : Assistant(e) Social(e)

2.2 LE PASSAGE À LA RETRAITE : UNE ÉTAPE TOUJOURS DÉLICATE

Nous le constatons régulièrement à Adoma : les difficultés des résidents pour accéder à la retraite sont généralement perçues par le responsable de résidence à l'arrivée inattendue d'un impayé de loyer : le résident qui s'acquittait régulièrement de son loyer se trouve en incapacité de le régler car il n'a plus de ressources. C'est alors que l'on constate que le dossier de retraite n'a pas été ou partiellement constitué.

Le droit à la retraite doit être demandé, tant pour la retraite principale que pour la retraite complémentaire. Ce droit qui est la suite légitime d'une vie professionnelle n'est pour autant pas aisé à mettre en œuvre.

L'expérience d'Adoma est corroborée par l'étude intitulée : « Droits de travailleurs migrants : le cas des retraites » de S.Boddé, E.Rippert et E. Terray de l'EHESS en mars 2013 « Le passage à la retraite est généralement une étape délicate pour tout un chacun, sans doute l'est-elle d'avantage pour les travailleurs immigrés. » C'est ainsi que les chercheurs ont constaté : « L'inquiétude face à l'avenir, l'angoisse de découvrir le montant de leur retraite et les difficultés qui s'en suivront sont importantes. Peu d'assurés prennent la peine de vérifier leur relevé de carrière ».

Cette étude met en avant les facteurs aggravants du passage à la retraite pour les travailleurs immigrés. Elle souligne que le passage à la retraite est vécu par tous les résidents des foyers comme « une étape qui fragilise », ce que confirme Rémi Gallou dans les études qu'il a réalisées sur les résidents âgés en foyer.

Cette difficulté à anticiper son départ à la retraite s'explique sans doute par l'inquiétude des bouleversements qu'entraînera la fin de l'activité professionnelle, tant au niveau financier à travers la baisse inévitable des revenus, qu'en terme de place dans la société et d'occupation quotidienne.

Cette question est probablement plus prégnante chez les travailleurs qui ont eu des carrières hâchées et dispersées géographiquement, ce qui est le cas d'une majorité de travailleurs migrants concernés actuellement par la liquidation de leur retraite.

Question particulièrement délicate, chez les migrants dont l'activité professionnelle justifiait le parcours migratoire : diminution de l'argent envoyé au pays, fin de la justification du séjour en France pour activité professionnelle. La question se pose pour ces résidents passant à la retraite d'envisager le retour ou pas au pays.

Autant de questions obligeant un regard sur le passé, ses contraintes et ses choix, ...

- Constituer son dossier retraite : bien des difficultés à surmonter.

La constitution du dossier de retraite rencontre des obstacles multiples liés tant au résident lui-même qu'à la complexité des procédures administratives en France.

Ainsi par exemple, les résidents sont confrontés :

- Dans leurs démarches de liquidation de leur retraite à des **difficultés liées au système administratif actuel** : plate-forme téléphonique compliquée et onéreuse, temps limité de l'accueil et des rendez-vous, difficulté de communication des résidents avec le personnel administratif, et des difficultés personnelles inhérentes aux résidents : à se faire comprendre, à anticiper des prises de rendez-vous ;
- À un retard ou même une perte partielle de droits, en raison de leur « nomadisme » administratif, et parfois du fait de l'interférence de personnes peu scrupuleuses, qui se font rémunérer sans pour autant avoir l'assurance de leur compétence.

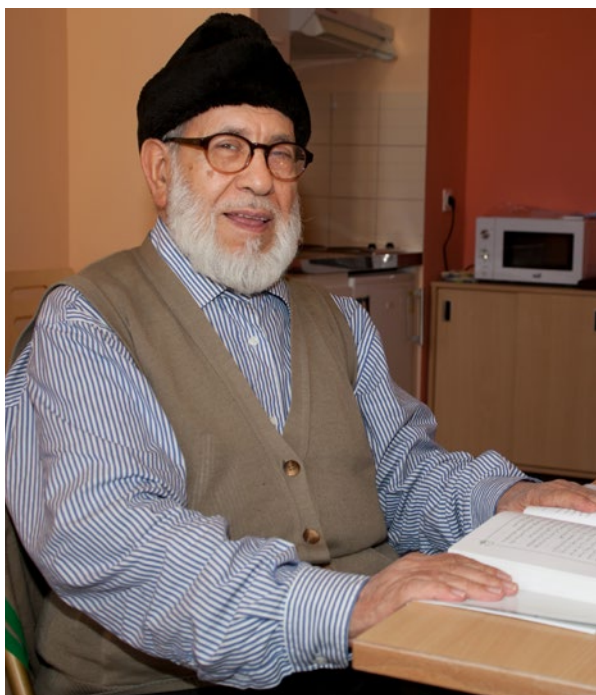
Le départ à la retraite : des difficultés et une précarité aggravées

Ainsi comme le souligne l'étude ci-dessus « la reconstitution de carrière apparaît comme un révélateur de conditions de travail », mais que, « loin de se cantonner à la population des travailleurs migrants, cette situation, tel un miroir grossissant, tend à se généraliser aux nationaux, comme aux travailleurs précaires d'aujourd'hui, jeune génération en quête d'emploi qui va à son tour se retrouver dans des situations analogues dans quelques décennies. »

Plusieurs éléments participent à cette aggravation parmi lesquels :

- **Problème d'identification** : lié aux parcours chaotiques comme les problèmes de multiples numéros d'immatriculation à la sécurité sociale... ;
- **Problème de patronyme** et imprécision sur la date de naissance ;
- **Parcours professionnel hâché**, périodes professionnelles non déclarées ;
- **Le refus de prise en charge des années de cotisation** dans le pays d'origine lié l'absence de conventions bilatérales.

Une fois que la retraite est liquidée, le retraité constate une baisse importante de ses ressources, d'où la sollicitation fréquente à l'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (l'ASPA), comme complément de retraite.



Néanmoins l'ASPA est conditionnée à une obligation de présence sur le territoire français limitant les possibilités d'allers et retours au pays, ce qui ne correspond pas nécessairement à leur choix de vie. Le rapport de la mission parlementaire illustre le fait que la réglementation des durées de séjour peut aller à l'encontre de l'exercice de la vie privée et familiale des personnes. Le rapporteur relève l'ambiguïté sur le soupçon de fraude et estime « qu'il ne soit plus possible de considérer la « vieillesse immigrée » comme une « vieillesse harcelée » (Rapport de la mission parlementaire, page 181).

La perspective de la mise en application de l'article 58 de la loi Borloo, reprise dans le rapport de la mission parlementaire dans la proposition 74 permettra-t-elle aux résidents de choisir librement et sans contrainte leur lieu de résidence ?

PISTES ET PRÉCONISATIONS

- Sensibiliser et soutenir individuellement les résidents pour leur retraite à travers l'écoute et la reconnaissance par les équipes Adoma, les services sociaux et ou des psychologues dans le cadre d'action spécifique ;
- Mettre en place des informations collectives à l'intérieur ou à l'extérieur des résidences ainsi qu'un accueil individualisé pour la liquidation définitive des dossiers.

LIMITES

Les responsables de résidence, de par leur relation privilégiée, sont les premiers sollicités par les résidents pour les aider, les orienter et les conseiller pour le traitement de leurs dossiers. Ils se trouvent alors démunis devant les compétences que cela requiert. Ce même constat s'applique à certains bénévoles associatifs.

2.3 IMPLICATION DU BENEVOLAT DANS LES RESIDENCES ADOMA

Le conseil économique et social de 1989 précise que « *Le bénévole est celui qui s'engage librement pour mener à bien une action en direction d'autrui, action non salariée, non soumise à l'obligation de la loi, en dehors de son temps professionnel et familial* ». De ce fait le bénévolat se distingue donc de la situation de travail (ou salariat) essentiellement par les critères suivants :

- Le bénévole ne perçoit pas de rémunération ;
- Le bénévole n'est soumis à aucune subordination juridique, car sa participation ne peut être que volontaire et de ce fait il peut y mettre fin à tout instant sans procédure préalable. Il est simplement tenu dans l'exercice de sa mission de respecter les statuts de l'association, ainsi que les normes de sécurité dans son domaine d'activité.

Dans une enquête BVA-DREES 2010, Lionel Prouteau et François-Charles Wolff font ressortir que l'engagement associatif s'accroît avec l'âge, le niveau de diplôme et le revenu. Cette étude relève, que les champs qui attirent le plus de bénévoles sont : le sport, **l'action sociale, sanitaire, caritative et humanitaire**.

La France est un pays où les associations jouent un rôle important dans la vie économique et sociale, plusieurs dizaines de milliers d'emplois sont créés grâce aux associations.

Plusieurs de ces associations réalisent des missions de logement social et font appel aux bénévoles pour compléter une partie de leur activité comme COALLIA, Forum Réfugiés, France Terre d'Asile, ARALIS, Armée du Salut etc..... Aussi, il arrive souvent qu'Adoma soit confondue avec ces associations, par les institutionnels de l'Etat ou des collectivités locales qui ne comprennent pas l'absence de recours par Adoma aux bénévoles.

L'expérience menée au sein d'Adoma en Ile-de-France et Rhône-Alpes par les petits frères des Pauvres, ne peut qu'encourager les directions territoriales à rechercher, sur leurs territoires, des associations Adoma locales pour mettre en place certaines actions ciblées à l'intérieur ou à l'extérieur des résidences répondant ainsi aux attentes de notre clientèle.

LES LIMITES : EN FONCTION DE LA PRÉSENCE DE BÉNÉVOLES

Il ressort des sondages et observations faites par les salariés de l'entreprise dans les résidences que l'isolement social des personnes âgées reste un facteur indéniable de la perte progressive d'autonomie. D'où la nécessité de travailler à maintenir une vie sociale à l'intérieur de la résidence à travers le développement d'animations thématiques au sein même de la résidence et par des activités comme le jardinage, ateliers divers... .

Ces animations et activités doivent être ouvertes sur le quartier et très diversifiées pour maintenir une vraie vie sociale des utilisateurs et ainsi répondre dans la durée aux besoins et aux sollicitations diverses et variées des résidents.



LIEN INTERGÉNÉRATIONNEL

Maintenir un lien social et une solidarité entre les résidents du même âge ou entre les résidents âgés et les autres, en essayant d'associer, en interne, les liens intergénérationnels ou familiaux s'ils existent ou en externe à travers le réseau associatif.

Ce travail de mise en relation, compte-tenu de sa complexité et de l'investissement qu'il exige, nécessite le développement des réseaux associatifs et bénévoles qui sont en mesure d'apporter de la compétence, du temps et de la continuation des actions.

L'intervention des bénévoles chez Adoma peut s'établir autour de :

- l'écoute et la présence physique pour créer du lien et rompre l'isolement de certains de nos résidents ;
- l'aide à l'intérieur ou à l'extérieur de la résidence aux petites tâches de la vie quotidienne ;
- la promotion du lien social à travers la mise en place :
 - ▶ d'action de prévention santé comme une priorité dans les résidences,
 - ▶ des animations collectives partenariales, accès aux droits et information sur la santé,
 - ▶ des ateliers de la mémoire.

L'objectif final est de lutter contre l'isolement et la solitude des personnes âgées en favorisant l'émergence et la pérennité d'un bénévolat associatif porteur d'initiatives et d'implications citoyennes, dans la proximité, associatif, en vue d'un maillage territorial à la hauteur des enjeux portés par Adoma au service de ses clients.



3. ACCÈS AUX SOINS ET MAINTIEN À DOMICILE

Les professionnels d'Adoma sont les premiers témoins de la difficulté d'accès aux soins des résidents âgés et de leur maintien à domicile par « *le recours à des services adaptés à leurs besoins spécifiques* » B.Arbouet, La Croix, 2012. Cette priorité ciblée par la Direction générale de l'entreprise a pour objectif de permettre aux résidents de rester vivre dignement dans leur domicile.

3.1. CONSTATS

La vieillesse n'est pas une maladie : Néanmoins, pour certains - quel que soit l'âge - des pathologies et/ou une dépendance peuvent émerger ou s'installer durablement.

Le degré de dépendance des résidents d'Adoma est plus élevé que celui de la population française. Ce constat a été confirmé par l'enquête épidémiologique élaborée par les médecins gériatres du Conseil général du Rhône conjointement avec Adoma en 2005, d'où il ressort que 8,3 % des résidents Adoma sont concernés par la dépendance, contre 1,7 % moyenne nationale (Recensement INSEE 1999).

La synthèse publiée en 2006 dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire n°26, précise deux objectifs :

- Décrire et comparer l'état de santé physique, psychique par la mesure du degré de dépendance et des déficiences des personnes de plus de 60 ans résidant en foyers Sonacotra par rapport à la population française ;
- Mesurer l'effet de l'isolement sur le degré de dépendance des résidents et leur état de santé.

La vieillesse, avec son potentiel de perte d'autonomie et de pathologies invalidantes, devient plus difficile dans un contexte d'isolement.

Déjà en 2002, un rapport sur les immigrés vieillissants de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) s'est penché sur la situation des immigrés vieillissants et a signalé que **les résidents des foyers de travailleurs migrants rencontraient des difficultés spécifiques d'accès aux soins et à la prévention, et que les personnes accueillies présentaient des risques d'altération prématurée de leur état de santé.**

Des difficultés d'accès aux droits santé

Pas de droit pas de soin.

Certains résidents n'ont pas de suivi médical et c'est souvent à l'occasion d'un incident de santé qu'ils se rendent compte qu'ils n'ont pas de prise en charge Sécurité Sociale.

L'absence de mutuelle est fréquente.

Certains résidents âgés ne savent pas ou peu utiliser les aides à la complémentaire santé :

Ils ne font pas valoir leur droit à la CMU/CMUC, soit par ignorance ou méconnaissance des règles de prises en charge, soit par omission (courrier restant sans réponse). D'autres encore confondent la prise en charge à 100 % (ALD) et la mutuelle.

Par ailleurs, certains refusent tout frais liés à des prises en charge santé supplémentaires par souci d'économie (priorité donnée au soutien économique à la famille).

Ainsi, certains résidents se trouvent en difficulté pour avancer et/ou compléter les frais de mise en œuvre des soins et de ce fait ne se soignent pas en dehors du recours souvent tardif aux urgences.

Des difficultés d'accès ou de continuité des soins

L'organisation des soins de santé sur le territoire impacte sensiblement les possibilités d'accès aux soins ;

Une médecine de ville saturée : des médecins spécialistes et certaines professions paramédicales, cabinet infirmier libéral, kinésithérapeute,... absents ou en effectif réduit selon les différentes configurations territoriales : presque partout des délais de rendez vous inadaptés ;

Un nombre conséquent de médecins généralistes n'effectuent plus de visite à domicile et/ou ne prennent pas de nouveaux patients. Certains d'entre eux, dépassant le tarif conventionné, peuvent refuser le tiers payant.

S'ajoutent des difficultés liées aux transports plus ou moins accessibles, des coûts supplémentaires aujourd'hui sur les VSL.

Les durées d'hospitalisation sont courtes, la pratique des soins en ambulatoire (même en chirurgie) est de plus en plus fréquente et encouragée (cf. la gestion économique des lits dans la loi HPST de 2009).

Les sorties ne sont pas toujours préparées avec l'attention nécessaire aux situations de grande vulnérabilité :

- La méconnaissance ou les représentations inadéquates de l'hôpital concernant les conditions et les modes de vie, ainsi que l'isolement extrême de certains résidents est préjudiciable à la continuité du parcours de soins et même dans certains cas à la sécurité du patient de retour à domicile.

- Les sorties interviennent à tout moment, le plus souvent sans préavis, en dehors du temps de présence des personnels Adoma.. Certaines mériteraient d'être davantage coordonnées avec la médecine de ville

Le manque d'anticipation des vieux migrants peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la peur de découvrir une maladie et ses conséquences, la crainte d'un reste à payer élevé, des contraintes pour exercer son aller-retour au pays, la crainte de devoir passer outre certains principes culturels et interdits alimentaires, le manque d'une culture de « prévention », et la difficulté de communiquer avec un médecin en toute confiance, dans un langage clair et commun.





3.2. ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE : DES PROJETS FAVORISANT LA PRISE EN COMPTE GLOBALE DES RÉSIDENTS

La continuité des soins à domicile devient un problème récurrent pas de droit pas de soin.

Devant les difficultés rencontrées par les résidents âgés pour engager des soins préventifs ou curatifs face aux complexités conjoncturelles du lien « Ville-Hôpital », Adoma s'est trouvée contrainte de développer des projets spécifiques adaptés.

Les responsables de résidence, les coordinateurs sociaux, les responsable insertion sociale et autres intervenants médicaux- sociaux, chacun dans leur cadre d'intervention et leur champ de compétence, apportent une écoute, une aide, une orientation ciblées afin de surmonter les problèmes rencontrés par les résidents âgés, en lien avec tout le panel de partenariats locaux disponible.

En articulation avec l'accès aux droits, des projets spécifiques d'accès aux soins ont été portés par Adoma grâce à des financements divers (ARS, CNAV-CARSAT, CAF, DDCS, CUS, Contrat ville, FEI, DRGS, CCAS....

3.3 L'AIDE AU MAINTIEN À DOMICILE, MÊME EN « UNITÉ DE VIE »

L'adaptation du bâti, facilitateur des interventions des services d'aide à domicile

Dans le cadre de l'actualisation de son Plan Stratégique du Patrimoine (PSP), Adoma s'est engagée en 2013 à investir 1 387 milliard d'euros sur 10 ans pour rénover ou livrer à terme plus de 26 000 logements autonomes. Cet engagement porte sur le renouvellement des chambres non autonomes : sur les 25 400 logements traités sur la durée du PSP, plus de 23 500 sont des chambres dont 11 790 d'une surface $\leq 7,5$ m².

Parmi les 1 387 milliard d'euros d'investissement, 191 M€ seront consacrés au traitement des foyers occupés par un public traditionnel d'anciens travailleurs migrants, soit environ 14 % de l'investissement global.

Sur les 10 143 chambres présentes sur ces sites, 5 459 seront traitées dans le cadre du PSP (renouvelées ou autonomisées par l'ajout d'éléments de confort), soit 54 % des chambres. 61 % de ce traitement s'effectuera en période 1 du PSP. Le reste à traiter ressort donc à hauteur de 4 684 chambres dont 2 210 d'une surface ≤ 9 m². Réparties sur 32 sites (8 FTM et 24 RS), la majorité du reste des chambres à traiter est également située sur des marchés porteurs, voire très porteurs (27/32 sites).

Il convient donc d'accélérer le traitement des chambres occupées par les travailleurs migrants âgés pour faciliter les interventions des aides à domicile.

Pour autant, depuis de nombreuses années et sous conditions d'actions fortes de médiations et de coordination (ex : premières actions initiées en 1976 à Nice et 1994 dans le Rhône et la Haute Savoie), l'effectivité et l'efficacité des plans d'aide à domicile se sont développées chez Adoma, quelque soit le statut et les éléments de confort de la résidence.

Les prés requis de la mise en place opérationnelle de l'aide à domicile

La veille et l'alerte des équipes de gestion (ouvrier de maintenance, responsables de résidence, responsables d'insertion sociale) sont indispensables et leurs observations précieuses quant aux difficultés ponctuelles ou croissantes rencontrées dans la gestion du quotidien, les déplacements, et/ou l'aggravation de l'isolement de résidents âgés.

L'évaluation de la situation globale, santé, sociale et administrative doit pouvoir se partager et se préparer le plus en amont possible avec des partenaires compétents.

Un vieillissement pathologique ou une sortie d'hôpital peut nécessiter, selon les situations, la mise en place d'équipements spécifiques, de soins infirmiers et/ou kinésithérapeutes, d'un portage de repas à domicile ou enfin d'une aide à domicile plus complète.

Il existe différents types d'aide à domicile s'appuyant sur un cadre législatif et organisationnel relativement complexe (APA, PAP, aide sociale, aide financière ponctuelle via une caisse de retraite complémentaire ou une mutuelle,...), complétés éventuellement par des mesures spécifiques locales (CCAS,...). Nous ne pouvons ignorer que selon le territoire, les orientations politiques, sociales/ médico-sociales peuvent conduire à des disparités dans le traitement des situations gérontologiques.

Pour rappel, la notion de dépendance correspond au besoin d'une personne de faire appel à un tiers pour effectuer les actes de la vie courante : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer, etc...

Aujourd'hui en France, **l'outil de référence national, utilisé dans le cadre de l'attribution de l'APA est la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources)** permet d'évaluer le degré de dépendance des personnes âgées (Nomenclature de GIR1 à GIR6).

Pour une prise en charge cohérente et concertée, il est fondamental d'associer la personne elle-même à chaque étape, au changement et à l'élaboration de son parcours de vie au quotidien.

En effet, il arrive que certaines personnes ayant besoin d'aide à domicile ne l'acceptent pas, préférant l'aide d'un proche, ou pour des raisons économiques (« autant d'argent que l'on ne peut pas envoyer à la famille »).

En outre, il est fréquent, que par pudeur ou par usage culturel, la personne âgée ne sollicite pas d'aide.

L'engagement fort des missions de « Médiation santé-sociale » par leur légitimité, leur savoir-faire, et leur rôle d'interface témoigne d'une réelle efficacité quant à l'évolution des représentations, des coopérations interinstitutionnelles et surtout elles garantissent l'effectivité des prises en charge dans la durée.

LES LIMITES

Cependant, malgré les efforts importants d'Adoma pour adapter les logements aux personnes vieillissantes et aux personnes à mobilité réduite, il ressort que le maintien à domicile peut devenir problématique au point qu'il est nécessaire d'envisager d'autres solutions.

En effet, les pathologies du grand âge telles que certains types de démences, une maladie d'Alzheimer, une perte de mémoire immédiate importante, rendent difficile le maintien à domicile.

L'accompagnement en fin de vie reste complexe. Dans le cadre spécifique d'une **Hospitalisation à Domicile (dispositif HAD), la personne est systématiquement et régulièrement consultée** sur son souhait de maintien à domicile, ou d'une hospitalisation en soins palliatifs, ou de son retour au pays.

La configuration du logement et des unités de vie revêt ici une grande importance pour faciliter l'accompagnement aux soins par le personnel médical et les visites de la famille, des proches ou des associations cooptées.

Concernant les résidents dont la famille est restée au pays, la question de (re)prendre contact se pose d'autant que l'état de santé peut se dégrader vite, que le rapatriement sanitaire peut s'envisager et qu'en cas de décès, il peut être nécessaire d'organiser le rapatriement de la dépouille.

Les salariés Adoma en première ligne, sont confrontés à ces situations humaines très difficiles qui nécessitent de disposer d'outils adaptés, de temps d'échange pluridisciplinaires et le cas échéant d'un accompagnement par la cellule psychologique mise à disposition des salariés d'Adoma



CONCLUSION

Les questions concernant le vieillissement et le maintien à domicile sont inévitables et constantes. Elles doivent se partager à chaque niveau de décisions inter-institutionnel, fonctionnel et opérationnel, afin d'assurer aux résidents âgés un maintien à domicile dans des conditions dignes et répondant à leurs attentes.

Adoma s'efforce de répondre aux problématiques rencontrées par les résidents âgés dans les différents domaines impliqués : logement et insertion dans la cité, accès aux droits, accès aux soins et aux services de maintien à domicile. Elle s'appuie sur les dispositifs de droit commun. Les différentes actions mises en œuvre depuis plusieurs années au sein de l'entreprise ont permis de développer une dynamique de réseau et d'alimenter des réflexions en interne et avec les partenaires institutionnels-financeurs sur l'efficacité des projets en cours et à venir.

Les actions développées sur les territoires et l'appréciation du groupe de travail au regard de la plus value générée, nous amènent à confirmer la méthodologie d'intervention auprès des résidents en difficulté. Il s'agit à l'appui d'une analyse fine des besoins, de proposer aux résidents peu ou pas autonomes, une interface auprès des partenaires de droit commun. C'est ce que nous appelons la « médiation santé-sociale ».

Cette médiation « santé sociale » prend des formes diverses, telles que :

- Le Réseau Intermed Rhône Alpes : actions de « médiation et de coordination santé » ;
- L'action de « médiation santé » sur le département du Bas Rhin ;
- Les projets de médiation santé-sociale mis en œuvre sur l'ensemble du territoire et plus récemment en région Ile de France.

Des projets plus ciblés se sont développés, généralement, à partir de ce socle de « médiation santé-sociale » :

- L'action de « l'aide mutualisée coordonnée » en région méditerranée ;
- L'aide à domicile coordonnée en Rhône-Alpes ;
- Les Points Ecoute Psy en région île-de-frence à l'attention, notamment des résidents âgés.

Alors que cette méthodologie de « médiation santé-sociale » a été validée autant par les partenaires financeurs que par les autres bailleurs sociaux et notamment gestionnaires de FTM/RS/ Pension, les projets se sont inscrits dans le temps, dans la limite des financements et des dynamiques internes et interinstitutionnelles.

Ces projets ont vu le jour à l'appui de **compétences d'ingénierie sociale** présentes au sein d'Adoma, dès les années 1994, grâce aux financements du FAS-FASILD-ACSE puis la DAIC et plus récemment la DAAEN-DIHAL.

- Responsable développement social : chargé d'ingénierie et de montage et suivi de projets ;
- Coordinateurs sociaux généralistes et spécialisés vieillissement centrés sur la mise en réseau des partenariats en parallèle de l'intervention concrète autour de la personne.

Parallèlement, des postes de « terrain » dont les missions étaient de mettre en œuvre des actions sur les FTM et résidences sociales, au plus près des besoins des résidents et en étroite liaison avec de multiples partenaires locaux, ont été créés souvent dans un dispositif de contrat aidé : animateur / médiateur de vie sociale (AMVS).

En 2013, Adoma s'est engagé à la mise en place de **Responsable insertion sociale (RIS)**, « acteurs de terrain » répartis sur tout le territoire. Il s'agit pour les RIS de soutenir le responsable de

résidence dans la recherche de solutions avec les partenaires pour un résident en grande difficulté. Le RIS peut également favoriser la mise en œuvre d'actions collectives sur les résidences, en fonction des besoins repérés et des disponibilités des partenaires. Il peut apporter une aide aux partenaires et aux responsables de résidence pour la mobilisation des résidents.

Ainsi, Adoma structure sa filière sociale : en créant ces postes diversifiés et complémentaires, elle s'est montrée précurseur et répond aux préconisations du rapport du groupe de travail « Société et vieillissement » publié dans le cadre du Débat National sur la Dépendance en Juin 2011 : *« La coordination est en réalité double : autour de la personne (réfèrent ou gestionnaire de cas) appelé micro-coordination et entre ressource du territoire d'autre part, dénommé méso-coordination. »*

Compte-tenu de la particularité du modèle français caractérisé par l'absence d'un système **unique de prise en charge sanitaires, médico sociale et sociale des personnes en perte d'autonomie, la contractualisation de multiples conventions cadres par la Direction générale d'Adoma** (CNAV, UNCCAS, PFD, ProBTP, ...) a contribué à clarifier l'accessibilité des résidents aux dispositifs de droit commun et a permis la continuité et la cohérence des soins et l'accompagnement.

La mise en œuvre du plan d'actions personnes âgées d'Adoma n'a été possible qu'avec le soutien des **politiques nationales et des services de l'État**, et vient d'être confortée après audition d'Adoma, et autres partenaires concernés par cette thématique, dans le cadre de la Mission d'information sur les immigrés âgés (Rapport parlementaire du 2 juillet 2013).

Les efforts portés à l'accompagnement du vieillissement au sein des structures d'Adoma ont été relayés par les **institutions en charge de l'action médico-sociale** en faveur des personnes âgées, dont la CNAV, l'UNCCAS et les principales opérateurs d'aide à domicile, **mais aussi au niveau départemental et local** par les Conseils Généraux et les Municipalités, notamment à travers la participation d'Adoma aux différents dispositifs locaux (PRIPI, PDAHI, PDALPD, DRPA et schémas gérontologiques, CLIC...).

L'enjeu pour la Direction générale d'Adoma est la réussite dans la durée de ces projets mis en œuvre au profit des résidents âgés et leur extension sur les territoires non pourvus.

Ainsi, Adoma sera en mesure de mener à bien sa mission d'utilité publique aux services des personnes précaires et de permettre aux 25 189 résidents âgés de vieillir dans la dignité et dans l'intégrité physique et morale que leur doit la République.



La mission personnes âgées immigrées :

Rapporteur :

Driss BECHARI, Établissement Nord-Est

Membres du groupe de travail :

Nadia BENTALEB (*Direction Ingénierie Sociale*)

Hayat BOURDOLE (*Établissement Ouest*)

Farid BRACHEMI (*Établissement Méditerranée*)

Fabienne DIEBOLD (*Établissement Rhône-Alpes*)

Aleth RIANDEY TCHANOU (*Établissement Ile-de-France*)



Les cahiers
thématiques
d'Adoma

Adoma
Direction de la Communication
42, rue Cambronne
75015 Paris

www.adoma.fr



©Adoma - tous droits réservés - Juin 2014