



**CRÉER UNE PETITE UNITE DE VIE DANS UNE  
RÉSIDENCE SOCIALE POUR ACCOMPAGNER LE  
VIEILLISSEMENT DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

*Bachtoula GENCO OUARGHI*

2015

*cafedes*



---

# Remerciements

---

Je veux adresser tous mes remerciements aux personnes avec lesquelles j'ai pu échanger dans le cadre de la réalisation de ce mémoire.

En commençant par remercier Estelle DHUR, conseiller mémoire, pour son aide précieuse et pour le temps qu'elle m'a consacré.

Merci à Sylvie EMSELLEM, chargée de mission - UNAF0, pour son implication dans mes recherches et questionnements.

Merci aux intervenants du centre de formation ARAFDES qui m'ont permis de progresser dans ma réflexion.

Merci à mes camarades de promotion, pour leurs observations pertinentes et pour la sympathique ambiance.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à ma famille :

A mes enfants Tilel et Naïm pour avoir accepté mes absences avec beaucoup de patience et de bienveillance.

A Hervé qui m'a accompagnée, aidée, soutenue et encouragée tout au long de la formation et dans la réalisation de ce mémoire.

J'adresse une pensée émue à ces hommes venus d'ailleurs, tout spécialement à mon père sans qui je n'aurais pas pu écrire ces quelques lignes...

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 UNE HISTOIRE FRANÇAISE MARQUEE PAR 60 ANS D'HEBERGEMENT PROVISOIRE DESTINE AUX TRAVAILLEURS IMMIGRES .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Une histoire d'immigration basée sur un hébergement provisoire     institutionnalisé.....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Une immigration de « main-d'œuvre » en France.....	3
1.1.2 Une politique d'hébergement contribuant à l'invisibilité des résidents.....	5
1.1.3 De la « Maison de l'Afrique du Nord » à ARALIS..., la gestion d'une main d'œuvre utile .....	8
<b>1.2 Le vieillissement des publics dans nos établissements .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 Pourquoi ne sont-ils pas retournés dans leur pays ? .....	10
1.2.2 Les caractéristiques et besoins des résidents vieillissants ...	12
1.2.3 ...auxquels s'additionnent celles des précaires vieillissants .....	18
<b>1.3 Les impacts organisationnels de l'association liés au vieillissement des     publics .....</b>	<b>19</b>
1.3.1 L'association ARALIS et ses enjeux actuels .....	19
1.3.2 Les difficultés des équipes face à la perte d'autonomie des résidents .....	23
1.3.3 Le foyer Nicolas GARNIER et son ancrage territorial .....	26
<b>2 LES ENJEUX DU MAINTIEN A DOMICILE DES RESIDENTS VIEILLISSANTS .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1 ARALIS, au carrefour des politiques publiques du logement, de la     vieillesse et de la santé.....</b>	<b>32</b>
2.1.1 La prise en compte controversée des travailleurs migrants vieillissants .....	32
2.1.2 Les orientations des politiques Santé et Vieillesse pour les personnes précaires .....	33
2.1.3 Une politique de maintien à domicile fondée sur l'implication de la famille.....	36
<b>2.2 Les migrants isolés au seuil du grand âge.....</b>	<b>37</b>
2.2.1 Regards sur les différents aspects du vieillissement et impacts spécifiques pour le public migrant.....	37
2.2.2 Statut et Vécu en foyer ou comment se définit le « chez soi » .....	39
2.2.3 Appréhender l'inter culturalité par une éthique de l'altérité .....	42

<b>2.3</b>	<b>La coordination des parcours de vie</b> .....	<b>44</b>
2.3.1	Les leviers du maintien à domicile .....	44
2.3.2	La démarche de coordination : la notion de « filière gérontologique » et territoire .....	48
2.3.3	La « petite unité de vie » : un concept intermédiaire entre la vie à domicile et la vie en établissement .....	50
<b>3</b>	<b>UNE « PETITE UNITE DE VIE » POUR UNE CONTINUITÉ DES PARCOURS DE VIE</b> .....	<b>53</b>
<b>3.1</b>	<b>Créer les conditions du changement pour adapter les prises en charge des publics</b> .....	<b>53</b>
3.1.1	Co élaborer un cadre de référence commun pour adapter le projet de l'association .....	53
3.1.2	Les principes qui sous-tendent notre modèle d'action .....	56
3.1.3	Des nouveaux repères professionnels permettant l'adaptation et la qualification de nos modalités d'interventions.....	58
<b>3.2</b>	<b>L'expérimentation d'un nouveau « chez soi »</b> .....	<b>61</b>
3.2.1	Créer un dispositif de coopération territoriale .....	61
3.2.2	Une organisation centrée sur les besoins des résidents .....	63
3.2.3	Garantir le bien-être des publics par l'accompagnement d'une dynamique d'équipe.....	67
3.2.4	Une coopération financière nécessaire .....	71
<b>3.3</b>	<b>L'évaluation, un processus d'amélioration continue et indispensable</b> .....	<b>74</b>
	<b>Conclusion</b> .....	<b>79</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>81</b>
	<b>Liste des annexes</b> .....	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AAH</b>	Allocation Adulte Handicapé
<b>ADOMA</b>	En 2007, la Sonacotra devient «Adoma» : le nom est construit à partir du latin « <i>ad</i> » qui signifie Vers et « <i>domus</i> », la Maison.
<b>AGGIR</b>	Autonomie Gériatologique Groupe Iso-Ressources
<b>ALUR</b>	Accès au logement et un urbanisme rénové
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à La Performance des établissements de Santé et Médico-sociaux
<b>ANESM</b>	Agence Nationale pour les Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
<b>APA</b>	Allocation Personnalisée d'Autonomie
<b>APL</b>	Allocation Personnalisée au Logement
<b>ARALIS</b>	Association Rhône Alpes pour le Logement et l'Intervention Sociale
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASLL</b>	Accompagnement Social Lié au Logement
<b>ASPA</b>	Allocation De Solidarité Aux Personnes Âgées
<b>BTP</b>	Bâtiment et Travaux Publics
<b>CAF</b>	Caisse d'Allocation Familiale
<b>CAFAD</b>	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile
<b>CAFERUIS</b>	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
<b>CARSAT</b>	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CCAS</b>	Centre communal d'Action Sociale
<b>CCH</b>	Code de la Construction et de l'Habitation
<b>CILPI</b>	Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées
<b>CLIC</b>	Centre Local d'Information et de Coordination Gériatologique
<b>CMU</b>	Couverture Médicale Universelle
<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>CNSA</b>	Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie
<b>COPIL</b>	Comité de Pilotage
<b>CREAI</b>	Centre Régional d'Etude et d'Action pour l'Insertion
<b>CTS</b>	Comité Technique de Suivi
<b>CVS</b>	Conseil de la Vie Sociale

<b>DAAEN</b>	Direction de l'Accueil, de l'Accompagnement des Etrangers et de la Nationalité
<b>DAF</b>	Direction Administrative et Financière
<b>DCII</b>	Direction de la Citoyenneté, de l'Immigration et de l'Intégration
<b>DDCS</b>	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
<b>DEASS</b>	Diplôme d'Etat d'Assistant de Service Social
<b>DEX</b>	Direction d'Exploitation
<b>DGALN</b>	Direction Générale de l'Aménagement, du Logement et de la nature
<b>DGCS</b>	Direction Générale de la Cohésion Sociale
<b>DHUP</b>	Direction de l'Habitat, de l'Urbanisme et des Paysages
<b>DIHAL</b>	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
<b>DIS</b>	Direction des Interventions Sociales
<b>DP</b>	Direction du Patrimoine
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DRJSCS</b>	Direction Régionale Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale
<b>DUP</b>	Délégation Unique du Personnel
<b>EHPA</b>	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
<b>EHPAD</b>	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>FAS</b>	Fond d'Action Sociale
<b>FEI</b>	Fond Européen d'Intégration
<b>FJT</b>	Foyer de Jeunes Travailleurs
<b>FTM</b>	Foyers de Travailleurs Migrants
<b>GISTI</b>	Groupe d'information et de soutien des immigrés
<b>GPEC</b>	Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétence
<b>GSH</b>	Gestionnaire de Structure d'Hébergement
<b>HCI</b>	Haut conseil à l'intégration
<b>HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
<b>IGAS</b>	Inspection Générale de l'Action Sociale
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<b>IS</b>	Intervenants Sociaux
<b>LOLF</b>	Loi Organique relative aux lois de finance
<b>MAIA</b>	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
<b>MTE</b>	Maison des Travailleurs Etrangers
<b>ONI</b>	Office National de l'Immigration
<b>ONPES</b>	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale

<b>OVPAR</b>	Office Villeurbannais des Personnes Agées et des Retraités
<b>PAPH</b>	Personnes Agées / Personnes Handicapée
<b>PDALPD</b>	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
<b>PLH</b>	Programme Local de l'Habitat
<b>PLUS</b>	Plan Locatif à Usage Social
<b>PRAPS</b>	Programmes Relatifs à l'Accès, à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies
<b>PRIAC</b>	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la perte d'autonomie
<b>PRIPI</b>	Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées
<b>PDIP</b>	Programme Départemental d'Intégration des Populations Immigrées
<b>PTFTM</b>	Plan Quinquennal de Traitement des Foyers de Travailleurs Migrants
<b>PUV</b>	Petite Unité de Vie
<b>RSA</b>	Revenu de Solidarité Active
<b>SONACOTRA</b>	Société nationale de construction de logements pour les travailleurs
<b>SONACOTRAL</b>	Société nationale de construction de logements pour les travailleurs Algériens
<b>SROMS</b>	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
<b>SRU</b>	Solidarité et Renouvellement Urbain
<b>SSIAD</b>	Services de Soins Infirmiers A Domicile
<b>UNAFO</b>	Union Nationale des gestionnaires de Foyers et de résidences sociales
<b>ZUP</b>	Zone à Urbaniser en Priorité
<b>ZUS</b>	Zone Urbaine Sensible

## Introduction

L'allongement de l'espérance de vie est certainement l'amélioration la plus caractéristique enregistrée dans nos sociétés contemporaines. Si elle constitue une évolution importante de nos modes de vie, elle représente dès lors pour les décennies à venir un enjeu majeur. Elle devrait se traduire par une augmentation significative du nombre de personnes très âgées. Dès 2050 en France, il y aura 11,6 millions de plus de 75 ans au lieu de 5,4 aujourd'hui.

Contrairement à ce que nous avons connu dans la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle, la pauvreté, qui s'est à nouveau développée, risque vraisemblablement de concerner aussi les personnes âgées. Les signaux d'alerte sont là : les personnes âgées redeviennent un public pour les associations caritatives et les acteurs de l'urgence sociale. Les perspectives de niveau de retraite sont nettement moins favorables et si les personnes âgées sont aujourd'hui proportionnellement moins pauvres que la moyenne de la population, nous enregistrons déjà une dégradation significative particulièrement pour les femmes, les ruraux et les travailleurs immigrés.

Si depuis sa création, l'Association Rhône Alpes pour le Logement et l'Insertion Sociale, dénommée Aralis, accueillait provisoirement une population masculine en très forte majorité originaire du Maghreb dans le cadre de l'immigration de travail, il s'agit désormais de faire face au vieillissement de ces anciens travailleurs migrants.

Les initiatives de prise en charge sont souvent induites par une situation urgente à laquelle il faut faire face. Les divers dynamismes dépendent beaucoup de volontés individuelles et de personnes sensibilisées plutôt que de mesures pérennes. Mais la somme d'actions ponctuelles ou d'expériences locales ne saurait être constitutive d'une politique publique : en effet, *« ce sont les associations qui alertent les pouvoirs publics sur les problèmes du terrain car cette population, à la présence discrète, ne s'est jamais constituée en groupe de pression qui aurait pu amener ces mêmes pouvoirs publics à se préoccuper plus tôt des obstacles rencontrés par son installation définitive sur le territoire français<sup>1</sup> »* ainsi que le souligne l'inspection générale de l'action sociale (IGAS).

---

<sup>1</sup> Bas-Théron M., Michel M., 2002, *rapport sur les immigrés vieillissants*, IGAS, n°2202 126, 152 p.

A ce jour, les anciens travailleurs migrants vieillissants représentent plus d'un tiers du public logé par l'association (38% en 2014 sur 4525 résidents) dans les 48 établissements situés dans les départements du Rhône et de la Loire. C'est pourquoi, la gouvernance de l'association a inscrit comme priorité stratégique l'objectif de favoriser une meilleure prise en compte de ce public.

En tant que Directrice des interventions sociales, je dirige un service transversal en charge de mobiliser des dispositifs des politiques publiques, pour que puissent être menées des actions d'accompagnement social devant répondre aux besoins des publics logés au sein de l'association Aralis. Dans le cadre de ma délégation, je suis chargée d'établir un plan d'actions visant une meilleure appréhension de la problématique du vieillissement et à la faire partager par les acteurs du réseau gérontologique des territoires concernés.

Avant de vous présenter les enjeux d'une prise en compte adaptée du public hébergé vieillissant, je vous exposerai les caractéristiques de cette population et tout particulièrement son histoire singulière.

Les migrants âgés comme la grande majorité des personnes souhaitent rester dans le logement qu'elles habitent et cela peut nécessiter son adaptation. Mais le maintien en logement indépendant peut aussi se faire dans le cadre d'un relogement dès lors que se développe une offre nouvelle, conçue pour réunir les conditions les plus favorables à la vie des personnes âgées.

La professionnalisation des équipes par la formation et l'accompagnement managérial, comporte un enjeu important d'adaptation du projet de l'association pour améliorer la prise en compte de ce public immigré âgé de nos établissements. Aussi, mon rôle est de proposer un dispositif innovant de prise en charge et ainsi impulser une voie exploratoire de développement pour l'association. La création d'une formule d'accueil expérimentale comme la « Petite Unité de Vie » représenterait une troisième voie de prise en charge entre le domicile et l'entrée en établissement.

**« La douloureuse question des hommes âgés vivant seuls en foyers constitue un anachronisme qui révèle la situation de marginaux de l'immigration »**

Omar Samaoli Gérontologue - Docteur en anthropologie médicale

# **1 UNE HISTOIRE FRANÇAISE MARQUÉE PAR 60 ANS D'HEBERGEMENT PROVISOIRE DESTINÉ AUX TRAVAILLEURS IMMIGRÉS**

## **1.1 Une histoire d'immigration basée sur un hébergement provisoire institutionnalisé**

### **1.1.1 Une immigration de « main-d'œuvre » en France**

La France est une terre ancienne d'immigration. Du fait des principes universels sur lesquels elle se fonde depuis 1789 (Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen), la France s'est progressivement érigée en terre d'accueil pour les peuples persécutés d'Europe. Tout au long du XIXe siècle, la France accueille ainsi des réfugiés de toute l'Europe et fait appel pour son développement économique à une immigration de masse composée essentiellement d'une main d'œuvre peu qualifiée (artisans et ouvriers). La part de l'immigration de travail est prédominante à côté de celle relative à l'immigration politique notamment.

Les pertes humaines de la première guerre mondiale et leurs conséquences en matière de main-d'œuvre, de natalité...obligent la France à diversifier sa politique d'immigration. D'abord frontalière, la migration initiale d'Italie et de Belgique s'élargit à l'Europe centrale et désormais à l'empire colonial. Après la seconde guerre mondiale, la reconstruction du pays et l'expansion économique modifient le paysage migratoire de la France. Dès lors, les besoins en main d'œuvre s'amplifient et l'immigration liée au travail passe de l'Espagne au Portugal puis à l'Afrique du Nord et à l'Algérie en particulier. L'Afrique de l'Ouest et l'Asie finiront de pourvoir aux nécessités économiques des trente glorieuses du pays. L'administration se dote de nouveaux moyens juridiques, le législateur met ainsi en application l'ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

L'entrée est subordonnée à l'obtention d'un contrat de travail visé par l'ONI - Office National de l'Immigration - organe créé en 1945 ayant pour mission le monopole du recrutement en France des travailleurs immigrés. Le rôle de l'Etat est renforcé d'ailleurs par les grandes entreprises qui installent directement des bureaux de recrutement dans les villages au Maghreb ou en Afrique subsaharienne.

En 1946, on dénombre 1,7 million d'étrangers en France, soit environ 4,25% de la population totale. Cette immigration est prévue comme temporaire tant pour les personnes migrantes que pour les autorités publiques. Les besoins étant à l'époque

considérés comme de « courte durée », l'accueil et la vie quotidienne se sont également organisés autour de cet « ultra provisoire »<sup>2</sup>. L'installation durable des immigrés des pays non européens n'a jamais été considéré souhaitable pour la France, les ressortissants européens, quant à eux, bénéficiaient paradoxalement et progressivement de la liberté de circulation, d'installation et de travail.

La compréhension de cette politique de sélection des migrants en fonction de leurs origines géographiques s'enrichit des travaux du démographe A. Sauvy qui démontre qu'à l'époque, de nombreux élus prônaient une politique d'immigration dite de « peuplement » où l'installation des travailleurs et de leur famille se limite aux pays tiers. Un rapport sur l'immigration du 27 mai 1946 indique que l'immigration ne doit être recherchée que parmi les *étrangers ethniquement assimilables* et notamment parmi les nations limitrophes de la France, « *ceci conduira à décourager l'entrée en France des orientaux, extrême-orientaux ou étrangers de race noire* ». Les velléités de classification des étrangers en fonction de la « race », largement disqualifiées après l'occupation, sont pourtant toujours présentes sous la forme de « notions de psychologie des peuples, d'anthropologie physique, de contrôle des migrants et de localisation rationnelle de la main-d'œuvre »<sup>3</sup>.

Leur titre de séjour étant lié à la durée de leur contrat de travail, leur présence prolongée devait être exceptionnelle : l'étranger s'engageait à retourner au pays, au plus tard deux mois après le terme de son contrat de travail. La précarité du titre de séjour se doublait souvent d'une précarité de logement.

Le sociologue Abdelmalek SAYAD a résumé la situation : « ce qui fait, sans doute, la spécificité du logement des travailleurs immigrés, c'est qu'il trahit la représentation qu'on se fait de la condition d'immigré ». En effet, l'immigration d'après-guerre est concomitante d'une grave crise du logement. D'ailleurs, les travailleurs immigrants employés dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) sont principalement recrutés pour construire de nouveaux logements.

Cette caractéristique nouvelle de la population française, du fait du volume important d'immigrés liés aux besoins économiques, interpelle, dès lors, sur la capacité de la société à intégrer ou non ses personnes dans le processus social français.

---

<sup>2</sup>JACQUAT D., BACHELAY A., 2014, *Rapport parlementaire, Mission d'information sur les immigrés âgés*, n°1214, 93 p.

<sup>3</sup> ROSENTAL PA., 2004, *Frontières et rhétorique de l'acceptation dans les politiques migratoires : l'autocorrection politique des « experts » ès politiques migratoires en France du XXe siècle*, Paris : informations sociales, 113 p.

Selon la définition recommandée par le Haut conseil à l'intégration (HCI), l'immigré est la personne née étrangère et résidant en France. Il peut demeurer étranger ou avoir acquis la nationalité française.

Le focus que je souhaite porter sur les personnes immigrées vieillissantes témoignera d'une désaffiliation progressive, pérenne, de ces immigrés qui sont restés statutairement de simples étrangers. Les conditions de vie et notamment d'hébergement seront l'un des facteurs amenant à l'opacité de leur place dans la cité et déterminant leur non-inclusion à la société française.

### **1.1.2 Une politique d'hébergement contribuant à l'invisibilité des résidents**

Dans la plupart des grandes villes, les premières conditions de vie en matière d'habitat vont être déplorables. L'accueil de populations immigrées sera concomitant au mal logement grandissant d'après-guerre. Il s'agira avant tout de baraquements de chantiers qui édifieront les premiers bidonvilles<sup>4</sup> contemporains français. Le terme même de bidonville est issu de l'espace urbain colonial français et désigne les conséquences urbaines de l'arrivée incontrôlée d'indigènes dans les plus grandes villes européennes, en raison de la crise de l'emploi agricole engendrée par la colonisation<sup>5</sup>.

Importé de l'Algérie coloniale, le terme « bidonville » n'est utilisé qu'à l'endroit des immigrés algériens avec une forte connotation péjorative s'agissant de la capacité d'intégration des personnes qui y vivent.

Seuls les immigrés algériens ont, dans les années 1950, fait l'objet d'un contrôle et d'une offre de logement spécifiques. Un logement particulier doublé d'un encadrement sont jugés nécessaires par les pouvoirs publics qui considèrent que ces « Nord-africains d'origine rurale, inadaptés à la ville, rétifs à l'individualisme comme à la raison, doivent être pris en charge au sein d'institutions qui débordent le strict cadre du travail afin qu'ils puissent s'acculturer à la civilisation occidentale et abandonner le caractère primitif et instable de leur mentalité »<sup>6</sup>.

---

<sup>4</sup> BEGAG A., 1986, *Le gone du chaâba*, Paris : Seuil, 245 p.

<sup>5</sup> BARROS F., 2012, « *Les bidonvilles, entre politiques coloniales et guerre d'Algérie* », Métropolitiques.eu, 6 p (visité le 10. 03. 2015), disponible sur internet : [www.metropolitiques.eu](http://www.metropolitiques.eu)

<sup>6</sup> SAYAD A., 2006, *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Paris : Raisons d'agir, 208 p.

L'Etat va donc impulser la mise en œuvre de réponses spécifiques en matière de logement pour les travailleurs immigrés. Le logement symbole sera donc le Foyer de Travailleurs Migrants (FTM). Le concept de FTM se formalisera par l'implication financière de l'Etat dans la création de la SONACOTRAL en 1956 qui deviendra ensuite la SONACOTRA et depuis peu, ADOMA.

La spécificité de cette formule d'habitat développée par la politique du logement des immigrés se traduit de différentes manières :

Les FTM devaient avoir un caractère provisoire, les populations accueillies étant elles-mêmes supposées ne rester en France que de façon provisoire :

- Les foyers sont conçus selon des normes particulières en termes de surface, d'éléments de confort et de services
- Les occupants ont un statut de « résident » et non de locataire
- Des animations sont proposées dans le foyer. Une telle « bienveillance », s'explique par la volonté de maintenir à l'écart cette population dont on pense qu'elle ne peut cohabiter avec les familles françaises
- Le logement des immigrés a ses propres financements. C'est le Fonds d'Action Sociale (FAS) qui intervient pour la construction, la gestion des FTM et l'accompagnement social.

La commission interministérielle pour le logement des populations immigrées (CILPI), confirmera en 2013 que « les foyers des travailleurs migrants ont été conçus dès l'origine à deux fins, toutes deux discriminatoires. A savoir, produire du sous-logement et faire vivre les immigrés à l'écart de la société. Ces deux objectifs ont été parfaitement atteints»<sup>7</sup>.

Aucune population, aucun habitat n'existent indépendamment du territoire dans lesquels ils prennent place. Dans ce cas très particulier des FTM, leur relation avec les territoires d'implantation a souffert d'un malentendu originel. Posés le plus souvent à la marge des villes, ils ont longtemps vécu tournés sur eux-mêmes.

### ***Des foyers de travailleurs imposés aux territoires***

Pour l'essentiel les FTM ont été construits à l'initiative de l'Etat, sans accord préalable des communes d'implantation. Ces dernières ne disposaient pas alors des compétences en

---

<sup>7</sup> JACQUAT D., BACHELAY A., 2014, *Rapport parlementaire, Mission d'information sur les immigrés âgés*, n°1214, 93 p.

matière d'urbanisme qui leur ont été confiées par les lois de décentralisation. C'est ainsi que dans le département du Rhône, les foyers ont été implantés aux marges des villes malgré l'opposition des communes concernées. Leur implantation s'est faite au gré des opportunités, souvent dans le cadre de l'urbanisme de zoning, au cœur ou à la périphérie des grands ensembles qui participaient de la résorption des bidonvilles. D'autres ont été bâtis au milieu de zones d'activités quand ils n'ont pas tout simplement été le fruit du changement d'affectation de bâtiments industriels.

Les foyers situés dans les ZUP (zones à urbaniser en priorité), dont la plupart sont aujourd'hui classées en ZUS (zones urbaines sensibles), sont en quelque sorte doublement victimes. Beaucoup d'entre eux, dont la reconstruction s'est effectuée sur place, demeurent peu attractifs et mal adaptés pour des personnes qui ont des difficultés d'insertion importantes.

A cela, s'ajoutait une dimension spécifique des FTM qui n'étaient considérés que pour leur fonction hôtelière destinée à une population en transit. Ce mode d'hébergement s'est accompagné de la mise en place de règles et de contraintes devant être respectées par les résidents. Ces règles concernaient la vie en collectivité mais régissaient aussi des aspects de la vie privée (fréquence et la durée des visites). Les personnes ne sont donc pas libres de développer une sociabilité comme elles le souhaitent. Les foyers ont longtemps été organisés selon des règles héritées de la vie en institution militaire.

De plus, il n'y a guère eu de sollicitation des municipalités, de la part des résidents. Le même constat peut être fait en matière d'accès aux aides sociales : les résidents sont restés méconnus des services sociaux. Ils assuraient leurs propres solidarités au sein d'un foyer dont la vie était centrée sur elle-même et sur le pays d'origine.

Ces immigrés venus travailler en France s'y sont donc installés progressivement de manière durable. Dès lors, le vieillissement de ces derniers n'a jamais été pensé et révèle l'invisibilité sociale de cette population dans le champ des interventions publiques.

Le rapport de la mission d'information sur les immigrés âgés du 2 juillet 2013 précise que « si la condition sociale de la majorité des immigrés âgés appelle une amélioration, c'est particulièrement vrai et urgent pour les plus isolés d'entre eux, ceux qui, célibataires ou « célibatairisés », vivent en foyers ».

Ce n'est que depuis une vingtaine d'années que les pouvoirs publics ont à nouveau considéré les FTM, certes parfois de manière polémique ou discutable, du fait d'un certain nombre de difficultés concernant leur occupation ou plutôt leur « sur-occupation », avec

une forte population de primo-arrivants des pays sub-sahariens notamment (foyers en Ile de France principalement).

En effet, c'est avec le rapport CUQ<sup>8</sup> de 1996 que les élus locaux s'intéressent à nouveau à l'existence des foyers. Quatre ensembles de risques sont ainsi identifiés : ils concernent la sécurité des biens et des personnes, l'ordre public et la maîtrise de l'immigration, la santé publique et le risque d'ordre financier. Il est de fait indiqué, préconisé aux pouvoirs publics que la non-prise en compte de ces éléments est un risque pour la cohésion territoriale. Ce rapport aborde la question du vieillissement des résidents maghrébins à partir du seul problème de dépendance et considère que « son ampleur paraît dérisoire » compte tenu « de la capacité d'accueil des maisons de retraite ». Il en conclut même que la sortie des foyers actuels pour les résidents devenus dépendants n'est pas d'actualité.

C'est en 1998, suite à ce rapport, que le gouvernement crée la commission interministérielle pour le logement des populations immigrées (CILPI). Elle est chargée de mettre en œuvre le plan quinquennal de traitement des FTM qui reprend un certain nombre de constats du rapport CUQ. Toutefois, les orientations prises par la CILPI ne corroborent pas certaines positions développées dans ce rapport, notamment en qualifiant les résidents comme une menace à la sécurité du pays ou à la santé publique. Il s'agira donc d'une politique d'accompagnement de la transformation des FTM en résidences sociales, en prenant en compte les réalités sociales et humaines des occupants (cf. annexe n°1).

### **1.1.3 De la « Maison de l'Afrique du Nord »<sup>9</sup> à ARALIS, la gestion d'une main d'œuvre utile**

Le modèle développé par la SONACOTRA sera reproduit par d'autres structures gestionnaires de foyers. C'est dans cette mouvance qu'en 1951 est donc créée, à l'initiative de la préfecture du Rhône, notre association dénommée alors « La Maison de l'Afrique du Nord ».

Les foyers gérés par l'association ont été tout d'abord des usines et ateliers désaffectés pour résorber les bidonvilles situés dans le quartier de la Doua à Lyon et dans le quartier du centre-ville à Saint Etienne. Quatre foyers sont alors ouverts, deux dans les centres villes et deux dans la proche banlieue lyonnaise.

---

<sup>8</sup> CUQ H. Mission parlementaire sur la situation et le devenir des foyers de travailleurs migrants », Avril 1996, 80p.

<sup>9</sup> Dénommée Aralis (Association Rhône Alpes pour le Logement et l'Insertion Sociale) depuis 1998

Pour gérer ces derniers, l'association recrute d'anciens militaires ayant exercé en Algérie et accepte de contribuer au contrôle des immigrés qu'elle loge. Les directeurs d'établissement disposent d'un logement de fonction attenant et adoptent un mode de gestion autoritaire. Ces derniers doivent aussi communiquer mensuellement la liste nominative des hébergés aux préfectures.

Par ailleurs, les conditions de logement minimalistes, conçues pour un hébergement genré et isolé, témoignent d'une volonté de maintien de ces travailleurs dans le célibat. La vie de famille dans ces logements étant impossible et proscrite, la France s'assure que les immigrés rentreront chez eux une fois leur travail terminé.

Si le conseil d'administration de l'association se questionne régulièrement sur sa pérennité eu égard au caractère provisoire de l'hébergement qu'elle gère, les Trente Glorieuses justifieront le caractère permanent de cet hébergement du fait de la gestion de nouveaux flux migratoires. Au début des années 70, la diversité des migrants s'étant amplifiée dans le Rhône (portugais, espagnols, turcs, italiens...), l'association prend le nom de « La Maison des Travailleurs Etrangers » (MTE) et réajuste son projet devant l'accroissement de la demande de logement. Dès lors, la construction de foyers s'avère nécessaire et se réalisera majoritairement en périphérie des villes.

Cette forme d'habitat est composé d'environ de 200 à 300 chambres individuelles (de 4,5 à 7 m<sup>2</sup>) regroupées en unités de vie de 10 à 20 chambres avec aux extrémités du couloir une cuisine collective et des sanitaires. Conçues pour dormir, les chambres sont anonymes. Le mobilier est symptomatique de cette fonctionnalité réduite, identique pour tous, sobre et « adapté » à la représentation que l'on se fait du travailleur immigré (un lit, une petite armoire, une chaise et une table). Le mode de gestion autoritaire perdure.

Par ailleurs, les années 70 marquent un tournant dans l'histoire de l'immigration : celui du passage d'une immigration de main-d'œuvre à une immigration familiale. Suite au premier choc pétrolier de 1973, le contexte économique change. En ce début de récession, la France arrête l'immigration des travailleurs non qualifiés des pays tiers. Les entrées sur le territoire français sont de plus en plus difficiles et les étrangers diminuent la fréquence des allers-retours. Dans le même temps, le regroupement familial est autorisé mais il est rendu difficile en raison de l'absence de logements.

Ainsi, les événements économiques, politiques et sociaux auront eu raison du provisoire, certains immigrés pourront faire venir leurs familles, d'autres accepteront un pécule pour retourner au pays vers la fin des années 70<sup>10</sup>, mais un grand nombre restera pour travailler et continuera à vivre en France seul, une situation que les pouvoirs publics et les gestionnaires des FTM n'avaient alors pas anticipée<sup>11</sup>.

Si la figure du *Chibani*<sup>12</sup> isolé logeant dans nos foyers est ainsi devenue emblématique et si elle est en partie le produit des politiques migratoires passées, sa situation se distingue par bien des points de celle de la majorité des immigrés âgés installés très majoritairement en famille.

## 1.2 Le vieillissement des publics dans nos établissements

### 1.2.1 Pourquoi ne sont-ils pas retournés dans leur pays ?

C'est la question formulée le plus souvent par les différents interlocuteurs institutionnels, associatifs et nos partenaires ...

Pour mémoire, les motifs de l'émigration ont montré que la raison principale de la venue en France a été la fuite de la pauvreté pour trouver du travail. Ces jeunes ont été poussés par la nécessité, à la recherche de sources de revenus pour subvenir à leurs besoins et à ceux de familles entières qui étaient souvent dépendantes.

Cette immigration s'est autant déroulée pour les migrants que pour les sociétés d'accueil et de départ sous le double signe du travail et du provisoire. Pour A. SAYAD, « *un immigré c'est essentiellement une force de travail et une force de travail provisoire, temporaire, en transit...Le séjour qu'on autorise à l'immigré est entièrement assujéti au travail, la seule raison d'être qu'on lui reconnaisse. C'est le travail qui fait naître l'immigré...* »

Dans l'immigration, le processus psychologique dépasse de beaucoup le simple fait de quitter sa terre natale pour s'installer, définitivement ou pas, dans un autre pays. En terre

---

<sup>10</sup> Mise en place d'une aide au retour volontaire (prime de retour de 10 000 francs dite le "million Stoléru" en 1977, Chronologie des Politiques d'aide au retour initiée par les autorités françaises, (visité le 15. 02. 2015) disponible sur internet : [www.vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr)

<sup>11</sup>JACQUAT D., BACHELAY A., 2014, *Rapport parlementaire, Mission d'information sur les immigrés âgés*, n°1214, 93 p.

<sup>12</sup> CHIBANI : signifie en arabe maghrébin « vieux, vieillard, vieil homme » ou « cheveux blancs ».

d'immigration, quand vient cesser le travail, et pour reprendre l'expression d'Anne-Marie GUILLEMARD, les vieux immigrés sont dans une phase de « *mort sociale* », s'expliquant par un sentiment d'inutilité dans le pays d'accueil et envers le pays d'origine, ou encore de « déprise ».

La « déprise » est un lâcher-prise de l'activité professionnelle que la personne occupait et qui lui permettait d'avoir une position légitime dans le pays d'accueil puisqu'elle avait un statut, celui du travailleur.

En ce sens, la fin de l'activité professionnelle laisse un « vide » et peut souvent aller jusqu'à une remise en cause de l'émigration.

Cette «vacance», qui peut notamment avoir des conséquences en termes de santé mentale, se traduit par un nouveau paradigme résumant le passage du « corps travail » au « corps malade ». En effet, les comportements de repli que l'on observe dans les foyers, et qui revêtent souvent un caractère dépressif, sont pour beaucoup la conséquence de l'impossibilité à résoudre ces contradictions. La maladie sert alors de refuge pour justifier la prolongation du séjour en France.

L'écart entre ce qui était attendu, c'est-à-dire, amasser assez d'argent pour retourner vivre auprès des siens et la réalité de l'immigration avec toutes ses composantes, mène à un constat incontournable : l'exil n'a pas permis aux travailleurs immigrés de s'enrichir pour repartir.

Nous pouvons identifier deux ensembles de causes de non-retour au pays lorsque celui-ci est plus subi que choisi<sup>13</sup> :

- D'une part, l'immigré est devenu un étranger dans les deux pays. En France, sa présence est devenue illégitime parce que sa première raison d'être ici n'est plus valable. D'ailleurs, au pays d'origine, il est considéré comme trop proche du modèle français, perverti par une société d'accueil et ayant perdu les valeurs traditionnelles

Le retour demeure donc difficile également en raison de l'altération des relations intrafamiliales, indéniable après des décennies de célibat et de quasi absence de relation parentale avec des enfants qui sont presque des inconnus. S'ils souffrent de l'éloignement familial, ils ont aussi conscience qu'ils ne peuvent plus vivre auprès de leur famille. Ils ne se sentent tout simplement pas à l'aise. C'est en retournant au pays quelques semaines, qu'ils s'aperçoivent qu'une distance s'est installée entre eux et ceux qu'ils ont laissés derrière eux.

---

<sup>13</sup> SAMAOLI O., 2007, *Retraite et vieillesse des immigrés en France*, Paris : L'Harmattan, 276 p.

- D'autre part, le retour est impossible s'il faut assumer un échec économique. Il est donc impensable de rentrer au pays appauvri. Ces retraités dépensent le moins possible ici pour pouvoir envoyer le plus d'argent possible à leur famille. Nous appellerons cela la «rançon de l'exil».

Ce public logé actuellement dans nos établissements est de fait le plus modeste. A cet échec s'ajoute le risque de perdre des droits tels que ceux relatifs aux pensions (retraite) ou aux revenus de transferts soumis à conditions de résidence (revenu de solidarité active, allocation perte d'autonomie, allocation adulte handicapé).

La perte du droit aux soins (Couverture Maladie Universelle), et à la qualité de ces derniers, devient aussi un objet majeur de par leur santé fragile.

La question du retour constitue un projet idéaliste relevant d'une dimension fantasmagique. Le retour serait donc un mythe et non pas un fait. Plutôt que de subir le regard du vaincu, ils préfèrent rester en France en maintenant le mythe de la réussite.

### **1.2.2 Les caractéristiques et besoins des résidents vieillissants ...**

La population française de plus 55 ans est composée de 6% d'immigrés hors union européenne (soit 805 000 personnes). Parmi celle-ci, 3,2% est âgée de plus de 65 ans et est principalement composée de ressortissants maghrébins (66%).

Environ 49 000 immigrés de plus de 55 ans vivent en foyer de travailleurs migrants ou résidences sociales en France, dont 5 000 en Rhône Alpes<sup>14</sup>. Parmi ces derniers, Aralis héberge 34% des migrants vieillissants (soit 1719 personnes).

Les premiers résidents des foyers sont originaires, comme beaucoup d'immigrés algériens venus à Lyon et à Saint Etienne dans les années 50 et 60, principalement des régions rurales et montagneuses du nord constantinois. Majoritairement analphabètes, Ils ont quitté leurs conditions de paysans pour travailler à l'étranger en milieu urbain.

Il s'agit d'un véritable déracinement auquel s'ajoutent des conditions d'accueil, de travail et de logement déplorables. Isolés, ils sont confrontés à la complexité des institutions françaises dans un contexte de suspicion permanente du fait de la guerre d'Algérie.

---

<sup>14</sup> Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration, recensement général de la population en 2009

L'importance d'être en règle, d'avoir constamment ses papiers d'identité, sont sources d'angoisse du fait des contrôles policiers habituels et du renouvellement régulier de la carte de séjour.

L'isolement d'avec leur famille est supportable parce qu'il est pensé comme un sacrifice temporaire consenti pour pouvoir offrir à ses proches un avenir meilleur. Cette séparation demeure néanmoins douloureuse et deviendra le terreau d'une vie dans une profonde solitude.

Les résidents actuels des foyers n'ont donc pas souhaité ou pu effectuer le regroupement familial. Les différentes mesures réglementaires relatives au regroupement familial vont être de plus en plus complexes voire insolubles notamment pour les personnes ayant de faibles ressources.

En outre, ces personnes ont encore l'espoir d'un prochain retour au pays qui s'avère de plus en plus hypothétique. Cette situation est aussi le résultat de l'incapacité à retrouver un emploi, un marché du travail qui nécessite désormais d'être souvent qualifié et requérant une maîtrise de la langue. Bien des freins pour accumuler un pécule annonciateur d'un retour au pays d'origine dans des dispositions plus avantageuses que celles du départ. Force est de constater que ce serait sans équivoque reconnaître l'échec de leur projet.

Les établissements de l'association sont inscrits à ce jour dans le troisième renouvellement du plan quinquennal de traitement des Foyers de Travailleurs Migrants (PTFTM). Les difficultés d'avancement proviennent principalement des coûts relatifs aux opérations immobilières (prix du foncier, coût des travaux...).

A ce jour notre association n'a pu requalifier que la moitié de son parc.

Les anciens travailleurs migrants ne choisissent pas pour autant ces nouveaux logements (studio) et désirent se maintenir dans une chambre en foyers. En effet, l'augmentation du montant des redevances (correspondant au montant acquitté mensuellement par les résidents) lié au coût d'amortissement du nouveau bâti, ne modifie pas le comportement de notre public. Ils continuent d'aider financièrement leur famille éloignée au prix de sacrifices financiers supplémentaires. Les mêmes constats, à l'échelle nationale, sont d'ailleurs partagés et explicités par le Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, juillet 2010, « Du foyer de travailleurs migrants à la résidence sociale : mener à bien la mutation » 16<sup>ème</sup> rapport, 109 p.

Les établissements ont perdu leur mission d'accueil temporaire. Actuellement, 77% des occupants sont présents depuis l'ouverture des sites. Les chambres qui se sont libérées ces dernières années résultent de décès pour 21%, de retour définitif au pays 13%, de placement dans des structures pour personnes âgées 1%, de sorties sur un logement social 16%.

Nous pouvons noter concernant le retour définitif aux pays, qu'il s'agit souvent de l'ultime voyage. La personne nous témoigne qu'elle rentre pour mourir chez elle.

#### ▪ Un âge élevé

Au 31 décembre 2014, 1719 personnes de plus de 60 ans vivent au sein des foyers Aralis soit plus de 37% des personnes logées :

Tranches d'âges	%
60 à 65 ans	18
66 à 70 ans	16
70 à 80 ans	43
Plus de 80 ans	23

↳ Compte tenu du faible taux de rotation des résidents, nous savons que notre moyenne d'âge sur les foyers va croître et ce d'autant plus que des personnes âgées locataires dans le parc privé s'adressent à nous de plus en plus. Ils représentent 87% de la demande de logement.

↳ Afin de pouvoir évaluer les besoins du public et les freins relatifs à la prise en compte de ce public, j'ai répondu à un appel à projet du Fond Européen d'Intégration (FEI) et obtenu le financement pour un poste chargé de la « coordination santé vieillissement ».

Ainsi, sous ma responsabilité, la première mission de la coordinatrice fut de produire, en collaboration avec les équipes de terrains (12 gestionnaires de sites et 9 travailleurs sociaux), un état des lieux du vieillissement au sein de nos établissements.

La méthode choisie visait les regards croisés entre gestionnaires et travailleurs sociaux.

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés sur les sites où la proportion des personnes âgées dépassait 30% des résidents (soit 19 sites sur 41). 50 entretiens de personnes âgées de plus de 70 ans ont pu être réalisés. Cela correspond à environ 10% de cette catégorie de population, ce recueil d'expression nous a semblé alors suffisamment représentatif pour identifier les besoins et attentes du public ciblé.

## ▪ Qui sont-ils ?

Ce sont des « pères à distance »<sup>16</sup>, désormais inactifs et sans réelle qualification professionnelle.

Ces hommes qui avaient construit leur identité par le travail et par la fonction de pourvoyeur pour leurs familles, sont de plus en plus nombreux (le nombre des résidents de plus de 60 ans a quintuplé depuis plus de 10 ans).

↳ **La barrière de la langue** et l'absence de familiarité avec la logique administrative, représente le principal handicap pour l'accès aux droits. Tous les professionnels mettent en avant l'obligation qu'ont ces personnes de faire traduire leurs courriers, de se faire accompagner dans leurs démarches et les difficultés qu'engendre la dépendance à un tiers. Si bien que souvent, ils sont dans l'incapacité de défendre leurs intérêts et de faire valoir leurs droits face aux agents de l'administration.

↳ **Une santé fragile** : des mauvaises conditions de travail et de logement en découle pour certains, un vieillissement précoce parfois dès 50 ans qui se caractérise par des problématiques de santé, d'hygiène (buccodentaire notamment), de mobilité.

Des problèmes sanitaires importants puisqu'ils sont généralement affectés par de multiples pathologies reconnues en gériatrie : diabète, maladie pulmonaires, gastriques, rhumatologiques, psychiques. 71% des hébergés disent souffrir de poly pathologies.

Selon le retour anonyme du centre d'examen de santé, 20% d'entre eux souffrent de dénutrition. En effet, avec l'augmentation de la fatigue, l'absence d'appareil dentaire et le fait de ne pas avoir envie de croquer les autres résidents dans la cuisine collective, les personnes se contentent de se nourrir d'aliments froids comme du lait, des dattes ou des fruits. A ce tableau s'ajoute pour certains résidents des syndromes dépressifs et de sinistrose.

Beaucoup sont démunis pour exprimer ce qu'ils ressentent, pour se faire comprendre. Les difficultés de communication avec les professionnels de la santé, n'ayant pas le temps nécessaire à consacrer à l'écoute, génèrent pour la personne un repli sur elle-même. Cette situation ne l'incite pas à maintenir un parcours de soin dans sa régularité. C'est aussi pourquoi, ils attendent jusqu'à la dernière minute pour se rendre aux urgences hospitalières. « Finalement, ce n'est pas moi, c'est mon corps qui parle » témoigne un résident.

---

<sup>16</sup> SAYAD A., 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris : Seuil, collection Liber, 439 p.

↳ **Ressources financières limitées** : le niveau de ressource des résidents est peu élevé, 68% ont un revenu en dessous du seuil de pauvreté. 300 € par mois, en moyenne sont envoyés à leur famille. 46% des personnes sont en difficultés financières pour faire face à l'achat de produits de premières nécessités. Cette utilité sociale à l'égard de la famille restée au pays, est primordiale, elle donne un sens à leur éloignement, aux sacrifices et à l'isolement.

En effet, une entrée en EHPA (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées) ou EHPAD (Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) nécessite souvent au regard des ressources une captation de l'ensemble des revenus pour mobiliser l'aide sociale, ce qui signifie qu'ils ne pourront plus envoyer d'argent à leur famille. Aussi, lorsque survient la perte d'autonomie, cette spécificité représente un frein majeur pour entrer dans une structure pour personnes âgées.

↳ **Mode de vie basé sur « l'aller/retour »** : 63% des résidents interrogés font des allers retours entre la France et leur pays d'origine. Le « va et vient » est une pratique importante, tant que la personne est mobile et que la qualité des relations avec la famille représente un facteur déterminant. Nous constatons le relatif bon état de santé des publics pour ceux qui font des voyages réguliers entre le pays d'origine et la France. Le plus souvent le voyage s'effectue en voiture ou en car. Ces moyens de locomotion économique, leur permettent de transporter toute sorte de produits pour leur famille ou qu'ils vendront sur place. Ainsi ces allers-retours contribuent à conserver une place sociale dans le pays, par les liens d'engagements qui les relient aux personnes. Dès lors, l'échéance du retour définitif peut régulièrement être repoussée, voire être occultée, puisque les faibles coûts du transport permettent aux migrants de retourner de manière fréquente et parfois de gérer deux espaces sociaux différents. Malgré cette situation stratégique d'allers-retours, la majorité des personnes interrogées évoque la nostalgie « le mal du pays ».

↳ **Des carences en matière d'accès aux loisirs, de lien social** : les publics sont très souvent repliés sur eux-mêmes au sein des foyers et participent peu à des événements qui ne leur sont pas spécifiquement dédiés. La sortie du monde du travail entraîne la perte des relations sociales tissés dans le cadre professionnel, un repli sur soi, de moindres échanges, la perte de sollicitation et de projections dans le temps. A l'intérieur des foyers, les chambres, les salles communes, deviennent les lieux où les personnes se posent de plus en plus. Dans les halls, espace de passage, les anciens sont assis et laissent le temps passer. D'une manière générale, ils quittent de moins en moins le foyer et se recentrent progressivement sur lui.

Ils ont plaisir à participer aux activités comme faire son marché, un temps « café partagé », cuisiner, jardiner..., ces actions répondent même s'il n'est pas toujours exprimé directement, à un besoin important.

↳ **Un accès aux droits complexe** : Leur accès aux droits sociaux reste très complexe et constitue une réelle source d'angoisse. Ils ont un statut d'étranger, ils peuvent perdre leur droit au séjour, aux soins, à des prestations (ASPA, APL...). En effet, l'étranger est soumis à des législations complexes concernant son droit au séjour et à des conditions de résidence.

Lorsque la personne est absente du territoire lors de ses «allers/retours», elle doit pouvoir justifier d'une durée de présence sur le territoire français pour pouvoir continuer à percevoir certaines prestations : 8 mois pour l'APL, 3 mois pour APA, 6 mois pour la CMU et l'AAH...

Leur illettrisme, leurs difficultés à comprendre les démarches administratives, leur repérage dans le temps, associé à une augmentation de contrôles ciblés par les administrations (CAF, CARSAT...), les immigrés âgés doivent souvent faire face à des remboursements de trop perçus, dès lors qu'ils ne justifient pas leur présence sur le territoire.

↳ **Ils résident en France pour trois raisons principales** : la couverture médicale, la qualité des soins et la pension de retraite dont l'attribution et le maintien sont soumis à des obligations de résidence.

Ainsi, les résidents interrogés indiquent vivre en moyenne 8 à 6 mois par an en France. Le temps de présence est également conditionné pour le maintien de droits comme nous l'avons vu (APA, minima sociaux, APL...).

A la question : « Où vous voyez vous vieillir ? », seulement 12% répondent « dans mon pays d'origine ». 88% d'entre eux considèrent leur chambre comme leur domicile et souhaite y vieillir. Ils se voient vieillir en France mais dans un logement plus adapté que celui occupé actuellement. Toutefois rappelons ici, que cette décision ne représente pas un réel choix de vie mais bien le continuum cohérent de leur parcours d'immigré.

↳ **Un fragile maintien à domicile** : Sur la centaine de personnes dépendantes, seule une minorité bénéficie d'un plan d'aide. Pour construire un projet de soutien au domicile, les difficultés rencontrées par nos équipes sont effectivement nombreuses (la non

demande, difficile acceptation de l'aide, méconnaissance des dispositifs gérontologiques, inadaptation des lieux de vie, complexité des démarches institutionnelles...).

La transition vers la retraite et vers la vieillesse ne semble pas suivre pour cette population les mêmes paliers que ceux empruntés par les Français d'origine<sup>17</sup>. Il y a deux fois moins d'immigrés de plus de 60 ans pris en charge dans les maisons de retraite que chez les personnes non immigrées. Même après 85 ans, les immigrés sont moins de 11% à être accueillis en maison de retraite<sup>18</sup>.

### **1.2.3 ...auxquels s'additionnent celles des précaires vieillissants**

Nous constatons depuis peu la demande nouvelle de personnes de 60 ans et plus pour accéder à un logement en résidence sociale.

Il s'agit d'un nouveau profil de demandeurs qui représentent 87% des demandeurs de logements (soit environ plus de 2500 demandes) contre 79% l'année dernière. Notre analyse est la suivante : locataires dans le parc privé, ils ont de plus en plus de mal à faire face aux paiements des loyers. Avant d'être en situation d'impayé et qu'une démarche de contentieux avec leur propriétaire s'engage, ils recherchent une solution de logement ou d'hébergement abordable.

Ces personnes nous sont principalement orientées par le CCAS de la ville de Lyon et des communes environnantes. Nous pouvons noter que 62% d'entre eux sont français, majoritairement des hommes isolés ayant eu un parcours chaotique, caractérisé par la perte d'emploi, en rupture familiale, bénéficiaires de minima sociaux. Si les femmes isolées ayant les mêmes caractéristiques, représentent une part minoritaire des demandeurs, pour autant elles sont de plus en plus nombreuses (une augmentation de plus de 10% cette année).

L'expression de cette nouvelle demande, constat partagé avec d'autres structures homologues, je considère dès lors que la prise en compte de la problématique du vieillissement des migrants, eu égard au fait qu'ils portent les mêmes stigmates, va conduire in fine notre association pour les années à venir à devoir faire face au vieillissement des personnes isolées en situation de pauvreté. D'autant que tout semble

---

<sup>17</sup> La recherche de la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse), confirmée par celle la CRAM Rhône-Alpes montre le caractère précoce du vieillissement des travailleurs immigrés en le reliant à la pénibilité des travaux effectués. Les cahiers de la CRAM Rhône Alpes, n°10, mars 2001

<sup>18</sup> BARTKOWIAK N., 2008, *L'accueil des immigrés vieillissants en institution*, Rennes : Presse de l'EHESP, 125 p.

indiquer qu'après une longue phase durant laquelle les personnes âgées ont profité d'une amélioration sensible de leur niveau de vie, nous assistons aujourd'hui à un possible retour de la pauvreté au grand âge.

La question de la solidarité intergénérationnelle se pose également sous d'autres formes. L'évolution des structures familiales (éloignement, décohabitation, rupture des liens familiaux) et leur précarisation croissante rendent de plus en plus difficile la prise en charge par la famille des membres les plus âgés.

Le vieillissement des migrants dans nos structures représente alors un miroir grossissant du triptyque : vieillissement, isolement et précarité.

L'enjeu pour l'association, dans le cadre de l'analyse des besoins futurs en matière de logements accompagnés, sera indéniablement de faire face à l'augmentation probable du nombre de personnes touchées par la pauvreté ayant peu ou pas de ressources familiales ou amicales en proximité.

En tant que directrice du service transversal des interventions sociales, mon principal enjeu est de pouvoir prendre en compte et accompagner l'évolution du positionnement du travail social au sein de notre association. Il est donc primordial de faciliter celui-ci en adéquation avec les besoins du public et de le placer au cœur du projet associatif. Ce positionnement stratégique, réaffirmé par la gouvernance de l'association lors de la dernière assemblée générale, permettra d'organiser le maintien à domicile du public vieillissant dans nos établissements par de nouvelles formes d'interventions sociales plus adaptées.

### **1.3 Les impacts organisationnels de l'association liés au vieillissement des publics**

#### **1.3.1 L'association ARALIS et ses enjeux actuels**

L'association ARALIS gère aujourd'hui 4087 logements répartis dans 48 établissements (foyers de travailleurs Migrants et résidences sociales), situés dans les départements du Rhône, de la Loire et de l'Isère. Elle réalise un travail d'insertion par le logement à partir de deux champs d'activité : la gestion locative de proximité et l'accompagnement social.

Les ressources de l'association proviennent des loyers acquittés par les résidents et de subventions publiques pour l'accompagnement social d'une partie de ces derniers. Elle compte 148 salariés, organisée en 6 directions.

- ↳ Sous la direction générale, 4 directions fonctionnelles (DRH, DAF, DP, DIS) viennent en appui à la direction d'exploitation (DEX) mandatée pour la gestion des

établissements. A ce titre, cette dernière assure la gestion locative et l'intervention sociale organisée en 4 territoires. Un responsable de secteur est dédié à chacun.

↳ Au sein de chaque secteur travaillent des gestionnaires de structures d'hébergement (GSH), des intervenants sociaux (IS), des agents de proximité et des agents de propreté.

↳ La direction des interventions sociales (DIS) est un service transversal que je dirige. Il est composé de 6 personnes à temps plein : 2 responsables de coordination des interventions sociales, une coordinatrice chargée du relogement, une coordinatrice santé vieillissement, un responsable de gestion des subventions et une assistante de direction. Le service a en charge de mobiliser des dispositifs d'hébergement et d'accompagnement social pour la prise en charge de résidents en situation de vulnérabilité.

Depuis l'existence de l'accompagnement social au sein d'ARALIS, l'association recherche et oscille de façon cyclique dans son mode d'organisation. Tantôt convaincue par un fonctionnement plus transversal, tantôt par une logique d'organisation opérationnelle pyramidale, l'association cherche un «juste équilibre» entre la gestion locative et l'accompagnement social. Elle est ainsi traversée par deux organisations qui se vivent comme antagonistes, mettant ainsi en péril le travail d'accompagnement social des publics.

En effet, suite à différents contrôles diligentés par nos financeurs (FAS et DDCS notamment), il a été constaté des écarts notables dans l'utilisation des fonds publics. Certaines obligations, auxquelles nous étions soumis, n'étaient pas honorées (création de postes, qualité des actions menées, bilans d'actions, comptes-rendus financiers...). Il a été notamment reconnu que l'accompagnement social des migrants vieillissants demeurait insuffisant et relevait, selon l'Etat, d'un public laissé pour compte.

Aralis dépend de trois champs réglementaires : le code de la construction et de l'habitation pour la gestion locative, du code de l'action sociale et des familles pour les missions d'accompagnement social et du code de la sécurité sociale pour l'hébergement. Ce contexte réglementaire multiple permet difficilement, contrairement aux établissements sociaux et médico-sociaux, d'agir dans un champ clairement défini.

Sans cadre de référence unique, l'association recherche son propre modèle institutionnel et crée un champ de paradoxes qui la contraint dans ses missions à la production récurrente d'imbroglios de posture, de processus aggravant les dysfonctionnements (interprétations des commandes publiques, des ratios de gestion, explicitation des métiers, des responsabilités, la difficulté à être lisible dans l'environnement...)

### **L'intervention sociale reste confrontée à une carence de portage institutionnel**

L'accompagnement social des résidents s'inscrit principalement dans le cadre de dispositifs publics. Aujourd'hui, 30 intervenants sociaux sont financés dans ce cadre.

Afin de répondre aux attentes des prescripteurs et de satisfaire aux exigences des contrôles, mon service a mis en œuvre un processus de gestion adapté. Cette segmentation donne une lisibilité de l'activité aux financeurs (les subventions sont toutes fléchées sur des actions particulières en réponse aux exigences de la LOLF).

Mais à ce jour, la segmentation des missions interroge sur l'identité des travailleurs sociaux. Amenés à intervenir sur différents dispositifs, ces derniers se sentent isolés et sont à la recherche d'un cadre de référence commun dans lequel s'inscrirait l'ensemble de leurs missions, prestations et pratiques professionnelles.

En effet, certains dispositifs comme le RSA et ASLL sont conditionnés à leur réalisation pour être pris en compte par le financeur. Cette exigence engendre une forme de priorisation par les intervenants sociaux et leurs responsables hiérarchiques. Les responsables de secteurs sont par ailleurs principalement attendus par la direction générale sur les résultats de la gestion économique des sites (taux d'occupation, impayés...).

Par ailleurs, l'accompagnement des migrants vieillissants est financé par l'Etat dans le cadre du Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI). Cette subvention annuelle finance 4 ETP (Equivalent Temps Plein). Pour mémoire, nous comptons au sein des établissements 1719 personnes de plus de 60 ans, seules 380 personnes en moyenne sont accompagnées soit 22%. Nous pouvons aisément constater le manque de professionnels pour mener à bien un étayage adapté. Notre ingénierie nous permet à minima de réaliser une veille, une écoute et un accompagnement vers les structures du droit commun.

Toutefois, lorsque des situations de perte d'autonomie du public se présentent, les équipes de sites sont confrontées aux difficultés d'interventions, principalement en l'absence d'aidants familiaux.

### **L'association doit faire face à de multiples enjeux :**

- ↳ A la précarité grandissante, au vieillissement et à la complexité des situations sociales des publics logés
- ↳ Aux contraintes financières fortes, accentuées par le morcellement des dispositifs ne permettant pas d'assurer un accompagnement social pour tous
- ↳ Aux contraintes liées au bâti du fait de l'ancienneté et de la vétusté de certains établissements qui ne correspondent plus à des conditions d'hébergements adaptés au public et qui impactent les conditions de travail des salariés

↳ Aux contraintes liées à l'évolution des incivilités qui représentent aujourd'hui la première forme de pénibilité rencontrée par les équipes.

### **Au croisement de trois politiques**

La question de l'habitat des personnes âgées se situe à la fois dans le champ des politiques du logement, dans celui des politiques de santé, et dans celui des politiques sociales. Chacune de ces politiques s'inscrit dans des documents de programmation dont chacun à sa logique propre, son calendrier, son pilotage.

L'action sanitaire et sociale s'inscrit dans des documents de programmation régionaux et départementaux : Le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) est arrêté par l'agence régionale de santé (ARS)<sup>19</sup>. Il fait partie du Plan régional de santé et il a pour objet « de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux [...] afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie ».

Le **schéma gérontologique** est un schéma départemental d'organisation médico-sociale<sup>20</sup>, arrêté par le président de la métropole de Lyon<sup>21</sup> (ex conseil départemental) après concertation avec le préfet et l'ARS. Il détermine « les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale ».

Ce schéma est accompagné d'un programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)<sup>22</sup> arrêté par l'ARS, qui « dresse, pour la part des prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé, les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional ».

**Les interventions sur le logement** s'inscrivent dans des documents départementaux et locaux : Le programme local de l'habitat (PLH) est arrêté par l'intercommunalité.

Il définit pour une durée de six ans « les objectifs et les principes d'une politique visant à répondre aux besoins en logements et en hébergement, à favoriser le renouvellement

---

<sup>19</sup> Articles L.1434-12 et 13 du code de la Santé.

<sup>20</sup> Article L.312-5 du code de l'action sociale et des familles

<sup>21</sup> Créée le 1<sup>er</sup> janvier 2015, la métropole de Lyon remplace la communauté urbaine de Lyon et, dans le territoire de celle-ci, le département du Rhône. Elle exerce à la fois les compétences d'un département et celles d'une métropole.

<sup>22</sup> Article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

urbain et la mixité sociale et à améliorer l'accessibilité du cadre bâti aux personnes handicapées en assurant entre les communes et entre les quartiers d'une même commune une répartition équilibrée et diversifiée de l'offre de logements»<sup>23</sup>

Malgré le rôle déterminant que le PLH confère aux intercommunalités, il convient de ne pas oublier celui des communes. A l'exception des communautés urbaines et, sauf si elles ont volontairement et collectivement décidé de confier cette compétence à l'intercommunalité, elles exercent la compétence d'urbanisme. Elles délivrent les permis de construire et elles ont des pouvoirs – droit de préemption notamment – qui sont essentiels pour la réalisation des objectifs d'une politique de l'habitat. Leurs CCAS (centres communaux d'action sociale) jouent un rôle particulièrement actif pour les personnes âgées (gestion de services de soutien à domicile et de logements-foyers). Enfin, s'agissant de personnes en difficulté, les dispositifs spécifiques visant à permettre leur accès et leur maintien dans le logement relèvent du plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), convenu conjointement par le préfet et le président du Conseil Départemental.

C'est donc dans un environnement complexe et peu lisible, marqué par l'articulation des documents de programmation et des rôles respectifs joués par les différents niveaux de la puissance publique, qu'une politique de l'habitat des personnes âgées doit s'inscrire.

### **1.3.2 Les difficultés des équipes face à la perte d'autonomie des résidents**

Dans notre association, l'équipe d'un foyer ou d'une résidence sociale de 200 logements environ, placée sous la responsabilité d'un responsable de secteur, est en général composée de :

↳ **Un gestionnaire de structure d'hébergement** (1 Etp GSH) est chargé de la gestion locative (comptes clients, impayé...) de la maintenance et du personnel de proximité placé sous sa responsabilité

↳ **Un agent de proximité (1 Etp):** il a en charge la relation quotidienne avec les résidents, relève les signalements et assure la petite maintenance (changements d'ampoules, problèmes techniques dans les logements et les parties communes, constate et rappelle à la bonne utilisation des espaces communs...) gère le changement de draps. Dans le cadre de ces missions techniques il est amené à constater certaines difficultés rencontrées par les résidents, principalement par les personnes âgées. Il assure une

---

<sup>23</sup> Article L.302-1 du code de la construction et de l'habitation

véritable veille sociale. Il assure un relais efficient auprès de l'équipe, notamment auprès de l'intervenant social.

↳ **Deux agents de propreté** (2 Etp): chargés du ménage de toutes les parties communes et les abords extérieurs du foyer. De par leurs interventions, ils constatent au quotidien les éventuelles formes de dégradations (hygiène corporelle, état de la chambre et des parties communes, propreté des frigos...). Les différents constats de ces agents techniques sont portés à la connaissance du GSH, de l'intervenante sociale et repris en réunion d'équipe hebdomadaire.

↳ **Un(e) intervenant(e) social(e)** (1 Etp), assistant(e) social(e) de formation, est chargé de l'accompagnement individuel des résidents concernant l'ouverture et le maintien des droits, l'insertion professionnelle, la santé, à la recherche et l'accès à un logement autonome et du suivi d'actions collectives menées avec les différents partenaires médico-sociaux de la ville.

Les équipes doivent s'adapter au déclin des personnes vieillissantes et à l'éventualité du décès. Ce contrat est d'autant plus difficile à accepter que les personnels ne sont pas formés à cela. Par ailleurs, la brutalité de certaines dégradations dans l'état de santé des personnes, rend difficile la proactivité et place les salariés en situation d'urgence. Il est donc important de surveiller les risques d'usure et de « retrait professionnel ».

Autre écueil possible, la tendance de certains professionnels à se réfugier dans un accompagnement codifié et routinier, sans assez réinterroger leurs actes et sans prise de risque. L'excès de prudence peut entraîner un effet inverse et aggraver une situation. Ce risque concerne principalement les bas niveaux de qualification et exacerbe la difficulté à repérer les signes de vieillissement.

En cela, leurs témoignages sont capitaux et conséquents. S'ils font généralement apparaître des questionnements liés à leur quotidien professionnel, ils caractérisent l'ensemble des incertitudes et problématiques auxquelles nous sommes confrontés dans la prise en charge des publics immigrés vieillissants.

A ce titre, ma volonté de soutenir une intervention pluridisciplinaire se fonde justement sur la prise en compte de leurs expériences. C'est le principe d'acculturation progressive qui sous-tend notre accompagnement auprès des salariés, construire le « *faire équipe* » pour assurer une qualité de services et une qualité de l'environnement professionnel de chacun. C'est dans ce croisement de regards, sur cette volonté dynamique d'échanges, que repose toute la richesse du travail.

Ainsi, lorsqu'un gestionnaire doit apprendre à décrypter ou gérer des ordonnances, son collègue, agent de propreté, peut être amené à devoir faire un repas froid en urgence...pendant que l'intervenante sociale prépare le suivi post hospitalisation via la recherche d'une aide à domicile...

Bref, c'est dans cette organisation parfois vécue de manière confuse voire anarchique que s'opèrent pourtant les accompagnements gérontologiques des publics.

Si la compétence de la coordination des interventions est une responsabilité partagée, elle relève en théorie du Conseil Départemental, le manque de moyens d'accompagnement de proximité rend la tâche difficile en interne. Chaque service va alors en assurer une partie mais les occasions de se croiser, de se concerter de se coordonner sont donc rares et ce, au détriment de la personne accompagnée»

Le Département<sup>24</sup> a la compétence d'informer et d'orienter les personnes âgées mais le rapport aux administrations demeure complexe tant il a souvent représenté un rapport de domination pour ce public. Généralement, la prise en charge du vieillissement est, très souvent, une démarche de la famille ou de proches.

Les Maisons du Rhône (organisation territoriale de la Métropole) semblent aujourd'hui encore démunies face à la non demande des publics migrants âgés.

Sans l'accompagnement réalisé par nos intervenants sociaux, les personnes âgées ne pourraient pas seules faire valoir leurs droits.

Le vieillissement de la population accueillie met en tension l'association et interroge la cohérence de notre finalité, des obligations au regard de la loi, et des besoins des personnes logées.

Dès lors, face aux constats des besoins du public, des limites d'intervention des équipes et des difficultés des acteurs à agir auprès des résidents vieillissants, la gouvernance de l'association et le directeur général, m'ont chargée de définir et piloter le projet qui permettra de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées que nous logeons.

Il fallait donc trouver une réponse adéquate qui corresponde à la volonté des personnes de se maintenir le plus longtemps possible chez eux, au foyer. Il s'agissait d'identifier une réponse intermédiaire possible entre le foyer et la structure pour personnes âgées.

Le choix s'est donc porté sur la création d'une petite unité de vie (PUV). Cette dernière, à taille humaine, m'est apparue comme la plus judicieuse. En effet, ce dispositif permettrait d'organiser au plus près des besoins des personnes, les interventions des acteurs d'aide et de soins à domicile dans un cadre chaleureux et sécurisé.

---

<sup>24</sup>Les départements sont en charge des CLIC (centres locaux d'information et de coordination gérontologique)

La petite unité de vie constitue dès lors une réponse en adéquation avec le schéma gérontologique et le PRAPS car elle contribue au développement d'offres spécifiques. Elle renforce la dynamique relative à la coordination des parcours de vie, d'un continuum de prise en charge en évitant le phénomène de rupture.

### **1.3.3 Le foyer Nicolas GARNIER et son ancrage territorial**

#### **▪ Le choix de cet équipement**

Cela s'explique par son caractère symbolique des problématiques révélées précédemment. En effet, une population importante de personnes âgées y réside pour la majorité d'entre elles depuis son ouverture et concentre un nombre important de signalements réalisés par notre équipe au titre du « mal vieillir » des hébergés.

Le site est également inscrit au plan de traitement des FTM. Il fait l'objet d'une réhabilitation pour un classement en résidence sociale.

Dans le cadre du futur projet d'établissement, élaboré en coopération avec l'ensemble des équipes, des représentants des résidents et les partenaires locaux, deux objectifs ont été définis comme prioritaires :

- ↳ Adapter les logements pour améliorer le maintien à domicile
- ↳ Créer une « petite unité de vie » expérimentale

Depuis 1974, ARALIS gère cet établissement composé de 300 chambres situé dans le quartier de la Poudrette à Villeurbanne, quartier classé en ZUS. Les unités de vie, réparties sur 3 bâtiments de 7 étages, sont respectivement composées de 20 chambres de 7m<sup>2</sup>, d'une cuisine collective et des sanitaires aux extrémités du couloir. Les chambres sont anonymes. Le mobilier est identique pour tous, sobre : un lit, une petite armoire, une chaise et une table.

#### **▪ La composition et les missions de l'équipe**

L'équipe du foyer, placée sous la responsabilité d'un responsable de secteur, est composée de 6 salariés soit 5,6 Etp :

- ↳ Le gestionnaire de structure d'hébergement (GSH) (1 Etp).
- ↳ Un agent de proximité (1 Etp)
- ↳ Trois agents de propreté à temps plein (3 ETP)
- ↳ Une intervenante sociale (0,6 Etp)

▪ La direction des interventions sociales (DIS), que je dirige, vient en appui dans le cadre de **deux missions transversales** :

↳ Une **coordinatrice chargée du relogement**, conseillère en économie sociale et familiale à temps plein, vient étoffer l'équipe du site eu égard au projet de réhabilitation du foyer. Elle a en charge à partir d'un diagnostic social et des souhaits de la personne, d'organiser le relogement en interne ou en externe via le partenariat mobilisé avec les bailleurs sociaux.

↳ Une **coordinatrice santé vieillissement**, titulaire d'une licence en gérontologie sociale, a en charge à partir de l'état des lieux du vieillissement réalisé avec le GSH et l'intervenant social du site, d'apporter au cas par cas un appui technique pour organiser l'étayage en matière de prise en charge du public vieillissant.

#### ▪ **La typologie des résidents du Foyer Nicolas Garnier**

Les résidents se distinguent aujourd'hui par des statuts différenciés liés à leurs situations d'actif ou d'inactif, à leur âge, genre, à leur situation familiale, à leur niveau de ressource et à leur état de santé. Nous établissons donc deux catégories parmi les résidents : les résidents dans un parcours d'insertion (ou pas) et les résidents âgés.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, 286 hommes et 6 femmes sont présents dans le foyer. 57% sont des hommes âgés isolés de plus de 60 ans (soit 163 personnes) et sont présents depuis l'ouverture du foyer. Les éléments suivants porteront uniquement sur cette partie du public.

Des revenus mensuels allant de 300 à 1126 euros pour une moyenne de 812 € ; leur budget est amputé par l'argent envoyé à leur famille restée au pays (en moyenne 300 € par mois). La faiblesse des revenus impactent de manière directe les priorités des personnes qui hésitent à engager la moindre dépense notamment pour des complémentaire-santé ou une participation aux frais d'intervention d'aide à domicile.

La majorité des actions liées à cette thématique concernent donc des demandes d'APA, des demandes d'aide financières pour couvrir les frais de santé.

#### ▪ **Les situations socio sanitaire des résidents de plus de 60 ans**

Les éléments du bilan 2014, au titre du panel des dispositifs existants, sont les suivants :

- n'ont pas de couverture complémentaire santé = **63%**
- classé GIRAGE (1 à 4) = **2%** et classé GIRAGE (5 à 6) = **8%**
- bénéficient :
  - d'un médecin référent = **38 %**
  - de l'APA = **9%**
  - d'une intervention d'une aide-ménagère à domicile = **7%**
  - de soins infirmiers à domicile = **10%**
  - d'un bilan de santé au cours des 2 dernières années = **48%**
  - d'une mesure de protection des majeurs = **7%**

Seulement 38% des résidents âgés ont un médecin traitant et 9% bénéficient d'une intervention à domicile (soin et aide à domicile) permettant de compenser une perte d'autonomie. L'accès au soin n'apparaît pas comme un besoin prioritaire pour les résidents qui attendent souvent que la situation soit très dégradée pour s'adresser aux services médicaux ou se rendre aux urgences hospitalières.

L'importance des actions relatives à la santé met en exergue la vulnérabilité du public qui a besoin d'un accompagnement pour se maintenir dans des conditions de vie acceptables. Avec seulement 37% des personnes bénéficiant d'une couverture santé adaptée, l'intervenante sociale accompagne les personnes vers l'acceptation de ce type de dépense, en particulier la souscription à une complémentaire, permettant un meilleur accès aux soins.

La mise en place d'une intervention d'infirmier ou d'une aide à domicile est toujours difficile à organiser car l'Intervenante sociale est confrontée à des résidents qui refusent toute intervention à domicile et parfois dans le déni des difficultés qu'ils rencontrent pour gérer leur quotidien.

Le vieillissement des immigrés âgés du foyer ne diffère pas des caractéristiques précédemment décrites à l'échelle de l'association, à savoir : l'isolement, la perte d'autonomie, l'usure physique précoce, les carences alimentaires, la désocialisation, les difficultés d'ordre psychologique et les pathologies lourdes (cardio-vasculaires, pulmonaires, diabète ...). Cela représente une préoccupation constante de l'équipe qui est témoin de cette évolution et gère difficilement l'accompagnement au quotidien. Les situations particulières des résidents vieillissants sont régulièrement au cœur des échanges en réunion et posent la question de leurs limites d'interventions.

### **Inadaptation du bâti, une cohabitation contrainte**

Avec l'équipe du site et le service en charge de la gestion du patrimoine de l'association, nous constatons actuellement toute l'inadaptation du bâti. Celle-ci est exacerbée par l'augmentation des fragilités physiques des résidents.

En effet, certains équipements ne sont plus adaptés comme l'usage des plaques de gaz dans les cuisines collectives qui représente des risques pour les personnes ayant des troubles de la vue, aux difficultés que rencontrent les personnes pour utiliser les WC à la turque ou pour monter les escaliers (ascenseur souvent en panne). Les chambres de 9 m<sup>2</sup> et l'absence d'espace collectif permet difficilement de laver et sécher son linge.

À cela s'ajoute, depuis l'origine du bâti, une très mauvaise isolation phonique en général et plus particulièrement entre les chambres « on entend son voisin ronfler, impossible de dormir ». Les troubles du sommeil sont aussi impactés par les rythmes de vie différents des résidents. La cohabitation génère des tensions fortes, relative aux modes de vie de chacun. Par exemple, les anciens s'organisent pour éviter de croiser les plus jeunes dans les cuisines, contraints donc de préparer son déjeuner vers 10h avant que ces derniers ne se lèvent.

Par ailleurs, les douches collectives et leur étroitesse, de même que l'exiguïté des chambres permettent très difficilement l'intervention d'aide et de soin à domicile. En effet, pour des résidents ayant des troubles respiratoires nécessitant l'installation d'appareils, la surface de la chambre demeure un réel frein.

Ainsi, les limites posées par le bâti renforcent des déficiences des résidents allant jusqu'à faire que celles-ci se transforment en handicaps voire puissent créer un état de dépendance. En effet, une personne peut avoir une déficience tout au long de sa vie sans que cela soit un handicap. Il y a un handicap quand la déficience n'est pas compensée et qu'elle a donc une répercussion sur la vie de la personne. Le contexte dans lequel vit la personne peut transformer une déficience en véritable handicap, puis en perte d'autonomie. Ne pouvant plus faire face seul à des besoins élémentaires, à des gestes de la vie quotidienne. Elle va donc avoir besoin d'un « tiers », d'une aide.

Le projet de réhabilitation du Foyer de Travailleurs Migrants Nicolas Garnier en résidence Sociale a débuté en janvier 2015. La réhabilitation de l'ensemble du foyer se fera en site habité en trois phases. La capacité totale sera de 242 logements (studios). Le principe général d'organisation de la future résidence est de réaliser des accès autonomes et de plain-pied pour chaque bâtiment, avec un accès commun depuis la rue principale. C'est dans ce cadre que nous y accueillerons la petite unité de vie expérimentale. Dès lors, à la création de ce dispositif, la priorité sera accordée au maintien des résidents migrants âgés en perte d'autonomie.

La ville de Villeurbanne développe depuis de nombreuses années une politique gérontologique qualifiée de dynamique par les représentants de la Métropole. Le territoire compte dans le champ sanitaire social et médico-social en direction des personnes âgées de nombreux acteurs :

- ↳ Croix-Rouge Française : un service d'aide à domicile, un service de soins et des bénévoles
- ↳ Le CCAS : un service de soins à domicile, quatre foyers-logements, un service de portage de repas à domicile

- ↳ L'office villeurbannais des personnes âgées et des retraités (OVPAR), instance locale de coordination gérontologique, informe les retraités et leurs familles et gère un service de soins, un service d'aide à domicile, trois domiciles collectifs, un service de tutelle, un service d'animation
- ↳ L'équipe de secteur géronto-psychiatrique
- ↳ Le service d'aide à domicile Cyprian-Service
- ↳ Deux foyers-logements gérés par la Fondation Rambaud
- ↳ Les Petits Frères des Pauvres (visites à domicile et organisation de séjours de vacances)
- ↳ Quatre accueils de jour de quartier et 25 clubs de retraités

Pour autant, nous pouvons constater que ces acteurs sont tout autant méconnus par *notre* public que par nos équipes de site. En effet, malgré le constat que demeure une relative invisibilité des personnes que nous logeons par l'environnement local, nous pouvons aussi préciser que l'action publique, dans le champ de la santé et de l'action sociale, se caractérise généralement par une fragmentation en sous-secteurs, aux cultures institutionnelles propres, aux expertises professionnelles et aux leviers d'interventions souvent distincts.

Le caractère sectoriel des dispositifs et la spécialisation accrue des acteurs produisent des cloisonnements. Ceux-ci sont par nature en contradiction avec le caractère multidimensionnel des problèmes à traiter, du besoin de globalité dans les réponses et adaptés aux situations des personnes vulnérables et isolées. C'est généralement le cas lorsque que les situations sont complexes et doivent faire appel à plusieurs formes de prise en charge. Il est important de souligner que le constat de ce paradoxe est partagé par l'ensemble des acteurs du territoire.

Ainsi, la clé d'entrée pertinente n'est plus l'offre et ses différentes catégories, mais la personne et ses besoins et attentes, le partage d'objectifs commun aux services des personnes.

## CONCLUSION DE LA PREMIÈRE PARTIE

Du fait d'un quadruple statut «âgé, isolé, migrant, impécunieux», les personnes vieillissantes n'accèdent pas à l'ensemble des dispositifs de droits communs, symbole d'une rupture dans l'égalité de traitement et ce malgré une densité d'acteurs sur le territoire.

L'évolution permanente des réglementations concernant le statut des personnes immigrés (droit à la retraite, droits de résider en France, possibilité de se soigner...) génère de l'incompréhension pour les publics et une adaptation régulière pour les professionnels en charge de les accompagner.

Si les plans nationaux *Bien Vieillir (2007-2009)* et *Solidarité Grand Age (2007-2012)*<sup>25</sup> traduisent une évolution sociétale. Le maintien du lien social et le libre choix de rester à domicile<sup>26</sup> sont désormais prônés.

Pour autant, les personnes immigrées vieillissantes ne disposent pas, dans notre association, d'un lieu d'habitation suffisamment adapté à leurs besoins et ne souhaitent paradoxalement pas en partir. En l'absence d'aidants familiaux, les équipes d'Aralis sont en difficulté d'intervenir du fait de leur méconnaissance des modalités d'agir par les acteurs en gérontologie et questionnent dès lors, leurs périmètres d'intervention.

La nécessité croissante de développer des modalités de mise en œuvre d'un véritable parcours de soin impacte l'organisation associative et exige d'inventer de nouvelles formes d'intervention sociale dans l'accompagnement des personnes vulnérables.

---

<sup>25</sup> Ministère délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, Plan National Bien Vieillir 2007-2009, 35 p.  
[http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf)

<sup>26</sup> LOCHEN V., 2012, *Comprendre les politiques sociales*, 4<sup>e</sup> éd., Paris : Dunod, 458 p.

## **2 LES ENJEUX DU MAINTIEN A DOMICILE DES RESIDENTS VIEILLISSANTS**

### **2.1 ARALIS, au carrefour des politiques publiques du logement, de la vieillesse et de la santé**

#### **2.1.1 La prise en compte controversée des travailleurs migrants vieillissants**

En France, les FTM et les résidences sociales sont encore occupés pour 70% par des immigrés dont certains, comme nous l'avons vu pour Aralis, sont présents depuis la création de ces établissements.

Aujourd'hui, ce sont près de 60% des résidents qui ont plus de 60 ans. Ces données montrent clairement que les gestionnaires de FTM et de résidences sociales sont confrontés de manière prégnante au vieillissement d'une partie non négligeable des résidents et ce, depuis de nombreuses années.

C'est lors de sa visite en 2013 d'un FTM à Bobigny que C. Bartolone, Président de l'Assemblée Nationale, propose, à la conférence des présidents, la création d'une mission d'information sur les immigrés âgés originaires des états tiers à l'Union Européenne.

Il s'agira d'une mission de contrôle dévolue aux assemblées parlementaires qui, loin d'être le champ des seules luttes politiques, doivent s'efforcer de faire progresser les connaissances pour mieux légiférer.

Ce rapport d'information de 2013 prend la mesure de cette question dans tous ses aspects politiques, historiques, économiques, sociaux et culturels. Il s'intéresse notamment à l'immigré mal logé en foyer et préconise que ces personnes puissent « *vivre leur vieillesse dans la dignité et dans leur unité de vie, comme tout un chacun...que chacun trouve sa place dans notre pays et dispose des moyens d'exercer sa liberté de choix, entre ici et là-bas* ».

Les propositions du rapport portent sur la volonté d'assouplir les dispositions juridiques du droit au séjour et de l'accès à la nationalité française. Concernant les conditions de logement en foyer, il est envisagé la poursuite du plan de traitement des foyers de travailleurs migrants (PTFTM) puisque l'amélioration du bâti est indissociable d'un renforcement des services et soins à domicile.

Dans cette perspective les propositions du rapport préconise « d'éviter les ruptures de droits lors du passage à la retraite. L'accès à la prévention sanitaire et aux soins, y compris à domicile, doit être renforcé ». Enfin, il s'agira aussi de lever les obstacles au vieillissement entre la France et le pays d'origine : « *garantir aux immigrées âgées la*

*possibilité d'organiser plus librement leur retraite et de ne pas être contraints dans leur mode de vie, souvent fait d'allers et retours ».*

Si nous pouvons très récemment noter une avancée significative dans la prise en compte à l'échelle nationale de la situation du vieillissement de ces travailleurs migrants, il n'existe pas encore de dispositions concrètes et nouvelles traitant d'une quelconque réelle amélioration.

A ce titre, l'association Aralis est d'ailleurs contrainte par la réduction progressive des financements spécifiques issus du PRIPI : une enveloppe financière réduite de 34% entre 2011 et 2015 et ce malgré l'augmentation permanente du nombre de bénéficiaires et du développement de leurs problématiques sanitaires.

Plus grave encore, la DRJSCS Rhône Alpes indique actuellement qu'il n'y aurait plus de ligne de crédits dédiée dès 2016.

Alors même que les parlementaires français prennent régulièrement conscience de la situation de vie dramatique de ces migrants vieillissants, l'action publique semble paradoxalement les ignorer.

N'accédant pas aux dispositifs de droit commun, il s'agira de mieux connaître, comprendre les dispositions des politiques sociales en direction des personnes âgées afin d'en identifier les leviers possibles pour une réelle prise en charge adaptée.

### **2.1.2 Les orientations des politiques Santé et Vieillesse pour les personnes précaires**

Les politiques sociales en direction des personnes âgées articulent les domaines de la sécurité sociale et de l'aide sociale. Elles concernent l'ensemble des personnes âgées considérées comme un groupe social homogène alors que celui-ci recouvre des réalités bien diverses.

Depuis l'épisode tragique de la canicule, chacun l'admet : le monde urbain n'a pas su trouver toutes les réponses qui conviennent pour soutenir efficacement nos aînés les plus fragiles.

A quelques semaines de l'adoption de la loi relative à l'adaptation de la société française au vieillissement, la future loi «**3A**» pour *Anticiper-Adapter-Accompagner*, devrait ainsi explorer les trois domaines suivants :

↳ Repenser les politiques du logement, de l'habitat, de l'urbanisme, des transports en ville pour les adapter au vieillissement

↳ Identifier les secteurs économiques et de services pouvant se positionner sur le marché des besoins des personnes âgées pour favoriser le maintien à domicile (équipements sanitaires, domotiques et robotiques, technologies de l'économie numérique, notamment des technologies de l'information au profit des personnes âgées)

↳ Développer des stratégies pour établir un lien de qualité entre les générations de façon à développer le lien social dans les domaines de l'éducation, la communication, la culture...

Outre l'adaptation de la société au vieillissement, la loi prévoit des mesures d'anticipation dans le domaine de la prévention, notamment dans le domaine de la santé. Il s'agira de préserver au mieux l'autonomie des personnes âgées en leur apportant tout le soutien possible dans cette intention : « celle de vieillir chez eux, dans de bonnes conditions et avec un accompagnement adapté à leurs besoins ».

La France, comme d'autres pays européens, souffre d'importantes inégalités d'accès et d'offre en matière de santé. Corriger ces inégalités et garantir les meilleures chances face à la maladie est donc un enjeu important pour la politique de prévention de l'exclusion. L'Etat a mis en œuvre une réforme structurelle de notre système de santé, adoptée dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (dite « **loi HPST** »). Elle prévoit dans le cadre de la planification régionale de la politique de la santé, la poursuite des programmes relatifs à l'accès, à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Ces programmes participent aux actions relatives à la réduction des inégalités sociales de santé.

Des publics prioritaires ont été identifiés<sup>27</sup>, il s'agit des « *populations étrangères, immigrées ou issues de l'immigration notamment lorsqu'elles vivent dans les foyers de travailleurs migrants, les résidences sociales ou dans des habitats dégradés, avec une attention particulière pour les immigrés vieillissants isolés...* ». La loi HPST a notamment revalorisé le montant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les plus de 60 ans.

Par ailleurs, le **projet de loi de modernisation de notre système de santé** précise dans l'axe 2 ayant pour objectif de recentrer le système de santé sur les soins de proximité et engage le « virage ambulatoire ». Dans cette perspective, il s'agirait de faciliter l'accès aux soins avec la généralisation du tiers payant, d'améliorer l'information des usagers sur

---

<sup>27</sup> BULTEZ JP., GELOT D., 2010, *Vieillir dans la pauvreté*, Problèmes politiques et sociaux n°977 Paris : la documentation française, 106p.

l'offre de soins de proximité et de donner aux professionnels de santé les outils pour assurer un suivi efficace de leurs patients.

Concernant le vieillissement des travailleurs migrants, la mission interministérielle qui a travaillé sur le projet de loi<sup>28</sup> qualifie les problèmes de ces derniers comme une « **vieillesse illégitime** ». « *Cette population connaît des problèmes tout à fait spécifiques avec l'avancée en âge. Elle a une santé précaire et se trouve généralement en proie à des difficultés de santé avant même soixante ans. Elle a des problèmes de risque de perte de droits à la retraite...Elle a généralement un logement peu adapté situé dans un foyer, un meublé. Et surtout elle ne veut ou ne peut rentrer au pays* ».

Ce rapport précise aussi que « *l'honneur de la France consiste à ne pas laisser seule et sans droits, une population qui, arrivée à l'âge de la retraite et ayant largement contribué au développement économique de notre pays, ne vieillira pas comme les autres et aura besoin de protections et de soutiens particuliers. Le problème des « Chibanis » est d'autant plus urgent que cette population va connaître une croissance particulièrement forte entre 2010 et 2020* ».

Malgré cette volonté d'adaptation de la société au vieillissement de la population, les politiques publiques reposent principalement sur la présence et la participation active du réseau familial dans l'accompagnement du sujet âgé. Pour les publics vivant en foyers, ce principe n'existe pas et contrarie à double titre les fondements du maintien à domicile puisqu'ils demeurent isolés et mal logés.

- La politique vieillesse s'applique à l'échelle Départementale, qu'il s'agisse de permettre le maintien à domicile ou de faciliter l'accès à des établissements pour personnes âgées dépendantes. Pour notre territoire d'investigation, le schéma gérontologique, se définit désormais au titre de la Métropole du Grand Lyon, succédant au conseil départemental depuis janvier 2015. Le schéma gérontologique départemental est un outil de pilotage et de coordination des acteurs. Notre association est encore difficilement identifiable et légitime dans le réseau gérontologique local pour faire partager les réalités sociales et sanitaires des publics que nous hébergeons. Ainsi dans la perspective de notre participation à l'élaboration du prochain schéma, ce sera l'occasion de contribuer à un décloisonnement et permettrait l'émergence de projets d'actions communes. Au-

---

<sup>28</sup> BROUSSY L., 2013, *Mission interministérielle sur l'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France Année zéro*, 202 p.

delà de la nécessité d'intégrer ce dernier, l'association devra aussi désormais réaliser les travaux nécessaires au maintien à domicile de ces établissements. Aussi conformément aux orientations du SROMS Rhône Alpes<sup>29</sup>, le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), outil de programmation pluriannuelle des financements du schéma, prévoit pour la période 2012-2017, 3 419 places pour les personnes âgées dont 159 places en SSIAD pour 2015. C'est dans ce cadre que devra donc s'inscrire notre projet.

### **2.1.3 Une politique de maintien à domicile fondée sur l'implication de la famille**

Nous pouvons rappeler qu'avant la révolution française, la puissance publique plaçait la famille comme l'acteur principal pour garantir le maintien à domicile de la personne âgée et qualifiait dès lors que rester à domicile coûtait moins cher que l'hospice ou l'hôpital.

Toutefois, malgré les intentions de permettre aux vieillards de finir leurs jours à domicile, on peut affirmer que jusqu'aux années 1950, la tendance de la société fut de recourir très souvent à l'institution d'hébergement, appelé l'hospice.

En 1962, le rapport Laroque, intitulé *Politique de la vieillesse*, propose à la société française une éthique du vivre ensemble à travers une politique de « maintien à domicile » permettant aux personnes âgées de conserver leur place dans la société.

La priorité est de favoriser l'intégration des personnes en leur fournissant les moyens de continuer le plus longtemps possible à mener une vie indépendante. Pour ce faire, il sera aussi nécessaire de construire des logements adaptés, de généraliser l'aide-ménagère à domicile et de créer les services sociaux ad hoc. Ces mesures se déclinent sous forme d'aides humaines (aide-ménagères, aides-soignantes, infirmiers...), d'aides matérielles (agencement du logement, barre d'appui, déambulateur, lit médicalisé).

---

#### **<sup>29</sup> SROMS Rhône Alpes 2012 - 2017 :**

- Apporter une meilleure connaissance des publics et de leurs besoins qui se traduira par la création d'un observatoire médico-social.
- Améliorer l'équité territoriale de l'offre dans le secteur des personnes âgées et du handicap en mettant l'accent sur les services.
- Favoriser le développement d'un panel de réponses de proximité par la construction d'une offre d'équipements graduée qui conforte notamment la place de l'aidant.
- Mieux structurer l'offre sanitaire et médico-sociale pour accompagner la perte d'autonomie avec la création et le renforcement de dispositifs d'appui et la mise en place d'outils de coordination.
- Développer l'efficacité et la qualité de la prise en charge en travaillant à la formation des personnels et à l'amélioration des bonnes pratiques professionnelles.

Le placement en mode d'hébergement collectif de personnes âgées, physiquement et psychologiquement incapables de mener une vie indépendante, continuera pourtant de s'imposer.

La question fondamentale reste donc en 2015, la même qu'en 1962 : Qu'en est-il du libre choix de chaque individu, surtout s'il n'a pas de famille, de domicile propre, de ressources convenables et d'une bonne santé ? Comment construire des solidarités dans une société qui développe paradoxalement des processus d'exclusion sociale ?

Le projet associatif d'Aralis est donc au cœur d'un triple questionnement : *Comment* organiser le maintien à domicile d'un public vieillissant au sein de ses établissements du fait de l'absence d'aidants familiaux, *Comment* parvenir à passer du logement transitoire à un logement adapté et pérenne, *Quelles* compétences à acquérir et à mobiliser pour mieux accompagner les personnes vieillissantes?

## **2.2 Les migrants isolés au seuil du grand âge**

### **2.2.1 Regards sur les différents aspects du vieillissement et impacts spécifiques pour le public migrant**

La condition humaine est marquée par la dégénérescence inéluctable que l'avancée en âge ne fait que révéler de manière accrue, en augmentant le risque de fragilité physique et psychologique. Toutefois, il convient de distinguer le vieillissement biologique, qui est commun à tout être humain, du vieillissement social qui diffère suivant les sociétés mais aussi dans la même société en fonction des périodes auxquelles on s'attache<sup>30</sup>.

Au-delà de ces éléments d'ordre généraux, le vieillissement est spécifique à chaque personne. Il touche à des dimensions psychologiques, existentielles en lien avec l'histoire individuelle et avec la communauté d'appartenance ainsi qu'au lien entre générations et au rapport au temps. Environnement et individus s'influencent mutuellement.

Les dernières étapes de la vie correspondent à un temps où la personne cherche souvent à faire le bilan de sa vie, à l'ordonner pour lui donner du sens. Le déroulement de la vie s'organise autour d'une succession de crises que la personne appréhende avec plus ou

---

<sup>30</sup> BELAND F., MICHEL H., 2013, *La fragilité des personnes âgées*, Rennes : Presses de l'EHESP, 279 p.

moins de réussites et qui laissent des traces pouvant être réactivées en fin de vie si elles ont été imparfaitement gérées.

Ces divers aspects du vieillissement sont dès lors transposables à la situation des publics migrants vieillissants. Ceux-ci partagent les caractéristiques communes de la population française ouvrière. Comme cette dernière, ils sont confrontés à l'inégalité professionnelle et physique devant le vieillissement mais ils s'en distinguent car ils ont vécu toute leur vie dans des conditions extrêmes. Ils ont exercé les métiers les plus pénibles et les plus mal payés. Certains ont été victimes d'accident du travail et sont devenus handicapés. Leur vie professionnelle a ainsi été marquée par une très grande instabilité (changements fréquents d'emploi, travail clandestin, tentatives avortées de retour au pays...).

Si l'espérance de vie s'accroît en France, les inégalités sociales face à la mort demeurent<sup>31</sup>. Cette non-linéarité de leur parcours professionnel les pénalise au moment de la retraite, et ce d'autant plus qu'ils doivent fournir les preuves qu'ils ont suffisamment cotisé.

La principale distinction entre personnes du troisième âge est relative au lieu d'habitation. Le foyer est l'espace de vie subi.

Avec les années, tout le poids de leur vie affective et sexuelle pauvre, réprimée ou contenue, auquel s'ajoute l'absence des proches (enfants et épouse), constituent des facteurs aggravant leur solitude. Aussi, pour échapper à cette illégitimité, les personnes doivent gérer leur vieillesse, la nier ou la minimiser et abandonner ses attributs. Vieillir au foyer demande de l'abnégation et le renoncement à percevoir de la part des autres d'autres formes d'intérêts que le non-intérêt ou l'incitation à partir. D'où les continuelles stratégies de présentation de soi. Ils transforment leur isolement en une disposition volontaire à la solitude, l'avancée en âge en sentiment d'être toujours jeune et le retour au pays comme perspective présente.

Il s'agira d'une des raisons du *quiproquo* permanent entre travailleurs sociaux et ces publics. Comment mettre en œuvre un travail d'accompagnement social pour des personnes qui élaborent une stratégie d'évitement de leur statut de personne âgée ?

---

<sup>31</sup> INSEE., décès mortalité, espérance de vie. [visité le 26 avril 2015], disponible sur Internet : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1372](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1372)

La vieillesse n'est pas seulement fondée sur le vieillissement biologique, mais aussi, comme l'ont montré divers travaux sociologiques et historiques, sur des rapports de force sociaux, et surtout familiaux, entre les générations. Or le foyer se caractérise précisément par l'absence générale des familles et c'est donc le foyer lui-même qui devient le lieu de rapports de forces constantes entre les générations. Ces tensions, qui naissent des différents modes de vie : les jeunes « font du bruit, sortent le soir » alors que les anciens souhaitent le calme.

Ces rapports de force sont déterminés par la position qu'occupent les personnes. Ainsi certains jeunes, parce qu'ils travaillent et n'envisagent pas leur avenir au foyer, sont en position « privilégiée » ou « dominante ». Ces derniers reprochent aux anciens d'être « encore là » alors qu'ils « devraient » en toute « logique », par rapport à leur projet initial, rejoindre leurs familles. Pour d'autres jeunes, dont la situation est « bloquée » et qui ne « savent pas où aller », la perspective du vieillissement en France est concevable de fait. Ils sont conscients « du caractère aléatoire, mais bien illusoire, du retour au pays ».

Il existe dès lors, selon les positions de chacun, des rapports de force mouvants, dont l'enjeu est bien la légitimité à occuper le foyer.

### **2.2.2 Statut et Vécu en foyer ou comment se définit le « chez soi »**

La symbolique du foyer, du chez soi est ce qui nous relie aux autres. Le foyer est le lieu de l'accueil de l'autre, de la personnalisation. Cela peut se comprendre dans une perspective intergénérationnelle, où la maison familiale est le lieu de la transmission de la lignée. Le lieu du chez soi manifeste la résistance de celui qui réside quelque part, qui n'est pas errant. C'est le lieu de la stabilité, de l'enracinement.

Le chez soi est à la fois l'abri, le toit et l'affirmation que quelque chose de nous demeure envers et contre tout. Par ailleurs l'environnement familial contribue, tout particulièrement chez la personne âgée, à nous apporter une sécurité intérieure sans laquelle il n'est pas d'épanouissement personnel. Il y a donc dans la relation au foyer une forme d'attachement inconscient, non formulé, mais fortement structurant pour chacun de nous.

« Se sentir bien chez soi », c'est donc tout simplement « se sentir soi »<sup>32</sup>.

A la sphère intime et individuelle du logement, il faut ajouter le voisinage proche, le lien social, le continuum des services et des commerces. L'appréciation du cadre de vie varie selon les catégories sociales, les habitudes, et bien évidemment l'âge.

---

<sup>32</sup> VIVARAT AC., 2007, *Les origines symboliques de notre habitat*, collection villes et entreprises, Paris : L'Harmattan, coll. « Architecture », 278 p.

Le fondement du «chez soi» nous permet d'analyser et d'expliciter pourquoi les migrants vieillissants ne se sont pas autorisés à élire leur chambre du foyer comme étant leur domicile<sup>33</sup>. En outre, cela se caractérise souvent par un ensemble de troubles psychiques et physiologiques de tous ordres.

Pour ceux ayant eu la possibilité de rentrer provisoirement au pays, leur absence prolongée a déstabilisé le modèle familial patriarcal. Beaucoup se plaignent d'avoir perdu leurs repères dans leur village d'origine et au sein même de leur famille. Cette situation a permis aux femmes et aux enfants d'acquérir l'autorité aux dépens des époux et pères absents. Comme nous l'avons vu en première partie, leur mission de soutien économique comporte des pressions pour faire face à la «rançon de l'exil». Dès lors, le foyer a fini par devenir un «refuge» loin des problèmes familiaux.

Durant les années 70 à 80, le statut des occupants des FTM fut au cœur de conflits entre gestionnaires et résidents. Ces derniers revendiquant un véritable statut de locataire qui leur sera enfin accordé par la loi sur la Solidarité et le Renouvellement Urbain (SRU) de 2000. Cette loi a introduit un cadre juridique nouveau puisque même si l'article L.633-1 du Code de la Construction et de l'Habitation (CCH) inscrit le FTM comme une résidence principale, certaines collectivités départementales contestaient pourtant le droit aux aides au maintien à domicile pour les personnes y habitant.

↳ Les résidences sociales<sup>34</sup>, créées en 1995 dans le prolongement du droit au logement pour tous instauré par la loi Besson de 1990, constituent aussi un maillon indispensable pour répondre au besoin de logement temporaire de personnes en attendant d'accéder à un logement pérenne.

↳ Le chantier des mutations des FTM en résidences sociales est un défi aux enjeux colossaux... Avec le vieillissement des résidents, le rôle et la fonction des foyers se trouvent bouleversés. De lieux de passage temporaire, ils sont devenus des lieux de vie permanents pour des personnes dont le statut de travailleur tend à disparaître du fait du chômage, de problèmes de santé ou de la retraite. Progressivement, les foyers se transforment ainsi en «résidences sociale» de fait ou agréées par les pouvoirs publics. La France officialise ainsi le statut de logement. Les personnes migrantes âgées ne sont donc plus hébergées.

---

<sup>33</sup> Cf. supra, page 9.

<sup>34</sup> La résidence sociale est une catégorie de logements-foyers, créée par une série de trois décrets en décembre 1994 (décrets 94-1128, 94-1129, 94-1130 modifiant le CCH).

La loi ALUR, votée en 2014, donne un cadre plus précis de la notion de domicile. On y trouve le rappel que le local privatif mis à disposition des résidents doit être considéré comme leur « domicile ». Il n'en demeure pas moins que les logements-foyers ont un statut particulier : on y affirme la nécessité de respecter le domicile privé tout en prévoyant la possibilité pour le gestionnaire d'y accéder à certaines conditions.

Dans la résidence sociale, on ne se situe pas dans une relation locative classique. « *A la relation bailleur/résident, il convient de rajouter les deux autres dimensions que sont le caractère semi-collectif de ce type d'habitat et le projet social des établissements, qui demandent aux gestionnaires d'avoir le souci des personnes et une vigilance au quotidien. Ce sont des dimensions qu'il est nécessaire de concilier avec la reconnaissance de domiciliation* ». <sup>35</sup>

En ce sens la loi ALUR laisse la possibilité aux gestionnaires de définir la relation que les publics entretiennent avec leur logement. Une relation au travers de laquelle chacun construit son propre mode d'habiter en fonction de son parcours de vie.

S'approprier un logement, c'est à la fois vider et remplir. Vider, car il est nécessaire d'avoir un espace à soi, « vidé » des autres, un espace de liberté et d'intimité où autrui n'a pas ou peu de droit de regard. Mais c'est aussi remplir, car habiter n'est pas une activité abstraite : on s'accomplit avec des objets qui incarnent le vécu, les idées, les sentiments<sup>36</sup>.

Habiter, c'est plus que se loger ou résider. C'est une notion qui engage tous les aspects de la personne, sa mémoire, son identité, sa projection vers le futur. Dans le cadre de la politique d'aide au logement des personnes en difficulté, le concept d'hébergement est clairement distingué de celui de logement et le concept du « logement d'abord » tend à bien marquer cette différenciation. En effet, celle-ci se distingue par le statut juridique de la personne accueillie :

↳ dans le **logement**, elle a un droit reconnu à l'occupation des locaux en contrepartie du paiement d'un loyer ou d'une redevance. L'article L.633-2 du CCH stipule que leurs occupants disposent d'un contrat écrit d'un mois renouvelable tacitement à la volonté du preneur tant qu'il remplit les conditions d'admission et respecte ses obligations.

---

<sup>35</sup> Action Habitat, le magazine de l'UNAF0., 2015, « *Etre chez soi : quand appropriation rime avec accompagnement* », revue n°41, pp. 8-13.

<sup>36</sup> BESSE J.M., 2013, *Habiter : un monde à mon image*, Paris : Flammarion, 250 p.

↳ dans **l'hébergement**, elle fait l'objet d'une prise en charge sociale et si la loi est supposée aujourd'hui la protéger d'une expulsion, il ne s'agit pas d'un droit au maintien dans les lieux. Dans le CASF, l'article L.342-2 prévoit un « contrat de séjour » à durée indéterminée.

Dans les deux cas, il y a bien un droit réel au maintien dans les lieux. Pour autant, le trouble existe et perdure. Sans doute l'emploi du terme «hébergement» répond-il au souci de rendre compte d'une mission qui va au-delà de «loger».

Ne faudrait-il pas qu'enfin la législation française nous permette de traiter des enjeux d'accompagnements au **vieillir chez soi**, quel que soit le statut du lieu où les personnes habitent ?

### **2.2.3 Appréhender l'inter culturalité par une éthique de l'altérité**

La dimension interculturelle de la relation peut être source d'obstacles dans une relation d'aide ou de soin. A travers leurs pratiques culturelles, les migrants vieillissants confrontent parfois les professionnels qui les accompagnent à l'incompréhension et au risque de malentendus.

Agir auprès de la population immigrée vieillissante implique une double connaissance et un double travail : sur son propre imaginaire et celui de son institution d'une part et sur celui de la population concernée d'autre part (ses conditions et ses représentations sociales, son histoire et les particularités de son expérience migratoire, ses codes, ses rites culturels, religieux, sociaux, ses demandes spécifiques...). A chaque catégorie de personnes correspond en effet des problématiques différentes. Les immigrés en France ne constituent pas un ensemble homogène et ne vieillissent pas dans les mêmes conditions.

L'enjeu pour les travailleurs sociaux est de pouvoir donner à leur acte professionnel l'épaisseur d'une démarche réflexive ne les « assimilant pas à des agents de la reproduction sociale qui exerceraient, avec la conviction de leur légitimité institutionnelle, toute la violence symbolique des classes dominantes à l'encontre des minorités »<sup>37</sup>

Par usage ou orthodoxie, l'accompagnement social amène les professionnels à devoir prendre une « distance sociale et culturelle » vis-à-vis des publics. Dès lors, cela suggère des modèles d'interprétations qui figent ces derniers dans une lecture uniquement

---

<sup>37</sup> DJAOUI E., 2012, «se conforter à l'intime et à la culture de l'autre : l'intervention socio éducative au domicile du migrant», Les Cahiers Dynamiques, ERES, n°57, pp. 62-69.

contextuelle de leur situation à travers une grille de lecture institutionnelle normative (par exemple « intégrationniste »).

Le risque est de justement d'omettre la lecture critique d'une situation où l'identité est faite à minima d'une double facette inextricable : celle du vieillissement dans des trajectoires conditionnées socialement et celle de l'appartenance à une minorité qui expose à des fragilisations importantes.

Dans une situation d'inter culturalité, le professionnel se trouve confronté à deux écueils potentiels : ignorer totalement la spécificité culturelle de la personne accompagnée ou catégoriser l'utilisateur par voie de préjugés ou de stéréotypes.

Face à une adaptation des pratiques d'accompagnement pour des raisons culturelles, j'ai constaté que les professionnels s'appuient sur une éthique de conviction ou une éthique de responsabilité pour justifier leurs actions. L'éthique de conviction réfère à la primauté des valeurs jugées inconditionnelles. Elle conduit à une recherche de l'adéquation entre le système de valeur défendu et l'intervention choisie.

Dans cette démarche, les conséquences de l'action sont moins prises en compte que les valeurs qui guident cette dernière. A l'inverse l'éthique de responsabilité donne la priorité aux conséquences potentielles des actes. L'attention est portée sur la visée pragmatique de l'intervention. Les professionnels adaptent leurs pratiques dans un souci d'efficacité.

Au-delà de ces deux options, une troisième me semble la plus adaptée, pour soutenir le développement d'une bonne pratique. Il s'agit d'une modalité de communication quelle que soit la situation, interculturelle ou non, que Valérie WOLFF<sup>38</sup> désigne comme une « éthique de l'altérité ».

Elle permet d'engager un dialogue en trois étapes. La première vise à comprendre la position de la personne et à identifier ses préoccupations. Cette posture permet de considérer la personne en tant que sujet. Il s'agit ensuite que le professionnel explique sa position qui resitue son statut et ses missions. Tout aussi indispensable que l'étape précédente, celle-ci permet de renseigner la personne sur les droits et devoirs du professionnel. Elle suppose que cette dernière connaisse les cadres réglementaires et déontologiques de son activité. Enfin, l'étape de négociation consiste à autoriser l'ouverture aux compromis en fonctions des contraintes de l'environnement. La négociation implique la recherche d'un accord fondé sur la compatibilité des intérêts de

---

<sup>38</sup> WOLFF V., JOVELIN E., 2015, « Accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées », revue *hommes&migrations* n°1309 pp. 97-104

chacun. La différence avec d'autres principes réside en ce qu'une éthique de l'altérité veille à décliner chacune de ces trois phases successivement pour créer un espace respectueux de l'accompagné, tout en tenant compte du cadre d'intervention de l'accompagnant.

L'accompagnement d'une personne âgée en situation de vulnérabilité, du fait d'une limitation de son autonomie, de difficultés de santé au long cours et pour les migrants vieillissants, d'une situation complexe au regard de leur statut d'étranger, se traduit trop souvent par une succession de ruptures comme nous l'avons vu. Ces ruptures pourraient être évitées et leur parcours amélioré. La complexité de la prise en compte et du parcours de la personne âgées en situation de fragilité tient en partie à la diversité des acteurs mobilisés et au cloisonnement de leurs interventions. Il s'agit donc de favoriser la continuité des parcours de vie des personnes dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations et de leur dignité humaine.

## **2.3 La coordination des parcours de vie**

### **2.3.1 Les leviers du maintien à domicile**

- **L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)**

La politique d'aide à domicile des personnes âgées vise à leur permettre de rester chez elles, même si elles ne peuvent accomplir seules certains actes de la vie quotidienne.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus résidant à domicile ou en établissement et confrontées à des situations de perte d'autonomie. L'APA est une allocation personnalisée devant répondre aux besoins particuliers de chaque bénéficiaire. Gérée par les Départements, elle n'est pas soumise à condition de ressources, mais son calcul tient compte des revenus des bénéficiaires. Elle permet la prise en charge d'aides et de services diversifiés. L'incapacité à faire des actes de la vie quotidienne est évaluée selon l'outil AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources). (cf. annexe n°2)

La grille AGGIR sert à évaluer le degré de perte d'autonomie ou de dépendance physique et psychique des demandeurs de l'APA. La grille comporte 6 niveaux. Seuls les groupes 1 à 4 permettent l'attribution de l'APA. A chaque groupe correspond également un montant plafonné de l'APA, une somme maximale définissant un plan d'aide à attribuer. Dans ce cadre, l'aide sociale participe à la prise en charge financière d'une tierce personne. Elle prévoit aussi de prendre en charge une partie des frais relatifs à l'acquisition d'aides techniques, à l'aménagement du logement ou au transport. L'APA à domicile est affectée au paiement de dépenses préalablement identifiées dans le cadre d'un plan d'aide.

Toutefois, depuis la mise en place en janvier 2002 de cette allocation personnalisée d'autonomie<sup>39</sup>, ce mode de paiement est souvent considéré comme insuffisant pour permettre une aide satisfaisante qualitativement et quantitativement en direction des personnes ayant des incapacités importantes. En effet, en 2005 la Cour des Comptes constate que « *la politique de maintien à domicile a, certes, bénéficié de la mise en œuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie, mais la réponse des services d'aide et des différents acteurs n'est pas à la mesure des besoins* ». Cette dernière précise que le maintien à domicile suppose en tout état de cause une implication forte de l'entourage et surtout des familles.

- **Les structures locales favorisant la continuité des parcours de vie**

↳ **L'hôpital** : La personne âgée étant de fait davantage exposée à certains risques comme les chutes ou la maladie, les hospitalisations vont progressivement s'imposer de manière plus régulière. A cette occasion, la personne âgée change d'univers, de rythme ou encore d'habitudes alimentaires. En plus de la pathologie à soigner, cette rupture d'avec le quotidien va la fragiliser. La diminution des fonctions cognitives, c'est-à-dire de l'ensemble des capacités mentales et intellectuelles, explique pourquoi les personnes âgées ont bien plus de mal à s'adapter à des changements d'environnement.

L'hôpital est à double titre le premier maillon du maintien à domicile. Tout d'abord, dans son rôle sanitaire de prise de soins, il contribue à rétablir l'état de santé de la personne accueillie en vue d'un retour probable à domicile. En outre, l'établissement hospitalier prépare ce retour à domicile, en concertation avec la personne concernée, sa famille et les équipes de soins à domicile le cas échéant.

Les anciens travailleurs migrants ne font pas l'objet d'un suivi régulier par la médecine de ville, rares sont ceux qui ont un médecin traitant et il est fréquent d'assister à des hospitalisations en urgence. Le travail préparatoire au retour à domicile est encore trop souvent absent selon nos équipes. En effet, si l'intervenant social et le gestionnaire du foyer tentent d'être en contact avec les assistants sociaux des hôpitaux, il demeure toutefois encore compliqué pour les agents hospitaliers de connaître et appréhender les réalités de ce public vivant en foyer.

---

<sup>39</sup> Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation d'autonomie, JO du 21 juillet 2001

↳ **Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :** Ils sont un maillon essentiel au maintien à domicile des personnes âgées. Ils assurent, sur prescription médicale, les soins infirmiers et d'hygiène générale et concourent à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Ainsi ils peuvent réaliser :

- des soins de nursing, c'est-à-dire des soins d'hygiène et de confort qui sont donnés afin de maintenir ou compenser les capacités d'autonomie. ils comportent aussi les volets surveillance et observation, prévention et suivi relationnel

- des soins techniques infirmiers

- un accompagnement auprès de l'environnement social et familial, notamment auprès des «aidants familiaux» ou personnes aidantes non membres de la famille (voisins, nos équipes)

- un accompagnement dans le parcours de soins (coordination partenariale)

Les SSIAD sont des services sociaux et médico-sociaux, au sens du code de l'action sociale et des familles (art. L. 312-1-6), et sont régis par les dispositions de ce même code en matière d'autorisation, de fonctionnement et de tarification.

Sur le territoire de Villeurbanne, le SSIAD de l'Office Villeurbannais des Personnes Agées et Retraitées (OVPAR) compte dans son périmètre d'intervention le foyer Nicolas Garnier. En ce sens, la collaboration, entre ce SSIAD et les services d'aide à domicile, est essentielle pour assurer la continuité de prise en charge des résidents âgés.

↳ **EHPA et EHPAD :** Les établissements d'accueil des personnes âgées sont administrés pour l'essentiel par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 relative aux institutions sociales et médico-sociales. L'admission dans ces établissements est décidée selon des critères médicaux.

Aujourd'hui, les deux établissements, à proximité du foyer Nicolas Garnier, sont gérés par une congrégation religieuse et hébergent essentiellement des personnes très âgées, 80 ans et plus, dépendantes, majoritairement des femmes, souvent veuves.

Pour la très grande majorité des travailleurs immigrés âgés, l'entrée en EHPA-D est relativement compliquée pour plusieurs raisons : principalement pour des raisons financières puisque les coûts sont bien trop importants pour des personnes âgées de conditions modeste ainsi que l'atteste l'enquête réalisée par l'IGAS en 2009<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Inspection générale des affaires sociales – Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – août 2009.

A ceci s'ajoutent des raisons culturelles et cultuelles... Pour exemple, traditionnellement la personne âgée doit être prise en charge par sa famille, les pratiques religieuses, alimentaire... nécessiteraient des aménagements particuliers qui caractérisent un frein possible pour accéder à ces établissements. Ces derniers sont aussi dans «l'incapacité» à pouvoir accueillir des personnes aux pratiques et cultures différentes.

Plus généralement, c'est la peur du changement d'environnement de se retrouver encore plus isolé qui les conduit à refuser une telle éventualité, comme tout à chacun.

L'un des principaux enjeux pour l'association sera de pouvoir construire des partenariats avec les acteurs institutionnels et associatifs, favorisant l'accès de nos publics à ces établissements.

#### ▪ **Le Territoire comme levier d'approche intégrée**

La question du **bon niveau** de territoire a toujours été soulevée. Il me semble important de s'appuyer sur les travaux réalisés par l'ANAP<sup>41</sup> qui distingue plusieurs axes de travail sur lesquels l'approche territoriale est utilisée :

↳ Le bassin de vie d'une personne : pour la personne, ou la population du bassin de vie, la réponse opérationnelle de proximité en matière de « distribution » de prestations et services mais également de coordination de ces prestations est importante.

↳ Le niveau d'intervention pour l'offre des prestations visant à répondre aux besoins sur un bassin de vie peut se situer à l'échelle d'une commune.

↳ Le niveau de relais, de la coopération et de la mise en œuvre des synergies sanitaires et sociales, qui permet également l'organisation de l'accès aux réponses spécialisées. Ce niveau est, en général, au minimum celui de l'intercommunalité ou de plusieurs cantons.

Ainsi, les modalités de prise en charge du public doivent mobiliser des acteurs intervenant dans un périmètre à géométrie variable, ce qui rend possible l'échange, la coordination, la connaissance ou la reconnaissance mutuelle des professionnels concernés.

Le maintien à domicile, qui concerne aujourd'hui l'immense majorité des personnes âgées, y compris les plus âgées et les plus dépendantes (67% des personnes de plus de 80 ans et plus vivent à domicile), est aussi une évidence à construire pour les publics migrants vieillissants.

---

<sup>41</sup> Agence Nationale Appui à la Performance des établissements de santé et médico-social, 2011, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire, retours d'expérience*, Paris : ANAP, 75 p.

Selon notre union professionnelle (UNAF0), l'ensemble des gestionnaires de foyers n'envisagent en effet ni le retour définitif au pays des résidents, ni le placement en institutions du fait des contraintes évoquées précédemment.

Aralis devra au plus tôt garantir un maintien à domicile adapté. Ce projet d'ampleur s'effectuera notamment par l'amélioration des conditions d'habiter des établissements et la création d'une prise en charge graduée lorsque surviennent les phénomènes propres au vieillissement et à la dépendance.

Face à la fragmentation des organisations et des financements, le dispositif d'intégration MAIA a pour objectif d'homogénéiser les pratiques de l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social en vue de répondre aux besoins de la population et de simplifier les parcours de soin et de vie.

### **2.3.2 La démarche de coordination : la notion de « filière gérontologique » et territoire**

Il importe que les acteurs portent collectivement la responsabilité de la population qu'ils accompagnent, car la continuité des parcours est le résultat d'une intelligence collective, systémique et proactive plutôt que le seul résultat des actes professionnels considérés séparément. Mais cette responsabilité partagée ne naît pas spontanément.

Dès lors, le besoin d'information et d'articulation peut trouver une réponse avec la mise en place de guichets uniques ou intégrés, à l'exemple des MAIA<sup>42</sup> qui ont vocation à constituer l'accès de proximité (quelle que soit la structure) à l'accueil et l'information et à partir desquels la population est orientée vers la structure adaptée.

Le projet de loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dont l'adoption et la mise en œuvre devraient avoir lieu d'ici fin 2015, modifie l'article L.113-3 du CASF dans le but de simplifier l'énoncé du champ d'intervention des MAIA et de rectifier le sens de l'acronyme MAIA, qui devient « la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ».

Le projet de loi confirme que les MAIA n'ont pas vocation à constituer des structures complémentaires mais à conforter et renforcer les structures existantes en travaillant à l'intégration des réponses aux besoins sur les territoires. La MAIA est une méthode de

---

<sup>42</sup> MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

travail commune entre professionnels qui permet de créer un partenariat coresponsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire.

Trois mécanismes sous-tendent le principe MAIA: la concertation (stratégique et tactique), le guichet intégré et la gestion de cas. Trois outils permettent sa mise en œuvre : l'outil standardisé d'évaluation multidimensionnelle des besoins de la personne suivie en gestion de cas, le plan de services individualisé élaboré par le gestionnaire de cas et un système d'information partagé.

↳ **La concertation** a pour objet de décloisonner les différents secteurs et construire un projet commun.

↳ **Le guichet intégré**, pour offrir une « réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en orientant vers les ressources adéquates ».

↳ **La gestion de cas**, les « gestionnaires de cas » interviennent dans les situations complexes, afin de coordonner le travail des différents intervenants.

Les professionnels, en charge de la gestion de cas, sont les équivalents français des « case managers » anglo-saxons ou coordonnateurs de santé en gériatrie ; leur expertise est pluridisciplinaire. Leur mission est d'intervenir dans les situations complexes de personnes subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle.

Le gestionnaire de cas est responsable de la prise en charge globale des personnes qu'il suit, référent et interlocuteur direct de la personne, de sa famille et de son médecin traitant. Il garantit le soutien et l'accompagnement des personnes et des aidants informels et développe un partenariat entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux concernés. Il évalue les situations dans une approche multidimensionnelle, définit un plan de services individualisés, basés sur les besoins dûment identifiés et dans lequel s'inscrivent chacun des professionnels. Il planifie le recours aux services adéquats et effectue les démarches pour l'admission des personnes en établissement ou service médico-social.

Assurant le suivi individualisé de la personne, le gestionnaire de cas doit réévaluer régulièrement la pertinence du plan de services mis en place. Ce travail intensif et au long cours limite à quarante le nombre de situations de personnes simultanément suivies.

Loin d'être linéaires, les besoins des personnes les amènent à avoir recours à plusieurs composantes de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale de façon parfois simultanée, parfois successive ou itérative. La diversification et la souplesse de l'offre permettrait des formes de prise en charge « alternatives » situées entre le domicile et les établissements de type EHPAD.

### **2.3.3 La « petite unité de vie » : un concept intermédiaire entre la vie à domicile et la vie en établissement**

Le dispositif d'hébergement appelé «Petite unité de vie - PUV»<sup>43</sup> date des années 80 avec les domiciles collectifs de Grenoble et les appartements partagés gérés par l'association des Petits frères des pauvres.

Toutefois, c'est dans le rapport PALACH qui a suivi la canicule de 2003, qu'est mentionné le concept de « la petite unité de vie ». Elle vise à concilier la logique du domicile avec la préservation de l'autonomie des résidents, des espaces privatifs, la libre consommation des prestations proposées en interne et le recours à des services extérieurs pour la prise en charge des soins de base et de surveillance médicale et la logique de l'institution avec des interventions possibles 24h/24.<sup>44</sup>

«Les petites unités de vie (PUV) sont des établissements offrant une capacité d'accueil inférieure à 25 places avec la possibilité pour les résidents de percevoir l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) selon les mêmes dispositions que s'ils résidaient à domicile ». L'objectif est d'offrir aux personnes qui ne peuvent plus se maintenir chez elles, un domicile inséré dans le territoire au sein duquel elles ont toujours vécu. Elles sont sécurisées par la présence d'un personnel de jour et de nuit. « Leur fonctionnement repose sur un mode de vie familial, avec la participation individuelle de chacun à l'ensemble des activités proposées»<sup>45</sup>.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vient elle aussi préciser les établissements comme les petites unités de vie.

L'objectif recherché est de maintenir un mode de vie habituel dans un habitat collectif permettant l'intervention de prestations d'aides et de soins. Ces dernières peuvent être gérées directement par la petite unité de vie. Cette forme de prise en charge favorise un véritable accompagnement mettant l'accent sur l'ancrage social et la convivialité tout en respectant l'intimité de chacun. Le partenariat est un enjeu fondamental dans le cadre de

---

<sup>43</sup> Les Petites Unités de Vie sont issues des logements-foyers (loi cadre sur l'urbanisme du 7 août 1957), devant assurer le lien entre domicile et maisons de retraite.

<sup>44</sup> Rapport PALACH JM., 2003, *Viellissement et Solidarités*, IGAS, Les petites unités de vie : conforter leur avenir par un dispositif réglementaire adapté. Inspection générale des Affaires sociales, rapport auprès du Ministre des solidarités.

<sup>45</sup> ANAP., 2013, *Anticiper et comprendre le secteur médico-social, comprendre pour agir mieux*, 65 p.

ce type de dispositif. Il s'impose par l'impérative nécessité de mobiliser les ressources locales favorisant l'inclusion territoriale. La petite unité de vie a in fine pour objectif fondamental de favoriser le maintien à domicile dans une dynamique de prévention pour un « bien vieillir » dans un chez soi.

La Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) préconise ainsi de favoriser l'évolution des « structures classiques » vers « une logique de domicile » d'assouplir et de clarifier la réglementation entourant les initiatives très diverses de formes d'habitat dites intermédiaires afin de « conjuguer les avantages du domicile (le chez-soi) et des établissements (vie sociale et services adaptés)<sup>46</sup>.

Une installation abordée dans une démarche participative peut permettre à un projet d'être capable de s'intégrer dans un territoire. La petite unité de vie est un support pertinent pour créer une synergie autour d'un public exclu où les enjeux ne sont pas négligeables. Appréhender la création d'un tel dispositif dans le cadre d'une démarche globale d'offres graduées, oblige à une réflexion sur la prise en compte du triptyque suivant : résidents, partenaires sociaux et médico-sociaux et les équipes. Le but est de promouvoir une cohésion dans les actions proposées, en favorisant toutes les compétences afin de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie des personnes âgées.

---

<sup>46</sup> CNSA, 2012, Extrait du rapport « promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », 7 p.

## CONCLUSION DE LA SECONDE PARTIE

La mise en lumière des freins et leviers relatifs aux politiques publiques, de ce que revêt l'implication des proches pour un maintien à domicile « réussi », de l'enjeu du domicile pour un « bien vieillir chez soi » et enfin de quels dispositifs pouvons-nous disposer sur un territoire, me permettra de sérier des orientations d'actions.

Pour l'association, il s'agira donc de parfaire son inscription dans l'ensemble des réseaux gérontologique institutionnels et associatifs afin de produire les synergies nécessaires et les plus opportunes pour l'accompagnement de notre public vieillissant.

La position préconisée visera à promouvoir une démarche d'altérité, c'est à dire la prise en compte des migrants vieillissants par les structures existantes, afin que la spécificité culturelle soit rendue quotidienne, familière, ordinaire.

Suite au groupe de travail du CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique) de Villeurbanne, relatif à l'accompagnement des personnes âgées vivant en foyer ou en résidence sociale, nous avons convenu d'élaborer une approche volontariste « d'aller vers ». La création d'une petite unité de vie expérimentale dans la future résidence sociale, Nicolas Garnier, concrétisera un support à partir duquel la coopération des acteurs permettra de développer une démarche de prévention et d'expérimenter une formule intermédiaire de prise en charge.

### **3 UNE « PETITE UNITE DE VIE » POUR UNE CONTINUITE DES PARCOURS DE VIE**

#### **3.1 Créer les conditions du changement pour adapter les prises en charge des publics**

En tant que directrice du service transversal des interventions sociales, j'ai pour responsabilité d'adapter les missions d'accompagnement social dans un contexte organisationnel matriciel et dans un environnement où les politiques publiques nous imposent une adaptation quasi constante.

Au sein du comité de direction, nous avons ainsi déterminé les nouvelles modalités de coopération interservices. J'ai donc été nommée pour mener le projet de mise en œuvre du maintien à domicile des résidents âgés. Dès lors, il me semblait nécessaire de réaliser un cadre de référence prenant en compte les contraintes internes, externes, les missions des différents professionnels, et ce en cohérence avec les objectifs stratégiques de l'association.

Ce protocole partagé visait à donner du sens, à créer des références pour identifier une communauté de pratiques prenant appui sur des fondamentaux acceptés par tous (charte des droits de l'homme et du citoyen, le droit au logement, les recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM ...), sur des valeurs partagées et des principes organisant l'action.

##### **3.1.1 Co élaborer un cadre de référence commun pour adapter le projet de l'association**

La notion de référence est à appréhender dans une dimension dynamique. Il s'agissait de définir les prestations d'accompagnement délivrées en équipe, étroitement articulé avec les attentes et besoins des populations accompagnées (ou à accompagner dans l'avenir) et ce, dans le cadre des orientations des politiques publiques concernées.

Ce travail, associant l'ensemble des catégories de l'association (gouvernance, directions, cadres, personnels...), aura donc permis de mettre en exergue les principaux questionnements portant sur les orientations stratégiques et les pratiques des professionnels.

C'est dans cette logique de travail collaboratif interne qu'ont été façonnés de nouveaux repères professionnels.

Ces derniers ont été pensés collectivement et basés sur une éthique commune, ils font désormais référence pour améliorer l'accompagnement social délivré au quotidien, et notamment auprès des personnes âgées.

Ci-après quelques exemples d'objets ayant été supports aux échanges :

- des cadres juridiques (lois et réglementations, conventions avec les financeurs...)
- l'expérience et la connaissance de terrain des professionnels
- la description de modalités concrètes d'action liées à des situations particulières d'intervention, à des publics ou des prestations spécifiques
- la prise en compte de tensions, de paradoxes, de difficultés... pour conserver une dynamique professionnelle

Ainsi, comme le précise Philippe Dumoulin<sup>47</sup> « dans un contexte de complexité, les professionnels de première ligne apparaissent comme les acteurs les mieux à même de contribuer à la définition des objectifs, dans un processus d'association qui amène à des modifications profondes des systèmes managériaux classiques : révision de l'organigramme vers des organisations plus matricielles, extension de l'usage du projet, développement de la délégation, affinement des processus qualité, révisions régulières des actions... ». Il me semble fondamental de solliciter les professionnels dans une dynamique d'intelligence collective pour favoriser l'analyse partagée, le partage d'idées, les ajustements et actions à mener.

Philippe Bernoux suggère, quant à lui, que l'identité au travail se construit dans les situations où il y a « des relations influencées par les rapports de pouvoir, la relation « aux chefs » et les perspectives d'avenir<sup>48</sup> ». Ces perspectives d'avenir peuvent s'entendre comme projet institutionnel et projet professionnel et sont autant de modèles culturels centraux dans la vie au travail. C'est la capacité que nous avons à définir un cadre, une direction, qui permet à nos équipes de se construire un avenir professionnel.

En effet, l'ajustement du projet associatif a principalement pour origine le questionnement des professionnels qui, s'ils sont déjà confrontés au vieillissement des résidents, sont aussi heurtés par les conditions de vie précaires et chaotiques de ces derniers. Nous pouvons considérer que se sont justement les publics qui provoquent et nous poussent vers le changement.

Cette démarche m'a semblé parfois laborieuse. Certes, si j'ai bénéficié d'un appui méthodologique du CREA Rhône Alpes au démarrage du processus, il m'aura fallu

---

<sup>47</sup> DUMOULIN P., DUMONT R., 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, livre 4, Le travail en réseau, Paris : DUNOD, 637 p.

<sup>48</sup> BERNOUX P., 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Points Essais n°634, nouvelle édition, Paris : Seuil, 193 p.

malgré tout mobiliser l'ensemble des participants durant 18 mois de janvier 2014 à juin 2015.

86 personnes ont ainsi été impliquées, représentant des équipes de sites, des directeurs de services et des administrateurs. Cela représenta 10 groupes de travail dont les missions furent les suivantes :

- le groupe *Administrateurs* : chargé d'explicitier la commande interne relative aux attendus des interventions sociales
  - le groupe *Comité de direction* : chargé de définir la commande externe relative aux attendus des financeurs
  - les 8 groupes *Thématiques* : chargés d'explorer ce qui est relatif aux modalités de travail interdisciplinaire (vieillesse et maintien à domicile, fragilité psychique et habiter ...)
- J'ai eu la responsabilité d'animer les 2 premiers groupes avec le Directeur Général. Pour l'animation des groupes thématiques, j'ai choisi d'associer mes collaborateurs, les responsables de secteur et les directeurs *Ressources Humaines et Exploitation*.

Le cadre de référence a ensuite été présenté à l'assemblée générale des professionnels début mai 2015. Elle fut ponctuée de témoignages de participants.

C'est une réelle déclinaison opérationnelle du projet associatif où les attendus et missions de chacun semblent avoir été réellement partagés et explicités, où la notion d'équipe prime davantage sur les logiques de métiers. Les missions des services transversaux sont d'ailleurs mieux identifiées et reconnues grâce à cette dynamique engagée.

Retenons toutefois les difficultés à articuler le temps nécessaire à la rédaction du cadre de référence dans un processus dynamique de participation des salariés. Il aurait fallu élaborer un plan de communication adapté, certains salariés estimant manquer d'informations durant la période de reformulation écrite des synthèses des groupes de travail, d'allers-retours importants entre les administrateurs, directeurs, cadres dont j'assurais l'interface.

Cette expérience fait écho aux propos de Jean René Loubat sur le management. Pour ce dernier, le management exprime notre « *capacité de rendre possible et donc de gérer les changements, c'est-à-dire de permettre l'adaptation de nos organisations sociales et médico-sociales dans un environnement qui bouge de plus en plus vite*<sup>49</sup> ».

---

<sup>49</sup> LOUBAT JR., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : DUNOD, 385 p.

Changer consiste à créer ou à faire émerger de nouveaux modèles de réponses, de nouvelles modalités d'intervention et suppose de poser un regard attentif sur les évolutions de notre environnement.

De plus, si l'organisation de travail est en elle-même un système qui repose sur «*des régulations formelles*<sup>50</sup>», telles que les règles, processus et procédures que nous validons en tant que détenteur de l'autorité, ces régulations formelles rencontrent en permanence «*les interactions informelles*» en tant qu'ajustements directs qui s'opèrent entre les professionnels. Ces dernières prennent la forme de désaccords, de conflits, d'alliances, de compromis... qui m'ont d'ailleurs permis d'alléger certaines contraintes et qui ont favorisé l'appropriation du cadre de référence.

Dans ce processus collaboratifs, il me semble avoir bien discerné les éléments caractéristiques énoncés par Philippe BERNOUX<sup>51</sup>, l'environnement extérieur à l'institution, l'institution elle-même et ses acteurs. Les trois sont en interaction permanente. Le changement sur l'une a des répercussions sur les deux autres. Qui dit changement dit contraintes, tensions, pressions entre ces trois composantes.

Une institution « qui fonctionne bien » serait celle qui saurait s'adapter à l'ensemble de ces contraintes. Dans le cas présent, je considère que les fondements du cadre de référence ainsi que son élaboration témoignent de ces rapports de force structurels.

Puisque tout changement doit être appréhendé dans une dynamique de construction, nous sommes justement porteurs, du fait de notre positionnement et de notre fonction, de cette dynamique.

Appréhender le projet de maintien à domicile des migrants vieillissants est une continuité de l'histoire de l'association, dans une logique d'adaptation, de ré-interrogation de notre modèle d'agir.

### **3.1.2 Les principes qui sous-tendent notre modèle d'action**

La spécialisation des foyers de travailleurs migrants depuis leur création n'a pas favorisé les partenariats entre acteurs locaux et a, maintes fois, conduit à une insuffisante prise en charge adaptée des personnes âgées.

---

<sup>50</sup> DUBREUIL B., 2013, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social, Analyse de la pratique*. Collection action sociale, Paris : DUNOD, 228 p.

<sup>51</sup> BERNOUX P., 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Points Essais nouvelle édition n°634, Paris : Seuil, 310 p.

Pour mémoire, notre travail s'inscrit fondamentalement dans les principes du CASF aux finalités suivantes : *l'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir (...) l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets* ».

L'action repose «*sur une évaluation des besoins et des attentes des membres de tous groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité et de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature*».

Dans l'histoire des rapports entre l'association et les publics migrants hébergés, force est de constater que les particularismes et droits culturels de ces derniers n'ont jamais été pris en compte. Atteindre le bien-être collectif, en prenant en compte les diverses communautés, semble être encore un enjeu à mettre en œuvre. Respecter cet objectif induit un positionnement clair sur les contours de la laïcité républicaine et sur les modalités d'égalité et d'équité. Certaines initiatives témoignent de la possibilité d'allier le respect des différences culturelles avec l'équité de traitement. L'objectif est de réussir à concilier l'interculturel et le droit commun, c'est-à-dire, parvenir à banaliser l'interculturel au quotidien dans un ensemble sociétal cohérent et équilibré.

Il est donc essentiel de créer des passerelles entre les acteurs du champ de la gérontologie, de la santé et nos équipes. Plusieurs constats m'amènent à ce principe d'action : nos professionnels montrent qu'ils sont dans une inexpérience du sujet âgé avec une sous-estimation du phénomène relatif au vieillissement. En parallèle, ils n'identifient pas le rôle des acteurs de ce secteur. Les établissements spécialisés pour personnes âgées sont considérés par les équipes comme désuets tels les anciens hospices, comme des structures qui gomment les particularismes, comme s'il n'était pas tenu en compte de toutes les avancées dans la prise en charge depuis cette époque lointaine.

De plus, notre environnement (généralement le champ institutionnel) perçoit le foyer ou la résidence sociale comme un lieu insécurisant et ne connaît pas les besoins réels du public logé.

↳ Ce phénomène de distance est principalement dû à la méconnaissance mutuelle.

Les prises de conscience sont nécessaires et urgentes pour développer enfin des complémentarités professionnelles au profit de l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées. Notre principal objectif est donc d'agir au plus vite pour rompre les isolements de nos professionnels. Les préconisations paraissent simples pour créer des actions transversales, co-construites et inscrire les liens pluridisciplinaires plus étroits sur le territoire.

Si le cadre de référence se fonde et encourage in fine d'agir pour ces principes, la mise en œuvre de notre expérimentation (P.U.V) repose donc sur la nécessité de doter les équipes d'une nouvelle grille de lecture. Dès lors, les aspects formatifs auront pour ambition de fournir les apports théoriques et pratiques nécessaires pour la prise en compte du sujet âgé dans toutes ses dimensions y compris rôles et missions des acteurs gérontologiques.

En définitive, ces principes d'actions repositionnent la personne au centre de nos préoccupations, (prise en compte de la culture de l'Autre et modalités partenariales de prise en charge croisée). Ils nous obligent aussi à ne pas réduire les identités des individus à une caractéristique sociale exclusive : une personne peut être âgée et immigrée, et bénéficier de prestations pour ces deux caractéristiques sociales.

Le vieillissement ne doit pas être considéré comme un problème mais comme un fait social, conformément à une éthique d'altérité. Ces principes symbolisent la diversité de notre société et la nécessité pour cette dernière, et pour nous, de continuellement s'adapter.

### **3.1.3 Des nouveaux repères professionnels permettant l'adaptation et la qualification de nos modalités d'interventions**

La méconnaissance des phénomènes du vieillissement, des rôles et missions des acteurs en gérontologie, contraignent nos équipes au quotidien. Il s'agit de développer conjointement une formation et de créer un outil de diagnostic permettant l'interpellation et la collaboration avec les acteurs gérontologiques.

La formation/action doit renforcer le rôle de veille sociale et gérontologique dans une dynamique de proximité (cf. annexe n°3).

Cette démarche a été menée avec la participation du C.L.I.C de Villeurbanne et financée en totalité par le Fonds Européen d'intégration (FEI). L'intérêt manifeste de l'Union Européenne nous aura permis d'engager le programme de formation pour l'ensemble des équipes opérationnelles de l'association, soit 137 professionnels.

Avec les services d'exploitation et des ressources humaines, nous avons choisi de former des groupes interdisciplinaires par territoire. Ils étaient composés d'agents d'entretien, d'agents de proximité, de travailleurs sociaux, de gestionnaire de site et des responsables de secteur. Les résultats visés étaient :

↳ L'adoption d'une dynamique d'anticipation et de prévention professionnelle auprès des résidents vieillissants

↳ La connaissance des publics vieillissants et la compréhension de l'impact du vieillissement dans les résidences sociales et les FTM

↳ L'évolution des postures et pratiques professionnelles des personnels formés en lien avec les acteurs en gérontologie

Le contenu de la formation/action était de pouvoir :

↳ qualifier nos équipes par des apports théoriques sur le vieillissement. Les formations furent focalisées sur les rôles et fonctions des acteurs en gérontologie

↳ mettre en œuvre un recueil de volontés des personnes traitant de leur prise en charge quand survient la perte d'autonomie et ce, jusqu'à leur décès

↳ définir de nouvelles modalités d'organisation d'équipe visant à garantir une observation, une veille sociale, une procédure de signalement et de traitement des situations

#### L'élaboration d'un outil de recueil des volontés des usagers

Les travailleurs sociaux disposent désormais d'un pro-logiciel en intervention sociale. Il s'agit d'un outil informatique pour la gestion des dossiers individuels d'accompagnement. Celui-ci a été développé dans le respect du droit de l'utilisateur (Loi du 2 janvier 2002) afin d'intégrer différentes informations relatives aux volontés de la personne.

Les informations sont consignées avec l'accord du bénéficiaire. Dans le respect des informations personnelles, le pro-logiciel est programmé de manière à pouvoir exploiter statistiquement certaines données, afin de disposer d'éléments nous permettant d'évaluer et d'analyser l'évolution des besoins du public. Cette proposition de développement a été validée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

#### La création de nouvelles modalités d'organisation

Il s'agit de construire un regard partagé entre les professionnels d'ARALIS. A l'issue de la formation, les équipes ont élaboré une grille d'observation et de veille sociale, de signalement et de traitement des situations fragiles des résidents vieillissants.

Le mode opératoire interne élaboré permet à chacun de se sentir impliqué et légitimé dans son intervention, pour favoriser les regards croisés dans la prise en compte globale de la personne âgée. (Cf. annexe n°4)

#### Une nouvelle coopération avec les acteurs gérontologiques

La coordination gérontologique est essentiellement fondée sur l'engagement des divers acteurs de terrain, soucieux de se rassembler et de se mobiliser autour d'un objectif commun. Pour autant, elle n'a jamais réellement disposé de moyens qui auraient assuré sa stabilité.

Toutefois, le besoin d'articulation, d'information et d'intervention trouve aujourd'hui une réponse avec la mise place du guichet unique : la MAIA devient « la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie <sup>52</sup>».

En effet, la MAIA Lyon Centre Est<sup>53</sup> met également en œuvre *la gestion de cas* et une coordination intensive pour les personnes âgées en situation complexe à domicile. Les orientations se font exclusivement par les professionnels dont nous faisons partie (médecins traitants, hôpitaux, infirmières, maison du Rhône, CCAS, SSIAD, services d'aide à domicile, consultations mémoire, équipe mobile...) à l'aide d'une fiche de « demande d'orientation en gestion de cas ».

A ce jour, j'ai ainsi supervisé l'orientation de quatre situations complexes. Dès lors, après l'analyse des situations par l'équipe MAIA, un accompagnement des quatre personnes par un *gestionnaire de cas* a été proposé. La *gestion de cas* vise à favoriser le maintien à domicile en :

- ↳ établissant un plan de service individualisé
- ↳ assurant la mise en œuvre, le suivi, la coordination et la planification des services d'aides et de soins nécessaires, en lien avec le médecin traitant et les professionnels médico-sociaux contribuant au maintien à domicile
- ↳ effectuant des évaluations régulières de la situation et des besoins d'aide.

Ces prises en charge récentes par le gestionnaire de cas, viennent assurer aujourd'hui un accompagnement qui semble être adapté à notre public. Dans le cadre du plan d'évaluation une analyse sera menée sur ce nouveau mode d'intervention.

L'ajustement du projet associatif, la qualification et l'adaptation des modalités de travail en équipe, la collaboration renforcée dans une dynamique de coordination avec les acteurs gérontologiques légitimant et confortant nos missions auprès des publics âgés précaires sont de réels actes de progrès.

Si l'expérimentation d'une prise en charge nouvelle impacte la culture de l'association, elle permet pourtant d'aboutir à une organisation managériale adaptée et précieuse. Interrogeant ma propre pratique, la création d'une P.U.V me renforce dans ma volonté de construire des processus de coopération en interne et externe.

---

<sup>52</sup> Les publics cibles sont les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie fonctionnelle dont le maintien à domicile est compromis.

<sup>53</sup> La MAIA Lyon Centre Est regroupe les territoires de Lyon 3e, 6e, 8e, Villeurbanne, Meyzieu, Decines-Charpieu, Vaulx-en-Velin, Bron, Saint-Priest, Saint Fons, Vénissieux

## 3.2 L'expérimentation d'un nouveau « chez soi »

### 3.2.1 Créer un dispositif de coopération territoriale

Dès les premières séances de formation, les équipes m'ont interpellée sur les suites possibles et surtout concrètes, à élaborer face aux réelles difficultés de parcours des publics âgés dépendants.

En l'absence d'aidants familiaux, comment organiser le maintien à domicile ?

Pour imaginer de nouvelles formes de réponses, j'ai organisé deux groupes de travail en janvier 2015. L'un regroupant différents professionnels de l'association (opérationnels et fonctionnels) et le second composé des acteurs locaux.

- Le premier groupe composé par : le responsable de secteur Villeurbanne Est Lyon, la gestionnaire du site Nicolas Garnier, le chargé d'opération du service patrimoine, la responsable chargée de l'organisation et de la formation, un intervenant social, la coordinatrice santé vieillissement, un agent de proximité. Ce groupe a participé activement à l'évaluation et l'analyse des besoins des personnes âgées résidant sur site. Il a été notamment préconisé d'élaborer une formule de prise en charge adaptée à partir du site pour les personnes qui souhaite se maintenir.

- En parallèle, Il m'a semblé pertinent de solliciter le CLIC de Villeurbanne pour partager les éléments de diagnostics précédents. En effet, la préoccupation des acteurs locaux portait sur le phénomène trop important des hospitalisations de notre public au détriment d'une prise en charge au long cours dans le cadre d'un parcours de soins. Trois pistes de travail ont alors été identifiées :

- ↳ *Améliorer la coordination* des parcours relative à la filière gériatrique des migrants vieillissants pour favoriser le maintien à domicile ;
- ↳ *Créer une offre intermédiaire* entre le domicile et l'établissement pour personnes âgées de type EHPAD ;
- ↳ *Accompagner le cas échéant la personne âgée dépendante vers un EHPAD* du secteur.

Aussitôt, avec le SSIAD et les partenaires locaux, nous décidons de créer un dispositif expérimental de type « Petite unité de vie ». Il s'agit d'une offre intermédiaire pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en perte progressive d'autonomie.

Malgré le fait, qu'il n'existe pas dans le schéma gériatrique et le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), d'appel à projet relatif à la création d'une Petite Unité de Vie sur le territoire, ce projet a pour autant reçu une validation de principe par l'ARS et la Métropole eu égard le caractère expérimentale du projet.

Ce montage s'appuie sur une stratégie de coopération dans une dynamique de plateau technique au service d'un territoire. Il s'agit de rapprocher nos pratiques pour créer des modes de réponses adaptés aux besoins des personnes dans le cadre d'une prise en charge globale. Cette démarche cherche à renforcer la cohérence et la continuité de l'accompagnement de la personne âgée, en dépassant la fragmentation des services et des intervenants, dans une dynamique de coordination de parcours.

La notion de parcours met en premier plan l'enjeu de l'évolution de pratiques professionnelles et la place de la coopération au sein de celles-ci dans un contexte d'interdépendance croissante.

La création d'une petite unité de vie au sein de la future résidence sociale Nicolas Garnier à Villeurbanne, est une des réponses aux attentes sociales repérées. Ce projet, présenté au conseil d'administration en avril dernier, fut donc approuvé.

Cette création permet à l'association de mobiliser les conditions organisationnelles pour répondre aux besoins actuels de maintien à domicile.

J'ai aussi présenté ce projet pour recueillir l'avis des représentants du personnel lors de la délégation unique du personnel (DUP) de mai. Les questions soulevées portaient notamment sur les modalités d'articulation entre les professionnels du SSIAD et notre équipe de site. Suite aux éclairages apportés, il a été noté la pertinence de mobiliser les compétences d'une structure adaptée plutôt qu'organiser nous-mêmes ce mode de prise en charge.

Un dossier de demande de création d'une petite unité de vie a été déposé auprès de la Métropole de Lyon et l'ARS.

Il va sans dire que cela fait suite à une rencontre préalable entre l'élu aux personnes âgées de la collectivité, ses services, la directrice handicap et grand âge de l'ARS et le président d'ARALIS, la directrice du SSIAD et moi-même, afin de requérir l'avis des autorités compétentes sur ce projet.

Enfin avec la directrice du SSIAD, nous avons mis en place un groupe de pilotage composé de six salariés de nos deux structures. Cette équipe est chargée de rédiger le projet empreint des principes fondamentaux suivants :

- ↳ Respecter l'identité et l'histoire de la personne
- ↳ Respecter et assurer la continuité de son mode vie, ses habitudes dans son nouveau logement
- ↳ Associer la personne dans les décisions et les actions qui la concernent
- ↳ Dans le cadre d'une démarche « éthique de l'altérité », trouver par le dialogue un compromis avec la personne dans les actions à mettre en œuvre

- ↳ Faciliter l'intervention des acteurs locaux par une communication adaptée auprès de la personne
- ↳ Assurer un accompagnement favorisant le lien social et la convivialité
- ↳ Accompagner la personne avec bienveillance et professionnalisme jusqu'à la fin de sa vie.

J'ai conscience, y compris via mes échanges avec la directrice du SSIAD, des risques et des enjeux relatifs au pilotage de ce projet, aux territoires de compétences et à la coopération entre nos deux équipes.

C'est pourquoi, au-delà de notre propre engagement de manager, nous avons décidé d'élaborer de nouvelles modalités de coordination afin de faciliter l'appropriation du projet par nos équipes respectives. Deux séminaires furent nécessaires pour poser les premiers jalons d'une collaboration naissante. Cette mise en cohérence de nos professionnels souligne surtout l'importance de la dimension relationnelle dans la coopération. Une convention partenariale, élaborée pour fin 2015, fixera les modalités de fonctionnement et de collaboration. Il s'agira de définir le périmètre de responsabilité et d'action de chacune des structures.

### **3.2.2 Une organisation centrée sur les besoins des résidents**

#### Le public et les modalités de leur admission

Les personnes ciblées sont évidemment celles de plus de 60 ans, logées prioritairement dans nos établissements de Villeurbanne. D'un point de vue référentiel, les personnes positionnées seront de type Gir 5 à 6, ayant besoin d'une aide et d'un accompagnement dans les actes et activités quotidiennes.

- concernant les résidents du foyer Nicolas Garnier, leur maintien dans leur environnement habituel relève d'une des conditions du PTFTM qui doit garantir le relogement des résidents âgés sur le site réhabilité.

- pour les autres personnes susceptibles de devenir membre de cette unité, les équipes d'Aralis seront à même d'effectuer les orientations.

Les admissions seront validées dans le cadre d'une commission mensuelle composée du responsable de maison, de l'intervenante sociale, de la coordinatrice santé vieillissement et de l'infirmier coordonnateur du SSIAD. Nous avons pour objectif d'observer et de maintenir un GMP de 300 pour conserver la particularité de la PUV.

#### L'habitat premier facteur de prévention

La petite unité de vie non médicalisée de 24 logements sera installée au sein de la future résidence sociale Nicolas Garnier (cf. annexe n°5).

Ce foyer fait l'objet d'une destruction/reconstruction pour devenir une résidence sociale. Ce site est implanté au cœur de la ville de Villeurbanne, sa localisation facilite une intégration et une interaction avec la population locale, mais aussi avec les associations, les commerces de proximité et de divers services.

Cet immeuble composé de trois corps de bâtiments comprendra 242 logements (studios). C'est dans le premier bâtiment que nous avons décidé d'y implanter la petite unité de vie car il présente deux atouts majeurs :

- Le projet architectural a permis de rassembler les 24 logements en RDC et au 1<sup>er</sup> étage

- il bénéficie d'une cour intérieure accessible et réservée aux publics logés. Cet espace sera aménagé d'une terrasse, de bancs, d'une tonnelle. Des bacs de terre surélevés permettront une activité de jardinage d'ornement et potagère animée par l'association « Passe-Jardins<sup>54</sup> ».

Pour mener à bien le projet d'aménagement de la petite unité de vie, nous nous sommes engagés à respecter à la fois la charte du Conseil Départemental dite « charte du logement adapté » et le cahier des charges de la CARSAT relatif à la poursuite et au développement de lieux de vie collectifs. Ce dernier nous permet notamment de bénéficier de financement d'investissement et de fonctionnement. Ces deux documents de référence précisent, au-delà des obligations légales qui s'imposent aux logements sociaux, les conditions optimales pour que le logement soit un atout pour la personne âgée. En effet, l'habitat peut accroître la dépendance et l'isolement ou, au contraire, en être le premier facteur de prévention.

Par ailleurs, le montage financier de cette opération doit permettre de dégager un montant de redevance adapté aux faibles ressources du public cible.

#### Les modalités d'accueil et vie de la maison

Les documents prévus par la loi 2002-2 seront remis à la personne dans le cadre d'un accueil adapté. Le temps de l'accueil d'un résident représente une étape importante car elle conditionne et détermine la qualité des relations à venir.

Par ailleurs, une bienveillance sera accrue face au phénomène d'anxiété que pourrait représenter la nouvelle forme de prise en charge. Dès lors, le résident bénéficiera d'un accueil de qualité où lui sera présenté, explicité et en cas de besoin de pouvoir bénéficier

---

<sup>54</sup> Association « le passe-jardin » [www.lepassejardins.fr](http://www.lepassejardins.fr)

d'une traduction. La personne âgée sera en outre accompagnée dans cette étape par la responsable de maison.

Au-delà de la réglementation, ces outils (livret d'accueil, contrat de séjour, règlement de fonctionnement...) sont des leviers pertinents eu égard la place réservée aux bénéficiaires. En effet, il s'agit là d'une avancée majeure pour l'association, car dans le cadre de ses activités habituelles, elle n'est pas soumise au respect de la loi 2002-2. Désormais, au regard de l'histoire de l'association, placer la personne au cœur de ses préoccupations pourrait s'apparenter à un véritable changement culturel.

La petite unité de vie offre un mode de prise en charge qui allie la sécurité et la vie que nous pouvons qualifier de familiale. La coordination du parcours de soins, assurée par le SSIAD, veillera au maintien des liens entre les personnes et leurs référents médicaux (médecin traitant,...). Le personnel intervenant accompagne les résidents au quotidien en respectant leur rythme de vie, leur libre choix.

Les migrants vieillissants ont pour habitude de faire leur marché et de confectionner eux même leur repas. Il s'agira là de conserver le plus longtemps possible cette habitude et ce pour les bienfaits qu'elle procure (marcher, choisir ses produits, discuter avec les marchands, boire son café, cuisiner et manger ce qu'on aime...). Il s'agira donc tant que leurs capacités physiques le permettent, d'accompagner ces personnes à poursuivre cette activité. Les menus seront définis avec les résidents et ces derniers seront associés à la confection. Un partenariat avec l'association «pois chiche et miel» a été développé afin qu'en cas de besoin, les repas du weekend puissent être confectionnés et partagés avec des bénévoles. Ces moments autour du « vivre ensemble », où se tissent des liens rythment agréablement les journées.

#### Les activités support de relations sociales

L'animation sous la forme d'ateliers semble la mieux appropriée aux souhaits et aux types de relations sociales entre personnes âgées immigrées. Ces ateliers constitueraient l'occasion de développer un sujet précis et bien délimité avec un intervenant extérieur et une traduction. Ces ateliers devront privilégier l'expression et les représentations de participants comme socle de base à partir desquelles les savoirs seront transmis. Les explications devront utiliser des moyens didactiques de type modèles anatomiques, photo et imageries médicales, vidéos, etc.

Il est indispensable de trouver des approches très innovantes, dans le sens d'une adaptation des outils et des méthodes de médiation pour des publics analphabètes dans

un environnement d'informations scientifiques foisonnant lié aux publics ayant les prérequis pour leur compréhension. Des actions visibles sont à privilégier ainsi que des supports pédagogiques qui les impliquent directement, lorsqu'ils pratiquent eux-mêmes les gestes qui sauvent, par exemple lors d'une action de prévention et d'information sur les gestes cardiovasculaires et quand une réponse leur est ensuite apportée par les acteurs sanitaires. Pour exemple, avec les services de la CARSAT a été élaboré une action coordonnée autour du droit à la retraite et de la prévention des risques liés au vieillissement. Celle-ci s'inscrit dans le cadre du Plan Proximité Autonomie de l'Avancée en Age (P3A) dont les priorités sont recentrées sur le ciblage des populations fragilisées.

Les actions collectives ont pour objectif de stimuler les capacités des personnes en leur offrant des moments de convivialités très prisés. Toutefois, il faudra tenir compte que le sujet âgé a des capacités limitées et se fatigue assez vite. Il s'agira de prévoir un éventail d'activité avec des durées adaptées.

Les activités autour de des actes de la vie quotidienne seront inscrites comme des supports pertinents afin d'accompagner les personnes à la maîtrise et la gestion de son « chez-soi ».

Le conseil de la vie sociale, sera l'instance de régulation qui permettra de faire des points d'étapes d'avancement du projet d'établissement au regard des actions conduites. Il sera consulté pour toutes mesures de modification du règlement de fonctionnement et du projet de la maison.

#### Des supports de communication adaptés

Les personnes âgées immigrées, notamment originaires d'Afrique sont illettrées, voire analphabètes, les messages affichés restent en l'état inaccessibles.

Les approches participatives se révèlent plus pertinentes dès lors qu'il s'agit d'adapter des messages, une communication à destination des publics dont les codes et références socioculturels peuvent être différents de ceux des porteurs du message.

Ainsi, faire participer les personnes à la réalisation des supports de communication peut permettre de mieux articuler les efforts et les effets, et ce, à plusieurs titres :

- ↳ Adapter la nature, la forme et les contenus des messages à faire passer
- ↳ La collaboration entre les parties permet leur rapprochement et une meilleure compréhension bénéfique à de nombreux autres aspects de la vie collective et à des actions sur tout autre plan
- ↳ Mobiliser les ressources des parties pour innover ensemble et éviter les effets de routine, en incitant à se poser d'autres questions, en continu.
- ↳ D'autres outils : le théâtre forum, les expositions, les photos et les films.

↳ La communication sociale est un vecteur de transfert de l'information, mais il faut veiller à une diffusion de messages non transformés et prendre en compte la place de chacun.

Enfin, nous avons pour projet, avec l'association des Petits Frères des Pauvres, de faire intervenir des retraités bénévoles afin d'accompagner notre public hébergé âgé, à visiter, le cas échéant, l'EHPAD de son quartier et préparer leur projet de fin de vie. Cette démarche nécessite d'ailleurs beaucoup de temps pour une créer une relation de confiance aboutie.

*In fine*, des temps d'échanges appropriés et réguliers qui créés la confiance, prendre en compte les centres d'intérêts des personnes, adapter les supports d'action et de communication, représentent des modalités d'actions pouvant s'appliquer à tout type de public en situation de vulnérabilité ou d'exclusion.

### **3.2.3 Garantir le bien-être des publics par l'accompagnement d'une dynamique d'équipe**

Il est prévu que l'équipe dédiée à la petite unité de vie soit placée sous mon autorité hiérarchique. Cette organisation me permettra de gérer et donc de pouvoir évaluer au plus près cette action. Le personnel représente 6 personnes.

L'équipe est composée d'un responsable de maison (0.8 Etp), d'un intervenant social (0.5 Etp), de deux auxiliaires de vie sociale (2 Etp) et de 2 veilleurs de nuit (2 Etp)<sup>55</sup>. L'organisation permettra d'assurer une présence 24h/24 et 7 jours/7, même si nous n'en sommes pas contraint réglementairement.

L'état des lieux sur le vieillissement au sein de nos établissements, réalisé par mon service, a permis d'évaluer les besoins actuels et futurs<sup>56</sup> en matière de prise en compte de cette problématique par l'association.

A ce titre, dans le cadre de la démarche engagée en 2014 pour la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) à 5 ans, nous avons, en comité de direction, précisément identifié les compétences et les qualifications nécessaires des emplois pour faire face aux besoins de vieillir dans son « chez soi ».

---

<sup>55</sup> La veille de nuit sera par ailleurs mutualisée avec les 2 veilleurs de nuit de la résidence sociale

<sup>56</sup> Analyse prospective de la pyramide des âges des résidents et l'analyse de la demande de logement par des personnes de 60 ans

Nous avons pu (notamment pour les métiers d'agents de proximité et de gestionnaires de site) mettre en perspective les besoins en formation afin d'outiller les professionnels en compétences. Ainsi conformément à la GPEC, j'ai réalisé les descriptifs de fonctions et les fiches de poste en collaboration avec le service des ressources humaines.

Les critères indispensables pour la prise de fonction sont : la technicité (savoir-faire), la capacité à établir une relation de confiance avec respect, l'écoute, la tolérance, la discrétion (savoir être), adopter une posture et des attitudes professionnelles qui prennent en compte la situation de chaque personne, la capacité d'ajustement pour garantir la prise en compte des besoins de la personne.

a. **Le responsable de maison** : il/elle assure la gestion et le fonctionnement de la structure par la mise en œuvre du projet d'établissement. Il a en responsabilité la gestion des ressources humaines et budgétaire. Il a en charge avec son équipe, le suivi gérontologique des résidents dès l'entrée et ce jusqu'à la préparation de leur projet de sortie. Il est l'intermédiaire entre le résident, le médecin et les professionnels paramédicaux pour la cohérence des interventions. Il coordonne et développe les relations partenariales locales. La qualification attendue est : titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS).

b. **L'intervenant social** : il/elle assure l'accompagnement social individuel et collectif. Il est en charge, à l'issue d'un diagnostic social, d'accompagner la personne pour l'ouverture et le maintien de ses droits sociaux et mène, le cas échéant, des actions d'intermédiations avec les administrations et services de droit commun. Il assure l'organisation dans le cadre d'une étroite participation des résidents, des actions collectives internes et externes. Il collabore avec l'ensemble de l'équipe pour la mise en œuvre des activités. La qualification attendue est : titulaire du diplôme d'état d'assistant social (DEAS).

c. **Les auxiliaires d'aides à domicile** : ils/elles assurent l'accompagnement et aident les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne : aide à la mobilisation, aux déplacements et à l'installation de la personne ; aide à l'habillage, à la toilette (lorsque celle-ci ne fait pas l'objet d'une prescription médicale), aide à la réalisation et/ou à la prise de repas, aide à la réalisation de courses, aide à la prise des médicaments, entretien courant du linge et des vêtements et du lieu de vie.

La qualification attendue est : titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD).

Dans le cadre de la GPEC, j'ai prévu que la majorité de ces postes soient proposés aux professionnels du site de Nicolas Garnier. D'ailleurs, dans le cadre d'un parcours de professionnalisation, la gestionnaire et des agents de proximité viennent d'obtenir respectivement les diplômes de CAFERUIS et CAFAD.

d. **La gestionnaire du site** a intégré Aralis voilà quelques années en tant que cuisinière professionnelle pour assurer la gestion d'une « table d'hôte » que j'avais créée. Il s'agissait de permettre aux résidents, représentés majoritairement de migrants vieillissants, de concevoir avec une cuisinière professionnelle un repas pour 2 euros, grâce au concours de la banque alimentaire. Au regard du parcours professionnel de la gestionnaire, de ses qualifications et ses compétences, celle-ci demeure dans une réelle dynamique et volonté de contribuer activement à l'amélioration des conditions de prise en compte du vieillissement des migrants (ce fut d'ailleurs l'objet de son mémoire de Caferuis). Elle assurera donc la fonction de responsable de maison.

e. **Les agents de proximités** réalisent des actes de petite maintenance dans les logements et dans les espaces collectifs (changement d'ampoule, distribution des draps...), des interventions quotidiennes favorisant le vivre ensemble. Ils sont « en première ligne », et constatent les difficultés des résidents.

Dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation, des gestionnaires ont pu identifier chez certains agents une réelle préoccupation relative aux conditions du vieillissement des résidents... En dehors de leur temps de travail, certains font les courses, d'autres le ménage et parfois l'aide à la toilette pour un résident âgé.

Dès lors j'ai proposé que nous puissions transformer ces « initiatives citoyennes » par une démarche de professionnalisation dans le cadre du CAFAD. Un agent de proximité est désormais titulaire du CAFAD et occupera donc les fonctions d'auxiliaire d'aide à domicile. J'opterai pour un recrutement externe pour le 2<sup>ème</sup> poste. Il me semble effectivement pertinent qu'un professionnel externe à l'association rejoigne l'équipe de la P.U.V pour prévenir le phénomène de « l'entre soi ».

Parmi toutes les missions du Directeur, la plus essentielle et la plus complexe est sans conteste celle de construire et manager des équipes, car elle relève toujours d'un défi humain : comment faire agir de concert des personnes possédant des trajectoires, des valeurs, des pratiques et des objectifs professionnels divers ?

Ma **stratégie managériale** nécessite en premier lieu d'accompagner la responsable de maison en tant que véritable chef de service. Cette dynamique génère une organisation nouvelle dans l'association puisque c'est la 1<sup>ère</sup> fois qu'une personne sera à la fois en charge d'un établissement et aura l'autorité hiérarchique auprès de l'équipe qui intervient.

En outre, cette démarche d'ingénierie devra être temporaire (évaluée à 2 années) afin de l'intégrer globalement dans l'organisation territoriale classique de l'association. A terme, le responsable de secteur, avec lequel des points réguliers auront lieu, sera référent du dispositif et de l'équipe en place.

A court terme, j'organise donc une réunion hebdomadaire afin favoriser une synergie pluridisciplinaire où chacun doit pouvoir participer, être force de proposition, suggérer les améliorations dans une dynamique de cohésion équipe.

Le choix d'un mode de management participatif, a pour objectif de rendre efficace un apparent paradoxe : conjuguer l'initiative individuelle et l'action collective. La mobilisation des professionnels dans une dynamique de consultation et de co construction contribue à une stratégie d'adhésion forte au projet. Ce mode de management n'est pas toujours serein, mais je constate par ma pratique qu'à terme, la participation vise à responsabiliser davantage les acteurs et à les rendre moins dépendants, à améliorer leur force de proposition, à garantir une plus grande fiabilité dans la compréhension et in fine à l'application des décisions.

La participation est donc une posture de bon sens car elle développe la dynamique et le travail d'équipe, primordial pour la réussite d'un accompagnement de qualité auprès de personnes vulnérables.

L'équipe sera également en relation avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux (SSIAD, médecine de ville..). Un cahier de liaison favorisera la transmission d'informations. Il s'agira bien d'une coordination professionnelle dont le principal objectif est la prise en charge globale et suivie de la personne aidée. Chaque intervention fait appel à des niveaux de performance différents, pour autant la réalisation des objectifs s'obtiennent par cohésion des compétences de tous. J'animerai donc avec la Directrice du SSIAD, une réunion mensuelle avec la participation des intervenants pour faire le point sur l'accompagnement des personnes et l'adéquation avec leur projet de vie. Par ailleurs, conformément aux recommandations de l'ANESM<sup>57</sup> l'équipe bénéficiera mensuellement d'une séance d'analyse de la pratique animée par un prestataire.

---

<sup>57</sup> ANESM : Agence National de l'Evaluation et la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux

Consciente des risques d'intrusions relatives aux actes professionnels, d'imposer une seule forme de modèle d'un « chez soi », je veillerai à accompagner les équipes à favoriser, une éthique de l'altérité<sup>58</sup> dans les postures professionnelles afin que le libre choix de vie de la personne âgée soit privilégié (respect des codes culturels et culturels). Par ailleurs, comme la personne âgée pourra investir son logement comme elle l'entend, je travaillerai avec l'équipe pour viser un haut niveau de tolérance relatif au mode d'habiter. Cela sera régulièrement évoqué en réunion d'équipe et avec les intervenants du SSIAD, ayant pour seul limite les conditions de sécurité et d'intégrité physique et morale des personnes.

Dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation, il s'agira de mesurer l'adéquation des compétences aux attendus des postes afin de définir les éventuels approfondissements de connaissances à acquérir. Les besoins seront inscrits au plan de formation. Ce processus d'évaluation a pour autre objectif, dans le cadre d'un dialogue avec le salarié, de mieux appréhender les points de tensions dans l'exercice de sa mission relatifs à l'organisation et de requérir son point de vue à ce sujet. Si la qualité de l'accompagnement des résidents est une priorité, je m'attache aussi au bien-être professionnel de mes collaborateurs.

La communication représente un point clé de la vie d'une organisation, particulièrement lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre d'un nouveau projet. Au-delà de l'utilité fonctionnelle des réunions, il s'agira de développer une communication régulière dans le cadre des réunions hebdomadaire d'équipe, du comité de direction et trimestrielle auprès des membres du bureau de l'association. La stratégie se situe à deux niveaux : d'une part la préparation d'un certain nombre de décisions, de validations. D'autre part, elle donne l'occasion de comprendre ses approches et ses orientations aux acteurs et de les faire adhérer à ces dernières. Si les réunions remplissent une fonction opératoire, elles réduisent l'incertitude au sein de l'organisation et elles sont des instances de co-construction (ou déconstruction) du projet.

### **3.2.4 Une coopération financière nécessaire**

Le financement du projet porte sur une section d'investissement et de fonctionnement.

---

<sup>58</sup> Cf. supra pp 41-43.

Au titre du volet Investissement : Concernant les logements, nous avons pu bénéficier d'un financement de la CARSAT pour les travaux d'aménagement de ces derniers dans le cadre du cahier des charges relatif au développement des lieux.

Trois axes stratégiques sous-tendent le financement de dépenses pour la construction, la modernisation, l'aménagement ou l'équipement de lieux de vie collectifs :

« **Axe 1** : Aider les structures permettant l'amélioration de la vie sociale et la prévention des risques liés au vieillissement à destination des personnes retraitées, grâce à des actions d'animations culturelles et sociales ou des activités physiques au niveau local,

**Axe 2** : Favoriser les modes d'accueil intermédiaires entre l'habitat individuel et l'hébergement collectif en institution par la création de différentes formes de logements individuels regroupés,

**Axe 3** : Développer un cadre de vie de qualité en accompagnant la rénovation des établissements destinés aux personnes retraitées relevant des GIR 5 et 6 notamment en amplifiant la rénovation des logements foyers."

Le plan de financement de l'opération se réalise via la mobilisation de différents services de l'Etat et le concours de la Fondation Abbé Pierre :

↪ Dans le cadre du **plan locatif à usage social (PLUS)**, l'Etat permet un emprunt à hauteur de 70% du plan de financement et un conventionnement APL (allocation personnalisée au logement) pour les résidents. Dans le cadre du **PTFTM**, il assure (via la DAAEN) la prise en charge de la perte d'exploitation durant l'opération jusqu'à la livraison et le financement du mobilier à hauteur de 5%. Ce concours conditionne l'admission des logements aux publics migrants vieillissants. Enfin, **la CARSAT** finance la promotion de formules intermédiaires entre le domicile et l'établissement type EHPAD à hauteur de 3%

↪ **La fondation Abbé Pierre** qui encourage et soutient ce type d'action permettant l'accueil d'un public en rupture à hauteur de 10%

↪ Enfin **l'association Aralis** mobilise ses fonds propres pour équilibrer l'opération à hauteur de 12%.

Au titre du volet Fonctionnement, le décret 2006-181 du 17 février 2006 précise les modalités de tarification pour les petites unités de vie. Trois possibilités tarifaires existent (cf. annexe n°6).

Avec la directrice du SSIAD, nous envisageons l'augmentation de places de ce dernier de pouvoir couvrir les besoins du public. Nous échangeons actuellement avec l'ARS dans le cadre des places programmées au PRIAC. Des négociations sont également en cours avec la Métropole du Grand Lyon dans le cadre du PA/PH, relatif au financement du poste de responsable de maison.

Ces premières démarches semblent avoir permis à l'ARS et la Métropole d'apprécier favorablement la particularité de ce dispositif. En l'espèce, le caractère expérimental de cette PUV semble correspondre à la stratégie souhaitée par l'ARS et la Métropole concernant les modalités de réponses adaptées à l'égard d'un public exclu.

Enfin, la direction de la citoyenneté, de l'immigration et de l'intégration (DCII) de la préfecture du Rhône, en charge du PDIPI, valide le financement d'un poste de travailleur social pour l'accompagnement à l'accès aux droits des résidents de la P.U.V.

Le financement prévisionnel de la PUV s'articule de la manière suivante :

Prestations réalisées	Financements	Aralis	SSIAD
Logement conventionnés APL	Le résident	x	
0.8 ETP Responsable de maison	Métropole- Action expérimentale	x	
0.5 ETP Intervenant social	DCII- Accompagnement accès aux droits	x	
2 ETP Aide à domicile	Carsat dispositif « passerelle » Métropole - APA domicile	x	
1 ETP veilleur de nuit	DCII + Carsat + Métropole	x	
Analyse de la pratique	Plan de formation	x	
Prestations d'animation	Carsat - subvention de fonctionnement	x	
Soins - SSIAD	ARS		x

Le budget prévisionnel sera composé comme suit :

- ↪ Le groupe I, relatif aux dépenses afférentes à l'exploitation (achats,...), représente 14% du budget fonctionnement
- ↪ Le groupe II, relatif aux rémunérations et charges du personnel représente 76%
- ↪ Le groupe III, relatif aux dépenses afférentes à la structure représente 8%.

### 3.3 L'évaluation, un processus d'amélioration continue et indispensable

Le législateur avec habileté a instauré une procédure double : la première sous forme d'auto-évaluation par le gestionnaire, qui s'apparente à une démarche qualité, et la seconde réalisée par un prestataire habilité, qui délivre par l'autorité de contrôle et de tarification, une accréditation pour poursuivre l'activité.

Pour moi, l'évaluation doit permettre l'analyse de l'efficacité de l'action et d'identifier les ajustements nécessaires à cette dernière. Elle peut donc être un véritable outil d'aide à la décision, à la mobilisation des équipes, favorisant ainsi l'accompagnement au changement.

Cette démarche d'évaluation sera conduite durant les 18 premiers mois de l'action et sera structurée pour répondre aux prescriptions multiples relatives à ce dispositif expérimental:

- celles exigées par les autorités de contrôles, relatifs à la légalité et la conformité
- celles relatives à l'association, traitant notamment de la conformité et la qualité
- celles relatives à l'efficience et à l'amélioration du service aux résidents

Evaluer et analyser la qualité des prestations délivrées, la qualité des relations avec les bénéficiaires et la qualité du processus de l'organisation ne peut se conduire, selon moi, qu'avec les professionnels en charge de l'opérationnalité de nos missions.

Comme le précisait un professionnel de l'équipe « évaluer c'est identifier et se rendre compte de notre plus-value ». Cet état d'esprit est un ferment indispensable et présent dans l'équipe. Pour favoriser la mobilisation et la motivation de l'équipe, Il s'agira de développer une logique intégrée de long terme. Autrement dit, l'évaluation doit être intégrée dans le management, sachant que les procédures de travail sont inévitablement questionnées et les ajustements, qui en découlent, construits de manière collective en équipe.

J'ai conscience que les effets possibles générés par cette démarche peuvent s'avérer déstabilisants voire démobilisants lorsque celle-ci témoigne de dysfonctionnements de notre organisation, d'une moindre qualité des prestations que nous délivrons...

Le « juste équilibre » dans la mobilisation de l'équipe nécessite que l'évaluation ne devienne une pratique trop complexe pour les professionnels. Dès lors, respecter un seuil accessible, l'évaluation peut conférer un sens nouveau et une motivation accrue au travail d'une équipe.

La méthodologie mise en œuvre est donc la suivante :

#### Une étape préalable :

- ↳ Présenter les enjeux de l'évaluation à l'équipe

- ↳ Présenter à l'équipe le contexte législatif, réglementaire, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM
- ↳ Elaborer en équipe le calendrier, le contenu, la méthode et les supports

**Première phase de l'évaluation (6 mois) :**

- ↳ Planifier et mettre en œuvre le projet d'évaluation
- ↳ Mettre en place un comité de pilotage composé des 2 représentants du CVS, du responsable de maison et de secteur, d'un membre de l'équipe, d'un représentant de chaque service, la directrice du SSIAD et l'infirmier coordonnateur.
- ↳ Présenter les enjeux de l'évaluation aux bénéficiaires
- ↳ Définir les critères, les indicateurs de résultat, les construire les uns par rapport aux autres
- ↳ Impliquer l'équipe, les usagers pour l'élaboration des questionnaires afin de mesurer la satisfaction des usagers, analyser ses résultats et produire une réflexion collective sur l'évaluation interne

**Rédiger le rapport d'évaluation et communiquer les résultats (18 mois)**

- ↳ Mettre en forme les contenus
- ↳ Partager les résultats et élaborer les préconisations en comité de suivi
- ↳ Présentation du rapport au Directeur Général et aux membres du bureau de l'association pour valider et/ou ajuster la poursuite de l'action (COPIL)
- ↳ Présentation du rapport et des perspectives (si validation du COPIL) aux partenaires de l'action

**Développer une logique de long terme**

- ↳ Renforcer les procédures de suivi : indicateurs et tableaux de bord
- ↳ Ajustement des objectifs et proposer des axes d'amélioration
- ↳ Elaborer un plan d'actions pluriannuel

**Bien se préparer à l'évaluation externe**

- ↳ Présentation des méthodes et référentiels utilisés dans le cadre de l'évaluation externe
- ↳ Identifier les évaluateurs habilités et les différentes étapes de l'évaluation externe
- ↳ Engager une réflexion avec l'équipe sur les enjeux de l'évaluation externe

Tableau récapitulatif des objets d'évaluation :

<b>Objectifs</b>	<b>Critères d'évaluation</b>	<b>Résultats attendus</b>
<b>Améliorer la coopération interne</b>	Création d'un comité de pilotage et d'un comité technique de suivi	4 COPIL / an 8 CTS / an
	Mobilisation des services	Représentation pérenne des 5 services au sein des 2 instances
	Participation des cadres de l'association à la co-animation des groupes de travail	Nombre d'action interservices réalisées
	Appropriation du cadre de référence	Mise en application des principes partagés
<b>Consolider le Partenariat</b>	Renforcement de la légitimité du service transversal DIS (fonction ressources améliorée)	Nombre et nature des sollicitations internes  Pilotage de l'expérimentation PUV  Pilotage de la démarche d'évaluation
	Diversité et représentativité des partenaires signataires (Médecins libéraux, Hôpitaux, SSIAD, EHPAD ...)	Elaboration d'une convention de fonctionnement avec les acteurs locaux
<b>Consolider le Partenariat</b>	Amélioration de la prise en charge des publics	Nombre et nature d'interventions réalisées Satisfaction du public (Enquête)
	Réactivité des professionnels dans l'adaptation de leurs missions auprès des publics	Réduction des délais de prise en charge Maintien du lien public/personnel médical/paramédical

**La qualité de la prise en charge (d'après les recommandations de l'ANESM)**

<b>Objectifs</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Critères d'évaluation</b>
<b>Garantir les droits individuels et collectifs</b>	Garantir les droits individuels	Nombre de personnes informées sur leurs droits Adaptation des documents d'information Nombre de professionnels formés au respect de la vie privée Degré de satisfaction des usagers quant au respect de leur vie privée (enquête)
	Garantir les droits collectifs	Taux de réponses apportées aux demandes du CVS Création d'un document formalisant les réclamations, envies... des usagers Nombre et nature des réunions intra professionnels sur les questions éthiques
<b>Prévenir les risques liés à la santé inhérents à la vulnérabilité des résidents</b>	Assurer la continuité du parcours de soins	Diminution du taux de chutes Diminution du taux d'hospitalisation en urgence
	Prévenir les risques de dénutrition	Nombre et diversité des actions de prévention : nutrition, diabète...
	Prévenir les troubles du comportement	Nombre de professionnels formés (pour exemple : l'échelle d'agitation de Cohen Mansfield (cf. annexe N°7))
<b>Maintenir les capacités dans les actes de la vie quotidienne</b>	Maintenir la capacité de l'utilisateur à réaliser ses actes au quotidien (se déplacer, faire sa toilette, participer à l'élaboration des repas...)	Taux de sortie Taux d'intervention des auxiliaires Taux de participants à la confection des repas Taux d'incurie
<b>Personnaliser l'accompagnement</b>	Elaborer le projet personnalisé Personnaliser les activités individuelles et collectives favoriser le maintien des liens sociaux	Taux de résidents ayant donné leur avis sur leur projet d'accompagnement Taux de résidents satisfaits des activités collectives proposées Taux de résidents isolés
<b>Accompagner à l'accès à un EHPAD</b>	Accompagner la personne	Taux de recueil des souhaits Taux de visite en EHPAD Taux d'entrée en EHPAD

## **CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE**

Si le choix des personnes âgées est principalement de vivre à leur domicile le plus longtemps possible, il en est de même aujourd'hui pour la majorité des anciens travailleurs migrants que nous logeons.

L'ajustement du projet associatif a permis dès lors, de concevoir un lieu de vie expérimental permettant la continuité du parcours de la personne.

Grâce à la mobilisation de tous les acteurs dans le cadre de la coordination filière, des coopérations opérationnelles sont engagées permettant une synergie des compétences et complémentarités.

La Petite Unité de Vie devra correspondre à une formule adaptée car elle permettra aux personnes de (re)trouver « un chez soi » dans leur environnement familial.

Elle privilégiera un accompagnement de tous les instants en facilitant la participation des résidents à la vie quotidienne. Considérant ce dispositif d'accueil comme un intermédiaire, la PUV compensera l'absence d'aidants familiaux, condition qui demeure un incontournable pour un maintien à domicile «réussit».

.

## Conclusion

Vieillir seul, vieillir seul en foyer constitue une particularité dans la vie des immigrés. Pendant de nombreuses années, le temps de l'immigration est resté un temps vide, provisoire, parce que ces immigrés provisoires étaient tous liés par des engagements sociaux, économiques et affectifs à leur pays d'origine. Toute leur vie a été assumée comme une parenthèse pour ne pas perdre le lien et surtout pour continuer à entretenir autant la nostalgie que le fort sentiment d'appartenance communautaire.

L'arrivée des immigrés en France, leurs conditions d'hébergement, leurs difficultés d'intégration, les transformations statutaires diverses que connaît encore la condition d'immigré... nous semblent être des éléments suffisamment explicatifs pour appréhender la prise en charge d'une population dont la France n'a pas encore anticipé le *non-retour*. On en vient à peine, et non sans quelques résistances parfois, à admettre l'éventualité du maintien des anciens travailleurs migrants dans l'hexagone. Or désormais, l'immigration est aussi devenue une question gérontologique.

La condition du vieillissement des immigrés isolés se résume inévitablement au foyer d'hébergement. Pour autant, elle ne doit pas être appréhendée qu'à partir de la seule reconnaissance de codes culturels spécifiques. Si cette dimension ne peut être ignorée, elle ne doit pas occulter la prise en compte plus globale des personnes âgées en situation de précarité et d'isolement dans le cadre de la politique vieillesse. Dès lors, ces immigrés âgés, isolés, impécunieux ne représentent-ils pas finalement un miroir grossissant du vieillissement dans la pauvreté ?

En définitive, l'adaptation de nos structures relève davantage de la prise en charge de n'importe quelle personne âgée en tant qu'individualité que de la résultante d'une politique spécifique en faveur d'une population ciblée. L'enjeu est de placer différents déterminants de cette dernière (son histoire de vie, ses codes culturels ...) au cœur de la prise en charge. Il nous faut intégrer ceux-ci au quotidien, du soin à l'accompagnement à la fin de vie. Cette nouvelle posture professionnelle se caractérise par une philosophie relativement simple où nous devons passer d'une «prise en charge» à une «prise en considération» de chaque personne.

Les besoins de sécurité physique et psychiques des personnes hébergées pourraient être affectés par des logiques économiques auxquels nous sommes collectivement confrontées. Au regard des orientations des politiques publiques qui légifèrent le principe de désinstitutionalisation par le virage ambulatoire, le concept de la Petite Unité de Vie

semble ainsi répondre aussi aux problématiques de raréfactions des financements publics.

L'organisation globale d'une réponse articulant divers acteurs du logement, de la santé, de la solidarité...constitue la filière gérontologique organisée par territoire de santé de proximité. Elle est sans doute un atout majeur pour vieillir dans la communauté le plus longtemps possible. La création d'une offre intégrée au tissu local, telle que la Petite Unité de Vie, se doit de représenter une réponse souple, adaptée et abordable.

Elle permettrait de décaler voire d'éviter l'entrée en établissement et de réduire les coûts élevés d'une prise en charge en institution. Elle garantirait aux équipes de pouvoir travailler dans des organismes à taille humaine et d'apporter sans doute un autre sens au projet professionnel de chacun.

Si mon rôle de manager consiste à impulser et garantir des process d'adaptation de mon institution auprès des partenaires publics, associatifs et des différentes équipes professionnelles intervenantes auprès du public hébergé, il m'importe d'encourager le développement de cette expérience sur d'autres territoires. Pour l'association Aralis, les besoins d'une véritable prise en charge du public vieillissant nécessiteraient de créer 7 unités supplémentaires. L'enjeu de réussite de cette Petite Unité de Vie est donc fondamental au regard des attentes du public, de l'association et des partenaires financiers.

Identifier et développer les interventions qui participent au Bien Vieillir des publics isolés en grande fragilité m'aura confortée dans ma volonté de conduire mon institution à développer une approche populationnelle.

Si nous admettons que l'immigration est une richesse, qu'elle accompagne les transformations politiques, sociales et économiques, qu'elle constitue un atout, notre expérience actuelle témoigne de nos difficultés à protéger les personnes qui la symbolisent. Être directeur, c'est aussi un devoir de créativité dans une société en mouvement qui nécessite de renouveler les solidarités générationnelles et sociales, conditions *sine qua none* pour une cohésion sociale de proximité renforcée.

---

## Bibliographie

---

### OUVRAGES

AUTISSIER D., BENSEBAA F., MOUTOT J.M., 2012, *Les stratégies de changement*, Paris : Dunod, 205 p.

BARTKOWIAK N., 2008, *L'accueil des immigrés vieillissants en institution*, Rennes : Presses de l'EHESP, 125 p.

BEGAG A., 1986, *Le gone du chaâba*, Paris : Seuil, 245 p.

BELAND F., MICHEL H., 2013, *La fragilité des personnes âgées*, Rennes : Presses de l'EHESP, 279 p.

BERNOUX P., 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Points Essais nouvelle édition n°634, Paris : Seuil, 310 p.

BESSE J.M., 2013, *Habiter : un monde à mon image*, Paris : Flammarion, 250 p

BULTEZ J.P., GELOT D., 2010, *Vieillir dans la pauvreté*, Problèmes politiques et sociaux n°977 Paris : la documentation française, 106p.

DUBREUIL B., 2013, *Le travail de directeur en établissement social et médico-social, Analyse de la pratique*. Collection action sociale, Paris : Dunod, 228 p.

DUMOULIN P., DUMONT R., 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, livre 4, Le travail en réseau, Paris : Dunod, 637 p.

LENHARDT V., BERNARD P., 2005, *L'intelligence collective en action*, Paris : Pearson Education France, 171 p.

LOCHEN V., 2012, *Comprendre les politiques sociales*, 4<sup>e</sup> éd., Paris : Dunod, 458 p.

LOUBAT J.R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 385 p.

ROSENTAL P.A., 2004, *Frontières et rhétorique de l'acceptation dans les politiques migratoires : l'autocorrection politique des « experts » ès politiques migratoires en France du XXe siècle*, Paris : informations sociales, 113 p.

SAMAOLI O., 2007, *Retraite et vieillesse des immigrés en France*, Paris : L'Harmattan, 276 p.

SAVIGNAT P., 2012, *l'action sociale a-t-elle encore un avenir ?*, Paris : Dunod, 215 p.

SAYAD A., 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris : Seuil, collection Liber, 439 p

SAYAD A., 2006, *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Paris : Raisons d'agir, 208 p.

VERBUNT G., 2009, *La question interculturelle dans le travail social*, Paris : La découverte, 231 p.

VIVARAT A.C., 2007, *Les origines symboliques de notre habitat*, collection villes et entreprises, Paris : L'Harmattan, coll. « Architecture », 278 p.

### **RAPPORTS ET GUIDES**

Agence Nationale Appui à la Performance des établissements de santé et médico-social., 2011, *Les parcours de personnes âgées sur un territoire, retours d'expérience*, Paris : ANAP, 75 p.

Agence Nationale Appui à la Performance des établissements de santé et médico-social., 2013, *Anticiper et comprendre le secteur médico-social, comprendre pour agir mieux*, Paris : ANAP, 65 p.

BADIA B., BARONNET J., KERTUDO P., LEPLAIDEUR J., VANONI D., Ministère de l'égalité des territoires et du logement/DIHAL, 2012, *Etude visant à mieux connaître et valoriser le champ du logement accompagné dit « tiers secteur »* Cabinet « Fors - recherche sociale » 106 p.

BAS-THERON M., MICHEL M., 2002, rapport sur les immigrés vieillissants, IGAS, n°2202 126, 152 p.

BROUSSY L., 2013, *Mission interministérielle sur l'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France Année zéro*, 202 p.

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, 2001, n°10 Les cahiers de la CRAM Rhône Alpes, 74 p.

CNSA, 2012, Extrait du rapport « promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé », 7 p.

CUQ H., Rapport parlementaire sur la situation et le devenir des foyers de travailleurs migrants », Sénat, Avril 1996, 80p.

Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées, juillet 2010, « Du foyer de travailleurs migrants à la résidence sociale : mener à bien la mutation » 16<sup>ème</sup> rapport, 109 p.

HCLPD, 2012, *Habitat et vieillissement : vivre chez soi, mais parmi les autres !*, 17<sup>e</sup> rapport, 81 p.

IGAS, 2011, *Société et vieillissement*, rapport du groupe n°, 72 p.

JACQUAT D., BACHELAY A., 2014, Rapport parlementaire, Mission d'information sur les immigrés âgés, n°1214, 93 p.

PALACH JM., 2003, *Vieillesse et Solidarités*, IGAS, Les petites unités de vie : conforter leur avenir par un dispositif réglementaire adapté. Inspection générale des Affaires sociales, rapport auprès du Ministre des solidarités.

Ministère délégué a la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et a la famille, Plan National Bien Vieillir 2007-2009, 35 p. [http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf)

## ARTICLES ET REVUES

Action Habitat, le magazine de l'UNAF0., 2015, « *Etre chez soi : quand appropriation rime avec accompagnement* », revue n°41, pp. 8-13.

BARROS F., 2012, « Les bidonvilles, entre politiques coloniales et guerre d'Algérie », Métropolitiques.eu, 6 p (visité le 10. 03. 2015), disponible sur internet : [www.metropolitiques.eu](http://www.metropolitiques.eu)

Chronologie des Politiques d'aide au retour initiée par les autorités françaises, (visité le 15. 02. 2015) disponible sur internet : [www.vie-publique.fr](http://www.vie-publique.fr)

ENNUYER B., 2007, « 1962 – 2007 : regard sur les politiques du « maintien à domicile » et sur la notion du « libre choix » de son mode de vie, *Gérontologie et société* n°123, pp 153 – 167.

Plein droit, juin 2012, « Vieillesse immigrée, vieillesse harcelée », *GISTI*, n°93, 48 p.

WOLFF V., JOVELIN E., 2015, « Accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées », revue *Hommes & Migrations* n°1309 pp. 97-104

## LOI, DÉCRET, ARTICLE

Loi SRU en 2000

Loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation d'autonomie, JO du 21 juillet 2001

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 modifiant la loi n°75-535 du 30 juin 1970 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi Organique Liée à la loi de Finance

Loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires dite « loi HPST »

Loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion du 25 mars 2009

Projet de loi relative à l'adaptation de la société française au vieillissement, **la loi «3A»** (Anticiper, Adapter, Accompagner),

Décrets 94-1128, 94-1129, 94-1130 modifiant le Code de la Construction et l'Habitat

Article 48 de la loi ALUR votée en 2014

Articles L.1434-12 et 13 du code de la Santé.

Article L.312-5 du code de l'action sociale et des familles, Article L. 312-1-6 (SSIAD) l'article L.113-3 (MAIA)

Article L.312-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article L.302-1 du code de la construction et de l'habitation

Article L.633-1 du Code de la Construction et de l'Habitation – CCH, Article L.633-2, Article L.342-2

## **SITES INTERNET**

[www.ars.rhonealpes.sante.fr](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr)

[www.clic-info.personnes-agees.gouv.fr](http://www.clic-info.personnes-agees.gouv.fr)

[www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

[www.laviepublique.fr](http://www.laviepublique.fr)

[www.lepassejardins.fr](http://www.lepassejardins.fr)

[www.metropolitiques.eu](http://www.metropolitiques.eu)

[www.travail-emploi.gouv.fr](http://www.travail-emploi.gouv.fr)

[www.unafo.org](http://www.unafo.org)

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE N°1 : DÉFINITIONS JURIDIQUES DU FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS ET DE LA RÉSIDENCE SOCIALE**

**ANNEXE N°2 : AUTONOMIE GÉRONTOLOGIQUE GROUPE ISO-RESSOURCES – GRILLE AGGIR**

**ANNEXE N°3 : FORMATION/ACTION ARALIS « RENFORCER LE RÔLE DE VEILLE SOCIALE ET GÉRONTOLOGIQUE AUPRÈS DES RÉSIDANTS VIEILLISSANTS DANS UNE DYNAMIQUE DE PROXIMITÉ »**

**ANNEXE N°4 : GRILLE DE REPÉRAGE DES SIGNAUX D'ALERTE**

**ANNEXE N°5 : PROJET ARCHITECTURAL DE LA PETITE UNITÉ DE VIE**

**ANNEXE N°6 : LE DÉCRET 2006-181 DU 17 FÉVRIER 2006 PRÉCISE LES MODALITÉS DE TARIFICATION POUR LES PETITES UNITÉS DE VIE.**

**ANNEXE N°7 : ECHELLE D'AGITATION DE COHEN ET MANSFIELD**

**ANNEXE N°1 : DÉFINITIONS JURIDIQUES DU FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS ET DE LA  
RÉSIDENTE SOCIALE**

**Article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation :**

Un logement-foyer, au sens du présent chapitre, est un établissement destiné au logement collectif à titre de résidence principale de personnes dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective. Il accueille notamment des personnes âgées, des personnes handicapées, des jeunes travailleurs, des étudiants, des travailleurs migrants ou des personnes défavorisées. Le logement-foyer dénommé « résidence sociale » est destiné aux personnes ou familles mentionnées au II de l'article L. 301-1. La résidence sociale dénommée « pension de famille » est un établissement destiné à l'accueil sans condition de durée des personnes dont la situation sociale et psychologique rend difficile leur accès à un logement ordinaire. La « résidence accueil » est une pension de famille dédiée aux personnes ayant un handicap psychique.

**Article L. 301-1 du code de la construction et de l'habitation :**

I. - La politique d'aide au logement a pour objet de favoriser la satisfaction des besoins de logements, de promouvoir la décence du logement, la qualité de l'habitat, l'habitat durable et l'accessibilité aux personnes handicapées, d'améliorer l'habitat existant et de prendre en charge une partie des dépenses de logement en tenant compte de la situation de famille et des ressources des occupants. Elle doit tendre à favoriser une offre de logements qui, par son importance, son insertion urbaine, sa diversité de statut d'occupation et de répartition spatiale, soit de nature à assurer la liberté de choix pour toute personne de son mode d'habitation.

II. - Toute personne ou famille éprouvant des difficultés particulières, en raison notamment de l'inadaptation de ses ressources ou de ses conditions d'existence, a droit à une aide de la collectivité pour accéder à un logement décent et indépendant ou s'y maintenir.

**Circulaire N° 2006-45 du 4 juillet 2006 relative aux résidences sociales**

Les résidences sociales ne sont pas des établissements destinés à accueillir des personnes âgées dépendantes. Cependant, une certaine adaptation des résidences sociales au vieillissement des publics peut être envisagée, en prévision de l'accroissement de ce phénomène dans les dix prochaines années. Mais elle doit se limiter à permettre le maintien des résidents qui restent autonomes. Même adaptées, les résidences sociales gardent une mission principale de logement pour des publics diversifiés et ne peuvent assurer la fonction d'établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En effet, ces derniers sont des établissements sociaux et médico-sociaux (article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) qui ont pour mission principale l'accueil de personnes dépendantes dans un cadre conventionnel impliquant une mise aux normes importante du bâti, un accompagnement sanitaire par des personnels spécialisés et un fonctionnement en prix de journée. À l'occasion d'un projet social portant sur l'adaptation au vieillissement, il pourra être prévu d'accueillir des immigrés vieillissants issus d'hôtels meublés ou d'un habitat indigne. Ce projet sera établi sur la base d'un état des lieux précisant outre l'état du bâti le nombre de personnes âgées accueillies dans le foyer ainsi que leur degré d'autonomie et permettant de définir des actions intégrant les résidents dans les dispositifs de droit commun d'action sanitaire et sociale. Ces actions s'appuieront sur les schémas gérontologiques départementaux et les coordinations locales, notamment CLIC, ou sur un partenariat associatif local offrant des prestations de service : portage des repas, aide à domicile, soins infirmiers, accompagnement social...

Le lien avec les CLIC et les services du conseil général doit faciliter la mise en réseau du foyer avec des EHPAD susceptibles d'accueillir des résidents devenus dépendants pour y faciliter leur accueil : inscription à temps sur liste d'attente, coordination, connaissance des publics, prise en compte de leurs ressources et besoins. Ceci suppose une information appropriée des résidents et un dialogue favorisant leur adhésion en amont. Le projet social définira également un programme d'aménagement du bâti : dans le cas de création de surfaces nouvelles comme lors de rénovations importantes ou plus modestes, la réglementation impose de rendre accessibles les parties communes, logements et équipements, et de permettre la circulation des résidents à l'extérieur immédiat et à l'intérieur de la structure. De plus, dans le but d'améliorer la qualité d'usage pour tous les usagers de l'établissement, il peut être judicieux de réaliser des aménagements supplémentaires qui ne font pas systématiquement l'objet d'une obligation réglementaire (ascenseur, barres d'appui, revêtements de sol, ...).

Afin de tenir compte des habitudes de vie acquises depuis de longues années, une possibilité de conserver à la marge des unités de vie (au sens des foyers de travailleurs migrants) pourra être prévue lorsque les résidents le souhaitent, sous réserve d'être transformables ultérieurement par des travaux simples, en logements autonomes.

**ANNEXE N°2 : AUTONOMIE GÉRONTOLOGIQUE GROUPE ISO-RESSOURCES – GRILLE AGGIR**

<b>Groupe</b>	<b>Description de l'état de la personne âgée</b>
<b>1</b>	Confinement au lit ou au fauteuil. Fonctions mentales gravement altérées et nécessitant une présence indispensable et continue d'intervenants
<b>2</b>	Confinement au lit ou au fauteuil. Fonctions intellectuelles pas totalement altérées. Etat exigeant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Concerne également les personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de déplacement
<b>3</b>	Autonomie mentale conservée. Autonomie locomotrice partiellement conservée. Besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour l'autonomie corporelle
<b>4</b>	Personnes n'assumant pas seules leurs transferts mais pouvant, une fois levées, se déplacer à l'intérieur de leur logement. Besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette ou l'habillage. Concerne également les personnes sans problème locomoteur mais ayant besoin d'une aide pour les activités corporelles et leurs repas
<b>5</b>	Besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
<b>6</b>	Personnes âgées sans perte d'autonomie pour les actes essentiels de la vie courante

## ANNEXE N°3: FORMATION/ACTION ARALIS « RENFORCER LE RÔLE DE VEILLE SOCIALE ET GÉRONTOLOGIQUE AUPRÈS DES RÉSIDANTS VIEILLISSANTS DANS UNE DYNAMIQUE DE PROXIMITÉ »



### PROBLÉMATIQUE IDENTIFIÉE

- **« Comment soutenir les personnels d'ARALIS dans le rôle de veille et d'observation sociale des résidents vieillissants, sans outrepasser leurs prérogatives différentes selon leur métier et tout en respectant le fonctionnement interne de l'organisation ? »**

*Isabelle Dury & Josy Ducarre - Piémontèse*

### RÉSULTATS ATTENDUS

- L'adoption d'une dynamique d'anticipation et de prévention professionnelle auprès des résidents vieillissants
- La connaissance des publics vieillissants et la compréhension de l'impact du vieillissement dans les résidences sociales et les foyers de travailleurs migrants
- L'évolution des postures et pratiques professionnelles des personnels formés, pour la prise en compte globale des résidents vieillissants

4



### ENJEUX

**Sur deux niveaux :**

- Déconstruire les représentations « stigmatisantes » sur le vieillissement et aiguïser le rôle d'observation et de veille sociale des personnels auprès des résidents vieillissants
- Répondre aux besoins de mise en relations intra-professionnelles afin de formaliser un regard partagé au travers des temps communs et spécifiques aux différents corps de métiers

*Isabelle Dury & Josy Ducarre - Piémontèse*

### OBJECTIFS GÉNÉRAUX

**Construire un « regard partagé » et un mode opératoire concerté pour tous les professionnels d'ARALIS**

- Co-construire et mettre en pratique des outils opérationnels d'observation et de veille sociale, de signalement et de traitement des situations fragiles des résidents vieillissants
- Identifier un mode opératoire interne où chacun se sentirait impliqué et légitimé dans son intervention, pour favoriser les regards croisés dans la prise en compte globale de la personne âgée

5



## OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

- Former un premier secteur pilote (le secteur de Villeurbanne) pour la construction d'un outil opérationnel sur l'observation et la veille sociale
- Identifier un mode opératoire interne dans le traitement de situation difficile entre les différents corps de métiers du secteur de Villeurbanne en intégrant également les services de droit commun
- Mettre en place une phase expérimentale de cet outil avec le groupe des gestionnaires de structure d'hébergement de Villeurbanne
- Former un groupe cadre sur la problématique du vieillissement et la mise en œuvre du mode opératoire
- Former les autres secteurs d'ARALIS sur les thèmes identifiés dans le secteur pilote et l'appropriation de l'outil

6

*Isabelle Dury & Josy Ducarre - Piémontèse*



## L'ORGANISATION DE LA FORMATION

### **Publics formés : 137 stagiaires**

- les responsables de secteur : 6 personnes
- les gestionnaires de structure d'hébergement : 24 personnes
- Les intervenants sociaux : 30 personnes
- les agents de proximité : 31 personnes
- les agents de propreté : 34 personnes
- Les gardiens réceptionnistes : 5 personnes
- Un groupe cadres + responsables de service : 7 personnes

8

*Isabelle Dury & Josy Ducarre - Piémontèse*



## LE CONTENU

### 3 journées de formation

- **Journée 1** : Problématique du vieillissement, perception et identification des rôles et des limites d'intervention par corps de métier et en collectif
- **Journée 2** : Rôle d'observation et de veille sociale du résidant vieillissant
- **Journée 3** : Rôle de transmission et identification des procédures internes et externes pour une harmonisation des pratiques professionnelles

### Une phase expérimentale avec GSH du groupe 1

- **Deux demi-journées** : Mise en place de l'outil opérationnel préalablement construit aux cours des journées de formation du secteur pilote

9

Isabelle Dury & Josy Ducarre - Piémontèse



## LE CONTENU

### 1 journée groupe cadres + responsables de service

*En charge de garantir la mise en œuvre de nouvelles pratiques sur le terrain*

- Une sensibilisation sur les problématiques liées au vieillissement
- Une appropriation des enjeux vers une harmonisation des pratiques professionnelles, au regard des procédures internes et externes co-construites en journées de formation du secteur pilote

10

Isabelle Dury & Josy Ducarre - Piémontèse



## L'ORGANISATION DU SUIVI ET DU BILAN

- **6 rencontres du comité de suivi technique du secteur pilote :**
  - ✓ *Suivi et ajustement de l'évolution de la mission entre chaque jour de formation du secteur pilote, préparation et bilan de la phase d'expérimentation, présentation du bilan final pour le comité de pilotage intermédiaire*
  
- **3 rencontres avec le comité de pilotage :**
  - ✓ *Validation des modes opératoires internes émanant du processus de formation-action*
  
- **Un lien permanent avec la coordinatrice santé vieillissement :**
  - ✓ *Suivi et bilans intermédiaires entre chaque secteur formé*

## ANNEXE N°4: GRILLE DE REPÉRAGE DES SIGNAUX D'ALERTE



« Formation-action du personnel pour un renforcement d'une veille sociale et gérontologique auprès des résidents dans une dynamique de gestion de proximité »

Grille de repérage des signaux d'alerte (version n°5 – 12 mars.-13 )						
Document pédagogique pour la phase expérimentale						
DATE DE L'ALERTE :						
Nom du professionnel :					Norm du résident :	
Fonction :					Numéro de la chambre :	
					Lieu d'habitation	
Merci de cocher les cases qui vous alertent, en fonction de votre corps de métier	Agent propreté	Agent proximité	IS	GSH	Coord Santé Vmt	RS
<b>En lien avec le résident âgé : Le changement de comportement brutal ou non</b>						
Le changement d'habitudes (Courrier entassé dans la boîte aux lettres, volets baissés...)						
Les demandes d'aides répétitives						
Rupture préjudiciable de liens familiaux et sociaux						
Repli sur soi, perte d'intérêt de son quotidien						
Discours plaignant et répétitif						
Insatisfaction permanente						
Difficultés à vivre le changement (nouveau professionnel, nouveau lieu de vie)						
Difficultés à gérer sa situation administrative et financière						
Rupture du suivi médical						
<b>En lien avec le résident âgé : Aggravation de l'état de santé</b>						
Difficultés de déplacement						
Problème d'hygiène corporelle, négligence vestimentaire						
Les chutes liées à des problèmes physiques, psychologiques, ou du logement <i>Se renseigner auprès du résident si cela lui arrive souvent.</i>						
Troubles sensoriels (vue, ouïe...)						
L'hospitalisation (répétitive, en urgence, ou programmée)						
<b>En lien avec le résident âgé : Les troubles du comportement</b>						
Désorientation (habitudes, attitudes, discours)						
Perte de repères dans l'espace						
Incohérence alimentaire et vestimentaire						
Troubles de mémoire						
Conduites addictives						
Agressivité						
<b>En lien avec le logement</b>						
Logement sale et/ou encombré, pas entretenu, douches et lavabos encombrés et pas utilisés						
Logement inadapté à l'état de santé de la personne						
Négligence dans la gestion des ordures						
Odeurs nauséabondes						
Réfrigérateur vide ou rempli d'aliments périmés						
<b>En lien avec le voisinage proche ou à l'extérieur de la résidence</b>						
Inquiétudes ou plaintes récurrentes à propos du bruit						
Inquiétudes ou plaintes récurrentes à propos de l'errance						
Inquiétudes ou plaintes récurrentes à propos des odeurs						
Inquiétudes ou plaintes récurrentes à propos des sanitaires						
Changement des habitudes						
Inquiétudes des commerçants ou autres personnes						

## ANNEXE N°5 : Projet architectural de la Petite Unité de Vie

### Extrait du projet architectural de la Petite Unité de Vie de Nicolas Garnier

En lien avec notre service patrimoine, plusieurs aspects doivent être pris en compte pour garantir la qualité du projet d'aménagement au titre de la réglementation ERP de type J<sup>59</sup>.

- L'accessibilité des abords en supprimant les obstacles qui empêchent ou limitent le déplacement des personnes ;
- Sécuriser par des chemins lumineux notamment pour éviter les risques de chutes ;
- Aménagement des logements permettant de stimuler en facilitant les actes de vie quotidienne de la personne seule ou accompagnée (barres d'appui, installations à hauteur adaptée...).

La petite unité de vie se configure en fonction de son aménagement intérieur de 588 m<sup>2</sup> et extérieur de 640 m<sup>2</sup>. L'aménagement intérieur sera organisé de la manière suivante, chaque niveau comprend une superficie identique de 294 m<sup>2</sup> :

- en rez-de-chaussée : locaux techniques, d'une buanderie, deux bureaux, la cuisine ouverte sur la salle à manger, le salon et 12 T1
- au 1er étage : 12 T1 et un salon

Les cahiers des charges préconisent que 20% des surfaces privatives puissent être dédiés aux espaces collectifs, soit 96 m<sup>2</sup>. In fine, la cuisine ouverte sur la salle à manger et les 2 salons représentent 124 m<sup>2</sup>. Nous avons donc optimisé les espaces collectifs pour développer des actions collectives favorisant le lien social (actions d'animation, culturelles, culinaires, activités mémoire...).

Une buanderie équipée d'une machine à laver et d'un sèche-linge pour les résidents. Le blanchissage du linge de lit sera assuré par notre prestataire habituel dans le cadre des prestations.

Les logements adaptés et meublés sont de 20 m<sup>2</sup> : équipés d'une kitchenette, d'une salle d'eau et d'un espace chambre. Dans le cadre d'une convention avec l'hôpital, l'hospitalisation à domicile (HAD) sera possible.

La petite unité de vie, espace de vie à taille humaine, doit favoriser la convivialité entre les résidents dans un style de vie « familial ». Elle permettra la libre circulation des personnes dans la structure. Les logements adaptés doivent permettre une vie quotidienne, seul ou accompagné, la plus autonome possible. Pour cela, le respect du rythme de vie de chacun, le confort, et la sécurité représente pour un « vivre chez soi » le socle du projet de ce lieu. La préservation de l'autonomie individuelle réside donc :

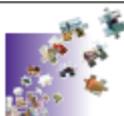
- dans un bâtiment adapté et sécurisé aux personnes à mobilité réduite
- dans une personnalisation de l'aménagement de son logement
- dans un maintien des prestations de santé (médecin traitant, infirmier...)
- dans un espace convivial, familiale pour se retrouver entre résidents

---

<sup>59</sup> Règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux établissements recevant du public. Concerne les structures d'accueil pour personnes âgées et personnes handicapées.

**ANNEXE N°6 : Le décret 2006-181 du 17 février 2006 précise les modalités de tarification pour les Petites Unités de Vie. Trois possibilités tarifaires :**

- Le conventionnement tripartite en EHPAD classique impliquant la définition des tarifs soins, dépendance et hébergement. Si des places sont habilitées à l'aide sociale, le tarif est fixé par le conseil général, sinon la détermination du tarif revient au gestionnaire. Le forfait journalier soins dérogatoire spécial petites unités avec un tarif soins basé sur un forfait journalier de soins pour rémunérer des infirmiers (demande d'autorisation de dispenser des soins) fixé par l'ARS, des tarifs dépendance et hébergement.
- Le recours aux SSIAD : en l'absence de personnel soignant salarié, la structure peut avoir recours à un SSIAD (dotation allouée au SSIAD pour les prestations assurées auprès des résidents de la structure) et ne fixe pas de tarif soins. Nous
- En revanche, sont fixés les tarifs dépendance et hébergement. Les aides-soignants salariés de la PUV peuvent être pris en charge à 100 % par l'APA, et cela au titre du statut dérogatoire de l'APA dans ces unités. Le plan d'aide de ces bénéficiaires de l'APA est élaboré par l'équipe médico-sociale compétente. Il doit prendre en compte les charges afférentes à la dépendance de l'établissement (soit 100 % des rémunérations et des charges sociales et fiscales des auxiliaires de vie, des auxiliaires de gériatrie, des psychologues, des aides-soignants et des aides médico-psychologiques et 30% des rémunérations et des charges sociales et fiscales des agents de service et des veilleurs de nuit).



# Échelle d'agitation de Cohen-Mansfield

## Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) 29 items version longue

Nom du patient :	Prénom du patient :		
Date de naissance du patient :	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date du test :	
Nom du référent :	(conjoint - enfant - soignant - autre) :		

Évaluation de chaque item sur les 7 jours précédents :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0 = non évaluable                | <input type="checkbox"/> 4 = quelquefois au cours de la semaine |
| <input type="checkbox"/> 1 = jamais                       | <input type="checkbox"/> 5 = une à deux fois par jour           |
| <input type="checkbox"/> 2 = moins d'une fois par semaine | <input type="checkbox"/> 6 = plusieurs fois par jour            |
| <input type="checkbox"/> 3 = une à deux fois par semaine  | <input type="checkbox"/> 7 = plusieurs fois par heure           |

		FRÉQUENCE	0	1	2	3	4	5	6	7
Agitation physique non agressive	1. Cherche à saisir	<input type="checkbox"/>								
	2. Déchire les affaires	<input type="checkbox"/>								
	3. Mange des produits non comestibles	<input type="checkbox"/>								
	4. Fait des avances sexuelles physiques	<input type="checkbox"/>								
	5. Déambule	<input type="checkbox"/>								
	6. Se déshabille, se rhabille	<input type="checkbox"/>								
	7. Attitudes répétitives	<input type="checkbox"/>								
	8. Essaie d'aller ailleurs	<input type="checkbox"/>								
	9. Manipulation non conforme d'objets	<input type="checkbox"/>								
	10. Agitation généralisée	<input type="checkbox"/>								
	11. Recherche constante d'attention	<input type="checkbox"/>								
	12. Cache des objets	<input type="checkbox"/>								
	13. Amasse des objets	<input type="checkbox"/>								
Agitation verbale non agressive	14. Répète des mots, des phrases	<input type="checkbox"/>								
	15. Se plaint	<input type="checkbox"/>								
	16. Émet des bruits bizarres	<input type="checkbox"/>								
	17. Fait des avances sexuelles verbales	<input type="checkbox"/>								
Agitation et agressivité physiques	18. Donne des coups	<input type="checkbox"/>								
	19. Bouscule	<input type="checkbox"/>								
	20. Mord	<input type="checkbox"/>								
	21. Crache	<input type="checkbox"/>								
	22. Donne des coups de pied	<input type="checkbox"/>								
	23. Griffes	<input type="checkbox"/>								
	24. Se blesse, blesse les autres	<input type="checkbox"/>								
	25. Tombe volontairement	<input type="checkbox"/>								
	26. Lance les objets	<input type="checkbox"/>								
Agitation et agressivité verbales	27. Jure	<input type="checkbox"/>								
	28. Est opposant	<input type="checkbox"/>								
	29. Pousse des hurlements	<input type="checkbox"/>								
Score total		<input type="checkbox"/>								

\*PJ OUSSET : ousset.p@chu-toulouse.fr  
Version française traduite et validée par Micis M., Ousset PJ, Velias B.  
Référence : Micis M., Ousset PJ, Velias B.  
Évaluation des troubles du comportement. Présentation de l'échelle de Cohen-Mansfield. La Revue Fr. de Psychiatrie et Psychol. Médicale 1997 : 151-157.

Cette échelle dont le score maximal est de 203 permet d'évaluer l'état d'agitation. Plus le score est élevé, plus l'agitation est intense.

ÉCHELLE D'AGITATION DE COHEN-MANSFIELD

OUTIL  
D'ÉVALUATION

**GENCO OUARGHI**

**Bachtoula**

**novembre 2015**

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement  
ou de service d'intervention sociale**

**ETABLISSEMENT DE FORMATION : ARAFDES**

**CRÉER UNE PETITE UNITE DE VIE DANS UNE RÉSIDENCE SOCIALE POUR  
ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT DES TRAVAILLEURS MIGRANTS**

***Résumé :***

Dès 1951, ARALIS héberge des publics migrants, originaires du Maghreb, dans des foyers conçus provisoirement dans le cadre de l'immigration de travail des Trente Glorieuses. Aujourd'hui vieillissants, ces publics représentent 1719 personnes (un tiers du public logé) dans les 48 établissements du Rhône et de la Loire.

Ils ne disposent pas d'un lieu d'habitation digne et adapté pour un «bien vieillir chez soi». En l'absence d'aidants familiaux, les équipes sont en difficulté du fait de leur méconnaissance des modalités d'intervention des acteurs locaux en gérontologie et questionnent leurs périmètres d'intervention. N'accédant pas aux droits communs, comprendre les dispositions des politiques publiques à l'œuvre nous permettra d'identifier les leviers possibles.

Qualifier et adapter les modalités de travail en équipe, coopérer avec les acteurs en gérontologie, créer une Petite Unité de Vie expérimentale dans une résidence sociale à Villeurbanne, sont les projets que je conduis au titre de l'ajustement du projet associatif.

***Mots clés :*** Anciens travailleurs migrants vieillissants, Foyers de Travailleurs Migrants, Résidence Sociale, Petite Unité de Vie, vieillir chez soi, acteurs gérontologiques, coordination.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*