

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2004**

L'ACCUEIL DES IMMIGRÉS VIEILLISSANTS EN INSTITUTION

**APPLICATION DANS LA RESIDENCE MANON CORMIER
DE BÈGLES (33)**

Nadège BARTKOWIAK

*« Meurt toujours mal celui qui meurt loin de sa terre,
loin de ses habitudes, loin de ses marques et de ses repères »*

Omar SAMAOLI

*« L'émigration n'est bonne qu'à condition de rester éternellement jeune,
mais vieillir dans l'émigration, c'est vieillir nulle part, c'est ne pas savoir vieillir »*

Ali T., immigré algérien.

Remerciements

Je remercie les personnes qui ont collaboré à la réalisation de ce mémoire :

Mme LABEQUE pour sa contribution appuyée, sa disponibilité, et ses convictions.

Le personnel de Manon Cormier pour leur accueil et nos échanges sur le lieu de stage.

M. CLEMENT pour ses conseils avisés et son accompagnement dans la réflexion.

M. ANDRIEU pour son accueil et ses observations pertinentes.

M. BONNIN, Mme L'KHADIR, M. LE FORMAL et l'équipe du FASILD, M. CAREIL & Mme BROUILLARD et leurs collaborateurs de la Sonacotra, Mme GODARD & Mme MALENDIT, M. KOSKAS & M. LABIDI, pour le temps qu'ils m'ont consacré et pour avoir enrichi ma réflexion par leurs différents points de vue.

J'adresse une pensée émue à toutes ces personnes venues d'ici, d'ailleurs ou d'encore plus loin, à leurs rêves de jeunesse et à leurs peines de vieillesse.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 À LA RENCONTRE DES IMMIGRÉS ÂGÉS AQUITAINS	5
1.1 Une population immigrée hétérogène.....	5
1.1.1 Une population immigrée locale représentative de la situation nationale	5
A) Une immigration stable, féminine, et d'origine de plus en plus lointaine	5
B) Un mode de vie dénotant d'un niveau socioprofessionnel moyen	9
1.1.2 La perspective historique comme éclairage de la démographie.....	11
A) Une immigration française changeante et permanente à la fois	11
B) Des projections à considérer pour le futur	14
1.2 Une entrée en maison de retraite complexe pour toute personne âgée	16
1.2.1 Un rite de passage éprouvant pour la personne âgée.....	16
A) La maison de retraite comme institution qui force l'adaptation	16
B) Les chocs de l'entrée en institution	19
1.2.2 ...Mais avec des difficultés supplémentaires pour les immigrés.....	21
A) Des décalages culturels exacerbés	21
B) Un accès à la santé malaisé.....	24
1.3 Conclusion de la première partie	28
2 L'INSTITUTION À L'ÉPREUVE DE L'INTERCULTUREL.....	29
2.1 La rencontre entre deux mondes : gérontologie et immigration.....	29
2.1.1 Un sujet sous estimé par les acteurs de la sphère gérontologique	29
A) Un manque de concertation et de politique homogène	29
B) Des acteurs de terrain dans la méconnaissance du sujet.....	32
2.1.2 Concurrence ou complémentarité entre les acteurs ?.....	35
A) Les foyers de travailleurs migrants en première ligne de la prise en charge...	35
B) Les enjeux à apprécier dès aujourd'hui	37

2.2	L'interculturel révèle des enjeux idéologiques profonds	40
2.2.1	Un sujet qui touche les fondements républicains	40
A)	Gérer les différentes parties à l'intérieur d'un tout cohérent	40
B)	Le nécessaire compromis vers l'interculturel	42
2.2.2	L'arbitrage entre le souhaitable et le réalisable	45
A)	Des expériences oscillant entre le droit commun et le communautarisme	45
B)	Une orientation vers l'apprivoisement de la différence culturelle	47
2.3	Conclusion de la deuxième partie	49
3	QUEL POSITIONNEMENT POUR UNE MAISON DE RETRAITE ?	51
3.1	Favoriser une prise en charge globale de l'individu	51
3.1.1	Individualiser la prise en charge au sein d'une organisation collective	51
A)	Une base réglementaire renforcée	51
B)	Les points forts de Manon Cormier	54
3.1.2	Des outils basés sur la sensibilisation du personnel	56
A)	Un dispositif ancré dans l'existant	56
B)	Validation de la procédure	60
3.2	Faire se rencontrer les publics	63
3.2.1	Ouvrir la maison de retraite sur l'extérieur	63
A)	Les principes directeurs	63
B)	Les points forts de Manon Cormier	66
3.2.2	L'animation comme point d'appui	68
A)	Un dispositif induisant un fort potentiel à réaliser	69
B)	Recul sur l'outil	72
3.3	Conclusion de la troisième partie	74
	CONCLUSION	77
	RESSOURCES DOCUMENTAIRES	81
	LISTE DES ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

ALIFS : Association de Lien Interculturel Familial et Social

BIS : Bureau d'Information Senior

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

CPAM : Centre Primaire d'Assurance Maladie

CRAM : Centre Régional d'Assurance Maladie

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

DDASS : Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale

FAS/FASILD : Fonds d'Action Sociale devenu le Fonds d'Action et de Soutien à l'Intégration et de Lutte contre les Discriminations

IGAS : Inspection Générale de l'Action Sociale

OAREIL : Observatoire Aquitain de Recherches, d'Etudes, d'Information et de Liaison sur les problèmes des personnes âgées

ODTI : Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés

OHRAS : Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale

ORIV : Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville

SONACOTRA : Société Nationale de Construction pour les Travailleurs

UNAFO : Union Nationale des gestionnaires de Foyers de travailleurs migrants

INTRODUCTION

Pour engager cette étude sur l'accueil des immigrés âgés en institution, nous aborderons en premier lieu le contexte général dans laquelle elle s'inscrit pour envisager, dans un second temps, la problématique particulière qui donnera l'orientation de la recherche.

Le terme « étranger » est utilisé jusqu'au XIX^{ème} s., où apparaît, en 1878, le terme « immigrant » dans le Grand Larousse. Ce second terme se substituera peu à peu au premier. L'immigré se caractérise par la concomitance de deux critères : la nationalité des parents et le lieu de sa naissance (Annexe 4). Mais cette définition reste insuffisante si elle ne tient pas compte de la manière dont l'immigré est défini par son entourage, en l'occurrence ici les personnels et résidents de la maison de retraite. Il ressort de certains entretiens (Annexe 7-8) que l'immigré est celui qui est né à l'étranger et qui ne parle pas ou peu le français. Il est souvent de couleur, ce qui provoque des réactions chez les résidents. Le temps de résidence en France est perçu comme gommant l'origine étrangère. Les premiers noms cités par le personnel sont ceux de résidents qui posent des difficultés de communication ou de comportement : « *[Les immigrés] n'existent que tant qu'ils posent des problèmes et, à la limite, ils n'existent que par les problèmes qu'ils posent et les font exister* »¹.

La population ciblée pour ce présent travail est la population immigrée, c'est-à-dire toutes les personnes nées à l'étranger de parents étrangers, y compris celles qui ont choisi la naturalisation. Exclure les personnes naturalisées aurait été justifié par le respect de leur choix d'abandonner leur origine et de tourner la page. Pointer leurs différences irait à l'encontre de ce choix. Or, pour ces dernières, il me semble que les liens avec les origines perdurent malgré le projet migratoire d'enraciner l'histoire familiale dans un nouveau pays. La langue maternelle reste autre, les souvenirs d'enfance restent ceux d'un environnement étranger, les odeurs et les goûts culinaires sont emprunts d'exotisme, la religion et les habitudes de vie dépendent de cet ailleurs... Cela justifie le fait de considérer les personnes naturalisées en même temps que les personnes étrangères.

Pour des raisons proches, il me semble pertinent de considérer les deuxièmes générations mêmes si elles ne font pas partie de la population immigrée au sens strict : « *Bien des immigrés de deuxième ou troisième génération ne parlent pas la langue du*

¹ SAYADS., in MEHAL F., document interne FASILD Aquitaine, 25 février 2003.

pays de leurs parents, n'en pratiquent par la religion et n'en ont plus les comportements. Ils gardent tout de même un fort attachement et un intérêt pour leur pays et leur culture d'origine »².

Enfin, cette présente étude prendra en compte la population immigrée dans son ensemble, contrairement à la majorité des mémoires déjà produits. En effet, le terme « immigrés vieillissants » est en train d'émerger en synonyme de « maghrébins âgés vivants en foyer de travailleurs migrants ». Or, cette population-là ne représente que 13% de la population immigrée âgée, tandis que les européens –principalement du sud–représentent 64% des immigrés de plus de 65 ans³.

Le thème des immigrés vieillissants n'est pas vierge, même s'il souffre d'une certaine discrétion dans le domaine gérontologique.

Bien que les écrits sur le sujet se succèdent depuis plus d'une quinzaine d'années, le phénomène commence timidement à pénétrer la sphère des politiques publiques : nous pouvons faire référence au rapport de l'Inspection Générale de l'Action Sociale (IGAS) de 2002, au Comité Interministériel à l'Intégration, ou bien encore au rapport de HERVY B⁴. Plusieurs initiatives locales argumentent la réalité du thème. Beaucoup sont soutenues par le Fond d'Action Sociale (FAS)/Fonds d'Action et de Soutien à l'Intégration et pour la Lutte contre la Discrimination (FASILD)⁵. Ces diverses intentions montrent aussi le dynamisme de certaines régions telles que l'Alsace, le Languedoc-Roussillon ou encore l'Aquitaine⁶. Le sujet semble identifié en tant que problématique dans le sanitaire, comme le souligne le programme européen « *migrant friendly hospital* » auquel participe l'hôpital Avicenne. Ce faisceau de références rend curieux par rapport à ce que ce thème de travail peut révéler dans la sphère gérontologique.

Le vieillissement de la population immigrée est aujourd'hui une réalité sociale avérée. La part des immigrés de moins de 20 ans a chuté de 20% tandis que celle des plus de 40 ans a augmenté de 15%. La population immigrée est sur-représentée chez les personnes âgées par rapport à l'ensemble de la population : par exemple, les italiens et les espagnols sont trois fois plus nombreux chez les plus de 60 ans que dans la

² DUBET F. & LAPEYRONNIE D., 1992 : p.94.

³ MUNOZ M., 2000, p.95 ; soutenu par LE GOFF J., 2002, p.2.

⁴ B. HERVY, *Propositions pour le développement de la vie sociale des personnes âgées, Rapport de la mission « Vie sociale des personnes âgées »*, ENSP, Rennes, 2003, 159 pp.

⁵ Le projet le plus englobant a été le colloque « Vieillesse & Immigration » co-organisé par le FAS et le Mouvement La Flamboyance, réunissant tous les acteurs associatifs et institutionnels du Grand Sud à Aix-en-Provence en mai 1999 (compte-rendu dans Le Monde du 03 juin 1999).

⁶ Cf. Bibliographie : Conseil général du Haut-Rhin, 2001 ; ORIV, 2002 et 2003 ; Césam Migrations Santé, 2003 ; OAREIL, 2002.

population totale⁷. Au niveau local, en Aquitaine, la part la plus importante des immigrés concerne la part la plus âgée : 38% des immigrés âgés ont plus de 75 ans. En Gironde, sur 253 130 personnes de plus de 60 ans, 7,8% sont immigrées, soit 21 640 personnes, et plus de la moitié d'entre elles est naturalisée.

Ces données amènent à deux constats. Le premier, au niveau macrosocial, souligne que, malgré son vieillissement, la population immigrée est sous représentée en institution : les immigrés représentent 10% des plus de 60 ans alors qu'ils ne représentent que 3% à 4% des personnes hébergées en institution⁸.

Le second constat concerne le niveau microsociologique. Dans la résidence Manon Cormier, lieu de stage à Bègles (Annexe 1), mon attention a été attirée par le cas de M. M., illustration de la manière dont le thème peut prendre vie en institution. M. M. est né en 1928. Il est algérien, musulman, ancien sans domicile fixe, et a fait son entrée à Manon Cormier en 1986. Il mène un mode de vie en parallèle de celui de l'institution, en complète marginalité : il dort sur son matelas par terre, il mange à l'écart des autres, il refuse le jour dans sa chambre, il n'accepte que quelques rares personnes dans ses lieux, il refuse les toilettes et se lave avec du vinaigre, mais son autonomie ne lui permet plus de se laver le bas du corps, il accepte mal les contacts physiques sauf pour certains soins et uniquement avec certaines personnes... L'établissement a fait le choix de respecter son mode de vie le plus possible, mais cela n'est pas sans susciter assez régulièrement des interrogations et des incompréhensions de la part du personnel. Comment appréhender un tel comportement ? Comment l'institution doit-elle réagir ? Comment arbitrer entre le respect du mode de vie et la vie en collectivité ? Qu'est-ce qui tient de ses habitudes sociales de sans domicile fixe et qu'est-ce qui tient d'un mal-être de déraciné ? Ces signes indiquent-ils ce fameux « syndrome méditerranéen » ? Une lecture par le prisme culturel peut-elle aider à comprendre et adapter la prise en charge particulière de M. M. ? Quel est le poids de la variable culturelle dans une prise en charge psychiatrique ?

A ces deux constats s'ajoute quelques interrogations personnelles issues d'un stage professionnel effectué à la maison des vieillards de Tanger⁹. Comment vit-on sa vieillesse dans une société qui n'a pas la même conception de l'ancienneté que son pays

⁷ Les italiens représentent 18,9% de la population des plus de 60 ans alors qu'ils sont trois fois moins nombreux dans la population totale (6,2%). La situation des espagnols (13,8% par rapport à 4,9%) est comparable : BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002, annexe 6.

⁸ Annexe 5 complété par BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002, pp.40-41.

⁹ BARTKOWIAK N., 2003.

d'origine ? De plus, comme je l'ai soulevé dans la conclusion du rapport, la connaissance des autres cultures et autres systèmes peut-elle aider à mieux appréhender les immigrés dans notre propre système ?

Malgré ces données qui érigent l'immigration en objet gérontologique, le sujet reste relativement méconnu, notamment du fait de la faible représentation des immigrés parmi les usagers des maisons de retraite et autres services gérontologiques.

Aussi, nous pouvons légitimement nous demander : quelle est la prise en charge institutionnelle proposée aux immigrés vieillissants ?

A partir d'expériences personnelles (stage au Maroc, recherche de DEA), de rencontres d'acteurs de terrain, d'enquêtes sociologiques et ethnologiques (observation participante, questionnaires, entretiens) et de recherches bibliographiques, cette étude s'efforcera de répondre à trois hypothèses. D'abord, la variable culturelle n'est-elle pas le principal obstacle à l'entrée des personnes âgées immigrées en institution ? Ensuite, les principaux blocages de la part des acteurs de la gérontologie et de l'immigration ne résident-ils pas dans la méconnaissance de l'autre monde ? Enfin, est-il possible d'introduire la différence culturelle dans l'institution sans jurer avec les principes républicains d'égalité ?

La question de l'accueil des immigrés en maison de retraite se doit d'être précédée par l'identification de la population et de ses difficultés **(1)**. Ensuite, les valeurs et les principes mis en cause dans une telle problématique seront discutés tout en observant les réalités de terrain afin de se déterminer sur la question fatidique : faut-il que les institutions s'adaptent à cette population ? **(2)**. Enfin, armé de ces préalables, nous aborderons comment une maison de retraite peut intégrer ces réflexions dans sa prestation **(3)**.

1 À LA RENCONTRE DES IMMIGRÉS ÂGÉS AQUITAINS

Une telle étude sur une population ciblée exige en préalable d'explicitier les deux principaux termes du travail : d'une part, identifier et caractériser les personnes concernées (1.1), et d'autre part, cerner le processus d'entrée en institution pour mieux appréhender les obstacles à l'accès aux services de gérontologie (1.2).

1.1 Une population immigrée hétérogène¹⁰

La population immigrée est un terme unique pour désigner des réalités bien singulières (1.1.1) fortement conditionnées par l'histoire de l'immigration (1.1.2).

1.1.1 Une population immigrée locale représentative de la situation nationale

Les caractéristiques biologiques d'une part (1.1.1-A) et les données socioprofessionnelles d'autre part (1.1.1-B) mènent au constat de la présence de deux groupes distincts en Gironde.

A) Une immigration stable, féminine, et d'origine de plus en plus lointaine

Outre le vieillissement des immigrés établi en introduction, cette population se caractérise par trois phénomènes.

D'abord, l'immigration vers la France est stable même si ses composantes varient.

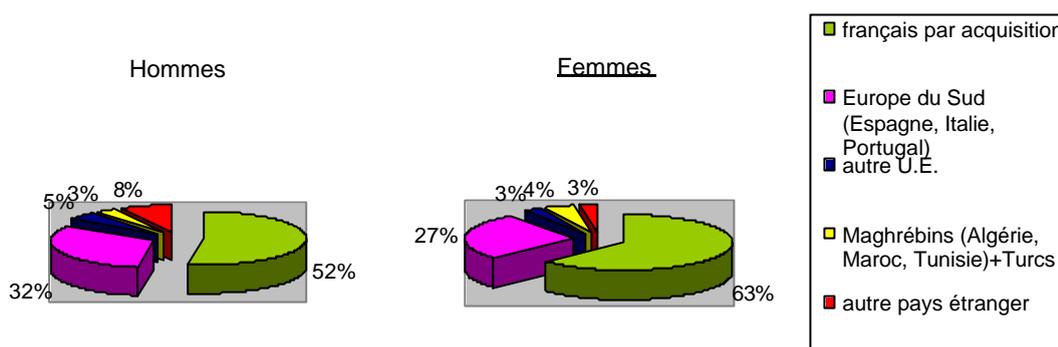
Les étrangers représentent 6% de la population totale tandis que les immigrés composent 7,4% de la population totale (Annexe 4). En Aquitaine, après avoir atteint les 6% dans les années 1970, les immigrés représentent aujourd'hui 5% de la population régionale : l'Aquitaine est la dixième région française par son taux d'immigrés dans la population totale. Le Lot & Garonne est le département aquitain où la part des immigrés dans la population totale est la plus élevée (8%), suivi des Pyrénées Atlantiques (6%) et de la Gironde (5,4%), puis la Dordogne et les Landes (4%).

La population immigrée reste stable grâce à deux phénomènes : la baisse du nombre d'étrangers, et la hausse du nombre de naturalisations. Fruit des politiques de contrôle des flux de migrations, le nombre d'étrangers a connu une baisse significative de 9% (340 000 personnes) de 1990 à 2000. En Aquitaine aussi, la population étrangère a

¹⁰ Chiffres issus de : BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002 ; *Le Monde* 2000 ; Ministère de la Santé, 2001 ; TILLINAC P., 2004, p.1-2 ; OAREIL, 2002.

diminué, surtout les hommes : en 1999, on recensait 107 507 étrangers (55 887 hommes et 51 620 femmes). Le second processus à l'œuvre est l'augmentation du nombre d'immigrés en France due, en partie, à l'augmentation du nombre de naturalisations qui a doublé depuis 10 ans : 550 000 étrangers sont devenus français depuis 1990 contre 280 000 estimés entre les deux précédents recensements. Aussi, plus d'un tiers des immigrés sont français (36% soit 1,5 millions de personnes). Le nombre de naturalisés en Aquitaine est supérieur à la moyenne nationale (42% contre 36%). La tendance est accrue en Gironde :

Naturalisation des immigrés âgés girondins en fonction de leur sexe



Plus de la moitié des immigrés âgés a demandé et obtenu la nationalité française : parmi eux, près de 60% de femmes. Ceci peut être éclairé par les différences de projets migratoires (migration de main d'œuvre ou de regroupement familial) : accompagnées de leurs enfants, la nationalité du pays d'accueil peut être considérée comme une protection supplémentaire pour eux et pour la famille sans pour autant être vue comme une perte d'identité¹¹. Cela rejoint le fait que plus un immigré garde des contacts avec ses origines, plus il s'investira dans le pays d'origine et sera intégré¹² : les liens avec le pays sont plus un signe d'assimilation que de refus d'intégration ou de marginalisation¹³.

Après la stabilité de leur nombre, les immigrés viennent d'une origine de plus en plus lointaine.

En Aquitaine, les immigrés sont majoritairement européens (espagnols, portugais et italiens), au-delà de la moyenne nationale (63% contre 44%). Mais, reflétant la

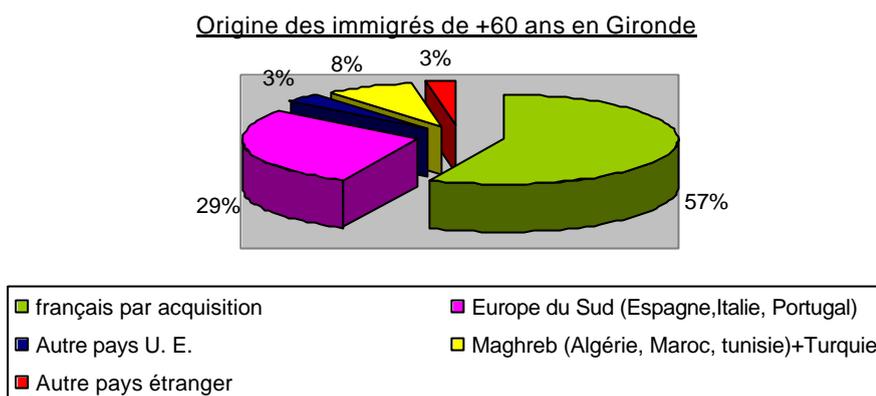
¹¹ LIMOUZIN E., 1996, pp.50-51 : « L'attachement des espagnols à leur culture d'origine ne remet pas en cause leur assimilation dans leur pays d'accueil, et inversement, il ne faut pas croire que cette assimilation conduit à l'abandon de leur culture d'origine ».

¹² THOMAS W. & ZNANIECKI F., *Le paysan polonais en Europe et aux Etats-Unis, 1918-1920*, Chicago UP ; soutenu par OAREIL, 2000, p.36 : « C'est justement le fait de retrouver un instant sa culture d'origine qui leur a permis de mieux accepter la situation ». De même, LIMOUZIN E., 1996, pp.46-48 montre que les Espagnols, qui affirment leur origine dans l'espace privée, restent moins chez eux que les Français.

¹³ DUBET F. & LAPEYRONNIE D., 1992, pp.89-91.

tendance nationale, la part des européens baisse considérablement au profit des maghrébins. Cela sera repris dans les projections démographiques. Les asiatiques restent peu nombreux (10 400 personnes) tout comme les personnes d'origine Afrique subsaharienne (8 800), qui viennent plus particulièrement de pays anciennement sous administration française.

Du point de vue de l'origine des immigrés âgés vivant en Gironde, les tendances départementales sont en conformité avec le niveau national :



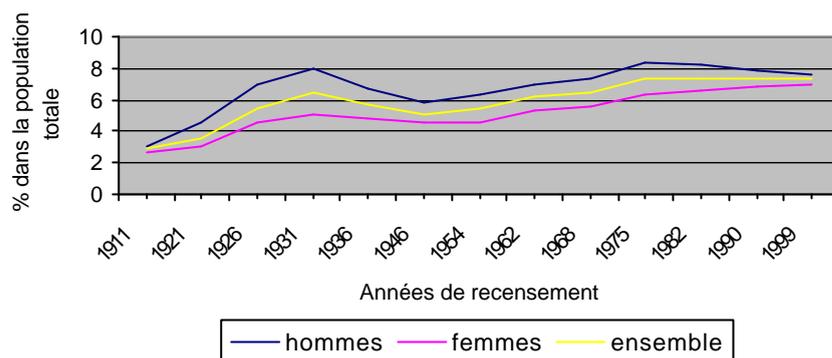
Les personnes venues de pays européens autres que l'Espagne, l'Italie et le Portugal sont deux fois moins représentées en Gironde qu'en Aquitaine. Cela se compense par une sur-représentation des populations maghrébines et turques à hauteur de 8% (contre 5% en Aquitaine). On peut supposer que les européens tels que les Allemands, les Hollandais ou encore les Britanniques qui sont en Aquitaine sont plutôt dans une «immigration de retraité » et privilégient par exemple la Dordogne¹⁴, jusqu'à posséder un journal écrit par et pour des britanniques, le «French News », basé à Périgueux. Tandis que les personnes maghrébines, toujours dans une logique d'immigration de travail, se dirigeraient plus vers les grands centres urbains dont le principal, Bordeaux.

Enfin, les femmes ont une place prépondérante dans la population immigrée.

En 1999, les femmes représentent près de 47% de la population étrangère. Le phénomène est marqué depuis la moitié de la décennie 1970 et les mesures autorisant le regroupement familial. L'immigration a évolué d'une immigration de main d'œuvre masculine à une immigration familiale. Ce mouvement vaut autant pour les immigrés naturalisés que pour les immigrés étrangers.

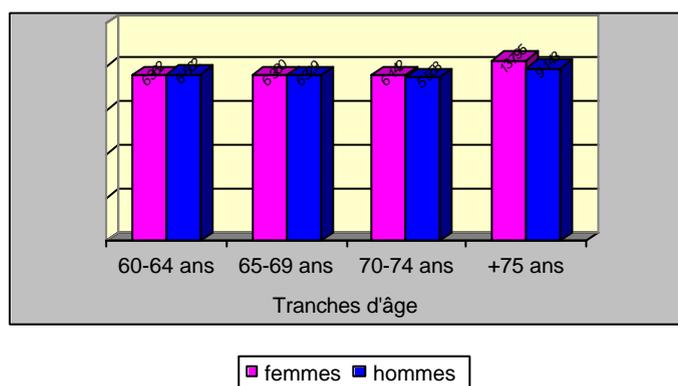
¹⁴ En 2001, ¼ des acquéreurs étrangers en France était britannique (revue *Propriétaires*, le magazine de l'Adresse FNAIM, n°18, février 2004 p.14). Plusieurs reportages télévisés argumentent le phénomène : DE CAROLIS P., *Des racines et des ailes : Bienvenue en France*, un

Féminisation de la population immigrée



En Aquitaine, les femmes sont aussi représentées que les hommes immigrés, voire plus nombreuses à partir de 75 ans : 13 795 immigrées de plus de 75 ans pour 9 143 hommes. Par contre, la population reste à plus de 96% masculine dans les foyers de travailleurs migrants.

Age des immigrés aquitains selon le sexe



Les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans les anciennes vagues migratoires, espagnoles (4 479 pour 4 107) et italiennes (1 640 pour 1 616). Leur supériorité numérique s'estompe lorsqu'il s'agit des nouvelles générations, et notamment dans les communautés maghrébines, marocaines (528 pour 1 266), algériennes (307 pour 665) et tunisiennes (49 pour 90). Le fait que les femmes soient moins nombreuses dans les vagues migratoires les plus récentes corrobore le fait que la venue des femmes est directement liée au regroupement familial et à une installation familiale durable.

an après, France 3, mercredi 05 mai 2004 ; soutenu par MOYAT A., *Enquête sur la ville*, TV7 Bordeaux, dimanche 25 avril 2004.

B) Un mode de vie dénotant d'un niveau socioprofessionnel moyen

Au niveau de l'urbanisation, deux tiers des immigrés habitent dans une ville de plus de 200 000 habitants, et seulement 3% des immigrés vivent dans une commune rurale. La population immigrée se concentre surtout en Ile de France : un parisien sur six est immigré, jusqu'à un sur cinq en Seine Saint Denis.

En Aquitaine, la population immigrée est plus citadine que le reste de la population (77% contre 70%). Un tiers des immigrés réside dans une unité de plus de 200 000 habitants. Ce sont les agglomérations qui concentrent le plus fort taux d'immigrés : loin devant, nous trouvons Irun-Hendaye à 22%, puis Pau, Agen, Marmande et Bordeaux à environ 6%. En Gironde, ce sont les villes de Bordeaux et de Libourne qui ont le plus fort taux d'immigrés. Bordeaux compte 6% d'immigrés dont 18% de portugais et autant d'espagnols. Libourne recense 3,6% d'immigrés dont 36% de marocains.

Le niveau des revenus des immigrés reste faible, lié à une situation professionnelle délicate. Les immigrés actifs sont déjà dans une situation générale modeste (chômage, emplois précaires, métiers manuels¹⁵), et la situation des immigrés retraités semble encore plus fragile¹⁶. Leurs parcours professionnels sont chaotiques et leurs situations financières incertaines. 70% des immigrés de 55 ans et plus occupaient des fonctions de manœuvre, essentiellement dans le bâtiment. Leurs sentiers sont jalonnés d'accidents du travail, d'invalidité, d'intérim, de maladie, d'arrêts et de reprises. L'accès à la retraite se fait rarement de manière conventionnelle mais plutôt suite à une période de chômage ou à un accident. 70% des plus de 55 ans sont inactifs (retraite ou préretraite, chômage, invalidité ou maladie).

Les revenus moyens d'un immigré âgé s'élèvent environ à 850 euros. Pour les espagnols, 61% des foyers ont des revenus inférieurs à 1 219 euros/mois, et 21% ont entre 609 et 914 euros/mois¹⁷. Pour certains immigrés, et notamment ceux vivants en foyers de travailleurs migrants, il faut ôter à ces revenus le pécule qui est envoyé chaque mois à la famille lointaine, ainsi que les frais de transports à chaque aller-retour au pays. Il leur reste environ 300 à 400 euros mensuels. Ils peuvent percevoir des prestations non contributives à hauteur moyenne de 560 euros par mois¹⁸. Les pensions des anciens

¹⁵ Pour de plus amples détails : DUBET F. & LAPEYRONNIE D., 1992, pp.82-83 ; BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002, p.21 ; Ministère de la Santé, 2001 ; Le Monde, 2000.

¹⁶ ORIV, 2003, p.20.

¹⁷ MUNOZ M., 2000, p.100.

¹⁸ GUYOTAT R., « Le refuge des déracinés », *Le Monde*, vend. 28 mai 2004 ; ORIV, 2003, pp.20-22.

combattants (environ 100 000 encore vivants aujourd'hui) s'élèvent en moyenne à 70 euros/mois, soit cinq à six fois moins qu'un pair français¹⁹.

Enfin, les immigrés âgés peuvent se répartir en trois habitats distincts²⁰.

Tout d'abord, ils sont estimés à 40 000 individus dans les foyers de travailleurs migrants. En effet, plus de 75% des résidents y ont plus de 55 ans. Ils sont masculins à plus de 96%, seuls mais mariés et chargés de famille dans leur pays d'origine. Ils sont maghrébins et africains subsahariens à plus de 90%. La durée moyenne de résidence dans les foyers de travailleurs migrants est de 23 ans. L'accueil en foyer se caractérise par un très faible coût mais aussi par un confort sommaire sur lequel nous reviendrons. Ces immigrés sont au centre d'un tissu social limité aux autres résidents du foyer et aux personnes originaires du même pays qu'eux. Les solidarités au sein du foyer semblent être superficielles lorsque la personne devient trop dépendante ou démente, mettant à jour un profond isolement des immigrés.

Ensuite, les personnes âgées immigrées vivant hors foyers de travailleurs migrants, seules à domicile ou en famille, sont estimés également à 40 000 personnes. Ce sont surtout des femmes européennes et des hommes maghrébins et africains. Eux semblent être plus intégrés par leurs participations aux activités partagées par l'ensemble de la population. Ils sont également plus souvent entourés par leurs familles.

Enfin, dans les établissements spécialisés, 3% de la population accueillie est étrangère : la moitié est européenne et le tiers d'origine maghrébine. Les européens sont des femmes à 70%, et les maghrébins sont des hommes à 70%.

En définitive, en Gironde, deux groupes se détachent de l'étude exposée.

D'une part, les immigrés déjà présents en institution : ce sont les européens du sud, essentiellement espagnols, une immigration ancienne dans le cadre du regroupement familial. Ils constituent la majeure partie des immigrés âgés. Ils sont considérés comme intégrés, notamment par leur forte demande de naturalisation. Cependant, cette population est en baisse d'effectifs, autant dans la population générale que dans celle des immigrés âgés.

D'autre part, ceux qui sont encore absents des institutions : ce sont les personnes âgées isolées, habitant en foyers de travailleurs migrants ou en habitats autonomes, le plus fréquemment maghrébins et musulmans. Certains d'entre eux sont proches d'une autre catégorie de nouveaux publics : les exclus vieillissants. Notons une distinction au sein de la communauté maghrébine : les algériens sont venus plus tôt en France (années

¹⁹ Journal télévisé de 13h, Canal Plus, 13 août 2004.

²⁰ BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002, p.40-41 ainsi que ORIV, 2003, p.23.

1960-70) en tant que travailleurs alors que les marocains sont venus plus tard, notamment avec le statut d'ancien combattant. Il s'agit d'une revendication identitaire récurrente de la part de chaque communauté. Bordeaux présente une particularité : 60% des immigrés de plus de 60 ans habitant en foyer Sonacotra sont des anciens combattants marocains. En effet, depuis la territorialisation de la gestion des pensions des vétérans, les anciens combattants marocains arrivent dans la cité girondine. Ils arrivent déjà âgés de 60 à 90 ans, motivés par des raisons économiques. La cristallisation des pensions d'invalidité oblige soit d'obtenir la nationalité française pour les percevoir, soit de justifier d'une résidence continue en France. De plus, depuis 1998, ces anciens combattants peuvent bénéficier du minimum vieillesse sous les mêmes conditions²¹.

1.1.2 La perspective historique comme éclairage de la démographie

La démographie de l'immigration est une photographie à un moment donné. L'histoire conditionne le visage de l'exil ancien et futur (1.1.2-B) avec quelques constances dans ses caractéristiques (1.1.2-A).

A) Une immigration française changeante et permanente à la fois

Jusqu'au XIX^{ème} s, les immigrés étant peu nombreux, l'intégration a pu se faire de manière progressive et durable. Par la suite, l'immigration française change de visage. Confrontée à un net ralentissement démographique et à un développement économique rapide lié à la première révolution industrielle, la France fait appel, dès la seconde moitié du XIX^{ème} s., à une main d'œuvre étrangère pour assurer le développement économique du pays. On dénombre 380 000 étrangers en 1851 -soit environ 1% de la population totale- surtout issus des pays voisins (Belgique et Italie). Les flux accroit rapidement : jusqu'à atteindre 1 million en 1881 puis 1 160 000 personnes en 1900, soit 3% de la population globale. Il s'agit d'une immigration stabilisée et durable.

Après la Première Guerre Mondiale, la France est décimée : 1 400 000 morts soit 10% de la population active, et 1 million de mutilés et de gazés. Les étrangers repeuplent le pays : leur nombre double en 25 ans, atteignant plus de 6,5% de la population totale. Il s'agit d'une immigration polonaise (500 000 personnes), italienne (400 000 personnes) et espagnole (350 000 personnes) pour l'essentiel, caractérisée par une installation récente, féminisée et ouvrière.

²¹ Références à la Loi du 26 décembre 1959 portant loi de finances pour 1960, ainsi qu'à la Loi Chevènement du 11 mai 1998.

Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, les besoins de la croissance économique feront naître une troisième vague d'immigration jusqu'à atteindre, en 1975, le niveau d'avant la guerre. Ces nouveaux immigrés sont essentiellement non communautaires et originaires du Maghreb, ouvrière, dans l'industrie et le Bâtiment & Travaux Publics. Ces emplois correspondent à des fonctions non exercées par la population française du fait de l'élévation générale du niveau de vie et de la modification de ses comportements.

La décennie 1970 marque un tournant : celui du passage d'une immigration de main d'œuvre à une immigration familiale. En 1974, la France décide l'arrêt de l'immigration des travailleurs. Les entrées sur le territoire français sont de plus en plus difficiles et les étrangers diminuent la fréquence des allers-retours. Dans un même temps, le regroupement familial est autorisé. Les familles rejoignent le « primo-arrivant » en France. Ces deux phénomènes croisés ont deux conséquences : d'une part, une tendance certaine à l'installation durable, et, d'autre part, la féminisation des immigrés (équilibre de la proportion de chaque sexe dans la population, espérance de vie plus grande, moins d'épuisement physique par rapport aux hommes...).

Malgré ces changements, l'immigration française garde certaines constances.

Les manifestations de rejets et les flambées de violences sont récurrentes. Nous pouvons faire allusion à des émeutes anti-belges dès le milieu du XIX^{ème} s., des lynchages anti-italiens à partir des années 1880²², des marques de xénophobie dans les années 1930 qui trouvent écho dans les mesures antisémites du gouvernement de Vichy à partir de 1940. Dans les années 1980, les phénomènes d'intolérance glissent du travailleur immigré vers la communauté étrangère dans son ensemble. Cela s'explique par plusieurs données : l'augmentation du nombre de familles du fait du regroupement familial à partir des années 1970, les émeutes en banlieues entre 1981 et 1983, le déploiement de l'idée fautive²³ que les étrangers abusent des prestations de la sécurité sociale et des allocations familiales, la récurrence du thème des étrangers dans différents débats politiques, et notamment concernant la concentration géographique des étrangers,

²² « En 1893, sept italiens travaillant dans les salines furent lynchés à Aigues-Mortes », GABIZON C., 2004, P.6.

²³ Pour les accidents du travail, les prestations reçues correspondent aux cotisations versées. Concernant les allocations familiales, ils versent à hauteur d'environ 5% pour recevoir plus de 9%. Mais, au niveau de l'assurance maladie et assurance vieillesse, ils cotisent près de 8% pour ne percevoir que 6% et 5% : PHILIPPON A., 1994, p.7.

les tags, l'insécurité, la laïcité, l'intégration. L'immigré reste celui qui est différent et qui ferait même peur²⁴.

Les motifs d'entrée en France restent de deux ordres : politique, économique, ou les deux à la fois²⁵. L'immigration politique peut être illustrée par le cas espagnol durant la guerre civile. Cependant, le flux d'immigrants s'est réduit à partir de 1975 à la chute du régime franquiste. De nombreux retours ont eu lieu et, entre 1977 et 1981, ils excèdent les entrées. L'immigration économique correspond, par exemple, aux immigrés algériens à partir de 1945 et surtout après 1962. La plupart de ces personnes est restée en France malgré un accompagnement familial malaisé. Même si le regroupement familial a été autorisé à partir du milieu des années 1970, il est rendu difficile par l'absence de logements adaptés. Enfin, l'immigration portugaise rassemble les deux causes de venue, surtout à partir de la décennie 1970. Il semblerait que l'immigration africaine subsaharienne actuelle cumule également ces deux motifs d'entrée.

Aujourd'hui, la reconstitution du groupe familial est la première motivation à l'entrée en France. Les chiffres des titres de séjour accordés à des conjoints augmentent considérablement : de 50 000 en 1999 à 80 000 personnes en 2002²⁶.

Au vu de ce fonctionnement, nous pouvons identifier deux ensembles récurrents de causes de non-retour au pays lorsque ce dernier est plus subi que choisi²⁷.

D'une part, l'immigré peut être devenu un étranger dans les deux pays habités. En France, sa présence est devenue illégitime puisque sa seule raison valable de rester était le travail. Dans son pays, il est considéré comme trop proche du modèle occidental, perverti par la société d'accueil, ayant perdu les valeurs traditionnelles de sa société d'origine. L'immigré est au centre des modifications des pratiques culturelles et sociales qui mène à une perte des repères traditionnels, d'autant plus que la société d'origine est elle aussi en mutation. Le retour s'avère délicat également par l'altération des liens familiaux, compréhensibles après des décennies de célibat et des enfants qui sont devenus des inconnus.

D'autre part, le retour est impossible face à un échec économique. Beaucoup d'immigrations ont pour but l'enrichissement : il est impossible de revenir au pays appauvri. Ceux qui ont construit une maison là-bas en même temps qu'ils travaillaient ici ont plus de facilités à rentrer. Aussi, ce sont les plus modestes qui restent et qui

²⁴ « D'un côté j'avais les espagnols, de l'autre les italiens (...), tous solidaires, c'était tous la même famille (...). C'était des sales gens... j'ai quitté cet endroit, je l'ai regretté... mais on m'aurait assassiné je crois si j'y étais resté », témoignage recueilli par LIMOUZIN E., 1996, p.25.

²⁵ THAVE S., 1999, pp.12-13.

²⁶ TABET M.C., 2004.

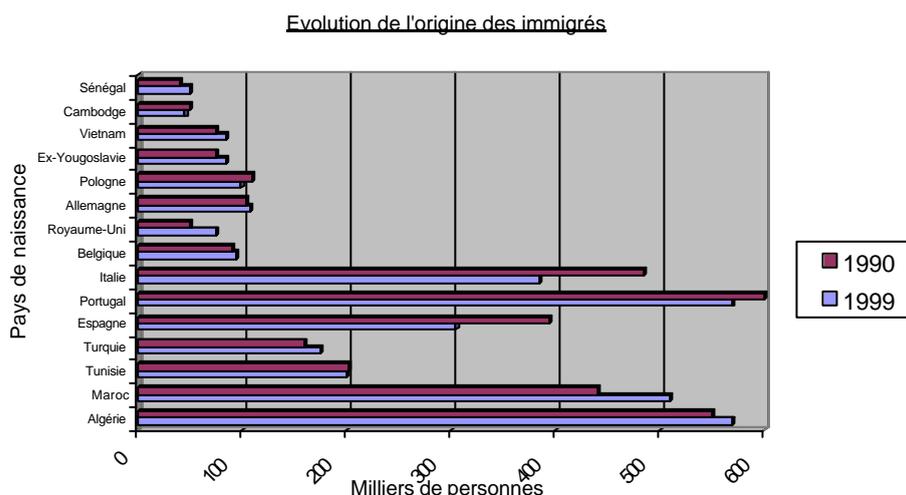
constituent le public en question dans cette étude. A cet échec économique s'ajoute le risque de perdre quelques avantages, notamment financiers tels que la pension de retraite ou les revenus de transferts soumis à condition de résidence (Allocation Adulte Handicapé, allocations du Fonds de Solidarité Vieillesse, Revenus Minimum d'Insertion), ou encore la perte du droit aux soins ou de la qualité des soins (Couverture Maladie Universelle, Sécurité Sociale).

B) Des projections à considérer pour le futur

Les perspectives prévoient une montée en puissance du phénomène du vieillissement des immigrés d'ici les années 2010-2020, concernant surtout les immigrés maghrébins²⁸.

La classe des 45-55 ans est la plus nombreuse aujourd'hui et posera donc quelques problèmes d'ici une quinzaine d'années. Les effectifs risquent de se réduire mais les personnes âgées immigrées, certes moins nombreuses, seront de plus en plus dépendantes. Le phénomène est largement sous-estimé aujourd'hui faute de visibilité et de problèmes d'accès aux données.

Du point de vue de l'origine des immigrés âgés, les tendances énoncées précédemment se confirment. Les immigrés arrivent de pays de plus en plus éloignés : les européens du sud, en écrasante majorité aujourd'hui, sont de moins en moins représentés, tandis que les immigrés d'origine maghrébine sont de plus en plus nombreuse. Ce sont eux qui constitueront la population immigrée âgée de demain.

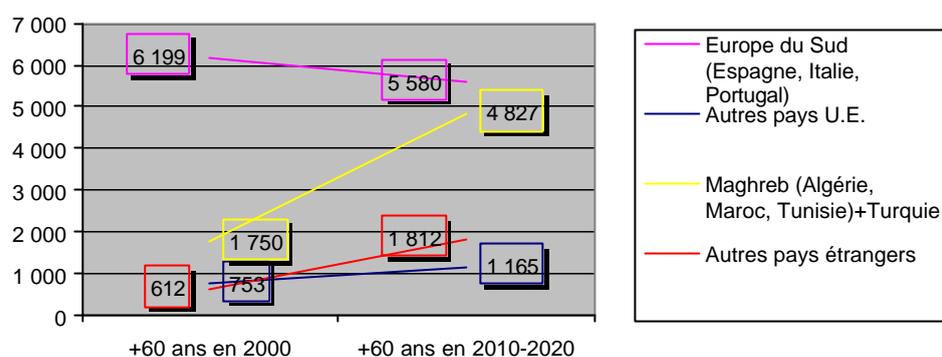


²⁷ SAMAOLI O., 1999-1 ; BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002, p.9.

Au niveau local, nous pouvons émettre quelques commentaires sur l'âge et l'origine des immigrés et leur évolution démographique en Gironde en comparant les données sur les immigrés âgés de 40-59 ans et ceux âgés de plus de 60 ans.

Quelles seront les caractéristiques de la prochaine génération d'immigrés girondins à atteindre les 60 ans ?

Projection démographique des immigrés âgés en Gironde



Trois mouvements risquent de changer le visage de cette population âgée. D'abord, les populations les plus nombreuses aujourd'hui, espagnoles, italiennes et portugaises, baissent considérablement dans la génération suivante (-10%). Ensuite, les européens hors pays méditerranéens affirment clairement leur présence puisque leur proportion va augmenter de +154% si l'on considère le vieillissement des 40-59 d'aujourd'hui. Il semble que cette population désigne les communautés allemandes, hollandaises ou encore britanniques déjà évoquées qui choisissent la région pour leurs retraites. Enfin, un autre groupe risque d'exploser démographiquement : il s'agit des personnes issues du Maghreb et de la Turquie (+275% en passant de 1 750 de +60 ans à 4 827 de 40-59 ans). Même si les pourcentages sont impressionnants par rapport aux effectifs qui restent réduits, cela relate une sérieuse tendance. En y regardant de plus près, nous voyons que la population algérienne double et la communauté marocaine triple, dépassant les effectifs espagnols et se rapprochant des portugais.

Comme précisé en introduction, les deuxièmes générations devront être prises en compte dans l'évolution des institutions. En effet, elles seront libérées du lien financier avec le pays d'origine, elles auront un recours plus facile aux maisons de retraite, et elles exigeront une dimension interculturelle au sein des institutions : « *Les enfants qui, dans une dizaine d'années auront cinquante ans, n'auront certainement pas plus que les*

²⁸ BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002, p.16-19, 39-40.

français d'aujourd'hui ni les conditions matérielles ni les dispositions pour s'occuper complètement de parents dépendants »²⁹.

1.2 Une entrée en maison de retraite complexe pour toute personne âgée

Pour cerner les difficultés d'accès aux institutions qui se posent pour les immigrés **(1.2.2)**, il convient d'abord de relativiser les souffrances qui y sont liées en notant qu'il s'agit d'une épreuve pour toutes les personnes âgées **(1.2.1)**.

1.2.1 Un rite de passage éprouvant pour la personne âgée...

L'entrée en établissement n'est facile pour aucun futur résident. Il doit faire face à une institution rigide par essence, malgré les efforts d'assouplissement actuels (1.2.1-A), et chacun doit gérer une véritable crise faites de plusieurs deuils (1.2.1-B).

A) La maison de retraite comme institution qui force l'adaptation

La maison de retraite est une institution, elle est « *un ensemble complexe de valeurs, de normes et d'usages partagés par un certain nombre d'individus* »³⁰ qui implique les notions de socialisation et d'intériorisation des règles. Cette institution particulière peut même s'apparenter à une « *institution totalitaire* »³¹. « *Les foyers pour aveugles, vieillards, orphelins et indigents* » appartiennent au premier des cinq groupes d'institutions totalitaires : ce sont « *les organismes qui se proposent de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de subvenir à leurs besoins et inoffensives* » (p.46). E. GOFFMAN définit l'institution totalitaire comme « *un établissement spécialisé dans le gardiennage des hommes et le contrôle totalitaire de leur mode de vie : isolement par rapport au monde extérieur dans un espace clos, promiscuité entre reclus, prise en charge de l'ensemble des besoins des individus par l'établissement, observance obligée d'un règlement qui s'immisce dans l'intimité du sujet et programme tous les détails de l'existence quotidienne, irréversibilité des rôles de membre du personnel et de pensionnaire, référence constante à une idéologie consacrée comme seul critère d'appréciation de tous les aspects de la conduite, etc.* » (p.11).

²⁹ Mme JANOT, in ORIV, 2003, p.50.

³⁰ LECUYER B-P., « Institution », in BOUDON R., BESNARD P., CHERKAOUI M. & LECUYER B-P, *Dictionnaire de la sociologie*, Larousse Références, pp.123-124.

³¹ GOFFMAN E., 1968.

Malgré la persistance du risque d'enfermement totalitaire des personnes âgées, l'institution s'est éloignée des hospices dont parle E. GOFFMAN à la fin des années 1960.

L'institution moderne reste dans un contexte bureaucratique au sens de M. CROZIER, supposant l'anonymat, l'objectivité et la rationalité dans l'organisation du travail. C'est un lieu où se joue un arbitrage entre le lieu de vie des résidents et le lieu de travail du personnel. Ce sont deux logiques différentes à faire cohabiter, par exemple, autour des couchers ou des soupers trop tôt. De fait, le rythme de vie des résidents est modifié : les levées, toilettes, repas, ménages, passages aux sanitaires sont imposés à des intervalles réguliers en fonction de l'organisation du travail et des contraintes institutionnelles, et pas forcément en fonction du rythme de vie du résident. L'entrée en maison de retraite implique la déstructuration de l'emploi du temps de la personne âgée. Elle la dépossède de l'ensemble des tâches domestiques qu'elle accomplissait avant son entrée. Cela peut être vécu comme un soulagement ou alors comme une contrainte. Certaines personnes âgées peuvent en arriver à refaire le ménage après les agents de service par désœuvrement, pour se rassurer ou par plaisir. Le temps libre est allongé, vide, tendant vers l'ennui. La gestion de ce temps constitue un des ajustements de la vie sociale en maison de retraite.

De ces constats résultent les deux enjeux principaux à l'entrée en établissement : d'une part, ritualiser le nouveau rythme de vie pour se l'approprier, et d'autre part, apprendre à perdre dans certains domaines pour continuer à vivre dans de nouveaux lieux et de nouveaux liens sociaux.

L'institution est consciente de ses effets pervers et réfléchit à des outils pour assouplir son fonctionnement. Nous pouvons faire référence au mouvement d'humanisation des établissements. La promiscuité est réduite grâce à la généralisation de chambres individuelles de surface correcte pour un lieu de vie. Les établissements éprouvent aujourd'hui le besoin de s'ouvrir sur l'extérieur pour combattre ce sentiment de réclusion et réhabiliter la maison de retraite au sein de la cité : projets intergénérationnels, salons de coiffures dans l'enceinte de l'institution, halte-garderies, lieux d'exposition, annexes de la bibliothèque... Les habitudes de vie antérieures à l'entrée sont de plus en plus respectées et la prise en charge est de plus en plus individualisée. Le projet d'établissement permet d'affirmer des principes de fonctionnement tels que le droit à un espace privatif identifié au domicile, le respect de l'intimité, la protection des valeurs de chacun et la considération de la vie privée. Le projet de vie sociale participe à introduire et entretenir ces lignes de conduite au sein de l'institution.

En parallèle de ces aides fournies par l'établissement pour pallier sa rigidité, les résidents mettent en œuvre des stratégies d'adaptation pour composer avec le fonctionnement institutionnel qui les confronte à un nouvel environnement, une nouvelle

identité et de nouvelles règles de vie. Le processus d'adaptation englobe six phases³² : le déclencheur (problème de santé, chutes à répétition, perte du conjoint, démence et notamment les troubles du comportement tels que l'incontinence, la déambulation, l'inversion du cycle nyctéméral), la phase de choc (désorientation et bouleversement des repères), la « lune de miel » (euphorie) qui alterne avec des phases de refus, phase de désillusion (confrontation à la réalité de la vie en maison de retraite qui ne correspond pas à ses attentes), phase de réorientation (rééquilibrage entre ses besoins et ce que nous propose la collectivité), et la phase de stabilité (adaptation durable par un rôle social réinventé au sein de l'institution).

Selon E. GOFFMAN, ce processus peut déboucher sur une adaptation « *primaire* », se conformant à ce que l'on attend d'elle, ou « *secondaire* » (p.255). Le premier cas de figure désigne des réalités hétérogènes. Par exemple à Bègles, M. L. s'est trouvé une nouvelle place au sein de l'institution par le biais de l'animation jusqu'à mener lui-même certains ateliers tels que les décorations de l'établissement au gré des saisons ou des événements (Noël, fêtes des familles). D'autres ont pu retrouver un rôle social en exploitant des compétences professionnelles ou des hobbies. Dans cette perspective, à Manon Cormier, citons M. M. qui distribue le journal tous les matins, qui s'occupe des poubelles et qui accompagne plusieurs résidentes à table à tous les repas. Lui s'associe plus volontiers aux personnels qu'aux résidents, plaisantant sur le fait qu'« *il ne travaillera pas lundi (de Pentecôte) parce que c'est jour férié* ». D'autres enfin peuvent se recentrer sur la lecture, les prières, les visites, notamment celles des Visiteurs de Malades en Établissements Hospitaliers (VMEH). Toutes ces activités les aident à vivre en soutenant une identité individuelle au sein d'une collectivité impersonnelle.

Dans l'hypothèse d'une « *adaptation secondaire* », l'individu s'écarte de son personnage assigné par des moyens illicites soit par une « *adaptation secondaire désintégrant*e » en revendiquant de modifier la structure de l'institution, soit par une « *adaptation secondaire intégrée* » en acceptant les structures institutionnelles mais en organisant un mode de vie parallèle et clandestin. M. H., résident à Manon Cormier, peut être qualifié, de manière humoristique, de « voyou ». Il mène une vie distinguée de celle de la résidence en ne s'investissant que de manière très irrégulière dans la vie de l'institution : il profite de ses journées pour se balader durant des kilomètres jusqu'à l'autre bout de la ville, en chinant, en accumulant des objets plus ou moins utiles mais rappelant ses penchants pour le bricolage et le système D. Il revient très régulièrement en retard pour le souper, ce qui donne l'occasion à ses cohabitants de faire quelques commentaires ou murmures. De même, M. M., dont le comportement a été décrit en introduction, a développé une

³² Intervention de DESPUJOS M., 2004.

adaptation secondaire intégrée de manière encore plus probante, allant jusqu'à rejeter le personnel l'entourant et le contraignant à glisser d'une relation professionnelle vers une relation affective, ce que nous développerons plus tard.

L'expression des libertés individuelles présente l'avantage de maintenir la personnalité de chacun, mais dans les limites d'une certaine homogénéité nécessaire à un fonctionnement collectif.

B) Les chocs de l'entrée en institution

L'entrée en maison de retraite se caractérise par plusieurs ébranlements et par de nombreux renoncements.

Le premier des cataclysmes réside dans l'événement qui aura déclenché le processus de placement : la perte du conjoint, une hospitalisation, un stade relativement avancé de démence, des chutes à répétition, l'épuisement de l'entourage aidant³³... Tout cela implique la perte de quelque chose, que ce soit une partie de ses capacités physiques ou mentales, un être cher, une famille ou des aidants s'étant juré de garder la personne jusqu'à la fin... L'entrée dans un lieu nouveau évoque le deuil du domicile au profit d'un nouveau qui sera sûrement le dernier. Le « chez-soi » représente beaucoup de choses pour chacun d'entre nous. Il est à la fois le siège social, notre musée personnel et intime, un nid protecteur contre les agressions extérieures, et, souvent pour les personnes aujourd'hui âgées de 80 ans, le tombeau qui les a vu naître et qui devait les voir mourir. Dans le même temps, la personne doit faire le deuil de son quartier, de ses voisins, de ses amis, de ses habitudes de vie (notamment le marché et les achats chez les commerçants du coin), de ses odeurs et bruits familiers...

Un des facteurs qui rend l'entrée en institution difficile est le manque de préparation de la personne âgée. Seulement 6% des entrées sont réellement préparées, et 79% des personnes âgées hospitalisées en long séjour ne sont pas prévenues de leur placement permanent à leur sortie³⁴. Suite à un évènement tel ceux déjà décrits, l'entrée se fait fréquemment dans les vingt-quatre heures. Cela peut faire émerger un syndrome de glissement, caractérisé par la perte de motivation, la perte de maîtrise de son corps, le sentiment de fatalité et de bilan mitigé sur sa vie passé³⁵. Outre ce risque, les entrées non préparées donnent lieu à des désagréments supplémentaires : trois fois plus de risque

³³ Entre autres, 52% des entrées se font à cause de problèmes de santé, 15% pour des raisons socio-familiales, et 9% pour perte d'autonomie (VARINI E., 2004, p.15).

³⁴ VARINI E., 2004, pp. 12-14.

³⁵ RENESSON-PHILIPPON M-L., 2000, pp. 57-67.

d'incontinence, cinq fois plus de risque de détérioration mentale, trente-huit fois plus de risque de grabatisation que chez les personnes ayant accepté le placement³⁶. Ces données méritent que l'établissement d'accueil soit vigilant à ce que le consentement de la personne âgée à son entrée soit sûr et éclairé.

L'entrée en institution signifie que la personne âgée accepte de se ranger à l'image qu'on lui renvoie et se résout à incarner ce que la société range en marge : les entrées en institution ont augmenté de 26% depuis les années 1990, même si seulement 10% des personnes âgées logent en établissement³⁷. La personne âgée représente la perte de l'aspect juvénile alors que la mode est à l'éternelle jeunesse, la beauté et la santé ; l'échec de la médecine devant le dépérissement humain, la déchéance physique et mentale, l'inutilité sociale alors que la société est axée sur la réussite personnelle souvent associée à un succès professionnel et financier. De plus, selon E. DURKHEIM³⁸, dans une société moderne dite organique, le système social est fondé sur des relations d'interdépendance et de complémentarité. En son sein, la personne âgée n'est plus un élément fondamental, elle a perdu son utilité sociale, elle ne produit plus, elle coûte : elle est désolidarisée.

L'entrée en institution matérialise le saut dans une nouvelle vie, confronté à une population à laquelle la personne âgée a du mal à s'identifier, entouré de « vieux » auxquels elle ne s'associe guère³⁹. La cohabitation avec des personnes invalides est particulièrement anxiogène pour les entrants et même pour les anciens résidents. Le groupe des personnes âgées constitue un groupe homogène, ayant en commun certaines caractéristiques. Mais à l'intérieur de ce groupe homogène vu de l'extérieur, il existe des distinctions et des stigmatisations entre les personnes âgées vis à vis des plus dépendantes. Les directeurs sont régulièrement sollicités par les résidents ou leurs familles pour constituer un secteur délimité pour les désorientés ou les plus dépendants physiquement. Le débat est récurrent : certains d'entre eux préfèrent maintenir toutes les personnes en contact les unes avec les autres pour des raisons thérapeutiques, et d'autres prennent la décision de rassembler les personnes ensemble pour une paix sociale et des facilités de prises en charge pour le personnel. Les infirmités, la perspective omniprésente de la mort qui se rapproche et qui frappe de temps à autres des

³⁶ VARINI E., 2004, p.15.

³⁷ RENESSON-PHILIPPON M-L., 2000, p.4.

³⁸ DURKHEIM E., *De la division du travail social*, PUF, 1960 (édition originale 1893), explicité dans RENESSON-PHILIPPON M-L., 2000, pp.85-86.

³⁹ La psychologie sociale a établi que plus la ressemblance entre deux sujets était objectivement remarquable, moins les individus la percevait : RENESSON-PHILIPPON M-L., 2000, pp.86-87.

cohabitants, et le poids de la collectivité sont autant d'éléments qui tranchent avec toute une vie d'autonomie, de liberté et de choix de vie.

L'entrée en institution se solde ainsi d'une crise d'identité, d'un réajustement de sa place au sein d'une nouvelle communauté. Cela s'accompagne fréquemment d'une perte de confiance en soi et de sécurité, doublée d'un sentiment d'inutilité sociale et d'incapacité dû à la dépossession des activités domestiques.

En définitive, l'entrée en maison de retraite peut être considérée comme un rite de passage au sens de A. VAN GENNEP⁴⁰. Ces rites sont destinés à introduire une catégorie de personnes dans un nouveau statut social à l'issue de trois phases : la rupture avec le monde antérieur, la marginalisation dans un lieu sacré, et la résurrection symbolique dans une nouvelle communauté d'appartenance. L'entrée en maison de retraite ne fait que succéder au premier franchissement de seuil vers la vieillesse marqué par le passage à la retraite qui peut être vu comme une « *mort sociale* » selon l'expression de A-M. GUILLEMARD⁴¹.

1.2.2 ...Mais avec des difficultés supplémentaires pour les immigrés

Au-delà de ces difficultés propres à l'entrée d'une personne âgée en institution, l'immigré est confronté, en plus, à des écarts culturels (1.2.2-A) et à un accès à la santé malaisé (1.2.2-B).

A) Des décalages culturels exacerbés

L'immigré se trouve confronté à des décalages culturels qui prennent différentes formes. Au sein du groupe des immigrés, les communautés musulmanes semblent rencontrer des difficultés qui leurs sont propres.

Nous avons déjà souligné les manifestations de rejet et de violence qui s'organisent autour des vagues successives d'immigration, et ce depuis le XIX^{ème} s. Ces phénomènes soulignent que l'immigration est une aventure de tout temps. Tout exil était, est et restera difficile, que l'immigré soit maghrébin, espagnol⁴², italien⁴³ ou polonais :

⁴⁰ VAN GENNEP A., *Les rites de passage*, Paris, Picard, 1981 (édition originale 1909).

⁴¹ GUILLEMARD A-M., *La retraite, une mort sociale*, Mouton, Paris, 1972.

⁴² « *On était reconnu (...). On vous reconnaissait par la figure (...) qu'on n'est pas habillé pareil que les français, maintenant ça a changé, mais...* », extrait d'entretien d'un immigré espagnol, LIMOUZIN E., 1996, p.25.

⁴³ Cf les manifestations anti-italiennes exposées supra.

« *Quelle est l'aptitude de l'immigrant polonais à s'assimiler ? La réponse est nette : aucune, quant au présent du moins. (...) Loin de rechercher [les rapports avec nos ressortissants], ils s'efforcent de vivre uniquement entre eux, encouragés en cela par leurs ministres du culte et par leurs autorités consulaires elles-mêmes* »⁴⁴. Ces mots de 1929 semblent intemporels et se répéter à chaque nouveaux arrivants.

Nous avons également développé antérieurement les difficultés de l'immigré de revenir dans son pays, devenu étranger ici et là-bas. Le travail excusait la présence de l'immigré en France et donnait un sens à l'exil. Le retrait du monde du travail sonne comme une situation de crise, comme une mort sociale⁴⁵, ce qui justifie les cas de troubles psychologiques et de dépression. Demander un service d'aide pour quelqu'un dont la présence est devenue illégitime, voire une charge pour le pays, est rendu vraiment délicat.

Dans le groupe homogène des personnes âgées, l'origine agit comme une distinction : l'immigré est stigmatisé. « *La race, la nationalité et la religion, qui peuvent se transmettre de génération en génération et contaminer également tous les membres d'une famille* » constituent la troisième catégorie de stigmates. Ces « *stigmates tribaux* » fonctionnent comme « *une différence fâcheuse, (...) détruisant ainsi tous les droits [qu'un individu] a vis-à-vis de nous du fait de ses autres attributs* »⁴⁶. Cela passe aussi par une langue mal maîtrisée, un certain analphabétisme, une méconnaissance des habitudes de vie, une mise en difficulté qui mènent logiquement à une mise en infériorité. D'autant que le temps ne gomme pas forcément la différence : « *après 30 ou 40 ans passés en France, plus de la moitié [des espagnols] déclare une connaissance moyenne ou mauvaise du français* »⁴⁷.

La vieillesse est une construction sociale selon les cultures, donnant lieu à diverses représentations de la maladie et de la vieillesse. Dans les sociétés industrielles, la vieillesse est caractérisée par une dégradation du statut du vieillard. Dans les sociétés traditionnelles, la maladie est sociale avant tout. L'individu malade est le révélateur d'un dysfonctionnement, mais qui ne lui est pas propre⁴⁸. A titre d'illustration, N. LOUTZ

⁴⁴ Rapport du Préfet du Pas de Calais du 11 octobre 1929, issu de GABIZON C., 2004, p.6.

Précisons que 30% de la population de ce département est, aujourd'hui, d'origine polonaise.

⁴⁵ ORIV, 2003, p.22 complété par colloque hôpital Avicenne, 2003.

⁴⁶ GOFFMAN E., 1975, pp.14-15.

⁴⁷ MUNOZ M., 2000, p.98.

⁴⁸ BARTKOWIAK N., *Les dynamiques du champ sanitaire en Afrique subsaharienne : les déterminants de l'évolution d'un recours thérapeutique et la redéfinition de la place de l'acteur étatique. Cas africains autour de l'exemple burkinabé*, mémoire de DEA d'Études Africaines, sous la direction de M. COULON, CEAN, IEP, Bordeaux IV, 1999.

examine les représentations entre les personnes âgées belges et turques⁴⁹. Concernant la maladie, les premières l'associent à la mauvaise hygiène de vie tandis que les secondes l'attribuent à la migration, à la solitude et au non-respect des règles de l'Islam. La vieillesse est considérée par les belges comme synonyme de solitudes et de déficiences, tandis que les turcs y voient l'évolution vers la sagesse laissant du temps libre pour la religion. La prise en charge en maison de retraite reflète ces discordances et ces malentendus.

De fait, les communautés maghrébines et musulmanes sont confrontés à des difficultés supplémentaires.

En premier lieu, leurs pays d'origine ne disposent pas de maison de retraite. Le stage effectué à la maison des vieillards à Tanger durant l'été 2003 témoigne de la sacralité du devoir familial, du tabou qui entoure la prise en charge des personnes âgées, et de l'inertie des pouvoirs publics. Cela accroît les difficultés de ces immigrés pour s'approprier le concept et le fonctionnement de ces institutions méconnues. Dans un pays étranger, le décalage entre les deux constructions sociales de la vieillesse resurgit : ils ont appris un modèle et sont obligés de vivre selon un autre modèle. Ainsi, les maghrébins ont une vision floue de ce qu'est une maison de retraite⁵⁰.

D'ailleurs, et nous y avons fait allusion plus haut, au sein des établissements, les immigrés d'origine maghrébines et le plus fréquemment musulmans ont tendance à instaurer un mode relationnel particulier avec le personnel environnant. Ils effectuent un perpétuel glissement d'une relation professionnelle vers une relation affective, d'une relation avec un soignant vers une relation entre personnes⁵¹. Le professionnel doit intégrer ce mode de relation s'il veut parvenir à l'accomplissement de sa tâche. Par exemple, M. M. n'accepte le ménage que d'une seule agent des services hospitaliers, et les soins que d'une seule infirmière. Les résidents du foyer du Médoc arrivent à conditionner les plages de travail de l'adulte-relais.

Une difficulté supplémentaire réside dans le fait que, au sein des établissements, il y a une forte représentation féminine et catholique alors que les musulmans isolés, notamment dans les résidences sociales, sont surtout des hommes. En restant dans les foyers de travailleurs, ils trouvent le confort d'être entourés par leurs pairs, avec des

⁴⁹ LOUTZ N., « Représentation de la santé : comparaison des personnes âgées belges et immigrées turques », in BLOMART J., *Perspectives de l'interculturel*, L'Harmattan, Paris, 1995, pp.263-272.

⁵⁰ Ils ont la curiosité d'aller se balader devant mais pas de rentrer, ils observent qu'« on leur donne bien à manger »... ; BRUN S., 2001, pp.33-34.

⁵¹ Constat issu des entretiens effectués auprès du personnel de Manon Cormier ainsi qu'à partir des observations et des échanges eus au foyer Sonacotra du Médoc.

personnes de même langue, de même pays, de même habitudes. Ils peuvent même avoir une adaptation des intervenants extérieurs. Par exemple, les aides-ménagères intervenant au titre de l'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) de même origine qu'eux sont préférées aux autres.

Enfin, nous pouvons souligner deux difficultés engageant les deuxièmes générations. D'une part, elles ont à gérer un fort décalage entre une intégration sociale faible et une assimilation culturelle réussie⁵². D'autre part, elles doivent accepter « l'héritage paradoxal ». Un musulman qui vit en France, s'il a la volonté de vieillir et de mourir sur sa terre d'accueil, ne peut pas concrétiser cette volonté de rester en France et de donner un nouveau départ à l'histoire familiale. S'il veut être enterré selon les rites musulmans, il doit retourner dans son pays, faute de carrés musulmans dans les cimetières français. Le thème de l'enracinement –au sens figuré qui est fortement lié au sens propre- est plus rattaché à ce problème qu'à celui de la pratique religieuse par exemple. En effet, cette dernière constitue un acte individuel et passager : elle n'engage que l'individu, et uniquement le temps qu'il restera en France. Or, l'enterrement est une décision familiale, qui engage toute la lignée, et qui permet au migrant de se tourner vers l'avenir dans le pays d'accueil plutôt que de rester river sur la terre des ancêtres et le passé perdu. De plus, le fait de ne pas offrir le choix d'être enterré ici oblige le migrant à intégrer le retour dans son projet migratoire. Or, comment un enfant né en France de parents étrangers peut-il se sentir bien dans son pays de naissance lorsque celui qui a décidé d'y venir n'a plus qu'une seule idée, celle de repartir ?

A l'étude des décalages culturels émerge l'importance de la variable culturelle dans la prise en charge d'un individu. On s'aperçoit qu'elle conditionne la manière de s'adapter et justifie les réticences récurrentes.

B) Un accès à la santé malaisé

Les complications sanitaires que rencontrent les immigrés sont de deux ordres : d'une part, un vieillissement précoce, et d'autre part, des difficultés d'accès aux droits sociaux et sanitaires primaires.

Les personnes immigrées âgées sont en proie à un vieillissement précoce, à partir de 45-50 ans⁵³. Cela est justifié par les travaux exercés au cours de leurs vies, notamment dans le Bâtiment & Travaux Publics et la manutention. Les accidents de

⁵² DUBET F. & LAPEYRONNIE D., 1992, p.141.

travail semblent relativement fréquents parmi cette population (amputation, perte d'un œil, maux de dos et d'épaules...). L'ALIFS (Association de Lien Interculturel, Familial et Social) témoigne que la moitié des interventions de la cellule juridique concernent les immigrés de plus de 50 ans, et sur des problèmes d'accident du travail et d'invalidité⁵⁴. L'alcoolisme et le tabagisme sont également relativement répandus.

Aussi, le vieillissement précoce se traduit par les conséquences de ces phénomènes, par des troubles neuro-squelettiques, rhumatologiques, gastriques, respiratoires, psychologiques et dépressifs, diabète, problèmes cardio-vasculaires, arthrose, cholestérol... A cela se rajoute des problèmes de surdité, dentaires et oculaires, parce que se sont des frais peu remboursés par la sécurité sociale et que leur précarité financière ne permet pas de couvrir. Cela a des conséquences sur la vie sociale de l'immigré, et sa sociabilité tend à se réduire. Ce sont des troubles qui s'apparentent à ceux retrouvés dans les classes ouvrières, favorisées par un travail physique éprouvant, une qualité de vie perfectible (hygiène, nutrition), une communauté essentiellement masculine. L'exil, la souffrance du déracinement et la solitude peuvent les accentuer. Les allers-retours dans des conditions rudimentaires aggravent l'état général de fatigue.

L'âge moyen de dépendance est de 75 ans pour les immigrés maghrébins contre 82 ans pour les français. La grande dépendance semble rare, le décès la devançant, survenant le plus souvent à l'hôpital. Si cela est possible et selon la volonté de la personne, elle est guidée pour repartir avant qu'il ne soit trop tard. Les rapatriements des corps sont onéreux (environ 4 000 euros), soumis à des contraintes religieuses et économiques telles qu'ils ne se passent pas toujours dans des conditions optimales⁵⁵.

Les difficultés d'accès aux droits sont un thème récurrent dans les travaux sur les personnes âgées immigrées. Cependant, dans le cadre d'une étude sur l'accueil en maison de retraite, nous nous attacherons à deux thèmes susceptibles d'éclairer la problématique : l'accès à une couverture maladie et l'accès à l'aide sociale.

Hormis la difficile reconstitution de carrière (parcours professionnel chaotique, périodes de travail non déclaré non comptabilisées, difficultés d'obtention d'attestation de chômage : seulement la moitié des espagnols ayant travaillé au pays touche une pension

⁵³ ORIV, 2002 p.60 ; ORIV, 2003, p.28-36 ; PAQUET M., 2002, p. 20-21 ; DROUET N., 2001 ; colloque hôpital Avicenne, 2003.

⁵⁴ Entretien avec MALENDIT F., pôle « médiation juridique et administrative » de l'ALIFS.

⁵⁵ Selon le rite musulman, le corps doit être enterré dans les 48h. Or, la saturation des vols amène fréquemment à reporter le départ du corps, provoquant des drames familiaux, les parents attendant le corps en jurant contre les expatriés qui ne respectent même plus les défunts.

versée par l'Espagne⁵⁶), l'accès aux droits sociaux et sanitaires primaires n'est pas assuré de manière systématique mais est soumis au titre de séjour⁵⁷.

L'immigré retraité a le choix entre deux modes de séjour : la carte de résident classique ou la carte de résident retraité. Dans le premier cas, la couverture Assurance-Maladie est assurée de la même manière que pour tout étranger résidant en France, mais elle n'est valable que trois ans et les allers-retours au pays sont soumis à une demande de visa à chaque fois. Dans le second cas, l'avantage est de bénéficier d'un visa long séjour de dix ans qui permet de partir dans son pays d'origine et de revenir en France sans formalité administrative lourde. Par contre, la carte de résident retraité fait perdre tout droit aux allocations (familiales, chômage) et à l'exercice d'une profession. De plus, l'accès aux soins est plus restrictif⁵⁸. D'abord, l'immigré doit justifier de quinze années de cotisations pour profiter d'une couverture maladie, ce qui pose problème pour ceux arrivés tardivement (exemple des anciens combattants marocains) ou de ceux ayant travaillé sans cotisation vieillesse. Ensuite, les droits fonctionnent que pour des soins immédiats et non pour les maladies chroniques ou de longue durée. Enfin, la catégorie de bénéficiaire est limitée au conjoint, et ce pour certains soins uniquement. De plus, cette carte ne semble pas s'appliquer à tous les ressortissants étrangers⁵⁹.

La plupart des immigrés en foyers de travailleurs migrants sont soit affiliés à la Couverture Maladie Universelle, soit basculés à l'Assurance-Maladie après régularisation de leurs dossiers. Or, l'acquiescement du ticket modérateur et de mutuelles suscitent nombres d'incompréhensions, et la Sonacotra, par exemple, négocie des « tarifs collectifs » auprès des mutuelles.

L'accès à une couverture sanitaire dépend aussi de l'attribution de l'aide sociale dans le cas de l'accueil en établissement.

A priori, il n'y a aucun obstacle juridique ou administratif à l'attribution de l'aide sociale à un immigré : « *toute personne de 60 ans et plus dont le domicile de secours se situe en Gironde, justifiant de ressources inférieures ou égales aux plafonds fixés par voie réglementaire ou dépourvus de ressources suffisantes, sous réserve de remplir les conditions de dépendance propre à chaque prestation peut bénéficier de l'aide sociale aux personnes âgées (...)* »⁶⁰. Par contre, « *le bénéficiaire doit satisfaire aux conditions*

⁵⁶ MUNOZ M., 2000, p.99.

⁵⁷ GISTI, Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés, « Entrée, séjour et éloignement des étrangers après la loi Chevènement », *Revue Plein Droit*, Les cahiers juridiques, hors-série, 3^{ème} éd., Paris, 1999, pp.16-19 ; BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002, pp.22-26. ; colloque hôpital Avicenne, 2003.

⁵⁸ Art. L 161-25-3 du Code de la Sécurité Sociale.

⁵⁹ BRUN S., 2001, pp.26-29.

⁶⁰ Art. 84 du Règlement départemental d'aide sociale de Gironde, p.43.

de nationalité et de résidence fixées aux articles 61 et 62 du présent règlement ». Ces derniers⁶¹ exigent que « *la personne réside en France de manière habituelle et non passagère* ». Le domicile de secours (art. 65) étant perdu « *par une absence ininterrompue de trois mois (...)* », nous pouvons supposer qu'une résidence habituelle signifie neuf mois de présence en France. C'est le cas pour l'obtention du Revenu Minimum d'Insertion, mais il est fixé à huit mois pour la Caisse d'Allocations Familiales, et à six mois pour l'administration fiscale et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie⁶². Quant à la condition de nationalité, l'immigré doit justifier « *d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant l'âge de 70 ans* » et de présenter un titre de séjour en règle (art. 62).

L'aide sociale étant récupérable sur succession, les biens du demandeur sont pris en compte dans l'attribution. Or, dans le cas où l'immigré possède un bien –même si 80% des immigrés rencontrés par l'ALIFS ne possède rien-, il préférera ne pas le déclarer pour ne pas bloquer le dossier pendant plusieurs mois le temps que ses déclarations soient vérifiées.

Nous pouvons souligner ici un paradoxe : ce sont les immigrés qui sont le moins susceptibles de rester qui ont un accès facilité à l'aide sociale, et donc à un séjour en maison de retraite. En effet, les immigrés qui ont acquis une propriété en France, qui ont fait venir leurs familles et qui donc ont décidé de s'enraciner ici auront tendance à ne pas demander l'aide sociale pour ne pas être redevables et conserver leurs biens. Ce sont les immigrés de passage qui auront une attribution facilitée de l'aide sociale. Cela est tout aussi valable pour les français, mais ce constat souligne la difficile décision de l'immigré de s'installer en terre française.

Dans l'hypothèse du versement de l'aide sociale, la personne n'aura plus à disposition qu'environ 60 € par mois⁶³, ce qui ne permet ni d'assurer un aller-retour, ni d'entretenir sa famille au pays. Par contre, le Conseil Général de l'Isère a adapté le système en laissant 230 € à la disposition de la personne, cela pour assumer ses obligations familiales. Certains proposent que le FASILD soit sollicité pour compléter le versement dans le cadre de sa mission de soutien aux initiatives d'intégration des immigrés dans le droit commun, en l'occurrence de l'accès des immigrés maghrébins aux maisons de retraite⁶⁴.

⁶¹ Base du CFAS (art. 124, 186, 194), Loi 92-722 du 29 juillet 1992 (art. 38), Loi n°93-1027 du 24 août 1993, Circulaire n°95-16 du 8 mai 1995.

⁶² UNAFO, 2002, p.24.

⁶³ LOUISE F., 2001, p. 65.

⁶⁴ RAHAL MOHAMMEDI H., 2002, pp.73-74.

Ainsi, il s'agit donc moins d'un problème juridique et administratif qu'un manque de sollicitation de la part des personnes âgées immigrées pour diverses raisons dont le manque d'informations, de coordination et de prise en charge spécifique en maison de retraite, la barrière de la langue, la négation des conceptions culturelles de la maladie, de la mort et du groupe social.

1.3 Conclusion de la première partie

La population immigrée constitue une part non négligeable des personnes âgées. Par contre, elle reste sous représentée en institution, sauf en foyers de travailleurs migrants.

L'entrée en établissement ne constitue pas un obstacle en lui-même. En effet, l'entrée en maison de retraite reste une épreuve pour tous les nouveaux résidents, et les difficultés financières peuvent être palliées par les mêmes mécanismes que pour tout résident, à savoir essentiellement l'aide sociale attribuée par le Conseil Général.

Par contre, le mécanisme semble plus insidieux et faire obstacle à l'entrée en établissement bien en amont. L'identité culturelle de l'immigré peut être en tel décalage avec celle du pays d'accueil que le placement peut devenir insupportable. Les difficultés financières et juridiques peuvent être telles que l'immigré peut ne pas se sentir en droit de demander une aide supplémentaire. Le caractère récupérable de l'aide sociale et l'engagement des obligés alimentaires constituent autant de motifs de non sollicitation. Les demandes sont perçues « *comme une humiliation* »⁶⁵. Aussi, « *le silence est parfois considéré comme une caractéristique des migrants âgés* »⁶⁶.

Les difficultés des immigrés à intégrer un établissement sont diffuses et cumulées.

72% des résidents de foyers de travailleurs migrants affirment ne pas vouloir accéder à un lieu de vie réservé aux personnes âgées pour des raisons culturelles, contre 10% pour des raisons financières⁶⁷. La variable culturelle est centrale dans l'accueil des immigrés en institution : cela soutient l'entreprise de ce présent mémoire de travailler autour de la différence culturelle de manière à résorber les inquiétudes qu'elle suscite.

⁶⁵ MUNOZ M., 2000, p.100.

⁶⁶ LE GOFF J., 2002 p.9.

⁶⁷ LOUISE F.,2001, p. 65 + annexe 1.

2 L'INSTITUTION À L'ÉPREUVE DE L'INTERCULTUREL

L'aspect culturel est donc prégnant dans le thème de l'accueil des immigrés en maison de retraite. Cependant, le sujet ne bénéficie pas d'une réelle prise de conscience dans le domaine de la gérontologie alors qu'il est omniprésent dans le monde de l'immigration (2.1). A partir du cas de l'interculturel en institution, il est intéressant de révéler les enjeux que soulève le sujet dans notre société actuelle pour faire émerger l'ossature des outils proposés en troisième partie (2.2).

2.1 La rencontre entre deux mondes : gérontologie et immigration

L'accueil des immigrés vieillissants reste méconnu dans la sphère de la gérontologie (2.1.1) alors qu'il s'agit d'un thème transversal qui pose la question du rôle de la maison de retraite face au principal acteur de la prise en charge des immigrés âgés : le foyer de travailleurs migrants (2.1.2).

2.1.1 Un sujet sous estimé par les acteurs de la sphère gérontologique

Le thème de l'accueil des immigrés en institution est un sujet très discret dans le monde de la gérontologie, d'une part parce que les pouvoirs publics sont inégalement engagés sur le territoire (2.1.1-A), et d'autre part, parce que les acteurs de terrain sont dans la méconnaissance du phénomène (2.1.1-B).

A) Un manque de concertation et de politique homogène

Le problème de l'accueil des immigrés en institution se pose dans un cadre peu volontariste : « *Les colloques ont permis une sensibilisation des acteurs et des pouvoirs publics mais celle-ci ne s'est pas transformée en décisions concrètes sur le terrain. Ces personnes âgées sont dans l'immigration en majorité des non-électeurs et le financement d'actions les concernant n'est pas prioritaire* »⁶⁸.

Il y a eu une grande mobilisation de différents acteurs institutionnels et associatifs du Grand Sud via le colloque « Vieillesse et Immigration » à l'initiative du FAS/FASILD en mai 1999 à Aix-en-Provence. Mais, faute de relais institutionnels, la continuation de ce

⁶⁸ MEKKIA., CAFDES 2001 in BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, p.63.

projet à l'échelle nationale n'a pu se faire. Le thème de la vieillesse des immigrés souffre cruellement d'un manque d'institutionnalisation.

A titre d'exemple, en Gironde (33), le Conseil Général a participé aux enquêtes de manière active quant à l'élaboration. Cependant aucune trace de ce travail n'est apparue de manière opérationnelle, dans le schéma gérontologique par exemple. Le rapport IGAS⁶⁹ signale qu'aucun Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ni schéma gérontologique des régions et départements considérés ne prévoit la prise en compte de cette population. Il est vrai que les collectivités locales argumentent qu'il s'agit d'un problème relevant de l'État et que, sans sa caution, elles n'ont guère envie de risquer de supporter tout le poids de leur engagement.

Quant aux Directions Départementales de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS), elles sont plus mobilisées sur les problèmes de logement et de personnes démunies (population qui croise souvent celle immigrée), sur la médicalisation des résidences pour personnes âgées et sur l'harmonisation entre les structures publiques et privées. Dans le cadre de sa mission d'accompagnement social des personnes, certaines DDASS, telles que celle des Alpes de Haute-Provence (04), ont mené une action de relogement provisoire des personnes âgées immigrées, mais cela reste ponctuel et dans l'attente de la réalisation d'un projet de résidence sociale. Pourtant, les DDASS auraient un rôle de coordination et d'impulsion à jouer puisqu'elles sont actives dans les domaines du logement, de l'intégration et des politiques en faveur des personnes âgées.

Enfin, les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) restent discrets sur ce champ d'action, confrontés à un manque de visibilité de cette population. Les CLIC ne sont pas encore ancrés dans le paysage sanitaire et social et sont encore mobilisés par la mise en œuvre de leurs objectifs premiers. Dans le cadre de leur mission d'interface entre les services gérontologiques et tous les publics âgés, les CLIC auraient un rôle à jouer dans la mise en relation et la coordination des services et dans la concentration des demandes.

Malgré ce manque d'engouement, certains acteurs se montrent particulièrement concernés et actifs par rapport au phénomène.

Au niveau des collectivités locales, citons le Conseil Général du Var (84) qui a associé les gestionnaires de foyers à ses travaux, et les Conseils Généraux de Seine-Saint-Denis (93) et d'Isère (38) qui incluent le thème dans leurs schémas départementaux. De même, le Conseil Général du Haut-Rhin (68) fait état de cette problématique dans son schéma depuis 1998, et a établi une convention tripartite-type qui

⁶⁹ BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, annexe 16.

oblige les structures à réfléchir sur la venue de cette population (organisation, animation, formation du personnel, hébergement intégrant les besoins culturels et culturels)⁷⁰.

Également, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), à l'image de celui de Saint-Denis (93), semblent être les acteurs les plus mobilisés, « *sans doute en raison de leur proximité* »⁷¹. Ce sont également eux qui résolvent souvent en urgence des cas de personnes âgées isolées et dans le besoin. Le CLIC du Bas-Rhin (67) s'est doté de personnel arabophone et développe, par exemple, des coordinations avec des médecins parlant des langues étrangères. Le CLIC de la CUB Sud-Est présente l'atout de compter, au sein du Bureau d'Information Senior (BIS) de Bègles, une personne ressource sensible au sujet des immigrés qui a initié un réseau de bénévoles pour pallier l'isolement des personnes âgées en général et immigrées en particulier. Nous reviendrons sur cette initiative en développant les partenaires des outils préconisés en fin de travail.

Les Centres Primaires et Régionaux d'Assurance Maladie (CRAM et CPAM) ont déjà amorcés des adaptations envers les immigrés et peuvent être actifs dans la prise de conscience de leurs partenaires. A titre d'illustration, la CRAM d'Alsace forme son personnel aux droits des retraités étrangers, lui demande une maîtrise des langues étrangères, organise des réunions d'information aux associations et intervenants auprès des populations migrantes.

La sensibilisation repose alors essentiellement sur des initiatives locales et souvent associatives. Par exemple, l'ODTI (Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés) a publié « *le guide du retraité étranger* »⁷² en complément des efforts des CRAM, l'association Césam Migrations Santé a procédé à plusieurs études sur cette population, l'Alsace et l'Aquitaine également, dans l'optique de capter l'attention des acteurs institutionnels. Dans son rôle d'interpellation des pouvoirs publics et de stimulation des acteurs, le FASILD soutient diverses manifestations (colloques, recueils de savoir-faire et de mémoires, expressions culturelles et artistiques) de manière financière, matérielle ou humaine, mais reconnaît que les possibilités d'action sont limitées sans relais institutionnel. Les divers dynamismes dépendent beaucoup de volontés individuelles et de personnes sensibilisées plutôt que de mesures pérennes⁷³. Outre motivées par une personne sensibilisée, les initiatives sont souvent induites par une situation urgente à laquelle il faut faire face.

⁷⁰ ORIV, 2003, pp.54-92.

⁷¹ BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, p.55.

⁷² cf. Ressources documentaires en fin de mémoire.

⁷³ Exemple de la participation de la DDASS au groupe de travail du FAS qui prend fin au départ de la conseillère technique en charge du dossier ; BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, annexe 16.

De fait, la somme d'actions ponctuelles ou d'expériences locales n'est pas constitutive d'une politique publique.

En définitive, comme le souligne l'IGAS, « *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* »⁷⁴. Pour les pouvoirs publics, réfléchir sur la problématique des immigrés âgés peut être douloureuse parce qu'elle touche des points sensibles : « *c'est accepter le défi de l'absence ou de l'échec de la politique d'intégration telle qu'elle fut mise en œuvre à ses débuts, par imprévoyance* »⁷⁵.

B) Des acteurs de terrain dans la méconnaissance du sujet

Si le sujet n'est pas clairement identifié au sein des pouvoirs publics, qu'en est-il à l'intérieur des maisons de retraite ? A partir des résultats de diverses investigations dont un questionnaire personnel en Gironde et une série d'entretiens à Manon Cormier (Annexes 7-8-9), quelle est la position des directeurs et des soignants ?

Malgré quelques personnes manifestant un vif intérêt, peu de directeurs d'établissements pour personnes âgées ont pleine conscience du phénomène. Leurs attitudes peuvent être qualifiées par trois caractéristiques.

D'abord, ils sont peu investis dans les réflexions proposées par les associations ou les autres acteurs : seulement 12,8% d'entre eux ont répondu à l'enquête OAREIL/FASILD de 2002 (52 réponses sur 405 envois) et 25% à mon questionnaire (17 sur 68 établissements). Seulement trois structures girondines se sont positionnées auprès de l'OAREIL/FASILD pour participer à un travail de réflexion. L'enquête de l'Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale (OHRAS) infirme ses statistiques puisqu'ils ont obtenu 60% de retour à leur enquête de 2001. Rappelons que depuis 1998, le Conseil Général de ce département a introduit le thème dans les schémas gérontologiques et multiplie les actions de sensibilisation.

Ensuite, la plupart des directeurs ne se positionne pas de manière active, estimant que le sujet n'est pas prioritaire même s'il est intéressant, qu'il s'agit d'un problème

⁷⁴ BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, annexe 16.

⁷⁵ LE GOFF J., 2002, p.1.

secondaire aujourd'hui, ou bien encore qu'il y a trop peu de personnes concernées dans leur établissement.

Enfin, peu d'adaptations concrètes sont observables au sein des maisons de retraite. D'après les responsables, aucune personne immigrée accueillie « *ne s'est montrée insatisfaite des diverses dimensions de leur accueil et de leur intégration dans la structure, que ce soit la préparation des repas, l'animation, les prestations hôtelières, les relations avec le personnel et les autres résidents, les soins d'hygiène ou encore la prise en charge médicale* »⁷⁶. Une écrasante majorité affirme que les immigrés participent à la vie de l'établissement. Paradoxalement, dans un même temps, des propositions d'amélioration sont évoquées concernant la formation du personnel en langue, l'alimentation, la pratique religieuse et l'accompagnement en fin de vie. Un tiers des réponses faites en Gironde en 2002 évoque la barrière de la langue, et un quart note des difficultés administratives.

Ces discours révèlent un fondement théorique, identitaire et professionnel très fort. Beaucoup considèrent que les immigrés qu'ils hébergent sont bien intégrés car ils vivent en France depuis longtemps. La différence est niée : « *La personne immigrée est une personne comme les autres, et à ce titre, il convient de l'accueillir comme les autres* »⁷⁷. L'altérité n'est reconnue que si elle pose un problème. Aussi, il ressort des questionnaires que l'immigré est « *celui qui pose problème* ». De fait, les espagnols par exemple ne sont plus considérés comme des « immigrés », parce qu'ils sont présents depuis longtemps et qu'ils sont considérés comme intégrés. Il y a « *une force uniformisatrice et normalisatrice* »⁷⁸ à l'œuvre dans les établissements. Cela est vrai pour les immigrés comme pour tout résident. Cela peut renvoyer à un « *désir inconscient de maîtrise chez les professionnels* »⁷⁹, mais cela témoigne aussi du principe républicain d'égalité de traitement dans les institutions⁸⁰. Nous approfondirons cette notion ultérieurement.

Les soignants ont une vision floue de l'immigré. Ce dernier est souvent associé à une immigration pour raison économique, aux « sans-papiers », aux problèmes qu'il pose, à sa non-maîtrise de la langue, à une couleur de peau et à une religion différente. Ils expliquent la non venue d'immigrés en maisons de retraite par leur choix de rester en famille. Or, « *nos enfants sont nés ici et ne nous prendrons pas forcément en charge* »⁸¹. Les difficultés rencontrées sont très fréquemment dues à la barrière de la langue, au

⁷⁶ Conseil général du Haut-Rhin, 2001, pp.20-21.

⁷⁷ *Idem.*

⁷⁸ OAREIL, 2000, p.21.

⁷⁹ *Idem.*

⁸⁰ Conseil général du Haut-Rhin, 2001, p.21.

contact délicat (notamment pour les toilettes et les soins), et à l'entrée dans les lieux privés. Le personnel soignant se trouve assez démuni dans certaines situations, sentant que la prise en charge pourrait être améliorée. Ils ont soif d'informations et de soutien pour échapper aux « *mauvaises raisons qui justifient notre inaction* »⁸².

On retrouve au sein du personnel soignant le reflet de l'égalité républicaine au travers de la volonté de traiter les résidents de la même manière. Ils sont farouchement opposés à la constitution de maisons de retraite communautaires. Également ressort le respect des sphères publiques et privées. Lorsque les différences sont évoquées, elles sont élargies : elles ne concernent pas seulement les immigrées mais tout individu (animations sur les pays d'origine mais aussi sur les régions, incompréhension liée au patois parlé par un résident, attention portée aux personnes venues des DOM-TOM).

Sans y attacher une importance particulière, le personnel a soulevé un phénomène très singulier. Lorsqu'une personne est d'origine méditerranéenne et qu'elle se plaint de souffrances que l'équipe n'arrive pas à saisir, elle parle de « syndrome ibérique ». Si cette distinction identifie un mode particulier de soins à dispenser à un individu, elle est bénéfique. Par contre, si cette qualification se limite à stigmatiser et à minimiser les souffrances d'une personne parce que le soignant n'a pas appris à décoder ce mode de plainte, le trait culturel est usité de manière abusive. A partir d'une étude menée par D. FASSIN sur les discriminations dans l'accès aux soins, le FASILD met en garde contre ces attitudes : « *Ce mode de qualification de troubles divers et souvent diffus lui semble une manière de disqualifier la plainte, en suggérant chez le patient à la fois une moindre tolérance au mal et un bénéfice secondaire potentiel* »⁸³.

La différence culturelle est donc plus présente de fait dans les institutions que dans les sphères des pouvoirs publics. Certaines situations interrogent, et d'autres sont réglées au cas par cas. L'utilisation du « syndrome ibérique » montre que les déterminants culturels sont bien présents, mais les interprétations qui peuvent en être fait doivent alerter et doivent motiver pour développer une voie d'action commune et appropriée.

⁸¹ Parole d'immigré algérien retranscrite dans ORIV, 2002, p.62.

⁸² Extrait d'entretien avec un membre du personnel aide-soignant.

⁸³ OAREIL, 2002, pp.65-66.

2.1.2 Concurrence ou complémentarité entre les acteurs ?

L'histoire de l'immigration et le fait que le sujet soit aussi peu considéré par les professionnels de la gérontologie consacrent le foyer de travailleurs migrants comme l'acteur principal de la prise en charge des immigrés âgés (2.1.2-A). Pourtant, la maison de retraite est directement concernée par les enjeux de la situation. Comment se positionnent ces deux acteurs de poids dans le paysage sanitaire et social (2.1.2-B) ?

A) Les foyers de travailleurs migrants en première ligne de la prise en charge

Les maghrébins habitant en foyers de travailleurs migrants ne représentent que moins du quart de la population immigrée âgée. Cependant, ils attirent une attention particulière pour trois raisons : d'abord, cette population rencontre des difficultés extrêmes dans le vécu de leur vieillesse comme cela a été mis en relief ; ensuite, ils concentrent les regards portés sur les immigrés vieillissants en faisant oublier que le terme désigne une réalité plus large ; enfin, le foyer de travailleurs migrants présente l'avantage de réunir en un endroit un certain type de population, et ainsi d'être l'objet potentiel de mesures ciblées, contrairement aux immigrés isolés plus difficiles à localiser.

Aussi, le foyer de travailleurs migrants occupe une place centrale dans la problématique des immigrés âgés en devenant l'interface entre cette population d'un côté et les pouvoirs publics, les médias et l'opinion publique de l'autre.

Il existe plusieurs organismes gestionnaires de foyers de travailleurs migrants (ALPIL, ARALI, ODTI, Sonacotra) : nous nous baserons ici sur le cas de la Sonacotra puisqu'il s'agit de la société présente sur l'agglomération bordelaise (Annexe 6).

Les foyers offrent un confort rudimentaire, à l'image du foyer du Médoc visité à Bordeaux. Mais cela correspondait à la mission de l'organisme à l'époque de sa création en 1956. La Sonacotra, Société Nationale de Construction pour Travailleurs, avait pour fonction d'éviter le développement de bidonvilles autour des agglomérations en parallèle de la venue de travailleurs étrangers (essentiellement maghrébins, algériens) recrutés dans leurs villages natals par les grandes firmes de construction ou d'automobile durant les « Trente Glorieuses ». Pour ces travailleurs, venir en France signifiait pouvoir avoir un travail bien payé, mettre l'argent de côté durant quelques années, et retourner au pays en passant la main à un fils ou un neveu. Le laps de temps passé en France était consacré au travail. Les logements proposés étaient adaptés à ce style de vie, communément appelé « la noria ». Il n'était alors aucunement question d'installation, d'intégration en France ou d'y finir ses vieux jours, ni pour les travailleurs étrangers, ni pour les pouvoirs publics français.

Or, depuis 1994, les résidences Sonacotra se trouvent face à deux problématiques à résoudre : d'une part le vieillissement des résidents, et d'autre part la diversification du public accueilli : à Bordeaux, 25% des résidents ne sont pas immigrés mais sont en grande difficulté.

Pour répondre à cela, les plans quinquennaux avancent la transformation des foyers en résidences sociales.

Le premier défi des foyers de travailleurs migrants est le vieillissement des résidents. Contrairement aux projets de chacun, pouvoirs publics et immigrés, ces travailleurs venus construire la France ne sont pas repartis, devenant « faux-célibataires » et « pères à distance » durant vingt ou trente ans, devenant étranger ici et là-bas. D'autres, seniors, quittent leurs campagnes pour venir chercher leurs pensions. Tout cela a déjà été évoqué et fait l'objet de nombreux écrits, dévoilant des histoires de vie dramatiques et des réalités méconnues du grand public. Cette vieillesse est difficile à vivre, mais elle l'est encore plus lorsque l'habitat est peu confortable. Les foyers sont rudimentaires, mais encore plus du point de vue d'une personne âgée. Le foyer du Médoc s'étend sur trois bâtiments (de cinq à sept étages). Le couloir et l'ascenseur tolèrent à peine les dimensions d'un fauteuil roulant, mais en aucun cas un fauteuil plus imposant ou un brancard de secours. Comme 46% du parc Sonacotra⁸⁴, les chambres n'excèdent pas les 9m², comportant un lavabo et un lit. La décoration est souvent maigre, « *comme s'ils étaient là que depuis quelques semaines...* »⁸⁵. Les sanitaires collectifs sont en bout de couloir (25 m environ) : trois à quatre toilettes réduites où les fauteuils roulants ne peuvent accéder, sans rampe, quelques douches exigües, avec une haute marche pour accéder, en carrelage glissant, sans appui ni voie d'accès en cas d'urgence (espace en haut des portes ou des murs). Il a déjà été trouvé des personnes décédées en ces lieux. L'accès aux toilettes durant la nuit souligne quelques problèmes ; manque de lumière, distance à parcourir, difficultés liées aux repères visio-spatiaux perturbés, hallucinations et résurgences de peurs des anciens combattants... La cuisine se trouve également en bout du lieu de vie, composée de quelques plaques de cuisson, tables et chaises. Les réfrigérateurs individuels sont de capacités réduites et à conservation limitée à 48 heures, obligeant la personne à renouveler très régulièrement ses denrées, sachant que le foyer du Médoc n'est pas très bien desservi. Les plaques de cuisson ne sont pas de toute sécurité puisque le gaz a déjà été retrouvé ouvert à maintes reprises. Le vieillissement des résidents remet entièrement en question la fonction et l'agencement des foyers.

⁸⁴ Sonacotra, Rapport d'activités 2002, p.22.

⁸⁵ Entretien avec D. CAREIL, directeur de l'agence Gironde.

Le second défi à relever par la Sonacotra est la diversification du public accueilli. Entre les travailleurs migrants vieillissants et les personnes en situation précaire en voie d'insertion sociale et/ou professionnelle, la cohabitation devient houleuse : les jeunes sont confrontés à une « *régression par rapport à leur perspective d'intégration* », et les personnes âgées vivent les habitudes des plus jeunes comme une « *source de malaise permanent (bruit, vandalisme)* »⁸⁶. En parallèle, la Sonacotra s'occupe de nouveaux publics tels que les gens du voyage et les demandeurs d'asile. Les lieux sont donc réhabilités en « résidences sociales » (Décret du 23 décembre 1994), désignant à la fois les foyers ayant bénéficié de travaux de réhabilitation et d'adaptation aux personnes âgées, et les résidences nouvellement créées. Se côtoient alors des personnes en grande précarité avec des personnes à niveau socioprofessionnel élevé, des étrangers et des « français de souche », des jeunes enfants avec des vieillards, des célibataires et des familles entières, de nouveaux hébergés et des habitués de longue date...

Le foyer de travailleurs migrants est donc un acteur central dans la prise en charge des personnes âgées immigrées, tout en tenant compte de l'hétérogénéité des populations et des politiques développées au sein de chaque résidence.

B) Les enjeux à apprécier dès aujourd'hui

L'évolution du foyer de travailleurs migrants montre bien que sa mission première est dépassée, et que le vieillissement des immigrés est une préoccupation réelle de la Sonacotra. En conséquence de cette mutation, les partenaires de l'organisme gestionnaires ont-ils changé, incluant dorénavant des professionnels de la gérontologie ? Quelles résolutions sont consacrées dans la prise en charge des personnes âgées ? Quels rapports peut-on cerner entre la maison de retraite et les résidences Sonacotra ?

Dès sa création, le foyer de travailleurs migrants était une mesure transitoire. Sa spécialisation intrinsèque sous-entend un développement autonome et communautaire. De fait, il existe peu de liens entre les foyers et les acteurs du domaine gérontologique. Cependant, l'aide à domicile est plus sollicitée que l'entrée en institution.

Le foyer est de plus en plus apparenté au domicile de la personne, considérant son mode de vie comme habituel et non plus comme temporaire. Les services de maintien à domicile pénètrent au sein des foyers : à celui du Médoc, environ 20 personnes sur 250 personnes âgées bénéficient d'une aide à domicile. Quelques précautions sont respectées : discrétion, respect de l'intimité, mutualisation des horaires,

⁸⁶ BRUN S., 2001, p.17.

aide ménagère arabophone... Ces auxiliaires de vie sociale jouent un rôle important puisqu'elles exercent une veille sanitaire et sociale : signalement d'un départ improvisé au pays, surveillance de l'état physique et psychologique de l'unité de vie... Cette orientation du maintien à domicile se développe dans les foyers de travailleurs migrants, et se retrouve dans plusieurs préconisations : « *Favoriser la rénovation du parc de foyers (...) et, à cette occasion, prévoir de maintenir [les résidents] le plus longtemps « à domicile »* »⁸⁷.

Par contre, concernant les institutions pour personnes âgées, les divers observateurs leur préconisent de mieux s'adapter aux immigrés, mais rarement ils encouragent les foyers de se rapprocher de ces établissements pour enrichir leurs prises en charge. Les liens sont quasiment inexistantes. Quelques cas de placements sont cités, mais en terme d'échec, se soldant par un décès ou un retour au foyer⁸⁸. Nous avons bien mis en évidence précédemment que les difficultés à l'entrée en institution d'un immigré résidaient bien en amont du simple placement. Dans la perspective de l'instauration de liens plus étroits entre foyers de travailleurs migrants et maisons de retraite, un des éléments à prendre en compte est les représentations présentes chez les acteurs de l'immigration, de la même manière que nous avons considéré les représentations en vigueur chez les acteurs de la gérontologie à l'égard des immigrés. Eux-aussi sont dans la méconnaissance de l'autre monde. La maison de retraite jouit d'une image négative. Elle est vue comme un mouvoir, habitée par des personnes non autonomes et malades. Les établissements fonctionneraient sur eux-mêmes, souffrant d'un manque d'ouverture et d'un isolement par rapport à l'extérieur. L'environnement serait très encadré, les tâches du personnel spécialisées voire mécanisées, dénotant d'une certaine déshumanisation. L'image des anciens établissements hante les esprits, d'autant qu'à Bordeaux, une des maisons de retraite les plus connues est un ancien hospice et beaucoup de personnes en sont restés sur ces mauvais souvenirs. Certains de mes interlocuteurs ont été surpris d'entendre que, par exemple, certains résidents étaient en vacances dans les Pyrénées ou encore que d'autres donnaient des représentations de théâtre et de chants régulièrement. La spécialisation de ces foyers depuis leurs créations ne favorise pas les rapports entre acteurs, et risque même de les éloigner, ce qui peut nuire à une prise en charge adaptée des personnes âgées dans le besoin.

Après avoir constaté que le vieillissement des résidents constituait un défi de poids pour les foyers de travailleurs migrants, quelles sont les orientations choisies en conséquence ? La multiplication des publics semble faire obstacle au développement

⁸⁷ BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, p.64.

⁸⁸ Entretiens avec les équipes de la Sonacotra Bordeaux, soutenus par OAREIL, 2002, pp.37-54.

d'une politique propre aux immigrés âgés : une priorité en chasserait une autre. Du vieillissement des résidents, l'attention serait attirée aujourd'hui par les demandeurs d'asile, ce que reconnaît la Sonacotra⁸⁹. Par exemple, le mouvement de réhabilitation du bâti apparaît à plusieurs reprises dans les orientations de la Sonacotra et de l'UNAF0 (union des professionnels de l'hébergement social) depuis la fin des années 1990, mais la mise en pratique semble lacunaire puisque la poursuite des plans quinquennaux fait toujours partie des projets en cours et des préconisations faites⁹⁰. De même, l'accompagnement social des personnes âgées reste une voie perfectible⁹¹. Certains y voient « *un manque de cohérence entre les contrats d'objectifs et les réalisations* »⁹² De plus, les orientations sont nationales mais les applications dépendent fortement des directeurs d'agence et des travailleurs sociaux. Par exemple, l'animation dans les foyers à l'attention des personnes âgées, orientation affichée par la Sonacotra, est inégalement réalisée. Par exemple, cet axe a été développée au foyer du Médoc, mais sans politique réelle. La personne chargée de l'animation a été recrutée à l'occasion de la création des emplois-jeunes, mais son poste n'a pas été pérennisé. La personne a été embauché sur un poste administratif à l'occasion de l'ouverture du Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) d'Eysines (Annexe 3). L'animation a perdu de son ampleur et de sa qualification : il ne reste que quelques activités ponctuelles (cf. Partie 3), et ce sont les travailleurs sociaux (adulte-relais, secrétaire, assistante sociale) qui jouent le rôle d'animateur en plus de leur travail, sur la base de leur bonne volonté.

Pour accompagner les immigrés âgés et aider à la mise en œuvre d'une politique vieillesse au sein des foyers de travailleurs migrants, les deux acteurs principaux ne seront-ils pas amenés à se rencontrer ? Une des alternatives qui se posent aujourd'hui est la suivante : soit les foyers conservent leurs spécificités et sont susceptibles d'être médicalisés, soit, pour de multiples raisons dont les coûts de mise en conformité sanitaire ou les obstacles juridiques, les personnes âgées immigrées sont orientées vers les maisons de retraite de droit commun, ce qui reviendrait à nier leurs réticences d'y entrer. Peut-être que cette alternative devrait être posée en considérant les enjeux pour chacun des deux acteurs. De leurs côtés, les foyers de travailleurs migrants sont dans une logique de gestionnaires. Les personnes âgées constituent la majorité du public actuel. Le glissement de cette population vers les établissements spécialisés provoquerait un vide à

⁸⁹ « *Il faut aider les résidents confrontés aux difficultés de la vie ou à la vieillesse, il faut faire renaître l'espoir. Mais là encore, les temps changent : si l'immigration économique traditionnelle a diminué, elle est aujourd'hui remplacée par la demande d'asile.* », PELLISSIER M., président de la Sonacotra, éditorial du rapport d'activités 2002, p.5.

⁹⁰ Exemple de DESRUMEUX G., 2002, p.7 et de BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, p.58.

⁹¹ Se reporter à LE GOFF J., 2002, p.87 et à OAREIL, 2002, p.62.

⁹² BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, pp.49-50, 73.

comblent. Les personnes âgées constituent l'assurance que les foyers continueront à fonctionner. Par contre, il peut être difficile de réhabiliter en résidences sociales tout en maintenant des coûts bas pour ces résidents peu fortunés. D'autant que certains partenaires tels que le FASILD se désengageraient si les foyers persistaient à rester dans ce communautarisme (Annexe 6). Quant aux maisons de retraite, elles se trouvent confrontées à un manque de lits. Les listes d'attente d'une à deux années ne sont pas rares. De plus, d'autres priorités sont posées par les autorités : l'accueil de malades d'Alzheimer, le conventionnement, la réhabilitation des résidences pour personnes âgées (RPA) en Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

De ces constats et réflexions, nous pouvons dire que les relations entre les foyers de travailleurs migrants et les maisons de retraite sont, à l'heure actuelle, limitées et se situent plus dans la concurrence au sens où il n'y a pas de collaboration et que les activités sont indépendantes. Par contre, la gestion de la demande mène vers une complémentarité qui reste inconsciente puisqu'elle n'est pas fondée sur la concertation ni sur le partage des compétences. L'analyse théorique et philosophique alimente l'idée d'une nécessaire ouverture de l'un vers l'autre.

2.2 L'interculturel révèle des enjeux idéologiques profonds

Au-delà du positionnement des acteurs de terrain, le thème des immigrés âgés s'ancre dans les fondements-mêmes de notre société (2.2.1). Ces réflexions nourrissent les outils à préconiser autour de l'alternative entre l'instauration de maisons de retraite communautaires et l'accès aux immigrés aux structures de droit commun (2.2.2).

2.2.1 Un sujet qui touche les fondements républicains

Le phénomène de l'intégration des immigrés âgés au sein des maisons de retraite dévoile de manière très concrète tous les fondements idéologiques de la société française basés sur l'égalité des citoyens (2.2.1-A). Ce thème réhabilite l'institution au cœur des préoccupations sociétales actuelles et futures (2.2.1-B).

A) Gérer les différentes parties à l'intérieur d'un tout cohérent

Les interactions sociales en vigueur à l'intérieur de l'institution dévoilent les modalités choisies pour la mise en pratique du Contrat Social. La différence culturelle est au centre des préoccupations actuelles, car elle met à l'épreuve la mise en pratique de l'idéal d'égalité.

Si concilier le bien-être individuel avec le bien collectif constitue le souci de toute société, chacune d'entre elles s'appuie sur ses propres règles pour répondre au défi du vivre ensemble. L'enjeu est d'intégrer les parties dans un tout cohérent, de trouver un équilibre entre les sphères publiques et privées, d'arbitrer entre le relativisme culturel qui prône l'égalité de toute culture et la discrimination positive qui reconnaît certaines spécificités, d'atteindre le bien-être collectif tout en prenant en compte tous les concepts éthiques de cet idéal des différentes communautés du territoire.

Réfléchir autour de la prise en charge des immigrés âgés interroge toute l'idéologie républicaine sur laquelle est construite la France⁹³.

La France s'est développée sur une conception assimilationniste et sur le mythe du « *melting pot* », tout comme les États-Unis. Il s'agit d'une doctrine socio-politique d'intégration basée sur le lissage des différences. La cohésion sociale de la collectivité est recherchée au travers d'un civisme conçu comme universel et lié à la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen ainsi qu'à des principes tels que l'égalité des personnes, la non-discrimination, l'unité nationale. La cohésion est maintenue par la limitation des différences à la sphère privée et légitimée par le principe de l'universalité et celui de la reconnaissance des droits individuels. Les individus se coulent dans un moule socioculturel majoritaire par un processus d'acculturation unilatéral de manière à intégrer les valeurs de la société d'accueil. La naturalisation est considérée comme le couronnement du processus d'assimilation et comme l'achèvement du processus d'intégration individuelle : « [La naturalisation], se combinant avec l'immigration (...) dont elle prolonge les effets, fait passer d'une nationalité à une autre, voire d'un « sang » à un autre « sang » »⁹⁴. Nous percevons ici des idées d'égalité de traitement entre les individus exprimées plus haut dans les discours des directeurs et des personnels, et qui se retrouvent dans les propos d'autres acteurs : « *Le service public hospitalier doit être un service public et celui-ci ne peut être par essence que public et laïc (...). L'égalité d'accès aux soins est un de nos principes essentiels* »⁹⁵. Cette conception universaliste comporte quelques dérives dont celle de s'ériger en optimum à atteindre et à diffuser aux autres cultures, toile de fond de la conquête coloniale.

Cette conception assimilationniste s'oppose à la conception différentialiste illustrée par la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas. Tout en traitant les individus de manière égale,

⁹³ CONSTANT F., 2000, pp.102-104.

⁹⁴ SAYAD A., 1999, p.322.

ces sociétés préfèrent reconnaître les spécificités culturelles et les prendre en compte dans la sphère publique. Les identités culturelles sont reconnues voire institutionnalisées : les groupes peuvent entretenir et promouvoir leurs spécificités culturelles ou religieuses. L'avantage est que l'individu ne perd pas tous ses repères à la fois mais plutôt progressivement. Par contre, l'effet inverse peut être encouragé et ce filet communautaire peut se transformer en repli et nuire à l'intégration de l'individu : « *La communauté sert d'intermédiaire entre l'individu et la société où il entre, ce qui peut permettre d'amortir les chocs (...) mais elle a pour inconvénient de rendre plus probable les chocs intercommunautaires* »⁹⁶. La société est une somme de collectivités : l'intérêt général est remplacé par des segments communautaires qui s'affrontent pour leur propre intérêt. Les gains d'une communauté sont aux dépens des membres des autres communautés. L'intérêt national est fragmenté en plusieurs visions parcellaires.

Or, les modèles ne sont pas si différents et convergent l'un vers l'autre. Le modèle français craquèle surtout à partir des années 1970 et des mouvements régionalistes. Les spécificités culturelles ont survécues au processus d'assimilation, même si elles n'ont pas été officiellement reconnues. « *D'un registre civique, républicain et universaliste* », la société française assimilationniste se dirige vers « *un registre civil et particulariste* »⁹⁷. De même, les sociétés différentialistes se dirigent vers plus d'assimilationnisme devant la marginalisation économique et sociale des immigrés, à l'image des Pays-Bas où de la Grande-Bretagne depuis les années 1980.

B) Le nécessaire compromis vers l'interculturel

Au-delà des deux modèles idéologiques basiques, la réalité est beaucoup moins manichéenne. L'universalité nie les identités individuelles, alors que le communautarisme constitue un danger potentiel d'exclusion. Le défi est alors de dépasser ce clivage pour tendre vers une acceptation de la différence culturelle, mais de quelle manière ?

Le multiculturalisme désigne une reconnaissance de la pluralité des groupes en se préoccupant d'éviter l'éclatement de l'unité collective, mais sans portée éducative. Il désigne ce qui se trouve derrière les notions de « macédoine », de « mosaïque », ou encore « d'arc en ciel ». Tandis que l'interculturel est « *une construction susceptible de favoriser la compréhension des problèmes sociaux et éducatifs en liaison avec la diversité*

⁹⁵ PAPANACCI-STEPHANOPOLI I., « L'hôpital prend-il en compte les diversités culturelles ? », in *Hommes & Migrations : Voyages au bout de la vie*, n°1140, février 1991, pp.12-13.

⁹⁶ TOURAINE A., 1997, p.234.

⁹⁷ CONSTANT F., 2000, p.36.

culturelle »⁹⁸. L'interculturel a une visée plus générale et plus ambitieuse : il est un véritable projet de société.

En définitive, le multiculturalisme est le constat d'une réalité d'un phénomène contemporain, tandis que l'interculturel est un choix dans la manière de gérer le multiculturalisme. Ainsi, cette tentative de dépassement se décline sur plusieurs acceptations : le modèle de la citoyenneté multiculturelle qui reconnaît les différences dans la sphère publique mais seulement si elles ne menacent pas la cohésion sociale ; le modèle maximaliste qui refuse les valeurs partagées et proclame une juxtaposition d'espaces culturels ; le modèle du *cultural multiculturalism* qui construit l'espace commun par négociation entre les groupes le composant...

L'interculturel vise à réhabiliter le Sujet : le défi est d'échapper aux deux dérives de la non-reconnaissance de l'Autre, à savoir l'homogénéisation des idées d'un côté, et la défense de particularismes étanches de l'autre. Il s'agit d'accepter « *le processus d'échanges qui permet aux deux interlocuteurs de s'influencer réciproquement, de se métisser mutuellement (...)* »⁹⁹. L'interculturel n'est pas la pénétration d'une sous-culture dans une culture dominante mais il est issu d'une interaction, d'un brassage ethnologique (nourriture), sociologique (coutumes, vêtements, styles comiques) et linguistique (emprunt de termes ou de constructions grammaticales)¹⁰⁰.

L'interculturel est un véritable choix de société : « *L'interculturel ne pourra être que le fruit (souvent amer) d'une démarche volontariste et engagée vers la complexité démocratique et la recherche d'un épice centre culturel (...)* »¹⁰¹.

Cet engagement se retrouve dans la gestion du multiculturalisme au sein de la « *démocratie culturelle* » développée par A. TOURAINE¹⁰². La question posée est toute simple : pouvons-nous vivre ensemble, à la fois égaux et différents ? Après la démocratie politique et la démocratie sociale, le renouveau de la démocratie passerait par une démocratie culturelle, garantissant les droits universels et la diversité des identités individuelles, alliant l'égalité dans la différence. Un immigré serait intégré s'il a les mêmes droits et accès aux revenus et au travail que tout le monde (courant républicain), et s'il est accepté dans son identité culturelle (courant communautarien). Ce n'est pas

⁹⁸ DE CARLO M., 1998, pp.35-40.

⁹⁹ DE CARLO M., 1998, p.44.

¹⁰⁰ PINTO D., 1995, pp.16-19.

¹⁰¹ *Idem.*

¹⁰² TOURAINE A., 1997 ; ALLEMAND S., 1998, pp.32-33, GILLES E., 2004.

l'appartenance à une même culture qui fonderait la cohésion sociale, mais la reconnaissance du fait que tous les individus sont égaux quant à leur droit de construire leur individuation. Les valeurs fondamentales de la démocratie culturelle sont la liberté et le sujet. L'autre n'est plus foncièrement différent : il est un homme ou une femme qui fait comme tout le monde, qui essaie de « bricoler sa vie personnelle ». Paradoxalement, cette montée du sujet n'entre pas en contradiction avec l'idée de société puisque l'autonomie de chacun reste cadrée par le processus de socialisation. Enfin, pour l'auteur, il y aurait une nécessité de « *décommunautarisation, d'intériorisation des croyances et des convictions, et donc de séparer espace social et espace culturel* »¹⁰³, c'est-à-dire de pencher vers une laïcisation et une certaine sécularisation.

Ces questions éthiques se retrouvent au sein même du champ sanitaire. Depuis quelques temps, les hôpitaux sont confrontés à l'entrée du culturel et du religieux dans les salles de soins¹⁰⁴. Par exemple, certains exigent que seul le personnel féminin s'occupe d'une femme ou encore que les accouchements soient ritualisés. Certains intègrent ces variables dans leurs pratiques, à l'image de F. DAUPHIN, sage-femme. A titre d'illustration, son service a pu comprendre une jeune femme africaine qui venait accoucher de son troisième enfant, qui tenait absolument à le faire par voie naturelle, et ce malgré les risques élevés qu'elle encourait. En fait, dans son village, elle ne pouvait être considérée mère que si elle enfantait par voie naturelle, ce qui n'avait pas pu être le cas pour ses deux premiers bébés. Par contre, d'autres comme D. BOUBAKEUR, médecin et recteur de la mosquée de Paris, refusent que la religion puisse devenir criminelle en faisant obstacle à la médecine. I. PAPADACCI-STEPHANOPOLI convient de « *prendre en compte les seules différences compatibles avec la mission de l'hôpital public, (...) en conformité avec les principes généraux d'un État de droit* »¹⁰⁵.

Les questionnements autour de la prise en compte de la culture en institution d'une part, et autour du développement de maisons de retraite communautaires d'autre part interrogent au plus profond de la société en mutation. L'accueil des immigrés en institution dépend de beaucoup plus de variables que de la seule prise de conscience des acteurs et que du seul positionnement des directeurs : « *Le défi à relever est celui de l'ouverture interculturelle des services sociaux* »¹⁰⁶.

¹⁰³ TOURAINE A., 1997, p.238.

¹⁰⁴ Données issues de CHAIN E., *Merci pour l'info*, « Gynécologie : sous la pression des religions », Canal +, 28 avril 2004.

¹⁰⁵ I. PAPADACCI-STEPHANOPOLI, « L'hôpital prend-il en compte les diversités culturelles ? », in *Hommes & Migrations : Voyages au bout de la vie*, n°1140, février 1991, pp.12-13.

2.2.2 L'arbitrage entre le souhaitable et le réalisable

Dans le cadre d'une réflexion d'un directeur d'établissement sanitaire et social, comment se positionner face au problème soulevé par les immigrés vieillissants ? En s'inspirant des apports théoriques précédents et des diverses initiatives déjà développées sur le terrain (2.2.2-A), mes hypothèses d'action et mes outils prendront place (2.2.2-B).

A) Des expériences oscillant entre le droit commun et le communautarisme

Dans le domaine social, l'alternative entre l'adaptation du droit commun ou le penchant vers le communautarisme reste d'actualité : *« Il ne semble pas raisonnable d'envisager la création de maisons de retraite spécifiques. Mais cette option deviendrait la seule possible si aucun autre moyen de prise en charge en hébergement médico-social n'était pas obtenu de manière satisfaisant (...). Cette solution doit être repoussée autant que faire ce peu »*¹⁰⁷. Aucun des deux positionnements proposés ne fait l'unanimité. Le FASILD par exemple prône activement l'intégration des immigrés aux structures de droit commun : *« Ce n'est pas en vertu d'un « devoir moral » mais en raison d'un « impératif de Justice sociale » que la reconnaissance des immigrés vieillissants doit être recherchée »*¹⁰⁸. D'autres, comme l'ORIV (Observatoire Régional de l'Intégration et de la Ville), tendent plutôt vers un certain communautarisme, arguant que la gériatrie manque de moyens, notamment psychologiques, et risque d'être dépourvue dans la prise en charge des souffrances liées à l'exil¹⁰⁹.

Comment ces positionnements deviennent-ils opérationnels ? Nous retrouvons cette oscillation, gardant à l'esprit que les réalités sont moins tranchées.

Sur la même voie que le FASILD, certains acteurs s'efforcent d'ouvrir les dispositifs de droit commun aux particularismes.

Dans un premier temps, un aparté vers la population gitane peut être enrichissante. Plusieurs initiatives ont été essayées à leurs égards. Par exemple, dans le domaine de l'éducation, il a été essayé des écoles itinérantes se déplaçant dans les camps. Or, cela marginalisait les enfants gitans au lieu de les intégrer. Ensuite le problème s'est déplacé au sein des écoles qui se demandent s'il faut rassembler les

¹⁰⁶ LE GOFF J., 2002, p.4.

¹⁰⁷ BRUN S., 2001, p.42, d'après l'UNAF0, union nationale des gestionnaires de foyers de travailleurs migrants.

¹⁰⁸ LE GOFF J., 2002, p.4.

¹⁰⁹ ORIV, 2003, p.96.

enfants dans des classes spécialisées qui tiennent compte du rythme de vie de ces enfants et de leurs représentations culturelles ou bien s'il vaut mieux les mélanger avec les enfants sédentaires *gadjé*. La problématique générale est la même concernant les immigrés âgés dans des établissements communautaires ou de droit commun.

Le café social de Belleville constitue l'un des exemples les plus convaincants. Ouvert en 2003 par l'association *Ayyem Zamen*, ce café propose un lieu convivial aux *chibanis* (*vieux* en arabe) errants dans la cité, entourés de personnel social tel qu'un animateur et d'une assistante sociale qui permettent de résoudre des problèmes d'ordre administratifs avec la Caisse d'Allocations Familiales ou l'Assurance-Maladie par exemple. Cet endroit est une passerelle vers les activités communes : à partir de ce café où ils ont l'habitude de se retrouver, ils reprennent goût à une vie sociale et à la « vie civile ». Ils parviennent ensuite à s'autonomiser pour participer à des activités ou des démarches comme quelconque citoyen.

La maison de retraite l'Amandier d'Argenteuil figure dans le rapport IGAS comme un exemple volontariste dans la prise en charge des immigrés, notamment musulmans¹¹⁰. Or, après entretien avec la cadre-infirmier du service, l'établissement a des objectifs beaucoup plus humbles et républicains que ne le sous-entend le rapport. En effet, il s'agit plus d'une individualisation de la prestation en prenant en compte la variable culturelle comme une composante de l'individu que d'une politique ciblée sur la population immigrée. Confrontée à une population immigrée au sein de l'établissement, la maison de retraite a su utiliser son environnement pour répondre aux besoins des résidents et soulager les difficultés des personnels. La maison de retraite dispose de diverses ressources propres (médecins d'origine étrangères) ou relevant de l'hôpital dont elle dépend (interprètes, équipe interculturelle) pour adapter la prise en charge.

Par opposition aux exemples précédents, certaines expériences ont trouvé dans le versant communautariste une manière d'adapter la prise en charge aux immigrés.

L'expérience du Terray par l'ODTI en Isère date de 1998¹¹¹. Il s'agit d'un foyer de travailleurs migrants qui, en guise de réhabilitation, s'est orienté vers un habitat semi-collectif adapté aux personnes âgées. Les objectifs visaient un mode d'habitat confortable, un environnement social intégré au quartier et un accompagnement médico-social préventif assuré par des salariés de l'organisme gestionnaire des foyers (entretien,

¹¹⁰ BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, p.63.

¹¹¹ LOUISE F., 2000, pp.60-63.

correspondant social, infirmière). L'idée est de gérer des appartements aménagés en chambres individuelles (trois à quatre) autour d'une cuisine, de sanitaires et d'une pièce à vivre. La différence avec les équipements des foyers de travailleurs migrants traditionnels est flagrante. Malgré une meilleure intégration sociale, le bilan est mitigé quant à l'état de santé puisque les recours aux services restent tardifs. L'initiative s'apparente à une ouverture du foyer : les personnes font partie du quartier à part entière, les services sont en lien le plus possible avec le droit commun, et les immigrés peuvent retourner au pays sans risquer de perdre leur logement ou quelconque revenu lié à la résidence. Mais il n'y a guère de passerelles nouvelles avec les institutions gérontologiques, les résidents restent concentrés, et le recrutement du personnel médico-social par l'organisme lui-même tend à la communautarisation.

D'autres exemples tels que l'expérience de Frankenthal (92) –dont la restructuration complète est prévue pour 2012- s'inspirent de celle du Terray en aboutissant encore plus l'adaptation en y intégrant, entre autres, la facilitation des repérages et la sécurisation par téléalarme et télésurveillance, ce qui accentue la ressemblance avec un établissement spécialisé pour personnes âgées.

Le développement du droit commun est unanimement reconnu comme la voie morale et idéologique souhaitée. Le thème ne doit pas rester dans les sphères des débats, mais il doit devenir opérationnel. L'important est de répondre aux besoins réels -et non supposés- des personnes. Les initiatives communautaires peuvent être décriées, mais à condition de fournir en parallèle des contre-propositions et de ne pas se limiter « à se donner bonne conscience »¹¹² : face à un principe moral, comment prendre en charge des personnes âgées en difficulté ?

B) Une orientation vers l'apprivoisement de la différence culturelle

Armée des données pratiques et théoriques révélées par l'accueil des immigrés âgés et en fonction des trois hypothèses de départ, quels outils puis-je proposer et sur quels fondements ?

Face à l'oscillation entre le droit commun et le communautarisme, ma position sera de tendre vers l'apprivoisement de la différence culturelle, c'est-à-dire d'intégrer la différence culturelle au sein des structures existantes, de la rendre quotidienne, familière, ordinaire.

¹¹² BAS-THERON M. & MICHEL M., 2002, p.59.

Du positionnement des acteurs, nous avons vérifié l'hypothèse de recherche qui se demandait si la distance entre les mondes de la gérontologie et de l'immigration n'était pas principalement due à la méconnaissance de l'autre. Les intervenants de la gérontologie et de l'immigration sont effectivement dans une inexpérience des publics de l'autre champ et dans une sous-estimation du phénomène. Les actions des pouvoirs publics restent lacunaires, notamment dans leurs rôles de coordination. Je rejoins alors ici les recommandations de l'ORIV qui consiste à améliorer l'image des maisons de retraite¹¹³. Je serais favorable à travailler sur l'image de la maison de retraite auprès des immigrés et des travailleurs sociaux, et à travailler sur l'image de l'immigré au sein de la maison de retraite et de son environnement de manière à dissiper les malentendus. Dans les maisons de retraite, la problématique est omniprésente, notamment par le « syndrome ibérique », mais les déterminants culturels ne sont pas identifiés comme tels dans l'institution. Je réitère ici la mise en garde faite par le FASILD et l'OAREIL face à cette expression qui témoigne « *d'une forme de défiance à l'égard des malades* » et qui, comme on l'a déjà souligné, disqualifie la plainte. Sur le même registre que des propos invitant la personne à retourner chez elle en cas de mécontentement, ou refusant des soins parce que la personne est affiliée à la Couverture Maladie Universelle, cette qualification camoufle une dissuasion et une inégalité dans l'accès aux soins ainsi qu'une discrimination au quotidien.

Des théories sociologiques, nous avons extrait un double enjeu : d'une part atteindre le bien-être collectif en prenant en compte les différentes conceptions des parties composant la communauté, et d'autre part trouver un équilibre entre les sphères publiques et privées. Pour tendre vers une gestion positive du multiculturalisme, je me placerais proche des positions défendues par le FASILD : « *Mettre l'accent sur les interactions plutôt que d'opérer une segmentation de publics « cibles » au sein desquels les immigrés vieillissants occuperaient une place à part* »¹¹⁴. Je défendrais ici une mise en relation poussée entre les institutions gérontologiques et les associations de l'immigration, de manière à mettre en contact les publics et les responsables, ceci afin de développer des politiques et des projets transversaux. L'objectif est de rompre l'isolement et la spécialisation des espaces et des missions. Dans ce cadre, je suis en accord avec les incitations faites aux maisons de retraite de s'adapter aux immigrés (alimentation *hallal*, célébration des fêtes religieuses, lieu de prière, recrutement du personnel d'origine

¹¹³ ORIV, 2003, p.100.

¹¹⁴ LE GOFF J., 2002, pp.12-13.

immigrée, formation du personnel aux langues et conceptions étrangères¹¹⁵), mais j'y ajouterais celle de motiver les foyers d'entrer en contact de manière plus entrepreneurante avec les institutions pour personnes âgées : les rapprochements doivent se faire de manière réciproque pour être solides et cohérents.

Des expériences de terrain, j'en ai tiré un positionnement orienté vers l'apprivoisement de la différence culturelle : faire entrer l'interculturel dans l'institution de droit commun sans forcément jurer avec les valeurs républicaines. Ainsi, la proposition de l'ORIV de réfléchir sur l'opportunité et le bien-fondé des maisons de retraite communautaires¹¹⁶ me mène à encourager les foyers de travailleurs migrants à s'ouvrir vers les professionnels de la gérontologie, de mettre les compétences de chacun au profit du bien-être de la personne âgée immigrée, et d'aspirer à plus de complémentarité. En accord avec les principes énoncés, le sujet devrait être réhabilité dans sa globalité en respectant sa différence tout en promouvant une égalité de traitement et en favorisant une égalité des conditions. Cela revient à argumenter l'hypothèse de recherche qui consistait à allier la différence dans l'égalité de traitement, à avoir des égards particuliers pour les immigrés tout en respectant la cohésion sociale.

En définitive, l'individu revient au centre des préoccupations. Les institutions existantes doivent se mettre à la portée des besoins. Les identités des individus ne doivent pas être limitées à une caractéristique sociale exclusive : une personne peut être âgée et immigrée à la fois, et bénéficier des prestations pour ces deux traits identitaires. Cela rejoint l'hypothèse de recherche vérifiée en première partie, à savoir que les personnes âgées immigrées sont réticentes à entrer en maison de retraite moins à cause d'obstacles administratifs, juridiques ou financiers que pour des raisons culturelles : le « syndrome ibérique » témoigne de ce manque de considération. Il s'agit de déstigmatiser les immigrés et de tendre à ce qu'ils deviennent normaux au sens de E. GOFFMAN, c'est-à-dire qu'ils « *ne divergent pas négativement des attentes particulières* »¹¹⁷.

2.3 Conclusion de la deuxième partie

L'accueil des immigrés âgés en maison de retraite reconstitue à petite échelle la problématique de l'intégration de l'immigré dans notre société. Le thème est plus large

¹¹⁵ ORIV, 2003, pp.28-29 et 98-100.

¹¹⁶ ORIV, 2003, p.100.

¹¹⁷ GOFFMAN E., 1975, p.15.

que le seul accueil d'un individu en institution, et touche aux fondements-mêmes de la société française. Cependant, cela ne doit ni empêcher d'agir au nom d'une situation difficile qui dépasse le champ gérontologique, ni faire sombrer dans les faux problèmes en réduisant les individualités à leur seule identité de migrants. Il s'agit d'éviter les deux dérives attenantes à la différence culturelle : d'une part, ignorer ou sous-estimer les déterminants culturels, et, d'autre part, les sur-interpréter et sombrer dans le culturalisme. L'ethnisation des soins et de la prise en charge n'étant pas une antidote, il s'agirait plutôt de tendre vers l'intégration des aspects culturels dans l'histoire globale de l'individu au même titre que ses conditions sociales, économiques et psychologiques.

Il existe bien une nécessité de rencontre entre la gérontologie et l'immigration, deux mondes qui se méconnaissent, afin de mieux appréhender la prise en charge des personnes âgées dans le besoin. Les deux sphères doivent se rencontrer pour le bien-être des personnes à prendre en charge.

Des principes de coordination et de complémentarité entre les acteurs, d'égalité dans la différence, et de reconnaissance des déterminants culturels pour une prise en charge aboutie, j'extrait deux axes autour desquels se développent les outils préconisés. D'une part, individualiser la prise en charge permettra de réhabiliter la personne dans sa globalité en répondant à ses deux caractéristiques sociales principales que sont la vieillesse et l'exil. D'autre part, organiser la rencontre entre les différents publics âgés consentira à mettre à mal les idées préconçues et à rassembler autour de préoccupations et d'activités communes.

3 QUEL POSITIONNEMENT POUR UNE MAISON DE RETRAITE ?

A partir des données démographiques, sociologiques et pratiques précédentes, comment une maison de retraite peut-elle intégrer cette réflexion dans la prestation qu'elle offre à ses résidents ? Les outils proposés ici peuvent se scinder en deux catégories. D'une part, nous pouvons répertorier ceux qui puisent leurs forces en interne de l'institution et qui sont à l'attention d'une population immigrée déjà présente **(3.1)**. D'autre part, nous pouvons cerner les initiatives prises à l'égard des immigrés absents des institutions et qui se fondent sur des ressources externes, sur des partenaires privilégiés en contact avec cette population. En effet, si la maison de retraite ne fait pas un pas vers eux et leurs habitudes de vie, eux ne s'adresseront pas à l'institution **(3.2)**.

3.1 Favoriser une prise en charge globale de l'individu

Cette première suite de suggestions s'adresse plus spécifiquement aux immigrés déjà présents en institution, à savoir les espagnols et les européens du sud en général. Les moyens mobilisés sont essentiellement internes à l'institution et axés autour du personnel.

Après avoir énoncé les principes directeurs et les points forts de l'établissement de stage autour de l'individualisation de la prise en charge des personnes accueillies **(3.1.1)**, nous nous attacherons à exposer les outils à mettre en œuvre, avec leurs limites et leurs modalités d'évaluation **(3.1.2)**.

3.1.1 Individualiser la prise en charge au sein d'une organisation collective

L'individualisation de la prise en charge est un des aspects de la thématique plus large du droit des usagers (3.1.1-A) relativement mis en œuvre dans l'établissement du stage (3.1.1-B).

A) Une base réglementaire renforcée

Le principe sous-jacent de cette première série de projets est de concrétiser l'individualisation de la prise en charge. En effet, il s'agit d'une idée-phare qui, dans le cas de l'accueil des immigrés en institution, s'avère une question primordiale.

L'individualisation de la prise en charge entre dans une thématique plus large qui est celle du droit des usagers. Trois textes essentiels fondent le droit des usagers du secteur sanitaire et social : d'abord, la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux

institutions sociales et médico-sociales ; ensuite, la loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale régie par la loi de 1975 et énonçant les droits individuels pour les citoyens résidant en établissement social ou médico-social ; et enfin, la loi sanitaire du 04 mars 2002 relative aux droits des malades.

Dans le secteur sanitaire et social, la loi de 1975 présentait des lacunes que la loi de 2002 est chargée de rectifier. Cette législation était très discrète sur le droit des usagers des établissements ou services (personnes âgées, personnes handicapées, enfants et familles en difficultés, personnes en situation de précarité ou d'exclusion). La loi de 2002 a pour orientation première, ce que nous développerons ultérieurement, la promotion de ces droits. L'ancienne loi rénovée était très largement axée sur les prises en charge à temps complet, ce que modère la nouvelle loi puisqu'elle est missionnée pour diversifier l'offre et développer les services à domicile. De même, la loi de 1975 était peu efficace pour adapter l'offre des services à la demande et pour lutter contre les disparités d'équipements, ce que doit modifier la loi de 2002. Enfin, cette réglementation pallie l'absence d'organisation des partenariats en coordonnant les acteurs et en instaurant une procédure de pilotage du dispositif pour lier la planification, l'allocation des ressources et l'évaluation.

La promotion du droit des usagers est donc une priorité de la loi 2002-2. Cette orientation s'organise en deux aspects. D'une part, la loi définit les droits fondamentaux, et, d'autre part, elle expose les modalités d'exercice de ces droits.

Les droits fondamentaux des usagers se déclinent en sept éléments. Ils intègrent en premier lieu le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité. Ce sont les composantes fortes du droit des usagers qui visent à lutter contre les maltraitances les plus courantes (entrer sans frapper ou sans attendre une réponse, toilette porte ouverte, familiarités ou infantilisation, etc). Le libre choix entre les prestations domicile / établissement constitue un pan du droit des usagers. En troisième lieu, qui nous intéresse plus particulièrement ici, nous retrouvons la prise en charge ou l'accompagnement adapté et de qualité en respectant un consentement éclairé. Ensuite, le droit des usagers comprend la confidentialité des données concernant la personne accueillie, l'accès à l'information, et l'information sur ses droits et les voies de recours possibles. Enfin, et non des moindres, le droit des résidents inclut la participation directe de l'utilisateur au projet d'accueil et à la vie de l'établissement.

Pour passer de la théorie à la pratique, la loi de 2002 expose sept modalités d'exercice de ces droits fondamentaux : le livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour ou document contractuel, la personne qualifiée, le règlement de

fonctionnement de l'établissement, le projet institutionnel dont le projet d'établissement, et le conseil de la vie sociale -succédant au conseil d'établissement- ou toute autre forme de participation directe de l'usager.

Ces outils peuvent-ils être utilisés pour rendre opérationnelle la volonté d'individualiser la prise en charge des personnes âgées immigrées ?

La charte des droits et libertés pose les jalons de la prise en charge et balise contre certaines dérives. La dernière mouture date de l'arrêté du 08 septembre 2003 concernant la personne accueillie : en prenant un aspect réglementaire, ces principes s'imposent dorénavant à tous les établissements et ne sont plus de simples préceptes conseillés. Les douze articles énoncés prennent une autre résonance lorsqu'on les évoque à la lumière des personnes âgées immigrées. En effet, quelle est la valeur *du « principe de non discrimination »* (art. 1) lorsqu'on sait que ce phénomène agit, peut-être pas à l'entrée des établissements, mais bien en amont du système pour une certaine catégorie d'immigrés ? Qu'est-ce qu'un « *accompagnement adapté* » (art. 2) dans le cas d'une personne immigrée avec sa conception différente de la vieillesse comme nous l'avons souligné en première partie ? De la même manière, « *le respect de la dignité de la personne et de son intimité* » (art. 12) souffre d'histoires de vie pouvant être souvent complexes et de conceptions culturelles très différentes. Comment informer (art. 3), obtenir un consentement éclairé (art. 4), ou prendre en compte une renonciation (art. 5) ou un refus de soin lorsque les problèmes de langue rendent approximatives l'expression de la personne accueillie et la compréhension des équipes, ou bien lorsque la personne exprime son mal-être sous forme de métaphores¹¹⁸ ? Comment maintenir les liens familiaux (art. 6) lorsque celle-ci s'est éloignée, à tous les sens du terme, ou ne tient que dans l'aller-retour ? Que signifie « *les conditions de la pratique religieuse (...) doivent être facilitées* » (art. 11) ?

Au-delà de principes généraux à respecter au mieux possible, d'autres outils peuvent positionner l'établissement de manière plus concrète. Le règlement de fonctionnement définit les obligations que se pose l'établissement à l'égard de ses résidents et les devoirs que ces derniers doivent nécessairement respecter pour vivre au sein de la collectivité. Le projet d'établissement écrit les objectifs que se fixe l'institution en terme de coopération, d'activités, de qualité de prestations, d'évaluation, et de fonctionnement. Ces deux outils peuvent clairement exposer la volonté de l'établissement de se mettre à la portée de ses résidents immigrés et faire état des considérations particulières prévues à leurs égards : les langues pratiquées par le personnel, l'ouverture

aux religions (dans le cadre de prières ou de prise en charge de fins de vie), le partenariat avec des associations culturelles ou de loisirs... Ces données trouveraient également leurs places dans le livret d'accueil, de manière à faire savoir que la maison de retraite a pensé à cette population et a prévu une prise en charge adaptée. Enfin, le contrat de séjour semble être l'instrument le plus profitable pour une prise en charge individualisée. La contractualisation de l'accueil sous-entend une obligation de résultat de la part de l'établissement ainsi qu'une exigence accrue des résidents par rapport à ce qui leur sera proposé. Cette déclinaison des objectifs de l'institution adaptés à l'individu oblige à une personnalisation et à une concertation avec la personne accueillie. Autant cette idée de contractualisation est garante de l'individualisation de la prise en charge, autant sa mise en pratique est très exigeante et pose beaucoup de problèmes aux établissements.

Quant aux personnes qualifiées, elles sont inscrites sur une liste départementale par le Préfet et le Président du Conseil Général. Compte tenu que les schémas gérontologiques, eux-aussi décidé par les deux mêmes personnalités, ne prennent pas en compte de manière explicite la question des immigrés, nous pouvons légitimement penser que ces personnes qualifiées ne seront pas forcément préparées à intervenir dans un cas concernant des problèmes spécifiques à cette population.

L'enjeu est de promouvoir une prise en charge globale incluant toutes les facettes de l'individu. La variable culturelle fait partie intégrante de chaque individu. Tout le monde a été socialisé selon des filtres, des grilles de lectures qui subjectivisent la réalité. Dans le soin aussi cette manière de voir et de ressentir s'exprime comme d'autres déterminants comme la classe sociale. Le but ici est de faire prendre conscience aux soignants et à tous les acteurs de l'institution de cette réalité en œuvre.

En pratique, à Manon Cormier, il s'agit de tenir compte de la population déjà hébergée dans la maison de retraite, d'adapter les pratiques pour une meilleure compréhension, et de s'entourer d'acteurs alertés et compétents sur les sujets interculturels : il ne s'agit pas de devenir experts en situations interculturelles mais d'y être sensibilisés et de pouvoir faire appel à des gens dont c'est le métier.

B) Les points forts de Manon Cormier

Quatre points forts peuvent être pointés dans la résidence Manon Cormier.

En premier lieu, concernant le recours à des partenaires qualifiés dans l'interculturel, Manon Cormier est un établissement situé en zone urbaine. Bègles compte

¹¹⁸ Eléments issus de l'entretien avec L'KHADIR A., anthropologue de l'association MANA.

22 475 habitants. L'agglomération est incluse dans la CUB (Communauté Urbaine de Bordeaux) qui compte en tout 560 109 habitants pour quatorze communes (Annexe 3)¹¹⁹. La CUB possède un environnement sanitaire, social et médico-social en proportion à son envergure, dont le CHU (Centre Hospitalier Universitaire), regroupant 3 215 lits et 162 places en trois sites : le groupe hospitalier Pellegrin (Bordeaux), le groupe hospitalier Saint-André (Bordeaux), et le groupe hospitalier Sud (Pessac). Cette proximité peut être exploitée pour certaines centrales d'achats, pour l'organisation de concours de recrutement en commun, ou pour avoir accès à des spécialistes et à leurs services différenciés et pointus tels ceux concernant la prise en charge de malades d'Alzheimer. Dans cet environnement, trouver des acteurs concernés et mobilisés par un sujet tel que l'accueil des immigrés en institution devient plus aisé qu'en milieu rural ou isolé.

En deuxième lieu, Manon Cormier jouit d'un personnel concerné par le phénomène de l'immigration. En première ligne, la directrice est directement intéressée par la question des immigrés en France, elle-même fille d'immigrés espagnols. Elle est l'une des rares, dans le personnel de Manon Cormier, à parler couramment espagnol. Ensuite, le médecin salarié à mi-temps est lui aussi sensible au sujet. Amateur d'anthropologie et d'ethnoscience, il a travaillé durant quelque temps en Tunisie, ce qui le rend réceptif aux codes culturels, notamment maghrébins et musulmans. Face à M. M., il comprend ses plaintes du ventre « *qu'il exprime comme nous dirions ici j'ai mal au cœur* »¹²⁰, mais il comprend aussi que le personnel puisse avoir certaines interrogations et se trouve démuni face à ces agissements. Enfin, outre la directrice, une part importante du personnel de l'établissement se trouve être d'origine étrangère. Nous pouvons faire référence, entre autres, à un infirmier d'origine marocaine et une autre d'origine portugaise, un aide-soignant d'origine algérienne, deux agents des services hospitaliers d'origine algérienne et portugaise.

En troisième lieu, Manon Cormier a déjà travaillé sur des modalités de mise en pratique du principe de respect des individualités. Par exemple, la procédure d'accueil est remarquable. En effet, elle inclut la visite de l'établissement par le potentiel résident, mais aussi et surtout elle systématise la visite de membres de l'établissement (souvent le cadre-infirmier et l'administrative chargée du service d'accueil) au domicile de la personne âgée. Cela permet de rassurer la personne, de lui permettre d'identifier des visages connus lorsqu'elle arrivera, de lui expliquer le fonctionnement en la conseillant sur les meubles, les objets et les photos à amener avec elle, de saisir quelques bribes de son

¹¹⁹ Données extraites du recensement de 1999 : www.recensement.insee.fr

¹²⁰ Extrait de l'entretien effectué avec le Dr LANGLOIS, médecin salarié de l'établissement.

passé, ce qu'elle aime faire, ce qu'elle n'aime pas... En parallèle sont recueillies de manière très complète les habitudes de vie du résident, consignées dans son dossier. Le point faible réside dans le fait que ces données ne sont que rarement exploitées en pratique une fois que la personne est entrée. La position de l'établissement en faveur du respect du mode de vie antérieur est démontrée aussi lorsque l'on rappelle que Manon Cormier a fait le choix de respecter le mode de vie marginal de M. M. Dans ce cadre, les modes alimentaires sont aussi respectés puisque aucune viande de porc ne lui est servi.

Enfin, nous pouvons évoquer un projet institutionnel (projet d'établissement et projet de la vie sociale) qui met l'accent sur le respect de l'individu. En effet, le projet d'établissement de Manon Cormier « *place le sujet âgé au centre du travail mené dans l'institution* ». Il affirme le fondement constitué par « *le respect des droits et libertés de la personne* » et « *s'engage à s'apparenter, autant que possible, au domicile* »¹²¹. Quant au projet d'animation, il est en cours de réalisation et prévoit de s'attacher à deux axes : d'une part, le développement et le maintien des liens sociaux des résidents ; et, d'autre part, la représentation de soi. Le premier axe s'appuie sur des sorties (visites, balades, séjours vacances) et des activités manuelles ou culturelles (lecture, loisirs, chorales, ateliers mémoire, théâtre, ateliers cuisine). Le second support se décline plutôt sous forme d'activités individuelles telles que le modelage ou les soins esthétiques. Néanmoins, certaines activités collectives comme le théâtre par exemple participent à la reconnaissance sociale et morale de la personne âgée. Le mélange d'activités groupale et individuelles participent à la richesse de la vie sociale à Manon Cormier.

En définitive, Manon Cormier est un établissement qui n'a jamais envisagé la culture comme une variable déterminante de l'individualité âgée mais qui semble pourtant posséder de sérieux atouts pour le faire.

3.1.2 Des outils basés sur la sensibilisation du personnel

Les manières de mettre en œuvre la prise en charge globale des immigrés sont variées (3.1.2-A) et leurs évaluations sont en cours de réalisation (3.1.2-B).

A) Un dispositif ancré dans l'existant

Les outils proposés par la loi 2002-2 sont des points d'appuis au droit des usagers. Ils témoignent de l'engagement de l'établissement. Or, ces mesures demandent une mise

¹²¹ Extraits de l'introduction du projet de vie de l'établissement.

en pratique dans le fonctionnement quotidien de l'institution et une appropriation par le personnel, premier acteur auprès du résident. Les outils utiles à cette prise en charge globale de l'individu peuvent être simples et facilement réalisables. L'essentiel réside dans la prise de conscience du phénomène de la part du personnel.

A la suite d'entretiens menés au sein de Manon Cormier, certains manques ont pu être identifiés. Quatre axes peuvent être délimités pour sensibiliser le personnel à l'interculturel au sein de l'établissement : un premier travail autour de la langue, ensuite une initiation à l'aspect religieux et plus particulièrement à la prise en charge de la fin de vie, en troisième lieu une connaissance des codes culturels via la formation, et enfin l'identification de partenaires privilégiés via le recours à des professionnels de l'interculturel.

Le but commun de ces supports est d'améliorer la communication avec les personnes âgées immigrées, première difficulté identifiée par le personnel de l'établissement.

Tout d'abord, il s'agit de développer le premier vecteur d'échanges entre les hommes : la langue. A Manon Cormier, peu de personnes parlent une langue étrangère au-delà des expressions courantes et utilitaires. Or, outre la manière première d'exprimer ses besoins, la langue est un vecteur de beaucoup de choses : le langage maternel ressort spontanément pour exprimer de grandes émotions ou des moments douloureux¹²². Une langue étrangère permettrait au personnel de pouvoir recueillir plus d'éléments sur le résident par le résident lui-même et sans intermédiaire. Cela peut s'avérer incontournable dans un diagnostic infirmier ou médical. Au niveau maintien de l'autonomie, certains personnels pensent que M. C., aveugle, espagnole ne parlant plus que sa langue maternelle, se serait moins laissée glisser dans un mutisme s'ils avaient eu la possibilité de converser plus avec elle. Au-delà d'un aspect médical, la langue et le dialogue amènent des informations sur l'environnement social de l'individu, sur son passé et les moments forts de son existence, sur les choses auxquelles il est attaché... autant d'informations qui entrent directement dans une prise en charge personnalisée et une considération globale de l'individu. D'autant que beaucoup d'agents se déclarent intéressés par ces échanges et trouvent regrettable cet obstacle linguistique. Sans la médiation de la langue, beaucoup de ces éléments restent muets. Dans des cas de démences ou de maladies d'Alzheimer, on peut constater que, dans certains cas, s'adresser à la personne dans sa langue maternelle peut provoquer des réactions

stimulantes (exemple de M. B. cité en entretien). De même, un bilan gérontologique mené dans la langue d'origine ne donne pas les mêmes résultats que lorsqu'il est mené dans la langue d'accueil¹²³.

Il est possible de recenser les langues parlées lors de la procédure d'admission, étant donné que Manon Cormier possède déjà un mode de recueil des habitudes de vie des futurs résidents. L'apprentissage de langue étrangère par le personnel peut passer par le plan de formation¹²⁴ d'autant plus légitimement que le projet d'établissement aura posé les principes de l'individualisation de la prise en charge et l'adaptation aux résidents immigrés. Il est également possible de s'appuyer sur le personnel d'origine étrangère (marocaine, algérienne, portugaise) travaillant dans l'institution¹²⁵ : la plupart d'entre eux ne voit pas d'inconvénient à utiliser ce savoir –autant la maîtrise de la langue que les codes culturels- dans la prise en charge quotidienne du résident. Quelques uns sont plus réservés. Une personne ne veut utiliser la langue étrangère que pour aider ou débloquer une situation mais pas pour saluer ou pour bavarder. Une autre expose une certaine gêne à proposer une alternative médicale traditionnelle du pays d'origine devant le représentant de la biomédecine. Enfin, la langue est un des éléments restant d'une culture d'origine. L'attachement à ce pays quitté peut aussi être encouragé par l'accès aux chaînes étrangères via le satellite ou la télévision pour permettre aux résidents immigrés de rester en contact avec l'actualité et l'évolution de leur pays, et aux autres d'avoir accès à des informations enrichies et variées. Il a été démontré en première partie que les contacts avec le pays d'origine favorisaient l'intégration dans le pays d'accueil, même si cela semble aller à l'encontre de la conception française de l'intégration, également exposée les difficultés de communications se retrouvent aussi avec des résidents non en deuxième partie, qui privilégie l'assimilation et le lissage des différences. Notons que -immigrés et parlant facilement le patois ou des dialectes tels que le créole¹²⁶ : l'individualisation de la prise en charge est un principe global.

L'amélioration de la compréhension entre les résidents immigrés et le personnel passe aussi par une meilleure connaissance du fait religieux.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie demande à ce que la pratique religieuse soit facilitée. Une salle de prière œcuménique demande un

¹²² Eléments issus de l'entretien avec L'KHADIR A., anthropologue, association MANA.

¹²³ Informations recueillies lors de la rencontre avec KOSKAS A., centre de jour Edith Krebsdorf, qui procède à des bilans gérontologiques dans la langue d'origine.

¹²⁴ Exemple d'une formation en allemand suivi par un agent en 2002 au Goethe-Institut de Bordeaux : 168 € pour 24 heures de cours étalées sur 3 semaines consécutives.

¹²⁵ Le recrutement de personnel d'origine étrangère est une consigne récurrente dans les rapports et études : ORIV, 2003, pp.28-29 et 99-100.

aménagement des locaux alors que la population non-catholique reste pour l'instant marginale. Une petite salle à l'étage, proche de la tisanerie, pourrait aisément servir de salle de prière. En outre, certaines notions peuvent être utiles dans le respect des coutumes. Par exemple, pour les résidents musulmans alités, un caillou peut remplacer les ablutions avant les prières musulmanes. Dans la religion musulmane, les cérémonies funéraires sont sexuées et menées par un *imam*. Ou bien encore, la couleur blanche est réservée à la naissance ou à la mort et est à éviter pour les serviettes de toilettes par exemple. Ce sont des petites connaissances comme celles-ci qui peuvent éviter de grossières erreurs et contribuer à améliorer le quotidien des immigrés accueillis sans alourdir la prise en charge. Les formations auraient pour objectif de fournir ces petites astuces au personnel. Le fait religieux doit être pris en compte dans certains actes tels que la toilette, l'accompagnement en fin de vie ou les précautions mortuaires. A ce sujet, certains documents à l'attention des soignants concernant l'accompagnement religieux ont été fournis à l'établissement¹²⁷, de manière à être conservés à proximité, consultables, et de servir de piste de réflexion au projet de soins.

Quant au fait culturel, certains comportements apparaissent beaucoup plus logiques et rationnels à la lumière de codes particuliers. Par exemple, Mme O., agent des services hospitaliers, ou le médecin de l'établissement savent replacer les agissements de M. M. dans leur contexte culturel, l'une parce qu'elle est originaire du même pays, l'autre parce qu'il a officié dans un pays maghrébin. Mais tout le monde ne possède pas ces grilles de lecture pour éclairer les agissements des résidents. Intéresser le personnel à ces codes pourrait leur permettre de mieux comprendre ces façons de faire peu habituelles, de pouvoir prendre du recul, et, par exemple, aller au-delà du « syndrome ibérique » alors qu'une explication culturelle peut être derrière. Nous avons pu sélectionner d'ores et déjà quelques sessions pertinentes. CESAM MIGRATIONS SANTE (Montpellier) propose, entre autres, une session intitulée « *Vieillesse et santé des migrants* »¹²⁸ abordant les données générales sur les immigrés (démographie, droit, situation sociale), les représentations de la santé, de la vieillesse et de la mort, les modes de vie et les besoins, et les modèles d'intervention auprès de cette population. De même, l'AFAR propose sur son catalogue 2005 de travailler sur l'ethnopsychiatrie et les malades de cultures différentes : « *Rites, pratiques et croyances : culture et soin* », « *Prise en charge de patients de culture maghrébine* », ou encore « *La personne âgée et son rôle*

¹²⁶ Certaines situations ont été évoqué lors des entretiens. Le cas du créole est révélé par un agent des services hospitaliers réunionnais.

¹²⁷ *Rites et pratiques religieuses : quelques connaissances utiles pour les soignants* : www.multimania.com/padidoc.

dans la transmission des repères : cadre traditionnel culturel »¹²⁹. Enfin, l'association MANA –dont il sera plus longuement question infra- propose des formations sur un thème différent tous les ans (2004 est centré sur l'enfant dans la migration).

La dernière composante du dispositif consiste à identifier des acteurs dont le domaine de travail est précisément la situation interculturelle et les décalages qu'elle peut provoquer. Comme il a été précisé, il ne s'agit pas de devenir des travailleurs de l'immigration mais de rester des professionnels de la gérontologie sensibilisés au sujet. Une fois les problèmes de compréhension ciblés, il est légitime que le personnel ne sache pas forcément les régler. Aussi, il peut être salutaire d'avoir recours à d'autres acteurs travaillant dans la problématique des migrants. L'association MANA, association de médecine transculturelle, est un de ces précieux partenaires. L'association, dont le nom fait référence à « l'efficacité symbolique » cernée par M. MAUSS en Polynésie, assure trois missions : d'abord la formation dont il a été question antérieurement, ensuite la recherche, enfin les consultations proprement dites de médecine transculturelle. Autour du Dr MESTRE, médecin, psychothérapeute et anthropologue, l'équipe se compose d'anthropologues, sociologues, psychologues, chercheurs et interprètes, utilisant le *complémentarisme* de G. DEVEREUX. La maladie est une souffrance psychique et sociale, et l'aide apportée tient compte du traumatisme migratoire, de la langue, des valeurs et des représentations socioculturelles de référence de ces personnes. L'individualisation de la prise en charge passe aussi par une reconnaissance de la différence dans le domaine médical. MANA permet à Manon Cormier d'ajouter à son arc la corde de la médecine interculturelle et de l'ethnopsychiatrie.

B) Validation de la procédure

L'évaluation de cette série d'outils ayant pour but d'introduire l'interculturel dans l'établissement peut se faire à deux degrés interdépendants : du point de vue du bien-être du résident, et au niveau des conditions de travail du personnel.

Nous pouvons, en premier lieu, présenter les limites des outils proposés.

Le personnel émet quelques réserves pour partir en formation. On peut supposer que les retenues seront accrues concernant des formations pouvant être considérées comme secondaires comme les langues ou les situations interculturelles. Bien avant la

¹²⁸ Césam Migrations Santé, Mas de la Paillade, 111 rue de Tipasa, 34 080 Montpellier, <http://cesam.ms.free.fr> : entre 244 et 366 € la formation de 2 ou 3 jours.

¹²⁹ AFAR, 46 rue Amelot, 75 011 Paris ; www.afar.fr : 1 069€ la formation de 5 jours.

détermination du plan de formation pour l'année à venir, en parallèle de la consultation des catalogues dans les tisaneries, la direction peut proposer une sélection de formations présélectionnées en fonction d'objectifs et de besoins ciblés. En l'occurrence, les difficultés de communication avec M. C. et les comportements incompris de M. M. illustreraient le besoin de formation en langue et en connaissance du fait religieux et culturel. Aux vues des entretiens avec le personnel, la formation en langue doit être prévue par groupes de niveau de manière à motiver et ne pas complexer, et l'apprentissage doit être opérationnel, directement praticable avec les résidents de manière à maintenir les acquis.

L'installation de l'accès aux chaînes étrangères représente un coût important si l'on veut l'installer dans chaque chambre¹³⁰. Pour un coût moindre, nous pouvons attendre le déploiement prochain de la technologie de la télévision numérique terrestre (TNT). Dans l'immédiat, il peut être envisagé de consacrer aux chaînes étrangères un des trois points-rencontres équipés de téléviseurs. Ce n'est pas l'option soutenue ici, et ce pour trois raisons. Ces endroits ne servent que rarement à regarder la télévision. Ils servent essentiellement de lieu de sociabilité avec un téléviseur en fond sonore et visuel. Ainsi, les chaînes étrangères ne seront pas prisées, et cette initiative risque d'être vue comme un échec. De plus, c'est plutôt l'espace privé qui accueille les particularismes de chacun¹³¹ : il serait difficile de gérer un conflit entre deux immigrés voulant visionner deux chaînes différentes. L'outil présenté est une démarche globale et l'installation partielle du satellite dénature l'initiative et rend le projet moins cohérent.

Quant à une éventuelle prise en charge ethnopsychiatrique, j'ai proposé à l'équipe de direction de Manon Cormier un suivi de M. M. par les équipes de MANA. La directrice avoue être curieuse de ce mode de prise en charge, et le médecin est d'accord pour mener l'expérience. La cadre-infirmier, quant à elle, est plutôt sceptique et s'inquiète d'une possibilité de déstabilisation encore plus grande pour MM. Un rendez-vous a été pris le mardi 16 novembre 2004 de manière à ce que, préalablement, leurs équipes rencontrent l'équipe de direction de Manon Cormier (directrice, cadre-infirmier, médecin salarié) et qu'ils conviennent s'ils sont prêts, de part et d'autre, à entamer un suivi avec M. M. A l'issue de cette rencontre, si les deux parties s'entendent, l'équipe de MANA procédera à trois entretiens avec M.M. de manière à ce qu'ils puissent se prononcer si un suivi peut être bénéfique ou s'il faut réorienter le résident vers une autre prise en charge. L'effet attendu est double. D'une part, le bien-être de M. M. est le premier objectif. Il est

¹³⁰ Coût de 11 157 euros TTC de matériel, auxquels il faut ajouter l'installation (devis daté de août 2004).

dans cette situation depuis très longtemps, et le but est d'essayer de le rendre plus serein, surtout dans la perspective d'une santé se fragilisant et d'une dépendance croissante. L'heure de la fin de vie est grave pour chacun d'entre nous et il s'agit alors de « régler tous les comptes » accumulés tout au long de sa vie. Dans cette perspective, le suivi est psychiatrique avant tout. L'aspect ethnopsychiatrique restituerait un sens à la vie et faciliterait la prise en soins de M. M. D'autre part, le recours à MANA devrait avoir un effet sur le personnel. Ils expriment des difficultés par rapport à la prise en charge de M. M. et redoutent lorsque l'état physique de M. M. demandera de toucher son corps. Ils ont conscience de leur impuissance et surtout des difficultés à venir¹³². Au-delà d'une prise en charge plus sereine et de relations moins tendues, l'intervention d'une équipe telle que celle de MANA aura la capacité, si elle fructueuse, de faire prendre conscience de l'importance que peut revêtir la culture en chacun. Même si l'expérience est peu féconde, elle aura le mérite d'identifier un tiers qui pourra être utile dans d'autres situations. En effet, l'objectif principal est, rappelons-le, la prise de conscience du phénomène culturel par les équipes de soignants. Par ce biais, le personnel pourra avoir pris conscience de la variable culturelle dans la composition de l'individu global.

D'autres modalités d'évaluation peuvent être envisagées.

Tout d'abord, le questionnaire de satisfaction annuel prévu dans la démarche qualité peut servir d'indicateur : l'amélioration de la communication avec le personnel peut être un critère dans le soin ou dans la procédure d'accueil. Ce questionnaire peut être renforcé par des entretiens particuliers avec les résidents immigrés et par une enquête auprès du personnel de manière à mieux estimer l'impact des mesures prises.

L'évolution de la sensibilité du personnel peut être observée sur plusieurs plans : observation de la fréquence d'utilisation des langues étrangères, augmentation de l'évocation d'éléments culturels dans les diagnostics, baisse de l'évocation du « syndrome ibérique », demande croissante d'explications par rapport à un mot ou un comportement...

D'autres limites sont à prendre en compte.

Une des limites au dispositif réside les contraintes de la vie en collectivité face à l'individu. Malgré la contractualisation du séjour, la vie en collectivité domine les institutions. Le projet d'établissement de Manon Cormier envisage d'ailleurs de notifier les limites de l'établissement en son sein. De même, la démarche qualité dans laquelle

¹³¹ LIMOUZIN E., 1996, p.45-46, soutenu par les entretiens menés auprès du personnel de Manon Cormier.

l'établissement s'est engagé ne consiste pas à tout assouvir mais surtout à savoir pourquoi certaines choses ne sont pas réalisables.

Enfin, même si la variable culturelle n'explique pas tout et ne soigne pas forcément à elle seule, elle constitue un facteur supplémentaire dans l'établissement d'un diagnostic par le soignant. Elle permet de mieux identifier les réelles causes des souffrances constatées ou exprimées, et elle contribue ainsi à éviter des traitements médicamenteux inadéquats et inopportuns.

3.2 Faire se rencontrer les publics

En parallèle de son adaptation aux immigrés déjà présents, la maison de retraite peut développer une politique particulière à l'attention des immigrés absents de l'institution, à savoir les immigrés isolés, surtout maghrébins, qui peuvent se confondre avec une autre catégorie de population, les exclus vieillissants. Après avoir replacé les préceptes et les objectifs au sein du principe général de l'ouverture sur l'environnement migrant (3.2.1), les outils -fortement liés aux ressources externes- seront exposés, ainsi que leurs modalités d'évaluation et leurs limites (3.2.2).

3.2.1 Ouvrir la maison de retraite sur l'extérieur

Le principe général en œuvre ici est bien l'ouverture de l'institution (3.2.1-A) à laquelle participent les points forts de Manon Cormier (3.2.1-B).

A) Les principes directeurs

Nous avons cerné que cette seconde série de propositions visait la population immigrée absente de l'institution, soit les maghrébins isolés dans les foyers de travailleurs migrants, soit les immigrés isolés plus difficiles à localiser. Nous avons établi en première partie que les principaux obstacles à l'entrée des immigrés en général et des maghrébins en particulier étaient culturels et financiers. D'une part, la différence culturelle explicitée supra n'est pas forcément gérable dans des établissements qui ne sont pas préparés. On ne peut pas « catapulter » ces personnes-là dans un endroit inconnu -voire maudit- et non-adapté sans un minimum de précautions. Les effets de déstabilisation et de déracinement seront plus évidents qu'une consolidation de l'état de santé physique attendue. D'autre part, l'aspect financier reste primordial. Cette génération est liée au

¹³² « On a tellement l'habitude de ne pas s'en occuper. (...) Mais peut-être que ça le fait souffrir lui aussi (...) » (extrait d'entretien avec une aide-soignante).

pays d'origine de manière financière avant tout. Leur principal rôle social consiste, pour la plupart d'entre eux, à envoyer leurs revenus à leurs familles. Aussi, ils ne sont absolument pas prêts à se payer plus de confort puisque ce serait au détriment de leurs familles : tout ce qui est dépensé ici n'est pas envoyé. Aussi, actuellement, les circonstances sont trop complexes et délicates à résoudre pour pouvoir envisager un placement en institution. La seule manière dont la maison de retraite peut venir en aide à ce public serait d'accueillir cette population à la sortie d'hospitalisation lorsque le retour au domicile ou au foyer n'est plus possible. En effet, la situation des immigrés en foyer ou en logement isolé devient critique lorsqu'ils ne peuvent plus subvenir à leurs besoins et que leur état de santé demande un environnement médicalisé. La prise en charge de la dépendance ne peut être assumée par les foyers puisque ce n'est pas leur fonction. Les rapatriements peuvent se faire en catastrophe et les fins de vie sont souvent dramatiques, passant par les urgences de l'hôpital. La proximité entre la maison de retraite et l'ancien logement de l'immigré faciliterait la démarche, ce qui n'est pas le cas entre Manon Cormier et la résidence Sonacotra cours du Médoc. D'autres pistes telles que l'hébergement temporaire, pour se familiariser avec les établissements, ou l'accueil familial¹³³, pour préserver un fonctionnement connu, seraient à explorer.

En définitive, la maison de retraite est assez démunie face à la situation. Elle n'est pas l'acteur principal pour y remédier. Ce travail doit nécessairement être entrepris en amont par les CPAM et les CRAM, par les CCAS, par les Conseils Généraux et les autres acteurs concernés. Aussi, l'objectif principal du dispositif proposé ici n'est pas tant d'héberger à tout prix les migrants maghrébins en maison de retraite mais plutôt de préparer cette dernière à les accueillir.

Par contre, si la maison de retraite ne peut pas accueillir cette génération, elle sera plus directement concernée par les générations suivantes, qui seront beaucoup moins ligotées au pays par le lien financier, qui auront plus facilement recours au placement, et qui garderont pourtant cet attachement au pays et à la culture d'origine, comme cela a été précisé en introduction et confirmé par les entretiens menés. Aussi, l'objectif des outils proposés est de préparer l'institution à l'interculturel, notamment en établissant des ponts entre le monde de la gérontologie et celui de l'immigration.

Comment s'exprime cette volonté d'ouvrir l'institution sur l'extérieur, et sur le monde migrant en particulier ?

¹³³ Loi n°89-475 du 10 juillet 1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile à titre onéreux de personnes âgées ou handicapées adultes.

L'idée d'ouvrir les maisons de retraite sur l'extérieur est de plus en plus répandue dans le domaine gérontologique. L'initiative vient de l'observation d'une mise à l'écart de l'institution au sein de la vie de la société. Cela correspond à la place que notre société cède à la personne âgée. Nous avons explicité supra que la personne âgée ne représentait pas les valeurs en vogue aujourd'hui : jeunesse, beauté, santé, exploit de la médecine... De plus, les maisons de retraite sont souvent situées en campagne, nous pouvons supposer pour plus de calme et de tranquillité, alors que la plupart des personnes âgées vit en zone urbaine. Cela ne facilite pas la participation des établissements à une vie sociale extérieure active. La maison de retraite vit souvent repliée sur elle-même, autonome, selon un rythme de vie particulier et singulier. Nous avons vu que la personne âgée était désolidarisée, ayant perdu sa place au sein d'un fonctionnement dit organique. Il peut être avancé que la fonction sociale de la maison de retraite est de réintégrer la personne âgée désolidarisée au sein du système social : ces structures permettent de replacer la personne dans un système vivant. Or, cette prise en charge institutionnelle peut masquer une exclusion persistante¹³⁴. Le système est spécialisé, professionnel et normé, ce qui éloigne ce lieu de vie du fonctionnement de la société globale.

L'objectif de l'ouverture de l'institution est donc de la relier à « la vie civile » sous diverses formes : instauration d'une crèche ou halte-garderie au sein de la maison de retraite, d'un salon de coiffure, d'une cantine scolaire, d'une annexe de la bibliothèque municipale, d'une laverie automatique, d'une banque, d'un restaurant, de salles d'exposition¹³⁵... Cela permet aux personnes âgées de rester en contact avec la vie qu'ils menaient avant leur entrée. A l'inverse, les gens renouent avec les anciens qu'ils s'étaient habitués à ne plus côtoyer au quotidien. D'ailleurs, beaucoup d'activités de ce genre reposent sur des rencontres intergénérationnelles, de manière à familiariser les enfants à un environnement varié et au respect des différences et des fragilités des plus âgés. Cette ouverture permet de « dédramatiser » la maison de retraite souvent perçue comme un mouvoir, peuplée de personnes invalides, grabataires et malades. Un certain nombre de projets intergénérationnels n'a pu aboutir par manque d'audace des parents d'enfants ou des élus. Pourtant les gens sont souvent agréablement surpris lors de leurs venues à la maison de retraite¹³⁶.

¹³⁴ RENNESSON-PHILIPON, M-L., 2000, pp.85-87.

¹³⁵ Exemples cités de VARINI E., 2004, p.20.

¹³⁶ Je me base ici sur les réactions des différents partenaires extérieurs et venus à Manon Cormier dans la perspective de collaborations : associations d'artistes ou de soutien scolaire, éducateurs et responsables de halte-garderie, parents d'enfants, enfants et adolescents (9-15 ans)...

L'objectif est sensiblement le même concernant la population immigrée.

De la même manière que les projets intergénérationnels rapprochent à travers les âges, il s'agit ici d'encourager une rencontre entre les différentes populations pour apprivoiser la différence culturelle. L'idée est de combattre les fausses idées répandues chez les acteurs de l'immigration et les immigrés eux-mêmes sur la maison de retraite d'une part, et, d'autre part, chez les acteurs de la gérontologie sur les immigrés. Cela peut se traduire par une meilleure information, mais je pense que l'aspect festif doit être privilégié. En effet, l'animation est une force dans tous les établissements, elle réunit, elle divertit, elle évite de se focaliser sur les difficultés et les pathologies des résidents. Elle est un plaisir dans un univers de problèmes de santé, de soins, de handicaps.

L'aboutissement serait d'accepter la possibilité d'accueillir la population immigrée au sein de la maison de retraite sans crainte particulière de parts et d'autres.

B) Les points forts de Manon Cormier

Outre le fait d'être située en plein centre ville de Bègles (Annexe 3), entre la mairie et le commissariat, voisine de la bibliothèque, et desservie par la ligne de bus 23, les atouts de la maison de retraite peuvent se scinder en deux volets : d'une part des partenaires et des réseaux dynamiques, et d'autre part une politique d'animation volontaire.

La maison de retraite est en voie de s'intégrer au CLIC de la CUB Sud-Est, c'est-à-dire englobant les communes de Bègles et Talence (puis Pessac, Villenave d'Ornon et Gradignan dans un second temps). Ce CLIC a été mis en place en janvier 2003 et a vocation d'être de niveau 3. Il assure d'abord l'accueil et l'information par le BIS de la ville de Bègles. Ensuite, il évalue les besoins et élabore les plans d'action, entre autres par l'assistante sociale du BIS. Enfin, il coordonne l'ensemble des acteurs du CLIC (services d'aides à domicile, soignants libéraux, services sociaux) en un siège commun au BIS de Bègles.

Les deux acteurs se sont concertés pour combiner leurs publics et leurs activités. Par exemple, pour le deuxième trimestre 2004, la maison de retraite a proposé de participer à la fête de la morue (fête populaire autour du symbole de la ville et engageant tous les lieux et tous les habitants de la commune), d'organiser des tournois de pétanques de mai à septembre et de belotes d'octobre à avril. Quant au CLIC, il intègre Manon Cormier à des pique-niques et baignades tous les jeudis (aménagement du quartier des lacs en «Bègles plage » : Annexe 3), à ses ateliers bois et jardinage à l'attention des hommes âgés, au travail sur la mémoire des béglais, à des expositions d'artistes béglais dans divers lieux décalés tels que les restaurants-clubs ou les maisons

de retraite, à des manifestations ponctuelles telles que les dix ans de Handicap International ou le Téléthon.

Manon Cormier envisage de participer à ce réseau de diverses manières dont trois principales.

D'abord, Manon Cormier peut contribuer à l'élaboration et à la présentation des réunions trimestrielles organisées à l'attention du grand public. Les thèmes choisis sont aussi divers que la maladie d'Alzheimer, la maltraitance, en collaboration avec la DDASS, l'isolement ou encore les droits et les devoirs des retraités.

Ensuite, la maison de retraite peut collaborer avec les résidents des foyers-logements (RPA). Les résidents ont sensiblement les mêmes centres d'intérêts que les personnes âgées vivant à l'extérieur, ce qui facilite les rencontres.

Enfin, Manon Cormier peut être une ressource dans plusieurs domaines pour le CLIC et le BIS. Par exemple, Manon Cormier peut servir de lieu d'exposition pour les artistes béglais, elle peut participer aux ateliers en vue des manifestations ponctuelles (les résidents sont sollicités pour participer aux dix ans de Handicap International dont le tableau final sera présenté le 26 septembre). Dans le cadre du réseau de bénévoles, Manon Cormier peut être une ressource dans l'information et l'orientation voire dans l'accueil des personnes isolées.

Ce réseau de bénévoles, en train d'être mis sur pied par le BIS de Bègles, aurait deux objectifs. La première étape de construction du réseau réside dans la redynamisation des liens sociaux sur Bègles. A la base de cette volonté, plusieurs observations : l'exode des jeunes vers d'autres centres urbains hors Bègles (Annexe 3), les solidarités envers les personnes âgées qui sortent du cercle familial, les nouveaux arrivants qui ne sont pas intégrés dans ces liens, les communautés immigrées qui sont dans des liens parallèles et également peu intégrés à la globalité... Aussi, le premier objectif de ce réseau est de rompre l'isolement et de favoriser l'écoute, tout en restant un complément des professionnels sans s'y substituer. Un numéro vert est en cours de mise en route. Le second objectif est de pérenniser le réseau et de mettre en œuvre une veille auprès des personnes âgées isolées, et d'arriver à une meilleure connaissance de leurs besoins et de leurs difficultés.

Nous voyons bien que le BIS a conscience du problème des immigrés vieillissants et les intègre dans le public visé par cette opération du réseau bénévole. Cette prise de conscience est directement liée à la personne responsable du BIS. En effet, le CLIC n'a pas pu me renseigner sur le sujet et m'a directement orienté vers cette personne ressource. Il s'agit d'un ancien travailleur social qui connaît la population immigrée et qui a conservé de solides relations dans ce milieu. Le réseau de bénévoles s'appuie sur des

référents dans les comités de quartiers, sur des responsables associatifs (association espagnole Le Solar, l'Association de Médiation Interculturelle, les associations de quartiers...), sur les bailleurs des HLM (Habitations à Loyer Modéré) pour le signalement de cas critiques. Ce sont autant d'acteurs précieux mais qui ne sont pas ceux dont la gérontologie a l'habitude. Là encore, comme nous l'avons souligné lorsque le positionnement des différents acteurs a été développé, ce ne sont pas les protagonistes du secteur gérontologique qui se sont penché sur le sujet, mais la prise de conscience vient d'une personne issue du domaine de l'immigration.

Outre ces projets, Manon Cormier est déjà engagée dans plusieurs activités ouvertes sur l'extérieur et témoignant d'une politique d'animation énergique. L'établissement est adhérent à l'association AGIRA, association des maisons de retraite publique qui vise à promouvoir les animations au sein de ces établissements. Cette union permet de multiplier les animations à fais réduits et surtout de faire se rencontrer les résidents de ces établissements via des activités telles que les rencontres inter-établissements (repas, jeux, tournois), les séjours-vacances, les sorties et balades... Plus récemment, la maison de retraite plante les bases de plusieurs projets intergénérationnels, par sollicitation de l'extérieur ou sur sa propre initiative. L'association « Remue-méninges », association de soutien scolaire et d'accompagnement aux jeunes, a demandé cette année à la maison de retraite d'être une des étapes du « rallye citoyen ». Il s'agit de faire découvrir Bègles à des jeunes de 9 à 15 ans, de leur faire connaître tous les aspects de leur ville pour développer une citoyenneté active : parmi la Poste, les collèges, le commissariat, la bibliothèque, l'école de musique et les associations de quartier figurait Manon Cormier. Les résidents ont accueilli les jeunes mais cela a aussi permis à nos personnes âgées de se rendre au lycée pour assister à l'arrivée du rallye, pour que l'intergénérationnel fonctionne dans les deux sens. Également, une autre école avait contacté la maison de retraite pour participer à une journée à thème, mais faute de temps, cela n'a pas pu se faire cette année. Par contre, dès juin 2004 ont débuté avec succès les rencontres entre Manon Cormier et une halte-garderie voisine.

Tous ces engagements témoignent de la nécessité d'une animatrice qualifiée et disponible à temps plein ; ainsi que d'une ligne politique de la direction favorable au développement de l'animation au sein de l'établissement.

3.2.2 L'animation comme point d'appui

Le rapprochement des publics via l'animation demande un partenariat diversifié (3.2.2-A) tandis que leurs mises en perspectives restent conditionnelles et relatives à l'environnement propre de l'établissement (3.2.2-B).

A) Un dispositif induisant un fort potentiel à réaliser

Pour tendre vers les objectifs fixés, nous pouvons envisager un dispositif présenté en deux temps : présenter les nouveaux partenaires pressentis, et exposer les deux modalités de rencontre entre les publics.

Certains partenaires ont déjà été cités. Aussi, il ne semble pas utile d'évoquer à nouveau la Sonacotra, ni le CLIC et le BIS dont les activités ont été développés plus haut. Nous pouvons ici présenter l'ALIFS dont il a déjà été question. L'Association de Lien Interculturel Familial et Social est l'ancienne association des tunisiens de France existant depuis 1988. Il s'agit d'une association d'éducation populaire dont le but est de favoriser l'intégration et de lutter contre l'exclusion. L'association se compose de deux cellules. Un pôle juridique et social est en charge de l'accès aux droits, de la constitution de dossiers et de l'anticipation de problèmes administratifs, tandis que le pôle culturel favorise l'expression artistique et les rencontres autour de débats, expositions, ateliers, de manière intergénérationnelle et interculturelle. L'ALIFS travaille en collaboration avec, entre autres, les CCAS, les associations de quartier, les établissements scolaires, et ils sont également en relation avec le BIS de Bègles. D'autres partenaires potentiels peuvent être énoncés, tels que Le Solar, association espagnole d'inspiration religieuse et ayant ouvert ses activités à l'enseignement et aux loisirs. C'est un acteur important au sein de la communauté ibérique de Bordeaux, d'autant que les espagnols âgés font preuve d'une participation sociale forte et s'affilient très facilement à une association¹³⁷. Elle participe au maintien de l'identité et à la création de lien social. De même, l'association des retraités et pensionnés espagnols de la Gironde, voisine du Solar, peut être une ressource dans le cadre de l'ouverture de la maison de retraite sur l'extérieur et sur la ville.

A partir de ces partenaires identifiés, nous pouvons envisager deux modalités de rencontres avec des finalités bien distinctes. D'abord, il s'agit de réinsérer les personnes âgées de la maison de retraite dans la ville de Bègles, et ensuite, de rassembler toutes les personnes âgées sans distinctions autour de problématiques communes, de manière à relier deux lieux d'hébergement, la maison de retraite et les résidences sociales.

La première idée est donc de réinsérer les résidents de Manon Cormier au sein de la ville de Bègles. La maison de retraite est située en plein centre, et 60% des résidents sont des béglais. Cela rejoint l'objectif du « rallye citoyen » auquel a participé Manon

¹³⁷ MUNOZ M. 2000, p.100.

Cormier en tant qu'étape dans la ville : réhabiliter toutes les populations par l'identité au sein d'un espace urbain. La vieillesse et l'immigration sont deux composantes de la ville, au même titre que la jeunesse ou les loisirs. Monter des projets avec la ville comme fond permet de prévoir des rencontres intergénérationnelles et interculturelles : l'intérêt est de ne pas cibler les activités à un type de population sinon cela entretient la mise à l'écart. C'est également une des bases de travail du responsable du développement du réseau de bénévoles sur Bègles. Comment cela peut-il prendre forme ?

Parmi les différentes possibilités auxquelles j'ai réfléchi avec l'ALIFS, deux peuvent attirer l'attention.

D'une part, il serait intéressant d'associer les résidents au travail fait autour de la cité Yves Farge (Annexe 3). Outre une possible participation au travail de mémoire du quartier fait avant sa destruction dans le cadre des opérations de renouvellement urbain (ORU), les résidents pourraient être associés aux « rendez-vous citoyens » animés les vendredis soirs après une à deux semaines de préparation. L'intérêt ne réside pas tant dans les thèmes traités (les apports positifs de l'immigration, les droits des enfants, la cuisine du monde) mais dans la dynamique amorcée. En effet, ces rassemblements ont pu faire sortir de chez elles des personnes âgées isolées, qui sont souvent des personnes immigrées, les identifier et les orienter vers les services juridiques, administratifs ou médicaux. Cela rejoint un des objectifs du réseau de bénévoles du BIS. Hormis prendre la parole sur leur ville, la participation des résidents pourraient engendrer d'autres rencontres, autour d'échanges sur le quartier qu'ils auraient en commun, autour de la découverte de leurs modes de vie respectifs, et pourquoi pas amorcer des relations de voisinages et des visites régulières. Cela fortifierait le lien social autour des résidents et les réhabiliterait réellement en tant qu'habitants de Bègles au même titre que n'importe quel béglais.

D'autre part, ALIFS collabore sur plusieurs expositions-débats, et notamment une sur l'histoire de l'immigration dans les établissements scolaires, en visant les jeunes issus de l'immigration. Comme il en a été question supra, la culture permet la transmission de mémoire aux plus jeunes qui nient trop souvent leurs identités et leur passé. Le travail de mémoire est fondamental dans la structuration du lien social et du rapport à soi¹³⁸. Les résidents immigrés de Manon Cormier pourrait intervenir auprès de ces jeunes pour illustrer les propos, pour donner un visage à ces immigrés anciens, pour expliquer que l'immigration n'a jamais été facile, hier pour les italiens et les espagnols, aujourd'hui pour les maghrébins... Cela ferait prendre conscience aux jeunes qu'une immigration en vaut une autre, et que l'intégration est aussi une histoire de temps. De plus, Manon Cormier

rencontre quelques difficultés avec certains jeunes qui détériorent volontiers certains matériels. Cette sensibilisation par les personnes âgées pourrait peut-être être favorable aussi à ce niveau-là.

La deuxième idée est de rassembler les personnes âgées autour de problématiques communes. En effet, le point commun entre un immigré âgé, un résident, une personne âgée isolée, c'est justement d'être une personne âgée. De la même manière que « la culture du pauvre » a pris le dessus sur les différences culturelles entre les français et les espagnols à Floirac (Annexe 3)¹³⁹, la culture de la personne âgée devrait dominer : autant les difficultés économiques rassemblent, autant l'âge et ses problèmes aussi. Nous pouvons évoquer trois exemples de mise en pratique.

En premier lieu, il pourrait être organisé des rencontres favorisant l'expression de chacun : proposons trois modalités. D'abord, cela peut être fait via des débats autour de thèmes particuliers aux personnes âgées de manière à connaître le ressenti de chacun, en fonction de sa culture ou pas. C'est ce que l'ALIFS fait en collaboration avec la Sonacotra. Les thèmes sont à l'attention de ce public particulier (l'accès aux droits, les mémoires d'immigrés), mais il serait possible d'ouvrir quelques séances à l'ensemble des personnes âgées (la fin de vie, la citoyenneté). Ensuite, il pourrait être imaginé un travail autour des objets, puisque tous ont en commun de contenir ce qui leur est de plus cher dans une simple chambre. Enfin, la projection de certains films peut donner lieu à débat et à échange. Par exemple, les résidents avaient demandé une sortie cinéma pour aller voir « Chouchou », une comédie autour d'un travesti d'origine maghrébine. Il me semble que c'est une occasion à saisir pour parler de l'homosexualité (les différentes perceptions sociales en fonction des époques et des cultures), des rapports féminin/masculin (dans les autres cultures mais aussi au sein de l'institution)... Dernièrement, la célébration du premier mariage gay en France par N. MAMERE, que les résidents côtoient régulièrement puisqu'il est le Président du Conseil d'Administration, a beaucoup fait parlé au sein de Manon Cormier : cela constitue également une opportunité de débat. Un autre thème peut être autour de la guerre. Le foyer du Médoc est essentiellement habité par des anciens combattants marocains : chacun aura des vécus différents autour d'une même réalité.

En deuxième lieu, dans le cadre d'échanges intergénérationnels, nous pourrions réunir les personnes âgées, immigrés et résidents, dans une situation où elles sont toutes à égalité. Ainsi, nous pouvons imaginer des initiations à internet par des jeunes à l'égard

¹³⁸ LE GOFF J., 2002, p.10.

¹³⁹ LIMOUZIN E., 1996, p.31-33, en référence à HOGGART R., *La culture du pauvre*, Paris, éd. de minuit, 1970.

des personnes âgées, en supposant que la difficulté et l'entraide puisse rassembler résidents et immigrés.

Enfin, en dernier lieu, certaines activités entre le foyer d'immigrés et la maison de retraite peuvent être approfondies. La Sonacotra mène une politique d'animation à la résidence du Médoc, exclusivement habitée par des personnes âgées maghrébines. Il en ressort une grande similitude dans les activités organisées. Nous pouvons distinguer trois pôles d'activités. Il y a d'abord une volonté de favoriser l'expression des résidents de plusieurs manières : atelier conte et théâtre, atelier musique avec l'établissement scolaire voisin, atelier peinture. Ensuite, des sorties-découvertes sont organisées grâce au soutien logistique de l'association de culture et loisirs « Oxygène » : visites-dégustations dans des fermes (Bazas, Eysines) ou à Saint-Emilion, sortie au lac d'Hostens, promenade guidée en bateau sur la Garonne... Enfin, le loto, la pétanque et la belote sont des activités prisées dont les tournois attirent de nombreux participants. Toutes ces activités sont très proches de celles pratiquées par les résidents de Manon Cormier et pourraient facilement être menées en commun par les deux établissements, en alternant les lieux d'accueil et les hôtes.

B) Recul sur l'outil

Toutes les propositions faites supra ne sont pas vouées à être réalisées mais elles ont pour but de démontrer que beaucoup de choses sont possible. Par contre, il est nécessaire de n'en sélectionner que quelques unes afin de préparer le terrain en douceur et de ne brusquer ni les publics, ni les personnels, ni les responsables d'établissements : je privilégierais la participation des immigrés de Manon Cormier aux conférences sur l'histoire de l'immigration, et les activités communes avec le foyer du Médoc. Le dispositif intervient dans le cadre d'une anticipation d'un phénomène qui risque de prendre de l'ampleur à l'avenir, mais qui laisse un certain laps de temps pour se familiariser progressivement. Aussi, les propositions ne sont que des orientations à affiner par les acteurs qui donneront vie à ces pistes. Elles sont à géométrie variable et peuvent être adaptées. Les modalités ont été fixées arbitrairement pour pouvoir les présenter de manière compréhensible, mais elles peuvent être modifiées. Par exemple, les projections-débats ont été proposés à l'attention des personnes âgées résidents et immigrés, mais elles peuvent faire l'objet de rencontres avec des jeunes, notamment sur le thème suggéré (les rapports féminin/masculin). Le sujet traverse alors les âges et les cultures.

Les limites des propositions sont multiples.

Une première série de limites émerge autour du résident et de ses exigences. Tous les projets évoqués plus haut emportent l'intérêt de l'animatrice de Manon Cormier,

mais tous demandent certaines précautions. Tout d'abord, il faut s'assurer que les résidents sont intéressés par les projets. En effet, il ne s'agit pas de se faire plaisir ou de présenter une vitrine politiquement correcte de l'établissement, mais il faut que les résidents soient partants pour toute nouvelle expérience. Ensuite, il faut que les déplacements soient anticipés. Par exemple, les « rendez-vous citoyens » à la cité Y. Farge ayant lieu le vendredi soir, la sortie exige une préparation bien en amont auprès des résidents. L'activité ayant lieu en soirée, la présence des résidents sera moins fréquente qu'à une activité diurne. Autre illustration, les déplacements à l'extérieur demandent, entre autres, des facilités de parkings à proximité, des aménagements pour les personnes à mobilité réduite, une installation confortable, des toilettes adaptées. Enfin, les rencontres doivent se préparer lentement et de manière stratégique. A titre d'exemple, les différentes rencontres avec les résidents des résidences sociales (sorties, belote, pétanque, loto) ne pourront être fructueuses que si l'on ne précipite pas les choses. Les premières rencontres doivent se faire en terrain neutre, autour d'une activité suscitant l'intérêt des deux publics (visite d'une ferme) mais sans en impliquer un plus que l'autre. La première étape consiste en ce que les personnes fassent connaissance avant de pouvoir partager leurs lieux de vie en deuxième étape.

Une autre limite, déjà évoqué lors de l'exposition du premier outil, réside dans le fait que les possibilités d'activités dépendent fortement de l'environnement de la maison de retraite. Des associations comme ALIFS ou des résidences sociales concernées par l'animation auprès des personnes âgées ne sont pas présentes dans tous les voisinages.

Enfin, l'animation est fortement sollicitée par les résidents de Manon Cormier, autant sur les activités individuelles que collectives. L'animatrice a beaucoup de mal à répondre à toutes les demandes. Elle ressent un manque de temps et de relais pour développer une animation aux plus dépendants et auprès des déments. Les projets se multiplient, et un des risques dont elle a conscience est la perte de repères des résidents. Le danger serait de les fatiguer avec autant de diversité en si peu de temps, ce qui pourrait mener à un déficit de participation. Mais, ces dérives sont évitées en posant comme maître-mot l'écoute du désir du résident et le respect de son rythme. Cela renforce les précautions à prendre évoquées plus haut.

Le dispositif peut s'évaluer sur la base d'expériences déjà menées à Manon Cormier.

En effet, deux animations centrées sur l'étranger ont été organisés en avril 2004 : une « journée Maghreb » -pour laquelle j'ai animé un atelier de pâtisseries orientales et un atelier de recherche de documents sur internet-, et une après-midi débat autour de

mon expérience à la « maison des vieillards » de Tanger¹⁴⁰. Les résidents étaient partagés sur l'opportunité d'une telle journée puisque les attentats de Madrid avaient eu lieu en pleins préparatifs. Par contre, la participation a été forte, autant à l'organisation qu'à la journée elle-même. La gastronomie et l'aspect exotique intéressent avant tout, ce qui argumente mon choix d'axer le dispositif sur l'animation. Ces activités ont permis à certains résidents de parler de leurs histoires de vie, notamment en Algérie. Certains personnels ont également été à l'honneur, en prêtant des objets décoratifs ou fonctionnels, en participant au thé à la menthe traditionnel, en faisant une démonstration de danse... Le débat autour de mon expérience à Tanger a suscité beaucoup de questions bien au-delà de l'établissement présenté. Cela a permis d'étancher leur curiosité et de dissiper les malentendus quant à la religion musulmane et ses préceptes ou encore au mode de vie dans le Maghreb. Ces expériences confirment que l'animation semble une voie privilégiée pour amener les résidents sur l'échange et la connaissance de l'étranger.

Lorsque certaines rencontres auront été mises en place, de quelles manières peut-on en mesurer les impacts ? Nous pouvons avoir recours à certains critères tels que le taux de participation aux animations extérieures et aux sorties, le taux de participation à la préparation et à l'accueil d'animations sur place... De manière moins générale, une observation ciblée sur la fidélisation des participants (immigrés âgés, résidents de Manon Cormier, personnels, accompagnateurs) renseignerait sur la consolidation de liens sociaux et amicaux entre les participants. Enfin, dans le cadre des objectifs affichés du dispositif, il serait intéressant de comptabiliser le nombre de demandes d'informations sur l'entrée en maison de retraite de la part des immigrants participants, autant ceux issus des résidences sociales que ceux qui vivent isolés.

3.3 Conclusion de la troisième partie

L'ajustement de l'institution à la population immigrée tient plus de l'adaptation de la prise en charge de n'importe quelle personne âgée en tant qu'individualité que d'une politique en faveur d'une population ciblée. En effet, le respect de l'individualité est le maître-mot des pistes à explorer. Le résident est une personne à plusieurs facettes qui participent chacune à la définition des besoins et au bien-être : l'âge en un trait identitaire parmi d'autres. L'enjeu est de placer les déterminants culturels et l'histoire de vie (et notamment l'exil) des résidents au centre de la prise en charge, d'intégrer ces aspects au quotidien, dans la vie sociale, mais aussi dans le soin et dans l'accompagnement en fin de vie.

¹⁴⁰ BARTKOWIAK N., 2004.

La formation en langues étrangères et l'appel à des professionnels extérieurs de l'interculturel sont des voies à développer, d'autant qu'elles sont plébiscitées par le personnel lui-même. L'animation au sein des établissements semble également être un champ privilégié pour agir en faveur de l'accueil des immigrants. Elle est au cœur de la vie sociale des institutions. À la fois, elle touche « *le développement de la vie relationnelle, sociale et culturelle des personnes* », et elle « *facilite l'intégration et la participation de ses membres à la vie collective* »¹⁴¹. Elle est au croisement entre le soin et la gestion, elle est l'interface entre le personnel administratif, les services généraux, et les soignants.

La maison de retraite doit prendre conscience de l'existence d'une population qui pourrait avoir des besoins particuliers. En outre, elle a besoin d'être entourée pour relever le défi de l'accueil de ce nouveau public, de manière à mettre en œuvre des modalités acceptables pour les deux parties. Hormis sensibiliser les pouvoirs publics, elle doit se tourner vers des partenaires inhabituels pour elle tels que des associations travaillant dans l'immigration, des organismes de formation peu connus en gérontologie, ou encore des gestionnaires de foyers de travailleurs migrants.

¹⁴¹ HERVY B., d'après le Dictionnaire de l'Académie Française 1972, « Éditorial », *Doc'Animation en Gérontologie*, n°1, octobre-décembre 2003, p.5.

CONCLUSION

Le bilan de ce travail est triple : d'abord, la prise en charge institutionnelle proposée aux immigrés âgés apparaît comme dispersée, ensuite, l'institution est repositionnée au cœur des préoccupations sociales actuelles, et enfin, la mission du directeur d'établissement se trouve interrogée sur sa finalité.

Ce présent écrit s'interrogeait sur la prise en charge institutionnelle proposée aux immigrés vieillissants. Celle-ci est étroitement liée au type d'immigré et d'immigration. Nous distinguons deux groupes de populations. D'une part, une faible part des immigrés sont présents en maison de retraite, issus d'une immigration économique ou politique, et essentiellement d'Europe du sud. Au sein de l'établissement, les exilés sont pris en charge selon un principe d'égalité de traitement et de lissage des différences. D'autre part, une grande partie des immigrés sont absents des établissements pour personnes âgées, soit réunis dans des foyers de travailleurs migrants, soit en habitats autonomes, principalement maghrébins, exilés économiques ou anciens combattants. Eux affirment, en grande majorité, ne pas vouloir entrer en maison de retraite pour des raisons culturelles.

Face à cet état des lieux, la prise en charge institutionnelle des immigrés âgés souffre d'une forte sectorisation entre les deux secteurs-phares de la gérontologie et de l'immigration. Sur le terrain, les acteurs sont moins dans un désintéressement que dans une méconnaissance de l'autre monde. La problématique manque de coordination entre les acteurs et de politiques publiques concertées et cohérentes. Les initiatives prises sont dues à des personnes sensibilisées mais isolées.

Le défi lancé par l'accueil des immigrés âgés en maison de retraite est celui de l'ouverture de l'institution à l'interculturel, de l'alliance de l'égalité et de la différence dans une prestation de qualité. Les deux axes d'action proposés s'efforcent de respecter ce principe. D'une part, individualiser la prise en charge des personnes accueillies réhabiliterait l'individu dans sa globalité, et reconnaîtrait la multiplicité de ses caractéristiques identitaires sans les limiter à celle de l'âge. D'autre part, la rencontre entre les publics mettrait à mal les idées reçues des responsables et soulignerait les points communs entre les personnes âgées, puisque la vieillesse peut s'apparenter à un second exil : « *Comme les immigrés, [les vieillards] connaissent l'exclusion, la solitude, le déracinement, le regret du retour impossible au temps où ils étaient autonomes et où ils*

avaient vingt ans. (...). L'institution gériatrique est une véritable terre d'asile. (...). Il s'agit dans le meilleur des cas d'un mariage de raison, jamais d'un mariage d'amour »¹⁴².

La réflexion sur l'accueil des immigrés en institution resitue la maison de retraite au cœur de la cité et l'intègre au travail actuel de la France sur son histoire, témoigné par l'ouverture du Musée de l'immigration en 2007. En effet, « reconnaître les conditions difficiles dans lesquelles certains immigrés affrontent leurs vieillesse en France (...), c'est aussi contribuer plus généralement à diminuer la souffrance identitaire des enfants d'immigrés, parce que leur destin est lié à celui de leurs aînés, question le plus souvent abordée sous l'aspect de la délinquance, des incivilités, des discriminations... »¹⁴³. Les alertes sur les replis communautaires des banlieues¹⁴⁴ inquiètent sur la manière dont ces immigrés vont y vivre leurs vieillesse et relancent le débat sur les institutions communautaires.

Le thème de l'accueil des immigrés vieillissants en maison de retraite sonde la fonction de directeur dans son essence-même. La mission du directeur est bien de réunir les moyens d'une prise en charge confortable et adaptée du résident. La qualité de vie et l'accompagnement sont des notions-clefs de l'accueil. Il s'agit d'un sujet de réflexion qui insiste sur la finalité de la mission. Les moyens disponibles, que ce soit la qualification du personnel, l'animation ou bien encore la convention tripartite et les stratégies budgétaires, ne sont pas des buts mais des supports. Ils n'ont aucun sens si la mission première est occultée. L'accueil des immigrés remet en question les projets des établissements tout autant que leurs principes de vie et de soins. Le sujet interroge sur l'adaptation des structures à l'évolution des besoins des usagers, et sous-entend que le bien-être de l'individu passe par la réponse à ses besoins explicites, mais aussi par une appréhension de ses besoins implicites.

L'animation apparaît comme un partenaire précieux du directeur dans sa réflexion menée pour mieux prendre en charge les résidents immigrés et préparer la venue des populations immigrées absente des établissements. Elle est au cœur du bien-être et de la vie sociale de l'institution. Le rôle de l'animation auprès des populations immigrées

¹⁴² SIBONI S., « La vieillesse est un exil », in *Hommes & Migrations : Voyages au bout de la vie*, n°1140, février 1991, pp.21-26.

¹⁴³ MEHAL F., document interne FASILD Aquitaine, 25 février 2003.

¹⁴⁴ Dossier «Le rapport alarmant des Renseignements Généraux sur les ghettos urbains », *Le Monde*, n°18 488, mardi 6 juillet 2004, pp.1-8.

repositionne cette branche comme discipline à part entière et non plus comme le support de loisirs ou d'activités occupationnelles. C'est peut-être par le biais de l'animation que les directeurs prendront conscience du phénomène des immigrés âgés. D'ailleurs, la Charte de l'Animation en Gérontologie, publiée en 2004 à la suite des EGAG, affirme le principe de « *respect de la culture et des cultures* » au moyen d'une « *méthodologie garante d'une approche qualitative* »¹⁴⁵.

Malgré les avancées considérables en 2003¹⁴⁶, l'animation souffre encore de divers maux : position floue entre le soin et le soutien médico-psychologique, manque de qualification, manque de moyens humains et financiers, emplois précaires¹⁴⁷... Mais la plus grande impotence de l'animation est d'être mal cernée par les directeurs : « *près de 45% d'entre eux avouent ne pas savoir ce que peut être une intervention sociale, et méconnaître le rôle de l'animation et de l'animateur* »¹⁴⁸. Or, sans positionnement clair des directeurs en faveur de l'animation, cette dernière ne pourra pas démontrer ses compétences et convaincre que la vie sociale est un « superflu devenu nécessaire ».

Le thème de l'accueil des personnes immigrées en maison de retraite ancre bien le passage d'une « prise en charge » vers une « prise en considération » de la personne. Les changements induits en ce sens conduiraient à des améliorations bénéfiques pour toutes les personnes accueillies.

¹⁴⁵ « Charte professionnelle des animateurs et des animations en gérontologie : Article 14 », in *Doc'Animation en Gérontologie*, n°3, avril-juin 2004, pp.88-94.

¹⁴⁶ Référence à la publication du rapport de B. HERVY cité en introduction et aux Etats Généraux de l'Animation en Gérontologie (EGAG) à Paris les 25 et 26 novembre 2003 réunissant près de 700 participants.

¹⁴⁷ Les moyens financiers consacrés à l'animation sont loin des 1% du budget général de la structure comme recommandé par la circulaire FRANCESCHI du 7 avril 1982. Les moyens humains font état de 1,07 personnel affecté à l'animation pour cent personnes âgées, pour près de la moitié d'entre eux en emplois précaires ou non formés.

¹⁴⁸ PAQUET M., « L'animation, entre calamité et désespoir », in *Doc'Animation en Gérontologie*, n°2, janvier-mars 2004, pp.20-27.

Ressources Documentaires

RENCONTRES & ENTRETIENS

- BONNIN F., attaché à la ville de Bègles, BIS Bureau d'Information Senior, Espace Croizat, 9 rue du M^l Joffre, 33 130 Bègles.
- BOUCHAUD O., animateur du groupe de réflexion sur l'accueil des migrants à l'hôpital, programme européen « migrant friendly hospital », hôpital Avicenne, 125 rue Stalingrad, 93 000 Bobigny.
- BROUILLARD M-F., chargée de mission en gérontologie, association Bleu Nuit Gironde, SONACOTRA Gironde, 6 quai de Bacalan, 33 300 Bordeaux.
- CAREIL D., directeur d'agence, SONACOTRA Gironde, 6 quai de Bacalan, 33 300 Bordeaux.
- DIARRA C., Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile (CADA) d'Eysines, ancienne responsable de l'animation du foyer du Médoc, SONACOTRA Bordeaux.
- GODARD M-C., responsable du pôle « loisirs et culture » de l'ALIFS, Association de Liaison Interculturelle, Familiale et Sociale, 9 cours Pasteur, 33 000 Bordeaux.
- KOSKAS A., directeur du centre de jour Edith Krebsdorf, 16 rue du pont aux choux, 75 003 Paris.
- LABIDI M., fondateur et directeur du café social de Belleville, association *Ayyem Zamen*, 7 rue Pali-Kao, 75 020 Paris.
- LE FORMAL Y., Direction régionale Aquitaine du FASILD, 29 rue de l'École Normale, 33 000 Bordeaux.
- L'KHADIR A., Anthropologue, MANA, association de consultation de médecine transculturelle, CHU (centre hospitalier universitaire) de Bordeaux, 91 cours d'Albret, 33 000 Bordeaux.
- MALENDIT F., responsable du pôle « médiation juridique et administrative » de l'ALIFS, Association de Liaison Interculturelle, Familiale et Sociale, 9 cours Pasteur, 33 000 Bordeaux.
- MEHNI A., accueil social, foyer du Médoc, SONACOTRA, 151 cours du Médoc, 33 300 Bordeaux.
- MOUSLIM M., Mosquée El Huda, association des musulmans de Gironde, 50 rue Jules Guesde, 33 000 Bordeaux.
- RIDEZ S., présidente association Césam migrations santé, Mas de la Paillade, 111 rue de Tipasa, 34 080 Montpellier.

VIEILLESSE ET MIGRATIONS

Études & Colloques

BAS-THERON F. & MICHEL M., *Rapport sur les immigrés vieillissants*, Rapport IGAS, Inspection Générale de l'Action Sociale, n°2002 126, novembre 2002, 75 p., disponible sur internet : www.unafo.org.

CESAM MIGRATIONS SANTE, *Les anciens combattants marocains*, Rapport de stage de MOSTEFA-HAMOU D., document interne, 2000, 24 p.

Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon, enquête de population, SIEIRA-ANTELO M., DESMARTIN-BELARBI V., RIDEZ S., LEDESERT B., octobre 2003, disponible sur internet : <http://cesam.ms.free.fr>.

CONSEIL GENERAL DU HAUT-RHIN, *Le vieillissement des personnes immigrées dans le Haut-Rhin. Une prise en compte de cette réalité en foyers, en établissement d'hébergement pour personnes âgées et à domicile*, Direction de la solidarité, OHRAS, Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale, novembre 2001, 48 p.

OAREIL, Observatoire Aquitain de Recherches, d'Études, d'Information et de Liaison sur les problèmes des personnes âgées, *Le vieillissement des immigrés en Aquitaine*, Maison des Sciences de l'Homme, Talence, octobre 2002, 86 p.

Pour un diagnostic sur le vieillissement des immigrés aquitains : recueil de données préliminaires, Maison des Sciences de l'Homme, Talence, juin 2000, 41 p.

ORIV, Observatoire régional de l'intégration et de la ville, *Pour une meilleure prise en compte des migrants vieillissants en Alsace*, Actes de la rencontre régionale du 13 février 2003, cahier de l'observatoire n°38, juillet 2003, 106 p.

Des itinéraires de migrants algériens vieillissants, cahier de l'observatoire n°35, mai 2002, 129 p.

Vieillir ici quand on est d'ailleurs... : beaucoup de migrants vieillissent en France, colloque du 18 mars 2003, hôpital Avicenne, Saint-Denis, Seine Saint Denis.

« Voyage au bout de la vie : colloque Mort et accompagnement dans la vieillesse : éthique, identité et diversité culturelle en France », *Hommes & Migrations*, n°1140, février 1991, colloque du 21 juin 1990, Ivry sur Seine, 71p.

Mémoires

- BRUN S., *La prise en compte des travailleurs migrants vieillissants dans les résidences sociales du Rhône. Evolution et préconisations*, mémoire ENSP, IASS, 2001, 60 p.
- DROUET N., *La retraite des immigrés : perte identitaire entre ici et là-bas*, mémoire de DESS de psychologie, gérontologie et santé publique, Université V. Ségalen Bordeaux II, 2000-2001, 46 p.
- GUINARD P. & REYES L., *L'immigré malade à l'hôpital public*, mémoire ENSP, EDH, 1990, 159 p.
- LOUISE F., *Un foyer de travailleurs migrants à l'épreuve du vieillissement de ses résidents : élaborer des réponses adaptées (Isère)*, mémoire CAFDES, 2001, ENSP, 78 p.
- RAHAL MOHAMMEDI H., *Les migrants isolés dans les foyers. Quelles perspectives ?*, mémoire ENSP, IASS 2002, 82 p.
- SAUTREUIL L., *L'accompagnement des migrants vieillissants dans un foyer d'hébergement: une priorité*, mémoire ENSP, CAFDES 2000, 81 p.

Articles & Ouvrages

- COUSIN M., « Déracinement : la grande solitude des Chibanis », *L'Express*, 17 juillet 2003, 1 p.
- DESRUMEAUX G., *L'adaptation des foyers de travailleurs migrants au vieillissement des résidents*, journée de l'UNAF0, 18 février 2002, document FASILD, 10 p.
- LARMIGNAT V., « Nous vieillirons ici », *ASH*, 25 juin 1999, n°2125, pp.19-20.
- LE GOFF J., *Contribution à la définition d'orientations institutionnelles en matière de vieillissement des immigrés*, 25 juin 2002, document FASILD, 13 p.
- MUNOZ M-C., « Les immigrés espagnols retraités en France: entre intégration et vulnérabilité sociale », *Hommes et Migrations*, nov-déc. 2000, n°1228, pp.95-101.
- ODTI, Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés, *Guide du retraité étranger, toutes les informations pour bien préparer votre retraite*, FAS, UNAF0, SONACOTRA, Ville de Grenoble, 2002, 118 p.
- PAQUET M., « Ils poussent la porte de la gérontologie », étude de la CRAM Rhône-Alpes intitulée « migrants, isolement et vieillissement : quelle aide à domicile possible ? », 2000, *Décideurs des maisons du troisième âge*, juin 2002, n°47, pp.18-23.
- RICHARD D., *Anciens combattants marocains : oubliés de l'histoire*, Sud-Ouest, édition du dimanche 04 juin 2000, pp.12-13.
- SAMAOLI O., « Considérations gérontologiques autour de l'immigration en France », 1999-1, *Gérontologie et société*, décembre 1999, n°91, pp.79-91.
- SAMAOLI O., « Mourir dans la différence », 1999-2, *Gérontologie et société*, décembre 1999, n°91, pp.153-155.

- SAMAOLI O., « L'immigration comme question gérontologique », 1999-3, *Gérontologie* n°111, pp.33-40.
- SAMAOLI O., « La mort s'invite aussi dans l'immigration », *La revue du praticien – Médecine générale*, novembre 1998, tome 12, n°436, pp.22-24.
- SAMAOLI O., « Les immigrés dans la vieillesse », *Gérontologie et Société*, avril 1991, n°56, pp.167-173.
- THAVE S., « Les immigrés de 60 ans ou plus », *Gérontologie et société*, décembre 1999, n°91, pp.11-18.
- UNAFO, union des professionnels de l'hébergement social, *La politique de vieillesse en France et son adaptation aux travailleurs immigrés âgés*, Les cahiers thématiques, été 2002, n°1, 59 p.
- « Vieillesse, migrations, cultures », *Gérontologie et Société*, décembre 1999, n°91.
- ZAAMA, *Un troisième âge dans l'immigration*, février 2000, n°2, 37 p.

VIEILLESSE & SOCIÉTÉS

En France

- DESPUJOS M., *L'entrée en établissement*, cours de CAGESPA 2004, Institut Régional du Travail Social d'Aquitaine, Talence, 11 mai 2004.
- LIMOZIN E., *Vieillesse, espace et culture : étude du quartier Jean Jaurès à Floirac*, mémoire de maîtrise de sociologie, Université V. Ségalen Bordeaux II, 1996, 84 p.
- RENESSON-PHILIPON M-L., *Le vécu de la vieillesse en institution*, mémoire de maîtrise de sociologie, Université V. Ségalen Bordeaux II, 2000.
- VARINI E., « L'entrée en établissement », *Décideurs en gérontologie*, janvier/février 2004, n°59, pp.12-24.

A l'étranger

- ARFEUX-VAUCHER G., « Vieillesse et sociétés », *Gérontologie et Société*, avril 1991, n°56, pp.14-20.
- BARTKOWIAK N., *Découverte de la prise en charge des personnes âgées au Maroc, Rapport de Stage, Maison des vieillards de Tanger*, Stage à l'étranger DESS 2003, ENSP, 2004, 86 p.

IMMIGRATION

Articles & Ouvrages

- BLIER J-M. & JULIENNE M., *L'intégration sans tabous : idées fausses, clichés, réalités*, Guide France Info, éd. Jacob-Duvernet, coll. Débat, Italie, 2002, 115 p.
- FASILD, Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations, « Mémoire de l'immigration », *La lettre du FASILD*, n°60, décembre 2003, 27 p.
- GABIZON C., « Le musée de l'immigration ouvrira ses portes en 2007 », *Le Figaro*, jeudi 8 juillet 2004, p.6.
- LE MONDE, *Immigrés : l'Europe entre accueil et rejet*, Dossiers & Documents 9-10 juin 2002.
- MINISTERE DE LA SANTE, *Rapport d'activité 2001*, Direction de la population et des migrations, chapitre I: population – démographie : recensement 1999, disponible sur internet : www.sante.gouv.fr
- PHILIPPON A., *L'immigration*, enseignement à distance, ENSP, Rennes, octobre 1994, 9 p.
- SAYAD A., *La double absence : des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, coll. Liber, Paris, 1999, 437 p.
- TABET M-C., « Immigration : le rapport qui dérange », *Le Figaro*, 14 avril 2004, disponible sur internet : www.lefigaro.fr
- TILLINAC P., « L'immigration reste stable en Aquitaine : en majorité d'origine européenne », *Sud Ouest*, édition Bordeaux rive gauche sud, mardi 13 avril 2004, pp. 1-1.3.

TEXTES REGLEMENTAIRES

Domaine sanitaire et social

- Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades
- Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Arrêté du 08 septembre 2003 énonçant la Charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- Règlement départemental d'aide sociale en faveur des personnes âgées et des personnes adultes handicapées (Conseil Général de Gironde).

Champ de l'immigration

Loi n°98-349 dite Loi Chevènement du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile.

Loi du 26 décembre 1959 portant loi de finances pour 1960 (crystallisation des pensions des anciens combattants)

REPERES SOCIOLOGIQUES

Définitions & Concepts

CONSTANT F., *Le multiculturalisme*, Dominos, Flammarion, Paris, 2000, 117 p.

DE CARLO M., *L'interculturel*, CLE international, coll. didactique des langues étrangères, 1998, 126 p.

DUBET F. & LAPEYRONNIE D., *Les quartiers d'exil*, coll. L'épreuve des faits, 1992, 245 p.

GRESLE F., PANOFF M., PERRIN M., TRIPIER P., « Acculturation », *Dictionnaire des sciences humaines Anthropologie/Sociologie*, Nathan Université, Paris, 1994, pp.1-2.

PINTO D., « Forces et faiblesses de l'interculturel », in *L'interculturel : réflexions pluridisciplinaires*, colloque des 22-26 novembre à Kénitra et Rabat, Etudes littéraires maghrébines, n°6, L'Harmattan, Paris, 1995, pp.15-19.

SCHNAPPER D., « Acculturation », in BOUDON R., BESNARD P., CHERKAOUI M., LECUYER B-P. (dir), *Dictionnaire de la sociologie*, Références Larousse, Paris, 1996, pp.10-11.

« Immigré », *id.*, pp.117-118.

« Migration », *id.*, pp.146-147.

Réflexions autour de l'intégration

ALLEMAND S., « Vers une démocratie culturelle ?, entretien avec Alain Touraine », *Sciences Humaines : Les fondements de la démocratie*, mars 1998, n°81, pp. 32-33.

GILLES E., « Tous égaux, tous différents : tout un programme », entretien avec Alain Touraine, *Construire*, 16 février 2004, disponible sur internet : www.construire.ch.

GOFFMAN E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux*, éditions de minuit, coll. Le sens commun, Paris, 1968, 447 p.

Stigmate, les usages sociaux des handicaps, éditions de minuit, coll. Le sens commun, Paris, 1975, 175 p.

TOURAIN A., *Pourrons-nous vivre ensemble ? Egaux et différents*. Fayard, Paris, 1997, 395 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Le lieu de stage : la maison de retraite Manon Cormier.

Annexe 2 : Recensement des immigrés à Manon Cormier.

Annexe 3 : Situations géographiques : agglomérations bordelaise et béglaise.

Annexe 4 : Qu'est-ce qu'un immigré ?

Annexe 5 : Recensement des immigrés âgés en Gironde et en Aquitaine.

Annexe 6 : La Sonacotra : compléments d'informations.

Annexe 7 : Méthodologie des entretiens & des questionnaires menés.

Annexe 8 : Guide d'entretien des personnels de Manon Cormier.

Annexe 9 : Questionnaire adressé aux établissements girondins.

Le lieu de Stage :

la maison de retraite Manon Cormier

Maison de retraite publique
Résidence Manon Cormier
58 avenue du M^l de Lattre de Tassigny
33 130 BEGLES

Missions de l'établissement :

- ☞ 95 lits d'hébergement permanent
- ☞ + 2 lits d'hébergement temporaire

Caractéristique de la population accueillie :

- ☞ 80% des personnes accueillies sont de sexe féminin.
- ☞ 4 années de séjour en moyenne.
- ☞ 85 ans de moyenne d'âge :

	-60	60-69	70-79	80-89	+90
effectifs	-	2	21	43	29

- ☞ GMP moyen de 590 :

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6
effectifs	17	16	18	27	5	12

Les bâtiments :

- ☞ 1 seul bâtiment agrandi et restructuré entre 1993 et 1996
- ☞ Capacité de 97 lits dont 2 en hébergement temporaire
- ☞ Répartition en 3 secteurs répartis sur 1 rdc et 1 étage
- ☞ 2 salles de restaurant
- ☞ Blanchisserie, cuisine et services d'entretien non externalisés

Le personnel :

- ∞ 1 directrice
- ∞ 3 administratifs
- ∞ 1 animatrice à temps plein
- ∞ 1 cadre de santé
- ∞ 1 médecin à mi temps
- ∞ 3,5 IDE
- ∞ 19,5 AS
- ∞ 12 ASHQ
- ∞ 11 OP

Résolutions du projet d'établissement :

- ∞ Réflexion en interne sans audit extérieur : démarche débutée en 1999.
- ∞ « *Le projet de vie peut ainsi se définir autour d'une réflexion qui place le sujet âgé au centre du travail mené dans l'institution* ». Il se déploie autour de deux axes : d'une part l'établissement s'engage à respecter les droits et libertés de la personne âgée (droit à la dignité, maintien de la liberté d'agir), d'autre part, Manon Cormier tend à s'apparenter au domicile tout en tenant compte des limites institutionnelles.
- ∞ Le projet d'animation en cours de réalisation met l'accent sur la valorisation de soi, soit en travaux individuels avec la personne âgée, soit en activités collectives.
- ∞ Le projet de soins est en cours de conception : il soulignera l'engagement de l'établissement dans l'accompagnement en fin de vie et dans la spécificité de la prise en soins des résidents atteints d'Alzheimer ou de démences assimilées.

Orientations en cours :

- ∞ Départ à la retraite en février 2005 du médecin salarié et du cadre de santé.
- ∞ Convention tripartite en cours de négociation (transformation de 13 lits en accueil de malades Alzheimer).
- ∞ Convention d'hébergement de la permanence France Alzheimer Gironde.
- ∞ Convention avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital Bagatelle.
- ∞ Rapprochement avec le CLIC de Bègles-Talence-Pessac-Villenave d'Ornon-Gradignan.
- ∞ Formation « Démarche Qualité ».

Recensement des immigrés à Manon Cormier

Au 05 mai 2004, la maison de retraite hébergeait onze immigrés, nés à l'étranger de parents étrangers, ayant gardés leur nationalité d'origine ou ayant opté pour la naturalisation.

Cela représente plus de 11% des résidents de Manon Cormier, ce qui appelle deux remarques.

D'une part, les immigrés sont plus représentés à Manon Cormier que dans la moyenne des autres établissements : le rapport IGAS avance que environ 3% des résidents de maison de retraite sont étrangers, et la moyenne des établissements du Haut-Rhin est de cinq personnes immigrées accueillies¹⁴⁹. La moitié des établissements girondins ayant répondu au questionnaire (Annexe 9) n'héberge aucun immigré et les autres résidences s'échelonnent entre 1% et 6% d'immigrés dans leurs structures. Trois établissements se distinguent à 7,5%, 11,3% et 11,7% : deux d'entre elles sont des établissements situés à Bègles.

D'autre part, les immigrés recensés à Manon Cormier sont des femmes d'origine européenne, comme la majorité des immigrés recensés en établissement¹⁵⁰ : sur onze personnes, seulement deux représentent le sexe masculin, et seulement trois résidents ne sont pas originaires d'Europe du Sud.

Soulignons que seulement un résident, en l'occurrence M. M., n'a pas de famille en . Remarquons que la moitié des immigrés perçoivent l'aide sociale, et qu'il pourrait y avoir une correspondance entre la perception de cette aide et la non présence de famille en France.

¹⁴⁹ Respectivement BAS-THERON F. & MICHEL M., 2002, p.41 (sur la base d'enquêtes menées dans le Rhône et les Bouches-du-Rhône) et Conseil Général du Haut-Rhin, 2001, pp.13-15.

¹⁵⁰ A partir du questionnaire (Annexe 9), 70% des immigrés hébergés sont des femmes, et presque autant sont d'origine européenne (Espagne, Portugal, Italie, Belgique). De même, 53,7% des

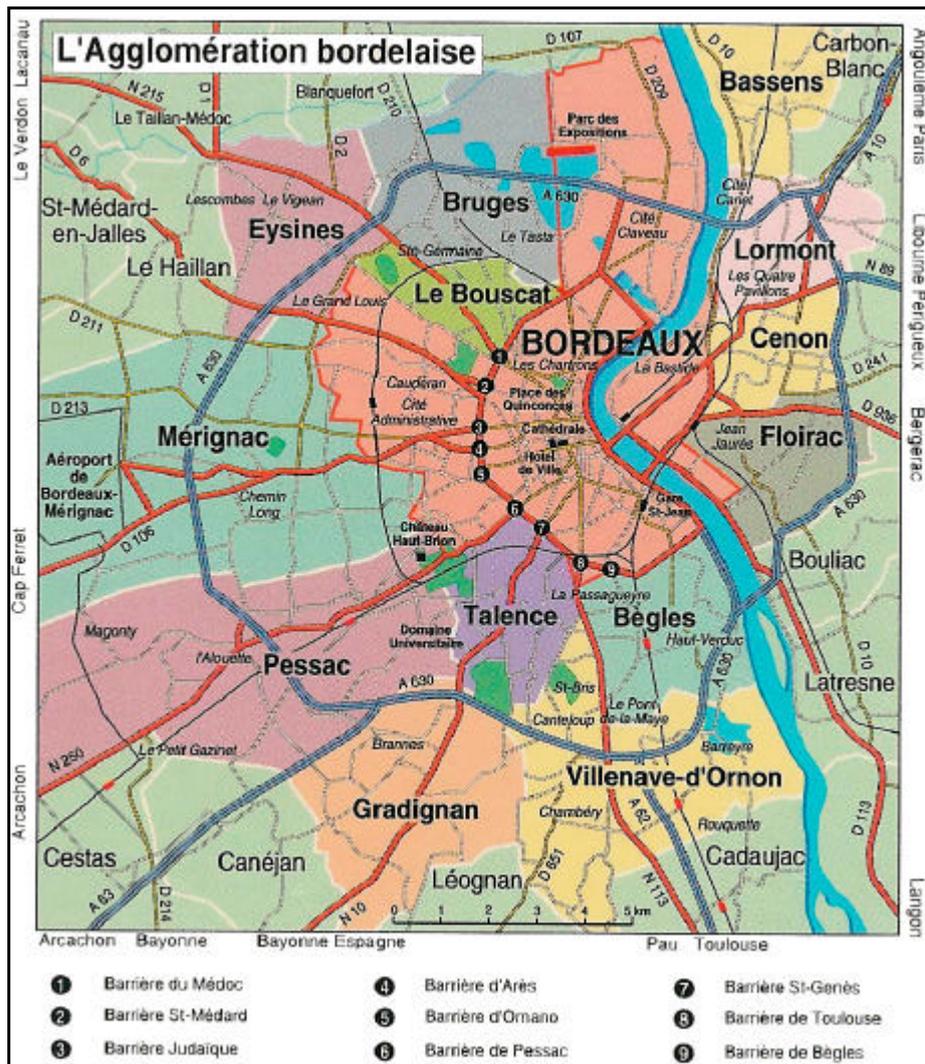
Recensement par ancienneté de la date d'entrée à Manon Cormier

Sexe	Pays d'origine	Nationalité	Date de naissance	Date d'entrée à M. Cormier	Aide sociale ?	Présence de famille en France	Résidence antérieure		
							Commune	Type de logement	Avec qui ?
M	Algérie	algérienne	1928	1986	oui	non	Bègles	maison	seul
F	Algérie	française	1927	1997	oui	oui	Bordeaux	MR	
F	Rép. Tchèque	française	1920	1998	non	oui	Bègles	appart.	famille
F	Espagne	française	1913	1998	oui	oui	Bègles	appart.	famille
F	Espagne	française	1914	2002	oui	oui	Bordeaux	maison	famille
F	Italie	française	1908	2002	non	oui	Bordeaux	maison	famille
F	Espagne	française	1923	2003	non	oui	Bordeaux	appart.	seule
F	Espagne	française	1913	2003	non	oui	Bègles	RPA	seule
M	Espagne	française	1914	2003	non	oui	Bègles	maison	seul
F	Espagne	française	1920	2003	oui	oui	Bordeaux	maison	seule
F	Espagne	française	1928	2004	non	oui	Bassens	appart.	famille

étrangers en institution sont d'origine européenne (contre 27,5% de maghrébins), et 70% des ressortissants de l'U. E. sont des femmes (contre 30% pour les maghrébins) : *Idem.*

Situations Géographiques des Agglomérations Bordelaise et Béglaise

La Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB) compte 560 109 habitants répartis en quatorze communes : Bassens, Bègles, Bordeaux, Le Bouscat, Bruges, Cenon, Eysines, Floirac, Gradignan, Lormont, Mérignac, Pessac, Talence, et Villenave-d'Ornon.

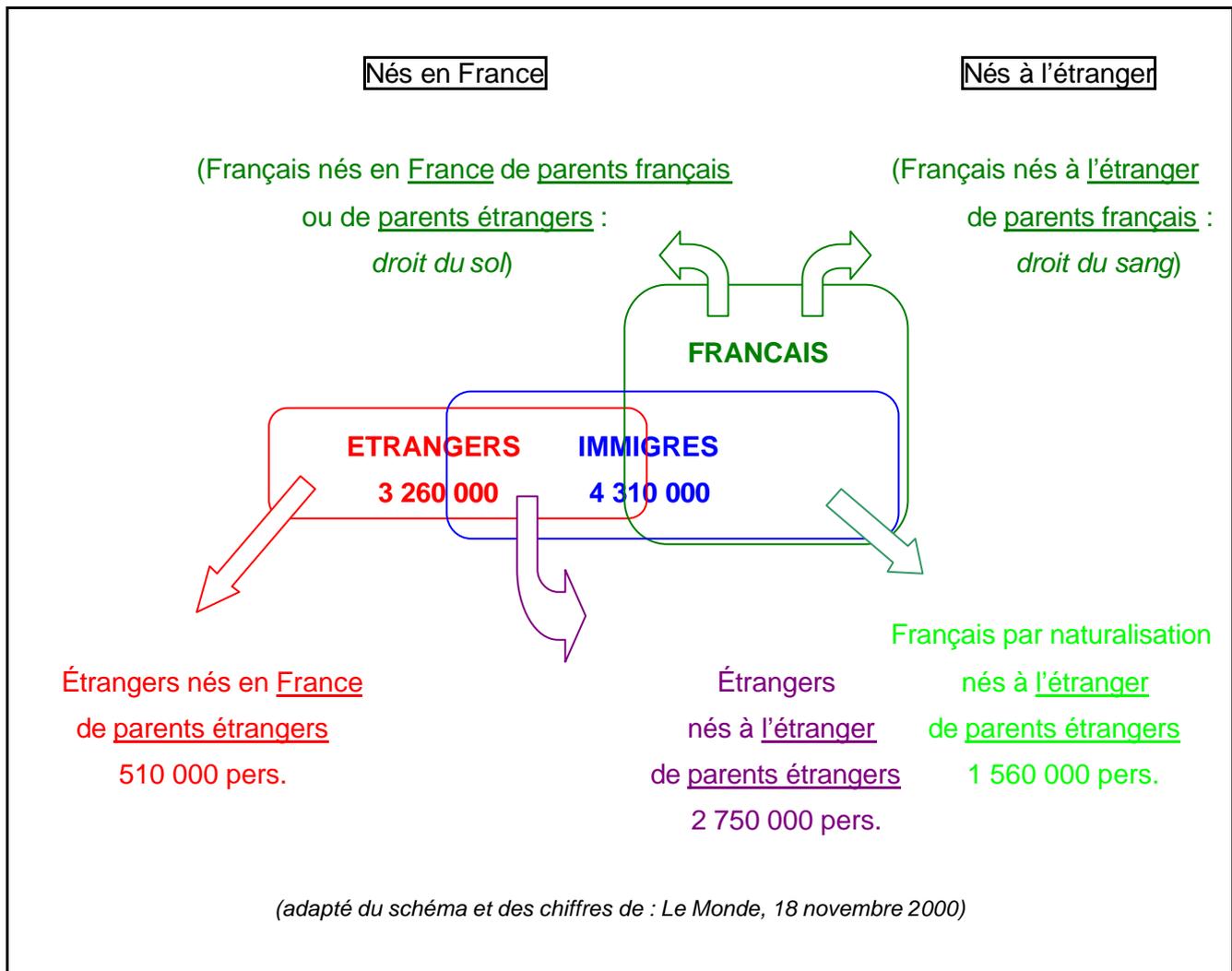


La commune de Bègles totalise 22 475 béglois et se divise en quatre territoires. La population immigrée est localisée dans quatre quartiers et au sein desquels le Bureau d'Informations Senior développe le réseau de bénévoles. L'emplacement n°3 désigne la maison de retraite Manon Cormier, le 16 la bibliothèque, le 8 le commissariat, et le 13 la mairie. Quant aux n°40 et 44, il indiquent le Quartier des lacs dont il est question dans la troisième partie .



Qu'est-ce qu'un Immigré ?

Deux critères définissent l'immigré : le lieu de naissance et la nationalité des parents. La population étrangère est plus restreinte que la population immigrée. La population étrangère est définie en fonction du seul critère de nationalité et concerne toute personne résidant en France et qui n'a pas la nationalité française.



Recensement des immigrés âgés en Gironde et en Aquitaine

La population girondine de 40 ans et plus¹⁵¹

Origine	40-59 ans			60 ans et +			Total
	Hommes	Femmes	Sous total	Hommes	Femmes	Sous total	
Français de naissance	152 734	161 082	313 816	105 023	148 107	253 130	566 946
Français par acquisition	5 970	6 675	12 645	5 009	7 317	12 326	24 971
Espagne	800	626	1 426	1 807	1 977	3 784	5 210
Italie	180	67	247	472	460	932	1 179
Portugal	2 078	1 829	3 907	742	741	1 483	5 390
Autre pays d'Union Européenne	586	579	1 165	444	309	753	1 918
Algérie	830	665	1 495	489	198	687	2 182
Maroc	1 268	1 119	2 387	660	237	897	3 284
Tunisie	245	159	404	62	26	88	492
Turquie	300	241	541	46	32	78	619
Autre pays	1 015	797	1 812	293	319	612	2 424
Sous total immigré (les français par acquisition + les étrangers)	13 272	12 757	26 029	10 024	11 616	21 640	47 669
Total	166 006	173 839	339 845	115 047	159 723	274 770	614 615

¹⁵¹ OAREIL, 2002, pp.14-16.

La population âgée en Aquitaine¹⁵²

<i>Origine</i>	<i>60-64 ans</i>	<i>65-69 ans</i>	<i>70-74 ans</i>	<i>+75 ans</i>	<i>Total</i>
<i>Français de naissance</i>	133 949 H: 63 981+F: 69 968	143 731 H: 66 797+F: 76 934	133 931 H: 59 053+F: 74 878	252 207 H: 91 428+F: 160 779	663 818
<i>Français par acquisition</i>	36 733 H: 2 977+F: 3 756	7 304 H: 3 227+F: 4 077	7 344 H: 3 165+F: 4 179	6 261 H: 5 360+F: 9 019	35 760
<i>Espagne</i>	1 470 H: 765+F: 705	1 873 H: 982+F: 891	1 599 H: 802+F: 797	3 644 H: 1 558+F: 2 086	8 586
<i>Italie</i>	337 H: 253+F: 84	405 H: 270+F: 135	585 H: 320+F: 265	1 929 H: 773+F: 1 156	3 256
<i>Portugal</i>	1 646 H: 888+F: 758	1 044 H: 529+F: 515	656 H: 334+F: 322	627 H: 263+F: 364	3 973
<i>Autre U.E¹⁵³</i>	1 152 H: 629+F: 523	968 H: 549+F: 419	809 H: 481+F: 328	1 172 H: 607+F: 565	4 101
<i>Algérie</i>	379 H: 272+F: 107	267 H: 177+F: 90	146 H: 110+F: 36	180 H: 106+F: 74	972
<i>Maroc</i>	782 H: 530+F: 252	517 H: 401+F: 116	242 H: 167+F: 75	253 H: 168+F: 85	1 794
<i>Tunisie</i>	48 H: 35+F: 13	34 H: 24+F: 10	21 H: 17+F: 4	25 H: 14+F: 11	128
<i>Turquie</i>	53 H: 33+F: 20	34 H: 22+F: 12	7 H: 5+F: 2	21 H: 6+F: 15	115
<i>Autre pays étranger</i>	324 H: 180+F: 144	263 H: 148+F: 115	291 H: 157+F: 134	708 H: 288+F: 420	1 586
Total immigré	12 924 H: 6 562+F: 6 362	12 709 H: 6 329+F: 6 380	11 700 H: 5 558+F: 6 142	22 938 H: 9 143+F: 13 795	60 271
Total	146 873	156 440	145 631	275 145	724 089

¹⁵² OAREIL, 2002, p.11-12.

¹⁵³ L'Union Européenne considérée est celle de 1999 comprenant 15 pays : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Suède.

La Sonacotra :

Compléments d'Informations

La Sonacotra (Société Nationale de Construction pour Travailleurs) est une société anonyme d'économie mixte créée en 1956 par Décret du Ministère de l'Intérieur. Elle est donc une entreprise de droit commun soumise au droit des sociétés (Loi de 1966) et aux règles des entreprises nationales. En effet, l'État est son principal actionnaire, à hauteur de 57% de son capital social. Quatre ministères de tutelle sont représentés au sein de son conseil d'administration : Ministères de l'Emploi et de la Solidarité, de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, de l'Intérieur, et enfin le ministère de l'Équipement, du Transport et du Logement. Le FASILD est un partenaire privilégié de la Sonacotra : il intervient dans le financement du déficit des foyers de travailleurs migrants, dans l'accompagnement social des résidents, et dans l'aide transitoire au logement (ATL) étant donné que les résidences ne sont pas habilitées à l'aide au logement (APL).

Depuis 1999, l'organisation est déconcentrée sur trois niveaux. Le siège assure la coordination, la réflexion et le contrôle tandis que les directions régionales (au nombre de 12) sont chargées de la mise en œuvre des orientations définies par contrats d'objectifs ainsi que de diverses missions courantes (développement, réhabilitations, politiques commerciales et d'accompagnement social). Quant aux agences départementales (71), elles coordonnent la gestion des établissements et leurs directeurs représentent la Sonacotra auprès des élus et des pouvoirs publics. Des directeurs départementaux peuvent assurer la responsabilité de plusieurs agences selon la densité d'implantation, et accompagner le directeur d'agence dans sa mission de représentation. Au 31 décembre 2002, la Sonacotra comptait 1 883 salariés. La Sonacotra est présente dans 53 départements, avec un parc de 408 résidences pour près de 72 000 logements. C'est l'Île-de-France qui compte le plus de lits (31 776) suivi de Rhône-Alpes et Sud-Est (respectivement 11 044 et 10 037). L'Aquitaine est englobée dans le Sud-Ouest (avec Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon) qui comptabilise 2 216 lits pour 20 résidences.

Méthodologie :

Entretiens & Questionnaires

↻ **Entretiens** (Annexe 8) :

Pour connaître le positionnement de l'établissement dans sa globalité sur le sujet, j'ai procédé à quelques entretiens. Sur une semaine, j'ai pu rencontré 26 personnes, soit la moitié de la totalité des agents : le médecin salarié, les quatre IDE, dix aide-soignants et onze agents des services hospitaliers (dont quatre faisant fonction).

L'avantage de la méthode qualitative réside dans la subjectivité du discours de l'interlocuteur. Au-delà des informations pratiques et techniques, l'informateur communique son sentiment profond et son interprétation des choses au travers des mots utilisés.

L'objectif était de cerner leurs ressentis sur le sujet, leurs interprétations des termes, d'identifier les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer au quotidien, d'estimer les propositions que j'avais derrière la tête et qui sont explicitées dans la troisième partie de ce présent travail, de connaître leur degré de réflexion sur la sous représentation des immigrés en institution et de susciter des interrogations.

Les informations recueillies illustrent les propos tout au long du développement du travail.

↻ **Questionnaires** (Annexe 9) :

Le questionnaire concerne les zones de Bordeaux, la CUB (Communauté Urbaine de Bordeaux) et le Libournais : ce sont les pôles qui comptent la proportion la plus élevée d'immigrés en Gironde.

68 établissements ont été contacté par mail, courrier ou fax.

La méthode quantitative a été préférée à la méthode qualitative des entretiens, compte tenu du peu de temps disponible pour la réalisation de l'enquête, du nombre d'entretiens à réaliser (entre les responsables d'établissements et les immigrés eux-mêmes), et du travail d'exploitation nécessaire après la réalisation des entretiens. Cependant, la méthode par entretien a pu être partiellement réalisée. Certains questionnaires rempli de manière incomplète m'ont permis de rappeler certains

responsables et ainsi de parler plus librement du sujet. D'autres ont donné des réponses qui m'ont interpellé de manière à demander de plus amples renseignements. Enfin, quelques uns m'ont appelé d'eux-mêmes pour demander des renseignements sur mon initiative et me faire part de leur intérêt pour le sujet.

Pour maximiser les chances de réussite, le questionnaire a été construit en tenant compte des résultats de l'enquête réalisée par l'OAREIL et le FASILD en Aquitaine en 2000-2002 :

- Leur enquête a eu 12,83% de réponses de la part des directeurs d'établissements (52 retours sur 405 établissements contactés) : ils se disent non concernés par le sujet des immigrés, qui n'apparaît pas comme une priorité. Aussi, les questions sur l'accueil proprement dit devaient être évitées pour ne pas scinder l'échantillon.
- Egalement, l'intérêt était de cerner pourquoi les responsables ne se sentent pas concernés par le sujet plutôt que de poser des questions qui ne les touchent pas.
- Mon questionnaire devait être court et rapide pour obtenir le plus de réponses possibles de la part des responsables d'établissement, même si les propositions à cocher enlèvent toute la part de libre expression.
- L'objet de mon questionnaire était double : d'une part mesurer la proportion d'immigrés hébergés dans les établissements aujourd'hui, et, d'autre part, le degré de conscience et le positionnement des directeurs face au phénomène.

Les retours ont été relativement fréquents : sur 68 établissements sollicités, 17 ont répondu (soit 25%). Cela est satisfaisant puisque la moyenne de réponse à un questionnaire-courrier est de 10%¹⁵⁴, ce qui m'amène à penser que le travail de préparation a été bien mené.

Les données recueillies ne font pas l'objet d'une analyse singulière mais elles figurent tout au long de l'étude.

¹⁵⁴ Observation faite par l'OAREIL, 2000, p.20.

Guide d'entretien

des Personnels de Manon Cormier

- ☞ Qu'est-ce qu'un immigré selon vous ? A qui pensez-vous dans l'établissement ?

- ☞ Qu'est-ce que ça évoque pour vous :
 - En négatif : obstacles au travail...
 - En positif : atouts d'accueillir des personnes immigrées...
- ☞ Quels exemples vous viennent à l'esprit dans votre expérience ?
- ☞ Sentez-vous un manque de quelque chose dans votre pratique : langue, compréhension du résident, expression du mal, éléments pour un diagnostic plus précis...

- ☞ Quelle réaction auriez-vous si l'on vous proposait de participer à des réunions d'information, des formations sur les langues étrangères, des initiations aux cultures étrangères (représentations de la maladie dans la culture arabe...) : ce serait plutôt une aide ou une contrainte ?
- ☞ Pensez-vous que le recours à des personnes travaillant dans le domaine interculturel (interprète, médiateur, anthropologue, ethnopsychiatre...) peut être bénéfique pour certains résidents ?

(Pour les personnels d'origine étrangère :

- ☞ Seriez-vous d'accord pour utiliser votre origine et vos capacités en langue dans la prise en charge d'immigrés de même origine ? Ce serait plutôt une valorisation de votre origine ou plutôt une stigmatisation ?
- ☞ Avez-vous recours à la maison de retraite pour vos parents ? Et pour vous-même plus tard ?)

- ☞ A votre avis, pourquoi y a-t-il une sous représentation de maghrébins et de noirs au sein de l'établissement ?
- ☞ Comment envisageriez-vous l'accueil des résidents de foyers de travailleurs migrants à Manon Cormier : quelle réaction des résidents, quelle acclimatation du personnel...

Questionnaire aux Établissements Girondins

**Le terme « personne immigrée » désigne
toute personne née à l'étranger,
ayant conservé sa nationalité étrangère ou
ayant acquis la nationalité française par naturalisation.**

Nom de l'établissement :

Fonction de la personne ayant renseigné le questionnaire :

Q1 - Combien de lits compte votre établissement ?

**Q2 - Combien d'immigrés accueillez-vous actuellement
(précisez le nombre H et F) ?**

Q3 - De quel pays d'origine sont-ils ?

**Q4 - Quelle est la principale raison d'admission des personnes âgées immigrées
(1 réponse) ?**

? L'isolement

? L'insécurité

? La perte d'autonomie

? Autre : précisez

**Q5 - Quel est le principal obstacle à l'intégration de cette population dans votre
institution (1 réponse) ?**

? Aucun obstacle

? La langue et la communication en général

? Les repas et leurs modes de préparation

? Les prestations hôtelières

? L'animation

? La liberté de culte

? Les relations avec les autres résidents

? Les relations avec le personnel

? La prise en charge médicale

? Autre : précisez

Q6 – Avez-vous modifié un ou plusieurs domaines à l'attention de cette population immigrée (plusieurs réponses possibles) ?

- | | |
|---|---|
| ? Pas d'adaptation réalisée | ? Des efforts dans les langues utilisées par les personnels |
| ? Les repas et leurs modes de préparation | ? Les prestations hôtelières |
| ? L'animation | ? La pratique de différents cultes |
| ? La prise en soins | ? Autre : précisez |

Q7 - Le sujet des immigrés vieillissants a-t-il déjà été évoqué dans votre établissement (plusieurs réponses possibles) ?

- | | |
|---|--|
| ? Le sujet n'a jamais été évoqué | ? Le sujet a été évoqué par les résidents |
| ? Le sujet a été évoqué par le personnel soignant | ? Le sujet a été évoqué par la personne chargée de l'animation |
| ? Le sujet a été évoqué par la direction | ? Le sujet a été évoqué par les administrateurs |
| ? Autre : précisez | |

Q8 - Vous sentez-vous concerné par le sujet des immigrés vieillissants (1 réponse) ?

- | | |
|---|--|
| ? Concerné parce que leur accueil pose des problèmes de cohabitation | ? Non concerné par manque d'immigrés hébergés ou manque de demande émanant de cette population |
| ? Concerné parce que leur accueil pose des problèmes administratifs ou juridiques | ? Non concerné aujourd'hui mais le problème se posera sûrement dans quelques années |
| ? Concerné mais sans problèmes particuliers | ? Non concerné parce que ce n'est pas une priorité dans les EHPAD aujourd'hui |
| ? Concerné pour une autre raison : précisez | ? Non concerné pour une autre raison : précisez |

Q9 - Quelle idée, parmi les suivantes, vous semble la plus intéressante (1 réponse) ?

- | | |
|---|--|
| ? Le développement d'établissements spécialisés dans l'accueil des personnes âgées de culture différente | ? L'adaptation des EHPAD existants aux modes de vies et aux cultures des personnes âgées immigrées |
| ? Des conventions d'accueil avec les foyers de travailleurs migrants, qui sont confrontés actuellement au vieillissement de leur population | ? Autre : précisez |

Remarques et Suggestions :

Merci de votre collaboration