



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales

Date du Jury : **12 et 13 septembre 2002**

**LES MIGRANTS ISOLES AGES DANS LES
FOYERS. QUELLES PERSPECTIVES ?**

Houria, RAHAL MOHAMMEDI

Sommaire

INTRODUCTION.....	5
1 - DES PARCOURS SINGULIERS.....	11
1.1 IMMIGRÉS.....	11
1.2 ISOLÉS.....	11
1.3 VIEILLISSANTES.....	12
1.4 DU MYTHE DU RETOUR À LA RÉALITÉ DE L'ALLER-RETOUR.....	15
1.4.1 <i>Les motifs</i>	15
1.4.1.1 les raisons médicales.....	15
1.4.1.2 Les revenus.....	15
1.4.1.3 Les raisons psychologiques.....	16
1.4.2 <i>La pratique de l'aller-retour</i>	17
1.5 LE FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS (FTM).....	17
1.6 LES RÉSIDENCES SOCIALES.....	19
2 - UNE POPULATION CONFRONTÉE À DE NOMBREUSES DIFFICULTÉS.....	22
2.1 LE LOGEMENT.....	22
2.2 LES REVENUS.....	22
2.3 LA SANTÉ.....	23
2.3.1 <i>Un état de santé altéré</i>	23
2.3.2 <i>Un accès aux soins encore problématique</i>	25
2.3.2.1 La continuité des soins.....	25
2.3.2.2 Etendue de la couverture maladie.....	26
2.3.2.3 Les discriminations dans l'accès aux soins.....	27
2.4 L'ACCÈS AUX DROITS.....	28
2.4.1 <i>La carte retraité</i>	28
2.4.2 <i>La couverture sociale des ayants droits</i>	29
2.4.3 <i>Le regroupement familial</i>	30
2.4.4 <i>Les aller-retour</i>	31
2.5 LE FAIBLE ACCÈS AUX PRESTATIONS POUR PERSONNES ÂGÉES.....	32
2.5.1 <i>Le maintien à domicile</i>	32
2.5.1.1 Les obstacles financiers.....	32
2.5.1.2 Les problèmes culturels.....	33
2.5.1.2.1 Les entraves relevant des résidants.....	33
2.5.1.2.2 Les entraves liées aux services.....	34
2.5.1.3 L'absence d'aidant naturel.....	35
2.5.1.4 Le portage des repas.....	36
2.5.2 <i>Les personnes hébergées</i>	36
2.5.2.1 Les freins financiers.....	36
2.5.2.2 Les freins liés aux modes de vie.....	37
3 - LES REPONSES ET LEURS LIMITES.....	39
3.1 LES PROJETS DES GESTIONNAIRES.....	39

3.1.1	<i>Le contenu des projets</i>	59
3.1.1.1	Le projet de la SONACOTRA	39
3.1.1.2	La démarche d'ALOTRA	41
3.1.2	<i>Les limites des projets de maintien à domicile</i>	42
3.1.2.1	Les lacunes propres aux projets	42
3.1.2.2	Les contraintes financières	44
3.2	UNE PROBLÉMATIQUE OCCULTÉE DANS LES INSTRUMENTS PROGRAMMATIQUES SANITAIRES ET SOCIAUX	45
3.3	ÉLÉMENTS D'EXPLICATION	47
3.3.1	<i>La faiblesse de l'approche institutionnelle</i>	47
3.3.1.1	L'approche institutionnelle nationale	47
3.3.1.2	La mobilisation des acteurs locaux.....	48
3.3.2	<i>Les limites inhérentes aux intervenants auprès des migrants âgés</i>	50
3.3.2.1	L'attitude du mouvement associatif issu de l'immigration	50
3.3.2.2	Une approche strictement locative de la SONACOTRA	51
3.3.3	<i>Une population invisible et inaudible</i>	53
4-	PISTES D'AMELIORATION DU TRAITEMENT DU VIEILLISSEMENT DANS LE CADRE DES FONCTIONS DE L'INSPECTEUR	54
4.1	UNE ORGANISATION APPROPRIÉE À LA TRANSVERSALITÉ DE LA THÉMATIQUE.....	55
4.2	LE DÉVELOPPEMENT DU PARTENARIAT INSTITUTIONNEL LOCAL	57
4.2.1	<i>Le copilotage avec le FAS du partenariat</i>	57
4.2.2	<i>La planification/programmation</i>	58
4.2.2.1	Le schéma gérontologique départemental.....	58
4.2.2.2	Le PRAPS	59
4.2.2.3	Le Schéma régional de l'organisation sanitaire	60
4.3	VERS UNE CULTURE COMMUNE ENTRE LES ACTEURS DE LA GÉRONTOLOGIE ET LES INTERVENANTS AUPRÈS DES MIGRANTS ISOLÉS.....	60
4.3.1	<i>La formalisation du partenariat</i>	61
4.3.1.1	La démarche de conventionnement	61
4.3.1.2	L'inscription de la problématique dans les CLIC.....	62
4.3.2	<i>L'adaptation des services gérontologiques</i>	63
4.3.2.1	L'adaptation des services d'aide à domicile	63
4.3.2.2	Les passerelles entre foyer et institution.....	64
4.3.3	<i>La sortie du foyer</i>	64
4.3.3.1	L'entrée en établissement pour personnes âgées	64
4.3.3.2	L'accueil familial.....	65
4.3.3.3	La pension de famille.....	66
4.3.3.4	L'accès à un logement autonome	67
4.3.3.5	L'aide au retour au pays	69
4.4	FAVORISER L'ACCÈS AUX DROITS.....	69
4.5	L'ÉVALUATION	71

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AGLS	Aide à la Gestion Locative Sociale
ALOTRA	Association pour le Logement des Travailleurs
ALT	Aide au Logement Temporaire
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APL	Aide Publique au Logement
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CILPI	Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées
CLIC	Centres Locaux d'Information et de Coordination
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CODERPA	Comité Départemental pour les Retraités et Personnes Agées
CORERPA	Comité Régional pour les Retraités et Personnes Agées
CRILD	Commission Régionale pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations
DPM	Direction de la Population et des Migrations
FASILD	Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations plus couramment FAS
FSL	Fonds de Solidarité Logement
FTM	Foyer de Travailleurs Migrants
GISTI	Groupe de Soutien et d'Information des Travailleurs Immigrés
GRAVE	Groupe de Recherche et d'Action sur le Vieillissement des Etrangers
EHPAD	Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées Dépendantes
ODT	Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés
PDALPD	Plan Départemental d'Accès au Logement des Personnes Défavorisées
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SONACOTRA	Société Nationale de Construction de Logements pour les Travailleurs
SRoS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
UESL	Union d'Economie Sociale pour le Logement
UNAFO	Union Nationale des Gestionnaires de Foyers et de Résidences Sociales

INTRODUCTION

Venus pour répondre aux problèmes de pénurie de main-d'œuvre qui se posaient au lendemain de la 2^{ème} guerre mondiale mais surtout durant les Trente Glorieuses, les travailleurs immigrés devaient conformément à leur propre projet, celui du pays d'origine et de la société d'accueil, rentrer chez eux à l'issue de la période d'activité.

Aujourd'hui 30 ou 40 années après, cette population, contrairement aux projets initiaux de retour et même si celui-ci est toujours présent au niveau du discours de la majorité d'entre eux, ne repart pas et vieillit en France.

Ce problème se situe dans la tendance générale du vieillissement de la population ; mais il s'accélère ainsi alors que les hommes maghrébins de plus de 55 ans n'étaient que 140 000 en 1990, ils étaient au recensement de 1999, 236 539¹ soit une progression d'environ 70%. D'autre part, le phénomène du vieillissement des populations immigrées n'est pas inédit. Alors pourquoi, aujourd'hui le devenir des migrants âgés dans les foyers de travailleurs migrants (FTM) devrait-il retenir l'attention et constituer une préoccupation pour les pouvoirs publics ?

A cet égard, plusieurs faits sont de nature à justifier cette démarche. C'est une population essentiellement maghrébine, caractérisée par un taux de masculinité élevé ; à titre d'exemple, alors que ce taux est de 47% pour les Italiens, il est de 78% pour les Algériens.

C'est une population constituée d'isolés, certains sans épouse ni enfants et d'autres beaucoup plus nombreux, que l'on qualifie de "célibataires" avec une famille résidant toujours dans le pays d'origine. Pour ces derniers, le projet de retour était encore plus présent.

Conçue comme une immigration de travail, celle-ci s'est installée dans le provisoire et le logement correspond à cette conception. En effet pour remédier à la précarité, des logements particuliers ont été conçus pour ces personnes dans le cadre d'hébergements provisoires et communautaires appelés FTM.

Par ailleurs alors que les conditions de son vieillissement sont difficiles, elle est encore à l'écart des services gérontologiques et de façon plus générale de la politique de vieillesse. La région PACA, région traditionnelle d'immigration, vient en 3^{ème} position, après la région Rhône-Alpes et la région parisienne, avec 72 foyers d'une capacité de 11920 lits. De plus

¹ Dont 135 552 Algériens, 64 530 Marocains et 36457 Tunisiens, Recensement mars 1999, Exploitation complémentaire, Population immigrée, population étrangère, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité-INSEE, 2002

reflet de migrations anciennes, la population des F I M s'est peu diversifiée, elle est donc plus âgée que la moyenne nationale avec une prédominance d'origine maghrébine.

Cette problématique a retenu l'attention de la DRASS notamment dans le cadre d'une étude sur les besoins des personnes âgées et dans celui de l'élaboration du volet personnes âgées du SROS, suite à la circulaire de P. GINCHARD-KUNSTLER² relative à l'amélioration de la filière gériatrique.

Ce mémoire se veut donc une contribution à l'examen de cette thématique. Il apparaît que si les études théoriques sur le vieillissement se sont multipliées ces quinze dernières années, l'un des tous premiers colloques s'est d'ailleurs tenu à Nice³, en revanche, l'exploration de solutions pour une prise en charge adaptée commence à peine dans la région qui, il faut le dire, accuse un certain retard par rapport à une région comme Rhône-Alpes.

Dès lors les questionnements de ce mémoire sont nombreux et complexes. Qu'est-ce qui caractérise cette population ? Quels sont les facteurs qui empêchent son accès aux droits et aux services gérontologiques ? Comment est traité le problème localement tant au niveau institutionnel que sur le terrain ?

A travers nos observations, il nous est apparu que schématiquement, deux attitudes sont en présence. La première considère au nom du droit commun, qu'il n'y a pas de problème particulier et toute attention particulière stigmatiserait cette dernière. Il n'y aurait qu'à laisser les mécanismes généraux s'appliquer spontanément.

Une autre approche privilégie une approche que l'on pourrait qualifier de culturaliste et ethnicisante qui tend à imputer toutes les difficultés à l'origine de ces personnes, ce qui aboutit au postulat de l'inapplicabilité du droit commun et donc à la stérilisation du débat.

Nous souhaiterions dans le cadre de ce mémoire nous écarter de ces approches pour tenter d'appréhender avec lucidité le vieillissement de ces personnes et, par conséquent, les solutions. Cette perspective nous paraît beaucoup plus féconde, plus stimulante mais aussi beaucoup plus objective.

L'enjeu n'est pas simplement numérique même si le nombre de migrants isolés et vieillissants est beaucoup plus grand si l'on prend en considération ceux logeant dans les garnis et meublés.

² Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/ n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique

³ "Les travailleurs étrangers à l'heure de la retraite" organisé par l'Union Départementale d'Informations Sociales aux Personnes Agées des Alpes Maritimes.

Par ailleurs, un phénomène plus récent apparaît et se développe : le départ d'un nombre de plus en plus important de résidents vers des accueils de nuit avec des risques de clochardisation.

Mais par delà les seuls migrants, cette problématique suscite un questionnement sur la capacité du droit commun entendu comme la règle de droit proprement dite et les services, à atteindre des populations qui pour une raison ou une autre se trouvent à la marge du droit.

Une première partie s'attachera à retracer le parcours singulier de ces personnes pour examiner, plus précisément dans la partie suivante, les difficultés et facteurs de précarisation auxquels sont exposés ces vieux migrants.

Les constats effectués laissant entrevoir la faiblesse des réponses, qui sera analysée dans une troisième partie tandis qu'une dernière partie sera consacrée à l'exploration de propositions en rapport avec les fonctions d'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales (IASS).

METHODOLOGIE

Bien que le stage se soit déroulé en DRASS, il a été décidé de limiter l'étude au département des Bouches-du-Rhône lequel nous a paru très significatif à plusieurs titres. Il totalise à lui seul 49% des lits de la région soit 5851 sur 11920⁴. Le taux de vieillissement est beaucoup plus accentué du fait de la faible diversification de la population des foyers venue dans les années 50-60 du Maghreb et essentiellement d'Algérie.

Le vieillissement est renforcé par l'attrait exercé par le département des Bouches-du-Rhône pour deux raisons : la proximité du Maghreb et la présence du port de Marseille qui vont faciliter les allers-retours dans le pays d'origine et la possibilité d'avoir des nouvelles du pays. Ainsi depuis quelques années, de nombreux isolés des autres régions de France sont venus s'installer dans les foyers, ce qui explique en partie le vieillissement.

Enfin il n'aurait pas été possible de mener, dans les délais impartis, des investigations dans tous les départements.

La méthodologie compte tenu de la complexité et du caractère novateur du sujet s'est ordonnée autour de deux axes.

Il a fallu tout d'abord procéder à une analyse documentaire et à une analyse bibliographique. Cette dernière nous a permis une première approche de cette population dans ses différents aspects. Nous nous sommes intéressés aussi à des études menées dans d'autres régions plus avancées sur la question.

Le second axe a consisté en des entretiens avec diverses personnes selon un mode semi-directif (voir les trames). Globalement bien que les trames diffèrent selon la catégorie d'interlocuteurs, les questions ont porté sur la perception du vieillissement des personnes isolées, les moyens éventuels mobilisés, les difficultés rencontrées.

En fait, ces deux méthodes ont souvent alterné au fur et à mesure de l'avancement des questionnements.

Les interlocuteurs ont été les suivants :

1. les migrants eux-mêmes qu'ils soient résidants dans les foyers ou dans la maison de retraite, il nous a paru en effet primordial de leur donner la parole pour connaître la façon dont eux-mêmes appréhendent leur vieillissement.

Les foyers ont été sélectionnés selon plusieurs critères : l'importance du vieillissement, encore FTM ou résidence sociale, réhabilités ou toujours vétustes, dans le centre-ville ou excentrés

⁴ Les foyers de travailleurs immigrés en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Observatoire régional des foyers, octobre 2000.

Avec l'aide des gestionnaires ou animateurs, nous avons essayé d'établir une typologie :

- ceux ayant une épouse et des enfants au pays
- les veufs ayant de grands enfants au pays
- les personnes en rupture avec leur famille installée en France et pour lesquelles le foyer est plus commode, certains d'entre eux avaient connu le foyer avant leur mariage.

Sans que cela ait été un choix, les résidents interrogés parce que les plus concernés par le vieillissement, étaient tous de nationalité algérienne excepté un, d'origine algérienne, ayant acquis la nationalité française depuis deux ans.

Les entretiens se sont déroulés en français et/ou en arabe selon le désir de l'interlocuteur, sans témoin et sur leur lieu de résidence.

Il n'a pas été facile d'aborder avec eux leur devenir. On ne leur a pas souvent demandé leur avis, parce qu'ils ont aussi une certaine pudeur mais surtout parce que cette question est trop angoissante car elle les met face à une réalité qu'ils ne veulent pas toujours reconnaître. Cette angoisse, les doutes aussi, je les ai sentis poindre à travers les regards, la voix qui se casse, les silences mais parfois aussi de l'humour teinté d'autodérision et toujours une grande dignité.

- les résidents de la Maison de retraite de Fontainieu à Marseille ont été rencontrés au cours de la semaine passée en établissement dans le cadre du stage population qui avait pour but l'élaboration de la monographie d'un ancien résident de FTM hébergé dans l'institution. Ce mémoire se situe d'ailleurs dans le prolongement de ce travail, les questionnements soulevés méritant des approfondissements.

2. Les gestionnaires, animateurs des foyers et les responsables des services sociaux des deux principaux gestionnaires, le plus important étant la SONACOTRA avec plus de 4000 lits, et l'Association pour le Logement des TRAvailleurs (ALOTRA) ayant une capacité d'environ 1200 lits.

- Le personnel de la Maison de retraite sur sa perception de l'intégration des personnes immigrées. Soulignons que cette maison de retraite (ci-après MDR) d'une capacité d'accueil de 125 lits, hébergeait douze personnes de nationalités étrangères, dont sept maghrébins.
- D'autres gestionnaires de maisons de retraite ont pu être rencontrés au cours d'une réunion des acteurs de la gérontologie et les acteurs spécifiques intervenant auprès de la population immigrée
- Des associations de services d'aide à domicile qui commencent à intervenir sur certains foyers
- Des responsables de réseaux gérontologiques labellisés ou en cours de labellisation CLIC, tout particulièrement le CLIC de Marseille Nord en raison de son expérience de travail avec les FTM, notamment la prise en charge de l'admission du résident de la

monographie, mais aussi GERONTONORD et l'Espace Aînés du CCAS des 1^{er} et 2^{ème} arrondissements

- Les partenaires institutionnels : ceux de droit commun DRASS, DDASS, Conseil Général, CRAM
- Le FAS
- Le Cabinet d'Etudes ICARES ayant beaucoup travaillé sur la thématique, notamment, pour la mise en place d'un dispositif de maintien à domicile pour le compte de la SONACOTRA PACA, (une étude similaire avait été menée toujours pour SONACOTRA en Rhône-Alpes) et qui a réalisé, entre autres, une étude ayant pour but le recensement des actions menées auprès des isolés vieillissants en PACA, une rencontre a donc été organisée.

Enfin, la venue d'une mission de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) nous a permis d'assister à deux réunions : celle déjà citée entre les acteurs de la gérontologie et les acteurs spécifiques et une autre réunissant les services déconcentrés de l'Etat.

Il est certain que vu le nombre et la diversité des personnes rencontrées, il n'a pas été possible, dans le cadre de cette étude, de procéder à une enquête systématique. Cependant, les entretiens menés semblent malgré tout assez significatifs.

1 - DES PARCOURS SINGULIERS

« Le vieillissement des populations immigrées : un problème spécifique » affirme Madame GINCHARD-KUNSTLER⁵. Cette spécificité tient essentiellement à la particularité de leur parcours qui a pesé sur leur mode de vie.

Il convient donc de définir, plus précisément, le concept de personnes isolées immigrées vieillissantes mais aussi de FTM ou résidence sociale.

1.1 IMMIGRES

C'est la définition utilisée par l'INSEE qui sera retenue⁶. Celle-ci, distincte de la notion d'étranger qui est celui qui déclare une nationalité étrangère, est fondée sur deux critères : le lieu de naissance et la nationalité à la naissance. Il s'agit donc de personnes nées à l'étranger et qui soit ont conservé leur nationalité soit ont acquis la nationalité française. Pour ce qui est de la conservation de la nationalité, les ressortissants des anciennes colonies notamment l'Algérie, n'ont pas souscrit de déclaration, en vue du maintien de la nationalité française dans les trois années qui ont suivi l'accession à l'indépendance de leur pays.

L'acquisition de la nationalité a pu se faire quant à elle par réintégration pour les ressortissants des anciennes colonies ou par naturalisation, les deux procédures nécessitant un décret.

1.2 ISOLES

Le concept d'isolement utilisé notamment par les CAF n'a qu'une définition jurisprudentielle. S'agissant des résidents des FTM, il est apparu que malgré de nombreux traits communs, ils ne constituent pas un bloc monolithique. Plusieurs catégories peuvent être constituées :

- isolés réellement sans famille proche ni en France ni dans les pays d'origine
- les isolés mais en fait "célibatairisés" qui ont donc un conjoint et des enfants au pays, au sein de cette catégorie il y aurait encore les veufs avec des enfants au pays
- les résidents en rupture avec leur famille installée en France

Toutes ces distinctions ne sont pas anodines car elles auront inévitablement des répercussions sur le mode de traitement du vieillissement. Elles remettent en cause

⁵ Vieillir en France, enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie, Rapport à Monsieur le Premier ministre, juin 1999

⁶ En fait cette définition a été proposée par Le Haut Conseil de l'Intégration en 1990.

egalement le discours culturaliste ou ethnisant tendant a faire des vieux travailleurs une population dont les traits spécifiques et les difficultés d'accès seraient imputables à leur culture sous-entendu leur ethnie. C'est en fait leur parcours de vie qui en fait la différence. Les individus placés dans les mêmes conditions rencontreraient les mêmes difficultés.

1.3 VIEILLISSANTES

Ce terme fait référence à celui de vieillesse qui est un état et au terme de vieillissement qui lui est un processus irréversible commençant, en fait, dès la naissance et même avant et se poursuit jusqu'à la mort.

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la vieillesse est devenue depuis plusieurs années un phénomène social.

Il est devenu courant de distinguer trois types de vieillesse :

La vieillesse biologique

Sans être une maladie⁷, elle est le plus souvent envisagée selon une approche biomédicale, la vieillesse est alors physique, physiologique, biologique ; c'est une série décisive de transformations organiques.

La vieillesse sociale

Celle-ci est définie par l'âge devenu incertain de la retraite qui correspondrait au troisième âge (60-75 ans) où l'on demeure actif avec 20 ou 30 ans d'espérance de vie devant soi, le quatrième âge concernant lui, les plus âgés en perte d'autonomie.

La vieillesse peut être aussi celle ressentie.

S'agissant des vieux migrants isolés, ces trois aspects ont des manifestations particulières. Si le processus de dégradation est inéluctable, il n'est pas le même pour tous les individus, les déterminants économiques et sociaux et plus précisément les conditions de travail, de vie, de revenus peuvent non seulement l'accélérer mais engendrer des risques de vieillissement de mauvaise qualité et limité dans le temps. C'est ainsi que la précocité du vieillissement de ce public est attestée par deux indicateurs :

- l'espérance de vie est de dix ans moindre que la moyenne, la moyenne d'âge au décès des résidents de SONACOTRA était de 65 ans en 2001⁸ vérifiant ainsi, la relation entre mortalité et catégories socioprofessionnelles.

⁷ P. GUINCHARD-KUNSTLER Vieillir en France, op.cit.

- l'âge moyen d'entrée en institution : 71 ans alors que la moyenne nationale est de 83 ans⁹.

Quant à la vieillesse sociale, on observe par rapport à l'âge légal de la retraite deux phénomènes apparemment opposés.

On note d'abord que souvent les travailleurs immigrés poursuivent leur activité professionnelle au-delà car ils ne disposent pas du nombre de trimestres requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

D'autre part, la vacance prématurée touche une grande partie des migrants, ce n'est pas la mise à la retraite qui provoque le départ de ces derniers du monde du travail mais l'invalidité, l'accident de travail et surtout le chômage, les immigrés peu qualifiés ayant été les premiers exposés à la dégradation du marché de l'emploi.

Mais anticipé ou tardif, le passage à la retraite est loin de constituer un moment idyllique en raison des difficultés à constituer les dossiers de retraite : pluralité d'employeurs disséminés, qui ont arrêté leur activité ou qui n'ont pas pris la peine de les déclarer, difficulté à retrouver les justificatifs d'allocations chômage. Pour beaucoup d'entre eux, les périodes de chômage sont intriquées à la période d'activité, notamment, pour les ouvriers du bâtiment ou les dockers.

Le passage à la retraite est aussi difficile car ces personnes n'ont pas anticipé ce moment. En effet, leur immigration s'est ordonnée autour du travail et devait prendre fin avec lui, immigré et inactif sont deux termes antinomiques¹⁰. C'est ce qui fait la différence dans la façon dont est vécue individuellement la vieillesse.

Avec l'inactivité se pose, en effet, pour le migrant la question de rentrer ou demeurer sur place, la question rarement tranchée, provoque une crise identitaire, s'ajoutant à la crise dont parle J.F. MALHERBE à propos des personnes âgées. « Pour un individu être en crise, c'est perdre ou avoir peur de perdre, l'objet dans lequel il investit tout le sens de sa vie »¹¹.

Cette crise se traduit le plus souvent par un sentiment d'inutilité sociale qu'éprouvent les personnes âgées mais l'isolement, le manque de qualifications des migrants leur permettent

⁸ "Développement d'un dispositif d'aide au maintien à domicile d'un public précarisé", Document SONACOTRA, Délégation Générale Sud-Est, mars 2001.

⁹ Nos observations sur le terrain sont confirmées par l'enquête de l'Observatoire Haut-Rhinois de l'Action Sociale : Le vieillissement des personnes immigrées dans le Haut-Rhin, Conseil général du Haut-Rhin, avril 2001

¹⁰ Abdelmalek SAYAD : « Vieillir ...dans l'immigration » in Vieillir et mourir en exil, 1993, Lyon, PUL, pp. 43-59

¹¹ Ethique, vieillissement et gériatrie, p.258

difficilement de trouver des activités de rechange, bénévolat, aide aux siens, ce qui aiguise ce sentiment d'inutilité et de quête du sens de la vie.

Pour le migrant, le vieillissement et le non-retour signifient une triple perte.

- le travail qui est sa raison d'être en France et qui ne peut donc plus légitimer, pour reprendre l'expression empruntée à beaucoup d'auteurs, sa présence en France
- le pays où il a toujours pensé finir ses vieux jours mais dans lequel il ne se reconnaît plus tout à fait sans pour autant ressentir une pleine appartenance au pays d'accueil.
- la famille : il se rend compte que les liens avec sa famille, construits dans la distance : époux à distance, père à distance¹², sont devenus ténus au point de rendre problématique voire impossible la vie commune quand eux-mêmes ont pris l'habitude de la solitude.

Mais pourquoi ces immigrés ne rentrent-ils pas ? Pourquoi ce scandale démographique, social politique et intellectuel ? pour paraphraser Abdelmalek SAYAD¹³,

¹² D'après J. BAROU : "Le devenir des enfants d'immigrés demeurés au pays d'origine : regards croisés pères/enfants", UNICEF-SONACOTRA, extrait dans ASH.

¹³ « Y a-t-il une sociologie du droit de l'immigration ? in le Droit et les immigrés, Association de juristes pour le respect des droits fondamentaux des immigrés, EDISUD, 1983, p.99.

1.4 DU MYTHE DU RETOUR A LA REALITE DE L'ALLER-RETOUR

1.4.1 Les motifs

Trois séries de raisons peuvent être avancées : matérielles, médicales, et enfin davantage psychologiques.

1.4.1.1 les raisons médicales

La principale raison avancée par les migrants pour expliquer le non-retour est celle des soins, la dégradation de leur état de santé (voir infra), nécessite, en effet, des soins réguliers notamment dans le cas de pathologies chroniques. Or le système de soins est très déficitaire dans le pays d'origine : sous-équipement, problème du personnel paramédical, disponibilité et prix des médicaments sont un ensemble d'éléments qui font craindre à ces personnes la perte de la possibilité de bénéficier de soins de qualité. Signalons au passage, on y reviendra, que la carte retraité instituée par la loi Chevènement¹⁴, ne leur permet pas d'accéder à ce type de soins.

1.4.1.2 Les revenus

Bon nombre de résidents vivent (subsistent) avec des revenus de transfert qu'il s'agisse du RMI, des allocations chômage, de l'AAH (L 821-9 du Code de la Sécurité sociale) ou encore de l'allocation supplémentaire aux personnes âgées ex FNS (art. L816-1 du même code) depuis la loi Chevènement précitée. Or toutes ces prestations ne sont pas exportables c'est-à-dire qu'elles sont soumises à condition de résidence.

Enfin, les titulaires de pensions de retraite ne transfèrent pas leur pension car il en résulterait pour eux une baisse de 25% de leurs revenus en raison du décalage entre le taux de change officiel et le taux de change officieux sans compter les tracasseries administratives.

Toujours en lien avec cette question de revenus, la faiblesse de ces derniers ne leur permet pas, non plus, de demeurer en permanence en France, car ils dépenseraient leurs revenus alors que leur famille attend les subsides.

¹⁴ Loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour en France des étrangers et du droit d'asile, JO 12 mai 1998, voir infra 2.41 les développements à ce sujet..

1.4.1.3 Les raisons psychologiques

Beaucoup moins explicites que les précédentes, elles n'en revêtent pas moins une grande importance, on peut en identifier deux principalement.

- la difficulté à concrétiser le rêve d'un retour après la réussite

Le projet d'immigration tel que conçu avait pour but d'échapper à la misère du pays d'origine. Il fallait nourrir, entretenir la famille mais aussi accéder à un statut économique et social supérieur. Or les aléas de l'emploi alterné souvent de chômage, la baisse de revenus au moment de l'accession à la retraite ont éloigné ces perspectives alors que les charges au pays sont devenues plus lourdes.

Force leur est alors de repousser leur retour plutôt que d'affronter l'échec et le regard de ceux restés au pays qui souvent, ignorent la pénibilité de leurs conditions de vie.

Par ailleurs contrairement à leurs convictions initiales, ils ne sortent pas indemnes de 30 ou 40 années passées en terre d'exil. Ils se sont transformés, acquérant d'autres modes de vie, d'autres habitudes, d'autres repères : amis, le PMU, le café du coin, auxquels ils se sont attachés. Ils apprécient aussi certaines commodités difficiles à retrouver dans les zones rurales dont ils sont issus pour la plupart. Ils n'acceptent pas non plus le fonctionnement des administrations dans leur société d'origine, la faiblesse de l'état de droit ...

- D'un autre côté, leur pays a lui-même subi des métamorphoses y compris dans les rapports sociaux, les relations entre les sexes ou entre générations se sont modifiées et ne correspondent plus à leurs représentations.

Les liens avec la famille sont les premiers à être touchés, celle-ci s'est en effet réorganisée en son absence¹⁵, les rôles ont été redistribués, ne laissant plus de place à l'émigré-immigré en tout cas pas celle de patriarche vénéré, détenteur de la sagesse et de l'autorité, tel qu'il se l'imaginait.

Comment résoudre alors le dilemme du non-retour ? ... l'aller-retour

¹⁵ « Privée de l'un ou de plusieurs de ses membres, la famille a tendance à se reformer, à fonder une nouvelle cohésion où l'absent a de moins en moins de place » A. AGGOUR, « Exil et retour d'exil » in Hommes et Migrations, mars-avril 2002

1.4.2 La pratique de l'aller-retour

Ne pouvant rentrer mais ne pouvant non plus renoncer au retour, n'étant plus tout à fait de là-bas sans être totalement d'ici, avec en positif une double fidélité au pays d'origine et au pays d'accueil, ils s'aménagent un entre deux à travers le phénomène de la navette ou de l'aller-retour.

Cet entre-deux leur permet de résoudre en partie la crise identitaire sans rupture, rupture qu'ils subiraient comme une violence profonde, il leur est impossible d'y renoncer même si cela leur rend la vie difficile à plusieurs égards, notamment juridique, ou les empêche d'avoir recours à des services d'aide à domicile.

Toutefois, si 75% des résidents de SONACOTRA ¹⁶ et 30 % pour ALOTRA ¹⁷ sont dans l'aller-retour, ce phénomène de l'aller-retour n'est pas le même pour tous et il est évolutif, dans le temps, en fonction de deux facteurs.

D'abord, l'aller-retour est tributaire de l'état de santé, il tend à diminuer au fur et à mesure de la dégradation de la santé.

En second lieu, le processus de relâchement des liens familiaux se poursuit, voire s'accélère avec la disparition du conjoint. Un résidant rencontré explique : alors qu'il rentrait auparavant régulièrement, il a espacé ses visites (une fois tous les deux ans), depuis le décès de son épouse.

Mais la situation des résidents vieillissants ne devient intelligible qu'à travers leur trajectoire résidentielle qui a marqué dès le départ et durablement, voire définitivement leur condition.

1.5 LE FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS (FTM)

Pour résorber l'habitat précaire : bidonvilles, baraquement de chantiers insalubres, l'Etat en 1956 a créé la Société Nationale de Construction de Logements pour les Travailleurs Algériens (SONACOTRAL) qui devient en 1960, la Société Nationale de Construction de Logements pour les Travailleurs (SONACOTRA) avec donc des compétences élargies à l'ensemble des travailleurs. A partir de 1993, les compétences sont encore étendues à d'autres publics. Actuellement l'Etat est l'actionnaire majoritaire (58%).

¹⁶ Document SONACOTRA « Développement d'un dispositif... » op.cit.

¹⁷ Voir projet social Résidence Viala Anjou, ALOTRA

Se concevant comme un outil au service de l'Etat et des collectivités locales, la SONACOTRA est le principal organisme gestionnaire en France mais plus particulièrement dans les Bouches-du-Rhône.

Le second gestionnaire est l'Association pour le Logement des TRAvailleurs (ALOTRA), association départementale loi 1901, dont le parc logement se compose de 6 résidences sociales : 3 à Marseille, 2 à Martigues et 1 à l'Etang de Berre, plus 53 logements diffus, une résidence parahôtelière pour fonctionnaires à Marseille ; elle gère aussi un bidonville à Cassis.

Le terme de foyers suggère le plus souvent FTM alors qu'il existe aussi des logements foyers pour personnes âgées et des Foyers pour Jeunes Travailleurs (FJT).

S'agissant des FTM, ceux-ci constituent une véritable exception dans l'histoire du logement en France et aussi par rapport aux autres pays¹⁸. Ce type de logement n'a pas été utilisé pour les ouvriers français, car le regroupement aurait été perçu comme potentiellement subversif.

Pour les immigrants célibataires européens, l'Etat n'est pas intervenu, les solutions au problème de logement sont restées privées.

Il n'existe pas en dehors des réfugiés, d'accueil spécifique pour les immigrants.

Les premiers recours au logement collectif par l'armée et l'Etat, interviennent après la 1^{ère} guerre mondiale avec la démobilisation des tirailleurs et des ouvriers des colonies.

Mais c'est véritablement à partir des années 50 jusqu'en 1975, période des trente Glorieuses, que le mouvement de création des FTM s'intensifie, ce sont des centaines de foyers qui sont construits.

Les foyers sont conçus comme des logements provisoires pour des travailleurs provisoires¹⁹, c'est ainsi que les usagers sont des résidents et non des locataires, ils ne paient pas un loyer mais une redevance.

En fait c'est l'époque de la théorie de la noria consistant à organiser à partir de l'Algérie vers la France, des migrations tournantes, père-fils, oncle-neveu, qui rempliraient une double fonction : fournir de la main d'œuvre à la métropole et alléger le pays d'origine d'une partie de sa population active en situation de sous emploi, tout en le faisant bénéficier en retour de transferts de revenus.

Ce sont des hommes célibataires ou laissant leur famille en Algérie. Il fallait dans le contexte de l'époque impérativement éviter une installation durable avec une immigration de peuplement, mais promouvoir à l'inverse une immigration de travail²⁰.

¹⁸ Voir sur ce point Marc BERNARDOT : « Le logement en foyer, facteur d'exclusion ? » in Migrations Société Vol.13, n°75-76, mai-août 2001, pp.133-134

¹⁹ Abdelmalek SAYAD, Recherches sociales, 1983

La rotation prend fin par la décision, du 03 juillet 1974, de l'arrêt de l'immigration qui se sédentarise de façon durable en raison de l'impossibilité de pouvoir revenir en cas de retour. Dans le même temps, le Président Valéry Giscard d'Estaing officialise le regroupement familial.

La particularité des FTM réside également dans le caractère dérogatoire de la superficie des logements. Bien souvent, les chambres initialement de 8 m² prévus pour une personne ont été divisées en deux pour répondre aux besoins en logements.

En outre, le foyer devant assumer une fonction de surveillance et de contrôle social sur une population d'hommes « célibataires » qui a toujours inspiré une certaine crainte, cet habitat pouvait se prêter à une assez forte discipline interne qui a fortement marqué le fonctionnement et la gestion de beaucoup de foyers.

Il en a résulté un repli du foyer sur lui-même perçu souvent comme un lieu d'insécurité, ce qui retentit sur la possibilité d'ouverture des foyers sur le monde extérieur.

Enfin le FTM est aussi dérogatoire de par son financement, pour fonctionner, il bénéficie d'une subvention du Fonds d'Action Sociale pour l'Intégration et la Lutte contre les discriminations (FASILD mais nous utiliserons le sigle FAS car plus usuel), l'aide à l'hébergement.

1.6 LES RESIDENCES SOCIALES

Créées en vertu des décrets du 23 décembre 1994²¹, elles comprennent les FTM et les FJT mais peuvent aussi être créées ex-nihilo.

A terme tous les FTM doivent passer en résidences sociales. Celles-ci ont vocation à assurer le passage de leurs résidents vers un logement autonome de droit commun avec accès au statut de locataire alors que jusque-là, les résidents se voyaient quasiment pris en charge par l'établissement dans un contexte dérogatoire peu propice à l'intégration et à l'accès au droit commun. C'est pour cela que la durée de séjour est limitée à deux ans, toutefois cette limitation n'est pas opposable aux vieux travailleurs sous certaines conditions.

²⁰ Voir J. BAROU : « Foyers d'hier, résidences sociales de demain », Ecart d'identité hiver 2000/2001, pp.17-19.

²¹ Décrets n°94-1128 et n° 94 1129, modifiant l'art.L351-55 du Livre II du Code de la Construction et de l'Habitat, JO 27 décembre 1994.

Autre trait distinctif par rapport au F I M, la résidence sociale doit être dotée d'un projet social qui doit définir les populations-cibles et préciser les dispositions prises en vue de leur relogement, censé finaliser le processus d'insertion par le logement.

Mais elle n'est donc pas en soi une réponse au vieillissement.

Marquant le passage au droit commun, les résidences sociales entrent dans le champ de compétence des DDASS qui interviennent pour la validation du projet social, l'attribution et l'évaluation de l'aide à la gestion locative sociale (AGLS)²².

L'AGLS est une aide financière qui doit permettre aux gestionnaires des résidences d'assurer dans de meilleures conditions, l'accueil, la médiation, l'accès des résidents à l'ensemble des services et dispositifs sociaux auxquels ils ont droit et de favoriser les relations des résidents avec les bailleurs publics et privés.

L'octroi de l'aide est conditionné par le projet social qui doit prévoir des réponses spécifiques aux besoins des publics accueillis.

L'AGLS se distingue de l'accompagnement social qui est une aide à la personne, assurée par les services sociaux de droit commun et des associations spécialisées, conventionnées et financées, à cet effet, notamment par le Fonds de Solidarité Logement (FSL), le FAS, les crédits de la Politique de la Ville, les collectivités territoriales ...

Ainsi les résidences peuvent-elles obtenir des financements, au titre de la gestion adaptée versée par le FSL. Sur les Bouches-du-Rhône, selon une responsable du service social d'ALOTRA, les résidences sociales seraient dans une situation privilégiée par rapport à d'autres départements. La similitude des partenaires lors de la répartition de l'AGLS ou de la gestion adaptée au FSL simplifie dans une large mesure les procédures pour les gestionnaires.

Les compétences nouvelles des DDASS leur donnent un droit de regard dans un secteur dont elles étaient jusque-là écartées de ce secteur et donc l'opportunité de s'intéresser aux publics accueillis dont les vieux migrants.

Parallèlement à la transformation des FTM en résidences sociales, l'habitat s'est, au fil des années, peu à peu dégradé ce qui a conduit au Rapport du député Henri CUQ²³, qui a alerté

²² Circulaire DGAS/PIA n°2000/452 du 31 août 2000 relative à la gestion locative sociale des résidences sociales

²³ Devenir et transformation des foyers de travailleurs immigrés, Mission d'étude et propositions sur les foyers de travailleurs migrants, Imprimerie nationale, Paris, 1996, 80 p.

les pouvoirs publics sur les dysfonctionnements graves, notamment, quant à l'hygiène et la sécurité.

Suite à ce rapport, les pouvoirs publics ont adopté le Plan Quinquennal (1996-2001) de traitement des foyers de travailleurs migrants, qui prévoyait la résorption d'un certain nombre de situations de dégradation du bâti, d'insuffisance des normes ²⁴ et d'obtenir ainsi des produits logement intégrés dans la ville et les dispositifs de droit commun.

C'est la Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées (C.I.L.P.I.), créée en 1998, qui est chargée de la mise en œuvre du Plan. Elle a plus précisément un rôle de coordination entre les administrations qui interviennent dans le montage du Plan : Ministère chargé des Affaires Sociales, le Ministère chargé du Logement et le FAS.

Elle anime le partenariat avec les gestionnaires, les résidants et les collectivités locales. Cette instance détient aussi un rôle d'impulsion, d'intervention pour débloquer les situations génératrices de retard.

En fait de retard, celui-ci est tel que sur les 326 foyers inscrits, seuls 96 ont fait l'objet d'un traitement effectif, à l'échéance du Plan. Ce retard n'est pas tant imputable à un problème d'argent qu'à d'autres obstacles :

- difficultés dues au bâti
- difficultés liées à la situation des résidants, la restructuration des foyers entraîne souvent des augmentations de redevances que les résidents ont du mal, dans un premier temps, à accepter
- mais la difficulté la plus sérieuse tient aux réticences de certaines communes quand des desserrements s'imposent.

C'est pourquoi une nouvelle convention quinquennale a reconduit le Plan de traitement jusqu'au 31 décembre 2006.

Ce parcours ayant été retracé, les anciens travailleurs migrants rencontrent des problèmes à plusieurs niveaux.

²⁴ Circulaire n°98-65 du 18 juin 1998 relative à la mise en œuvre de l'art.1^{er} de la Convention Etat/UESL du 14 mai 1997 concernant le Plan quinquennal de traitement des FTM ;

2 - UNE POPULATION CONFRONTEE A DE NOMBREUSES DIFFICULTES

2.1 LE LOGEMENT

Celui-ci ayant déjà été largement évoqué, on rappellera simplement que les FTM sont, en général, conçus en unités de vie de six chambres individuelles avec une cuisine commune. Il subsiste cependant un certain nombre de chambres doubles.

L'ensemble est aménagé pour des personnes jeunes en activité n'y rentrant que le soir pour y dormir et non comme un véritable lieu de vie.

L'état du bâti est souvent dégradé avec besoin de réhabilitation et adaptation pour le rendre accessible à des personnes à mobilité réduite.

2.2 LES REVENUS

Ceux-ci sont en général très faibles. Tout d'abord en raison de l'inactivité : 30 % des résidants sont chômeurs ne percevant souvent que l'Allocation de solidarité spécifique, le taux de chômage, il va sans dire, est plus élevé chez les plus âgés qui ont plus de mal à retrouver un emploi.

Les allocataires du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) représentent 14 %.

Quant aux retraités, ils ne sont guère mieux lotis. Le montant de leur pension est souvent très faible en raison de plusieurs facteurs. Faiblement qualifiés, leurs salaires de base étaient très bas. Par ailleurs, ils ont beaucoup de mal à faire valider les périodes travaillées faute de justificatifs (voir supra). Globalement, 68 % des résidants ont un revenu inférieur à 600 euros.

Il convient de signaler au passage le problème des résidants anciens combattants qui du fait de leur nationalité, ont vu leur pension gelée par une loi de 1959, dite de « cristallisation », à son montant, au moment de l'accession à l'indépendance de leurs pays.

Alors qu'un ancien combattant français invalide à 100 % reçoit 450 euros environ, un Sénégalais perçoit 230 euros, un Camerounais 100 euros, un Marocain ou un Tunisien 60 euros. Un nombre important de ces anciens combattants (85 000 au total), réside en foyers.

Par ailleurs de vieux soldats marocains traversent la Méditerranée pour faire valoir leurs droits et sont hébergés dans des foyers de Bordeaux et de la région où est installé le Tribunal des pensions militaires.

On peut raisonnablement penser que la situation va changer suite à l'arrêt DIOP du 30 novembre 2001 du Conseil d'Etat qui considère le gel des pensions contraire à la Convention Européenne des Droits de l'homme.

Or comme l'indique le Haut Comité de la Santé Publique : "Les conditions matérielles et affectives de l'entrée en retraite: isolement (célibat, séparation conjugale, veuvage), le manque de soutien affectif, d'activités sociales sont associées à des taux de mortalité élevés. La faiblesse des ressources financières participe à la difficulté de recours aux soins. Le niveau des pensions de retraite de personnes en chômage de longue durée, d'adultes invalides va compliquer la prise en charge de ceux qui atteignent leur soixantième anniversaire avec un revenu minimum d'existence ou de survie. »²⁵.

2.3 LA SANTE

On peut distinguer l'état de santé du problème de l'accès aux soins

2.3.1 Un état de santé altéré

Pouvoir accéder à des soins de qualité est, on le sait, l'une des principales raisons invoquées par les résidants interrogés pour expliquer leur maintien en France. La préoccupation de la santé qui augmente, avec l'avancée en âge, est plus forte chez les immigrés en raison de la dégradation plus précoce de leur état de santé signalée plus haut.

²⁵ La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, p.291;

L'étude menée dans les foyers de PACA indique que :

- 15 FTM ont un taux de 10 à 15 % de résidents handicapés
- 28 autres sont confrontés à plus de cinq types de pathologies notamment diabète insulino-dépendant, insuffisance respiratoire,
- 14 FTM signalent des problèmes de souffrance psychique
- dans plus de la moitié des FTM, on observe des conduites addictives (alcoolisme).

La pénibilité du travail et les conditions de vie de ces personnes concourent à une usure prématurée. Celle-ci est aussi imputable à l'isolement et donc à l'absence d'un entourage familial qui pourrait non seulement inciter à l'hygiène de vie mais aussi faciliter par son insertion, l'accès aux soins.

On reconnaît aujourd'hui que pas plus qu'il n'y a de maladie propre à la précarité, il n'y a de pathologies propres à l'immigration, le saturnisme longtemps présenté comme une maladie africaine, s'est avéré une maladie due à l'habitat insalubre.

Cependant, cette population peut être caractérisée par des pathologies, favorisées par la précarité comme la tuberculose, souvent plus lourdes parce que dépistées tardivement. Hormis les problèmes de vue et bucco-dentaires, certaines pathologies sont fréquentes : le diabète, l'insuffisance respiratoire, les troubles digestifs ce qui pose le problème de l'accès aux soins et le suivi des malades chroniques.

Les travailleurs immigrés sont plus souvent victimes d'accidents du travail du fait qu'ils occupent les postes les plus pénibles et les plus dangereux. Des chiffres de la CNAM de 1980 indiquent que les Maghrébins qui représentaient 2,1% des effectifs, avaient un pourcentage de 9,2% des accidents du travail avec arrêt²⁶. Encore faut-il souligner que ces chiffres peuvent être sous-estimés compte tenu des difficultés à faire reconnaître l'accident de travail, les employeurs devant verser des cotisations au prorata du nombre d'accidents, s'efforcent de les minimiser les sous-déclarant.

Ces accidents laissent souvent des séquelles importantes. Cet état peut rapidement se dégrader en raison des problèmes d'accès aux soins.

²⁶ Cités par M.GUIRAUD : "la santé des immigrés : droit à la différence et différence de droits » in Le droit et les immigrés, Association de juristes pour le respect des droits fondamentaux des immigrés, Edisud, 1983, 249 pp.129

2.3.2 Un accès aux soins encore problématique

2.3.2.1 La continuité des soins

La surhospitalisation affecte les personnes âgées et en situation de précarité, dès lors les vieux migrants cumulant ces deux caractéristiques y sont davantage exposés.

Ils n'ont souvent pas de médecin traitant (soit les deux tiers), par ailleurs le recours aux spécialistes en ville est problématique ne serait-ce qu'en raison de l'éloignement dans le temps des rendez-vous. Ces personnes illettrées n'ont pas d'agenda sur lequel noter les rendez-vous et qu'ils consulteraient. En outre, la prise de ces rendez-vous est en elle-même aléatoire, ils recourent donc à l'hôpital et, particulièrement, aux services des urgences entraînant un problème de continuité des soins.

L'hospitalisation excessive a des effets pervers, elle est souvent la cause du syndrome d'immobilité et du repli sur soi, voire parfois de l'accélération de la détérioration de l'état de la personne âgée.

C'est ainsi qu'un responsable de l'accompagnement social soulignait «...Nous sommes toujours à la charnière entre ce que l'on peut faire et ce que l'on ne peut plus faire ...Quand le foyer n'est plus adapté, c'est l'hôpital et puis le long séjour ...L'absence de moyen terme ne nous permet pas d'éviter les hospitalisations répétées »²⁷

La sortie de l'hôpital n'est souvent pas préparée, elle se fait en fin de semaine alors qu'il n'y a personne pour acheter les médicaments ou veiller sur la personne. A cet égard, il serait intéressant de développer le système de garde à domicile.

Il y a également des problèmes d'observance des traitements ; analphabètes ou illettrés, les résidents ont du mal à suivre les prescriptions médicales, c'est une véritable éducation thérapeutique qu'il convient de promouvoir, en particulier, pour les malades chroniques. La faible maîtrise de la langue est aussi un obstacle au niveau de la phase diagnostic surtout pour tout ce qui touche au psychique, la communication orale étant en ce domaine déterminante.

²⁷ UNAFO, "Le vieillissement des résidents dans les foyers de travailleurs migrants. Constats et propositions" 1996, p.30

Par ailleurs a la fois, cause et consequence de ces phenomenes, les vieux migrants pratiquent très peu la prévention. D'abord celle-ci reste faiblement développée en France où le système de soins est essentiellement curatif.

Ensuite quand elle existe, elle n'est pas toujours adaptée à ce public isolé des circuits où se diffuse l'information.

Enfin, il y a une sorte d'attitude fataliste face à la maladie qui induit donc une approche curative.

2.3.2.2 Etendue de la couverture maladie

Le tableau suivant indique les disparités selon la nationalité, en matière de couverture maladie, la faiblesse de celle-ci prend toute sa signification sachant que les résidents de foyers y adhèrent encore moins du fait que celle-ci ne couvrant pas la famille au pays, le coût en est encore plus élevé²⁸.

	Sécu ATM Seule	Sécu ATM°+ Comp	Sécu.STM Seule	SécuSTM +comp	Aide seule ou sans couvert.	Total
Français	11,7%	77,6 %	3,2%	7,1%	0,4%	100 %
- CEE	25,3%	63,2%	6,0%	5,5%	0,0%	100%
- Magh	43,2%	51,1%	4,1%	1,4%	0,2%	100%
- Autres	41,7%	51,2%	2,6%	1,1%	3,4%	100%
Ensemble	13,2%	76,2%	3,3%	6,8%	0,5%	100%

²⁹

ATM : avec ticket modérateur

STM : sans ticket modérateur

²⁸ Voir Ecarts d'identité

²⁹ Diane LEQUET, « Etendue de la couverture maladie selon la nationalité », Echanges santé-social, 1996, n°84, p.41, tableau élaboré à partir d'une enquête de santé 1991-1992 du SESI,

2.3.2.3 Les discriminations dans l'accès aux soins³⁰

Les vieux migrants peuvent être aussi victimes de discriminations, battant en brèche le principe de l'égalité de traitement, qui peuvent prendre quatre formes :

- le refus de soins, c'est la manifestation la plus radicale, elle touche d'abord les étrangers en situation irrégulière ou sans couverture sociale, mais aussi les étrangers comme les migrants âgés que refusent de prendre en charge des professionnels, en particulier, les spécialistes qui procèdent le plus souvent par dissuasion au moment de la prise de rendez-vous ou pour le suivi ultérieur. Deux types de justifications sont apportées à ce refus. Les retards de remboursement et les pratiques des malades accusés d'être consommateurs de « se croire tout permis, de « ne pas respecter les rendez-vous. « Il est clair que cette disqualification des patients se rapporte à de supposés traits culturels, qui empruntent à la fois à la culture de la pauvreté et à la culture d'origine, et à des comportements déviants présumés que démentent les statistiques faites par les caisses sur la consommation médicale de ces patients. ».
- retard aux soins : c'est une forme plus atténuée se manifestant par des délais d'attente plus longs
- abaissement des normes de prises en charge, elle conduit à diminuer le niveau d'exigence pour des personnes qu'on pense incapables de comprendre des explications ou de se plier à des protocoles contraignants, on pousse moins avant les explorations pour des raisons sociales, linguistiques ou culturelles. Le temps passé en consultation est également plus court.
- Instauration de modalités culturellement spécifiques d'interprétation et de traitement au nom de l'adaptation de la prise en charge ce qui en soi est positif mais génère le risque de jugements, a priori, qui restreignent de fait l'égalité devant les soins et l'universalité de la prise en charge. L'exemple type est le syndrome méditerranéen ou encore la sinistrose.

C'est en outre, une approche culturaliste et ethnicisante qui même quand elle procède d'un effort méritoire d'adaptation, présente le risque de tout imputer à l'origine sans remettre en cause les pratiques.

³⁰ D'après Les discriminations dans l'accès aux soins, Migrations Etudes, mars-avril 2002, n°106

2.4 L'ACCES AUX DROITS

Jusqu'en 1998, la législation soumettait l'attribution de l'allocation supplémentaire ex FNS (Fonds National de Solidarité) et de l'Allocation Adulte handicapé (AAH), prestations sociales non contributives, à la condition de nationalité, refusant de faire application des accords liant l'Union Européenne aux pays du Maghreb et à la Turquie ³¹, et contraignant de ce fait, un certain nombre à recourir au RMI.

Il a fallu toute une bataille juridique menée à l'initiative d'associations telles que le GISTI (Groupe d'Information et de soutien aux Travailleurs Immigrés), du GRAVE (Groupe de Recherche et d'Action sur la Vieillesse des Etrangers en France), de l'ODTI (Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés) notamment, pour que soit levée, par la loi du 11 mai 1998 dite loi Chevènement³², la condition de nationalité.

La loi a également levé l'obligation de résidence au moment de la liquidation de la retraite. Le problème des pensions militaires semble devoir pouvoir être réglé dans un proche avenir (voir supra)

Cependant, certaines difficultés persistent et ce, à plusieurs niveaux.

2.4.1 La carte retraité

Pour remédier au risque de péremption du titre de séjour, en cas d'absence, du territoire d'une durée supérieure à 3 ans et donc de l'impossibilité pour le migrant de choisir son lieu de retraite, la loi du 11 mai 1998 a instauré ce titre de séjour dont sont exclus, il faut le préciser, les Algériens et les Tunisiens du fait des accords liant leurs pays à la France.

Ce titre est attribué aux ressortissants étrangers désireux de transférer leur résidence dans le pays d'origine ou qui ont résidé en France, sous couvert d'une carte de résident et titulaire d'une pension de vieillesse de base liquidée.

D'une durée de validité de dix ans, la carte de retraité est assortie toutefois de restrictions importantes :

³¹ Algérie-CEE : art.39 de l'Accord conclu le 26 avril 1976

- Maroc-CEE : art.41 de l'Accord conclu le 27 avril 1976

- Tunisie-CEE : art.40 de l'accord conclu le 25 avril 1976

Les trois accords ont été publiés au Journal officiel des Communautés européennes du 27 septembre 1978.

- Turquie-CEE : art.3 de la décision du Conseil d'Association n° 3/80

³² Loi n°98-349 relative à l'entrée et au séjour en France des étrangers et au droit d'asile.

- les séjours en France sont limités à une année
- le titulaire bénéficie de prestations en nature (remboursement des soins à deux conditions : il doit justifier d'une période de quinze années de cotisations vieillesse et seulement si son état nécessite des soins immédiats. La prise en charge des maladies chroniques est donc exclue ;
- il n'a pas le droit de travailler

Au-delà de ces limites, la perception de la pension de retraite, par le biais des mandats, puisque celle-ci est exportable, n'est pas sans poser des problèmes liés à l'exigence des certificats de vie à demander dans le pays d'origine et qui sont parfois difficiles à obtenir ³³. D'un autre côté, la constitution du dossier de retraite est rappelons-le un moment pénible pour ce public (voir supra)

2.4.2 La couverture sociale des ayants droits

Les ayants droits du retraité perdent la couverture sociale, pour le remboursement des soins, seul l'assuré continuant à en bénéficier au motif qu'il perd le statut de travailleur. Il perd également le droit aux allocations familiales pour les enfants mineurs.

La notion de travailleur retenue par l'administration et la jurisprudence est ici beaucoup plus restrictive que celle de la Cour de Justice des Communautés Européennes, laquelle considère, dans un arrêt du 31 janvier 1991, que les travailleurs sont aussi bien ceux qui sont en activité que ceux qui ne le sont plus et bénéficient d'une pension.

Un arrêt de la Cour d'Appel de Grenoble, en date du 29 novembre 1999, cassé par la Cour de Cassation, en date du 29 novembre 1999, avait reconnu le droit à un retraité algérien d'obtenir l'attestation d'affiliation qui permettrait à sa famille de bénéficier des prestations ³⁴.

³³ Voir A. TOULLIER et V. BAUDET : « Vivement la retraite ? » dans Une vieillesse illégitime, Plein Droit, n° 39, juillet 1998, p.50.

³⁴ Sur ces points voir la note de l'ODTI sur l'accès aux droits et Gilles DESRUMEAUX, Délégué Général de l'UNAFD : L'accès aux droits sociaux des étrangers vieillissants », Février 2002.

2.4.3 Le regroupement familial

Il a été officialisé en 1974, à la suite de l'arrêt de l'immigration et il est fondé sur l'article 8 de la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales (CEDH), stipulant le droit de chacun à une vie familiale normale.

Alors qu'ils ne l'ont pas fait auparavant, certains résidants souhaitent y procéder pour deux raisons principales.

La première évoquée plus haut, tient à la perte des prestations pour les ayants droit lors du passage à la retraite.

L'autre motif est que ces personnes prenant conscience du caractère illusoire de leur retour, pensent résoudre les problèmes de leur vieillissement en faisant venir leur conjoint, c'est là une demande assez forte, comme nous avons pu le constater lors d'une réunion d'information collective sur ce thème.

La loi Chevènement et la circulaire relative au regroupement familial ³⁵ont assoupli les conditions de cette procédure qui demeure, malgré tout, problématique à plusieurs égards.

Alors que pour les autres nationalités, l'exigence de disposer d'un logement au moment de la demande a disparu, elle est toujours opposable aux Algériens en application de l'accord bilatéral³⁶. Cela oblige le demandeur à payer un loyer élevé pendant les délais de la procédure qui dure³⁷ environ deux ans, même si la circulaire prévoit un délai (non assorti de sanction) de six mois entre la réception du récépissé délivré lors du dépôt de la demande et la décision, sans avoir droit aux prestations logement tenant compte de sa famille.

En outre, la sortie du foyer vers un logement autonome est loin d'être aisée ce qui a d'ailleurs fait dire que les résidants des foyers sont dans une sorte de captivité.

A la condition de logement s'ajoute la condition de ressources. Même si celle-ci a été assouplie puisqu'il est exigé non plus un revenu d'un montant minimal identique au SMIC mais équivalent à ce dernier, cela exclut tous ceux qui disposent de ressources inférieures. De surcroît, la circulaire précitée en excluant l'Allocation Personnalisée de Logement du calcul du montant des ressources, est en retrait par rapport à l'Ordonnance du 2 novembre

³⁵ Circulaire DPM/DM2-3/2000/114, NOR/INT/D/00/0048/C du 1 mars 2000

³⁶ Accord franco-algérien février 1968

³⁷ Voir Migrations Etudes, n°52, octobre 1994 : « Les trajectoires résidentielles et l'intégration d'immigrés sortant des foyers

1945 modifiée³⁸, laquelle indique que sont prises en compte les prestations de sécurité sociale, or l'APL est une prestation qui relève du Code de la Construction et de l'Habitat.

2.4.4 Les allers-retours

C'est sans doute le point le plus épineux à résoudre. La pratique du va-et-vient expose les migrants à des suspensions, voire à des suppressions de leurs prestations. En effet, leur versement est soumis au principe général de territorialité c'est-à-dire à l'exigence de la résidence, sauf pour la pension de retraite qui, elle, est exportable.

La durée de résidence exigée varie selon les prestations. S'agissant des prestations sociales non contributives, la circulaire de la Direction de la Sécurité Sociale indique que la «réalité de la résidence effective en France est une condition substantielle de l'attribution de ces prestations qui doit être établie, pour toute personne, quelle que soit sa nationalité»³⁹. Mais l'exigence d'effectivité de la résidence n'est assortie d'aucune condition de durée.

Dans la pratique, s'inspirant de l'art.3 du Code Général des Impôts selon lequel, la résidence effective est de six mois minimum, il est exigé pour le service de l'allocation supplémentaire ex FNS, une résidence de six mois et un jour.

Pour ce qui concerne la CAF, elle applique deux délais. Une présence de huit mois minimum pour le versement de l'APL en application⁴⁰ du Code de la Construction et de l'Habitat, cette durée est similaire à celle exigée par la loi de 1948 pour l'occupation du logement. Si la durée est inférieure, le titulaire du droit au bail s'expose à perdre son droit au renouvellement, en cas de changement de propriétaire.

Cela s'est produit pour des immigrants isolés qui habitaient collectivement des appartements qu'ils occupaient, à tour de rôle, sans prestations logement, il va sans dire qu'il s'agissait à chaque fois de logement faisant l'objet d'une spéculation immobilière.

Pour le versement du RMI, la durée de séjour à l'étranger ne doit pas excéder 3 mois. Les CAF procèdent à des vérifications de passeport ce qui en soi peut être discutable, mais même la durée de 3 mois a été jugée sans fondement légal par le Conseil d'Etat⁴¹.

³⁸ Ordonnance n°45-2658 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

³⁹ Circulaire DSS/DARI n°98-678 du 17 novembre 1998 relative à la mise en œuvre du principe d'égalité de traitement entre Français et étrangers pour l'attribution et le service des prestations non contributives.

⁴⁰ Lequel stipule en son art.R 351-1 : "Est réputé résidence principale tout logement occupé effectivement au moins huit mois par an par le bénéficiaire".

⁴¹ Décision du CE du 19 mars 2000, AYADI/ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Les isolés sont davantage susceptibles d'être contrôlés selon une logique qui est de concentrer l'attention sur les situations qui présentent « objectivement » un risque de non-respect d'une condition de droit considérée comme fondamentale⁴².

2.5 LE FAIBLE ACCES AUX PRESTATIONS POUR PERSONNES AGEES

2.5.1 Le maintien à domicile

Le nombre de personnes âgées isolées accédant aux services d'aide aux personnes âgées à domicile est très faible. Dans les foyers SONACOTRA, seule une trentaine d'entre eux a bénéficié de services de maintien à domicile. ALOTRA signale deux bénéficiaires.

Cette faiblesse est révélatrice des obstacles qui subsistent encore.

2.5.1.1 Les obstacles financiers

L'argument est classique quelle que soit leur origine, les personnes âgées trouvent, en général, les participations financières élevées. Mais pour notre public, il est renforcé. Disposant de faibles revenus et habitués à se contenter de peu, les vieux migrants considèrent le montant de leur participation aussi minime soit-il, démesuré par rapport à leurs besoins tels qu'ils les ressentent. De nombreux intervenants s'accordent à le reconnaître. On peut se demander si en fin de compte, cette attitude ne renvoie pas à une image de soi dévalorisée, ils ne pensent pas mériter tant d'égards.

Issus de milieux ruraux avec un solide sens de l'épargne, ce souci est renforcé dans l'immigration économique en période d'activité mais encore plus en période d'inactivité pour plusieurs raisons.

Tout d'abord la période d'inactivité s'accompagne d'une baisse substantielle des revenus, ensuite les charges dans le pays d'origine surtout pour les Algériens augmentent.

En effet, il y a depuis quelques années une inflation très importante et le développement du chômage pour des enfants qui ont grandi et ont fondé une famille mais qui restent à la charge du père. Avec la période d'inactivité les allers-retours deviennent plus fréquents et les coûts de transports grèvent d'autant le budget des résidents.

Enfin, le soutien économique à la famille dans le pays doit désormais justifier le maintien en France que le travail ne légitime plus. Dans le même temps, ces charges aussi importantes

⁴² Voir C. CADEAU « La CAF face au statut des étrangers » Informations sociales n°78, 1999, p.97.

soient-elles, ne sont pas prises en compte dans le calcul de la participation financière du bénéficiaire de l'aide ce qui pose le problème de l'égalité de traitement.

A côté de ce problème et se dissimulant parfois derrière, demeurent tous les problèmes d'ordre culturel.

2.5.1.2 Les problèmes culturels

Il faut distinguer à ce niveau les freins liés aux résidants et ceux tenant aux services.

2.5.1.2.1 *Les entraves relevant des résidants*

Par frein culturel, on n'entend pas les problèmes ethniques mais les aspects liés aux habitudes, aux modes de vie qui ne sont pas intrinsèques à une ethnie particulière. Il s'agit davantage de la culture de la pauvreté et de l'isolement, liée au mode de vie qu'induit leur parcours.

La mise en avant des problèmes financiers est liée en partie à la perception culturelle des services d'aide à domicile. De façon générale, l'aide à domicile est vécue surtout par les personnes âgées, comme une intrusion. Cette intrusion est d'autant moins acceptée que l'aide à domicile positionnée on le sait, surtout sur le ménage, l'espace privé est extrêmement réduit. Par ailleurs, dans les FTM organisés en unités de vie, recourir à l'aide extérieure, c'est comme l'indique la coordinatrice du CLIC des 15 et 16^{ème} arrondissements, peut-être aussi afficher aux yeux des autres ses incapacités.

Enfin pour les ressortissants maghrébins, la pudeur est très forte compte tenu de leur culture mais aussi du fait qu'ils évoluent dans un monde exclusivement masculin.

2.5.1.2.2 Les entraves liées aux services

Elles se situent à deux niveaux principaux : la perception des foyers et l'organisation des services.

- la perception des foyers

Peuplés de célibataires, les foyers sont souvent perçus comme des lieux d'insécurité⁴³.

Cette représentation couplée avec la forte féminisation des services, peut donc s'opposer à l'intervention de ces derniers. En fait, comme certains représentants des réseaux gérontologiques à la réunion avec les IGAS l'ont souligné, les réticences sont surtout le fait des cadres intermédiaires des services à domicile et non des professionnels sur le terrain. Quoiqu'il en soit ce problème est à relier aux problèmes de formation du personnel, il serait intéressant d'intégrer dans les programmes à venir, la formation à l'interculturalité⁴⁴.

Ces obstacles semblent pouvoir être facilement levés, l'expérience montre que les intervenants se révèlent satisfaits et affirment même selon le Cabinet ICARES, leur préférence pour le travail dans les FTM.

En effet, contrairement aux idées reçues, le travail en FTM est plus sécurisant en raison de la présence des gestionnaires et des agents d'entretien pouvant intervenir en cas de besoin. Par ailleurs, les résidents sont beaucoup moins exigeants. Au-delà de ces réticences, les problèmes peuvent provenir de l'organisation des services.

- L'organisation des services

Découpées en interventions d'une durée minimale de deux heures et centrées sur l'aide ménagère, l'organisation des services est inadaptée aux besoins des résidents. Le ménage n'apparaît pas comme le premier besoin, en tout cas, il ne justifie pas une intervention de deux heures ; le problème devient épineux quand il s'agit d'une chambre double. Or les besoins des résidents sont plus diversifiés : aide à la préparation des repas, aux courses, sorties.

De façon plus générale, les lacunes dans la formation et la professionnalisation des personnels d'aide à domicile qui se posent par ailleurs⁴⁵, risquent de peser davantage pour les migrants âgés.

⁴³ Voir Colloque d'Aix-en-Provence, 1999.

⁴⁴ Voir O, SAMAOLI. Vieillir chez soi, Haut Comité de la Santé Publique, 1998, p.293,

⁴⁵ C'est ainsi que la Contribution de la région PACA, novembre 1999, à l'élaboration du Schéma des Services Collectifs Sanitaires indiquait que les intervenants à domicile « ...sont principalement des

Des lors, il serait opportun d'organiser l'aide à domicile selon un mode collectif. Le système présenterait l'avantage d'adapter les services aux besoins des résidents. Il s'appuierait et valoriserait les expériences de vie semi-collectives. En outre, il stigmatiserait beaucoup moins les résidents qui y feraient appel. Il offrirait enfin l'intérêt d'être plus accessible financièrement.

2.5.1.3 L'absence d'aidant naturel

La politique de maintien à domicile repose très largement sur les aidants naturels que constituent les familles ce qui exclurait d'emblée les isolés.

Face aux carences du maintien à domicile dans les foyers, l'aide aux personnes vieillissantes, voire dépendantes repose sur la solidarité. L'ancienneté dans les FTM, en moyenne 10 ans mais pour les plus âgés une trentaine d'années et les relations basées sur l'origine les résidents de certains FTM sont originaires de la même région voire du même village. Le processus migratoire a souvent consisté en ce que les parents ou voisins rejoignent le premier arrivé d'autant que le projet d'immigration est rarement un projet individuel laissé au hasard. Il a été souvent organisé de façon collective depuis le village autour de repères à travers de véritables réseaux.

L'isolement et l'habitat collectif ont contribué pour, leur part, à développer ces réseaux de solidarité. Dès lors, celle-ci se manifeste lorsqu'un résident se trouve en état de besoins. Nous avons ainsi beaucoup de témoignages de cette solidarité qu'il est important de prendre en compte.

Cependant celle-ci atteint très vite ses limites.

D'abord, beaucoup des aidants sont eux-mêmes dans le va-et-vient. Il n'y a pas de stabilité ce qui peut perturber l'aidé. Par ailleurs, la solidarité peut être viable tant que le nombre de personnes en situation de dépendance est réduit. Avec l'augmentation du nombre, il risque d'y avoir plus d'aidés que d'aidants.

Relativement facile à mettre en œuvre en cas de dépendance physique, en revanche la dégradation sur le plan psychique et la dépendance qu'elle entraîne, l'aide serait trop lourde pour ces aidants eux-mêmes souvent fragilisés. Le phénomène d'usure et d'épuisement que rencontrent les familles pour le maintien à domicile de leurs personnes âgées, sera nettement plus rapide d'autant que l'effort n'est tout de même pas sous-tendu par une relation familiale proche. Dès lors, la solidarité risque de se rompre pour avoir été trop sollicitée.

personnes de qualification de niveau V : la politique de lutte contre le chômage ne doit pas conduire à orienter vers ces emplois des personnes en difficulté sociale importante, qui ne disposent pas des qualités relationnelles pour ce type de travail ».

2.5.1.4 Le portage des repas

De l'avis général des acteurs interrogés et notamment le CCAS qui est l'opérateur le plus important, les résidants refusent le système de portage de repas. Le coût est mis en avant, il est vrai que pour eux, 8 euros environ, constitue un prix prohibitif alors que leurs besoins tels qu'ils les ressentent du moins, sont en deçà. Mais là encore, l'aspect financier n'explique pas à lui seul les réticences.

Celles-ci tiennent également à l'alimentation, non seulement du point de vue du respect du rite, chose bien connue, mais aussi des habitudes alimentaires, culinaires. Cette population consomme davantage de féculents, plus d'épices. Il y a là aussi matière à adaptation.

A Marseille, une association, le CANA (Centre de formation et de Préparation à l'emploi dans le 15^{ème} arrondissement de Marseille) a expérimenté le portage de repas préparés par des femmes maghrébines notamment en développant la convivialité par des repas pris éventuellement au Centre, mais l'expérience a tourné court.

En fait un autre facteur entraverait le développement de ce type de service, c'est qu'il y a des habitudes de repas pris en commun grâce auxquelles est née une grande convivialité. La préparation est elle-même souvent collective qu'il serait dommage de voir disparaître. Les repas ne sont pas perçus comme une corvée. C'est enfin la dernière activité à laquelle ils renoncent, elle est donc un moyen important de maintenir tant que cela est possible l'autonomie de résidants. Dès lors au lieu de seulement promouvoir le portage de repas, il serait préférable que les aides à domicile portent à la fois sur le ménage, l'aide aux courses et la préparation des repas.

2.5.2 Les personnes hébergées

Pour l'instant, les résidants de foyers qui vont en institution demeurent un phénomène très marginal. Toutefois, il convient de tempérer cette affirmation. Après tout le taux des personnes en institution par rapport à la population générale n'est pas très élevé. Par ailleurs, même si l'entrée en maison de retraite intervient plus tôt : 71 ans au lieu de 83 ans, en raison de la précocité du vieillissement, les immigrés soit décèdent avant, soit ne sont pas encore arrivés à l'âge de la dépendance.

Quoiqu'il en soit, le fait est que l'ensemble des résidants interrogés n'envisage pas d'entrer en Maison de retraite. Comme pour les services d'aide à domicile, les freins sont culturels et financiers.

2.5.2.1 Les freins financiers

Certains résidants ont dit « ils vont me prendre mon argent ». Pour eux, l'entrée en MDR signifie une dépossession de leurs biens. Cette vision se base sur les conditions financières.

Les quelques cas qu'ils ont pu voir sont ceux de personnes aux revenus modestes qui ont donc bénéficié de l'aide sociale. Or, selon le Règlement de l'Aide Sociale, les revenus sont directement transférés à l'institution hébergeante que complète l'aide sociale du département pour couvrir le montant du prix de journée. La MDR ne laisse qu'un dixième du revenu à la personne. Compte tenu de leurs charges financières évoquées plus haut, ils ne peuvent se résoudre à y entrer. Ils ne pourront même plus financer leur titre de transport. Cela signifierait pour eux de renoncer définitivement à l'aller-retour, or nous avons pu voir que celui-ci constitue un élément structurant de leur identité, y renoncer serait vécu comme une mutilation.

2.5.2.2 Les freins liés aux modes de vie

Comme toute personne âgée, les immigrés appréhendent la MDR qu'ils conçoivent assez souvent comme un mouvoir et redoutent de ne se retrouver qu'entre personnes âgées alors que dans les FTM, ils côtoient des personnes jeunes, il s'agit de MDR loin de la ville. De plus encore moins que la population générale, ils ne pourront compter sur des visites de leurs familles. Les liens amicaux se distendent assez rapidement.

Certains observateurs soulignent également que la composante majoritairement féminine des MDR rebuterait les résidents habitués à évoluer dans un univers exclusivement masculin.

Mais c'est l'aspect religieux qui peut, dans beaucoup de cas, empêcher l'entrée en MDR. L'âge venant, on assiste à un retour ou à un renforcement de la pratique religieuse. Ce phénomène est plus attisé en situation d'exil, la religion est le moyen de retrouver ses racines. Ce problème est sensible à plusieurs niveaux :

- alimentaire
- Soins comme l'écrit Omar SAMALI : « Force est de souligner également que l'insertion des immigrés âgés dans les maisons de retraite ou les hôpitaux gériatriques est assez problématique. Cette situation révèle une autre caractéristique dans la vie de ces anciens, à savoir les formes extrêmes de l'isolement socio-affectif, psychologique, linguistique, sensoriel même.

L'absence de références anthropologiques élaborées dans la formation des soignants sur l'identité—les identités des anciens) et les supports anthropologiques traditionnels dont elle s'inspire et auxquels elle s'articule souvent, rend les actes de soins, les démarches de communication, les entreprises de soutien et d'accompagnement dans la

vieillesse et au bout de la vie, même nourris de bienveillance difficiles sinon impossibles »⁴⁶.

- Se pose aussi l'accompagnement en fin de vie et le respect du rite funéraire, rites fondateurs ceux-ci sont très importants à préserver⁴⁷.

Pourtant ces problèmes ne sont pas insurmontables quand on observe l'expérience de la Maison de retraite dans laquelle le stage Population a été réalisé. La présence de personnels d'origine maghrébine, attentifs aux attentes des vieux immigrés, a permis d'aplanir dans une très large mesure ces difficultés. Quant aux problèmes linguistiques, ils influent de façon assez limitée, ainsi au cours des entretiens menés avec les résidents, ceux-ci répondaient souvent en français aux questions qui leur étaient posées. Une amélioration de ce problème peut être si l'on prend soin de constituer des groupes de même origine, maghrébins par exemple. D'ailleurs, compte tenu de la pluralité des langues et dialectes, deux personnes de même nationalité peuvent ne pas pouvoir communiquer, faute de parler la même langue.

Il peut y avoir aussi de la part des gestionnaires une crainte de voir un afflux d'immigrés qui pourrait susciter des conflits au sein de leurs établissements comme l'a fait remarquer un gestionnaire au cours de la rencontre avec les IGAS. Ce point de vue ne nous semble pas majoritaire, beaucoup de directeurs se sont déclarés ouverts à cette perspective. Celle-ci doit d'autant moins inquiéter que, compte tenu du nombre de personnes, elles représentent un nombre relativement faible.

Les faiblesses notées notamment indiquent clairement que la prise en charge du vieillissement des migrants dans les FTM, est loin d'être assurée, ce qui nous amène à nous interroger sur les réponses qui s'annoncent insuffisantes.

⁴⁶ Omar SAMAOLI Vieillir chez soi in La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé, Rapport du Haut Comité de la Santé publique, 1998, p.293

⁴⁷ Voir Plein Droit : Une vieillesse illégitime, pp.59-62

3 - LES REPONSES ET LEURS LIMITES

L'examen se fera à deux niveaux : celui des actions de terrain et au plan de la prise en compte institutionnelle. Nous serons amenés alors à nous interroger ²sur les raisons de la faible mobilisation locale.

3.1 LES PROJETS DES GESTIONNAIRES

Compte tenu de leur importance, seront examinés celui de SONACOTRA et l'approche d'ALOTRA. Avant d'étudier ces projets, il convient de noter que ces gestionnaires ont pu mieux repérer la problématique des personnes âgées, dans le cadre des projets sociaux de leurs résidences.

3.1.1 Le contenu des projets

3.1.1.1 Le projet de la SONACOTRA

La SONACOTRA se départant de son approche strictement locative et, conformément à la Convention Pluriannuelle d'Objectifs conclue avec le FAS ⁴⁸, a fait appel au Cabinet ICARES pour l'aider à formaliser un projet de maintien à domicile⁴⁹. Celui-ci repose sur deux orientations principales :

- adapter le bâti par le biais des réhabilitations mais sans spécialiser les foyers dans l'accueil spécialisé des personnes âgées
- faciliter, dans le cadre du droit commun, les aides au maintien à domicile

Cinq sites pilotes ont été retenus dont trois dans les Bouches-du-Rhône : Martigues, Aix-en-Provence et Marseille, Toulon dans le Var et Cavaillon dans le Vaucluse.

⁴⁸ Celle-ci prévoit de développer des projets d'établissements par site contribuant à améliorer les conditions de vie au quotidien par la mise en œuvre de projets de développement social répondant aux besoins des résidents immigrés, notamment ceux vieillissants (accès au droit commun et aux services, prévention santé et soins, hygiène de vie, solutions alternatives à développer (navettes, sorties vers des établissements médicalisés ...) en partenariat et en cofinancement.

⁴⁹ Document SONACOTRA, Développement d'un dispositif de maintien à domicile ...op.cit.

La Sonacotra se positionne en tant que bailleur mais se propose d'assumer la fonction de veille et d'alerte. Celle-ci s'est imposée en raison de l'isolement des personnes alors que le maintien à domicile repose pour l'essentiel sur l'entourage familial.

La fonction de veille et d'alerte consiste à repérer les situations qui requièrent une intervention, l'alerte des professionnels et la médiation-explication entre les résidents et les intervenants extérieurs, c'est-à-dire faciliter la relation entre le résident et les prestataires.

En revanche, cette fonction ne se substitue pas à celle d'un réseau gérontologique : évaluation, plan d'aide, montage administratif, suivi, coordination ...

L'équipe de terrain comprend : le responsable, le chargé de la gestion locative sociale mais surtout les animateurs de l'Espace-ressources ou les agents de Médiation et de vie sociale. Ce sont des emplois-jeunes, soit recrutés par Sonacotra, soit mis à disposition par l'Association pour le Développement des relations interculturelles Méditerranéennes (ADRIM).

Les responsables locatifs sont chargés de la fonction de veille : animation de l'équipe, circulation de l'information.

Les animateurs sont chargés, quant à eux, de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif pour demander et organiser l'intervention des acteurs de la gérontologie. En fait, il s'agit d'une sorte de signalement puis de l'organisation des rencontres, la prise de rendez-vous, l'accès aux chambres. Ce dernier point, anodin en apparence, peut se révéler gênant car pour accéder aux chambres, il faut avoir les clés des parties communes. En l'absence d'un agent, ce simple fait peut faire annuler une rencontre.

Par ailleurs, l'animateur peut s'assurer de la présence au rendez-vous de la personne. Il peut aussi assister à l'entretien pour servir d'interprète, le cas échéant.

L'appréciation de la coordinatrice du CLIC Marseille-Nord est positive sur le relais assuré par l'animateur dans le FTM de La Commanderie.

3.1.1.2 La démarche d'ALOTRA

Contrairement à la SONACOTRA, ALOTRA a fait le choix de l'accompagnement social. Elle s'est ainsi dotée dès janvier 2001 d'une Direction sociale.

Le projet social de la résidence Viala Anjou qui compte 45% de plus de 60 ans sur les 244 résidants, identifie les difficultés auxquelles sont confrontés ces derniers, désignés le public traditionnel pour les distinguer des nouveaux publics.

S'agissant du public âgé, c'est un projet déposé dans le cadre de la gestion adaptée du FSL.

Il prévoit de :

1. Développer un accueil de qualité auprès du public âgé par l'écoute, l'information et l'orientation tout au long de leur séjour
2. Faciliter pour ce public une insertion sociale la plus complète possible en matière de logement, d'accès aux droits et en terme de loisirs
3. Assurer le maintien des personnes âgées au sein de la résidence, en partenariat avec des associations d'aide à domicile et le CCAS
4. Développer un réseau de santé, à la fois complet et performant, afin d'apporter tout le soutien et le confort indispensables à ce public au sein d'un habitat adapté.
5. Prendre en compte les situations de future dépendance et réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour orienter au mieux les personnes qui ne pourront plus se maintenir dans les lieux ».

Pour assurer la mise en œuvre de l'aide aux personnes, ALOTRA a déposé un projet (retenu) dans le cadre du PRAPS intitulé « Espace Aîné ALOTRA : écoute, orientation, accompagnement vers les soins et lutte contre l'isolement en faveur des anciens travailleurs migrants » dans la résidence Viala.

Le projet prévoit le recrutement d'un adulte-relais ⁵⁰ chargé de l'aide aux personnes rencontrant des problèmes de santé et qui assurerait le lien avec les services compétents de l'aide à domicile, les services médico-sociaux.

⁵⁰ Circulaire DIV/DPT-IDE/2000/231 du 26 avril 2000 relative à la mise en place du dispositif adulte-relais. Lancé par le Comité Interministériel des Villes à partir de 2000, le programme de création sur trois ans de 1000 postes d'adultes-relais, vise à favoriser le lien social, la médiation ou l'intégration sociale. Les adultes-relais ont une fonction d'accueil, d'écoute, d'information et d'accompagnement dans les démarches des habitants.

3.1.2 Les limites des projets de maintien a domicile

3.1.2.1 Les lacunes propres aux projets

Ce sont en premier lieu des projets tout juste à la phase expérimentale, de fait ils ne couvrent pas l'ensemble de la population susceptible de nécessiter le recours à ces services. Il y manque ensuite la dimension passerelle avec l'hébergement en institution, même si les projets font référence à l'après maintien à domicile qui atteindra dans beaucoup de cas ses limites, ils ne prévoient pas de dispositions à cet égard.

Les auteurs du projet social d'ALOTRA reconnaissent que la question nécessite encore de la réflexion.

Chez SONACOTRA, on a noté un flottement sur la question, certains gestionnaires de foyers à forte concentration de migrants âgés envisagent encore de transformer leurs établissements en EHPAD spécialisés alors que les responsables des interventions sociales déclarent écarter cette option.

Or, s'agissant des résidents et des difficultés qu'ils éprouvent à accéder aux établissements pour personnes âgées, le passage du domicile à l'hébergement nécessite une préparation progressive afin de familiariser ce public avec les maisons de retraite pour ne pas courir le risque de l'échec.

Enfin, le profil des intervenants sur le site nous semble poser problème, pour la Sonacotra ce seront des emplois-jeunes tandis que ALOTRA envisage le recrutement d'adultes-relais. Ces personnes ne sont pas des travailleurs sociaux ayant l'expérience des personnes âgées.

Il est regrettable qu'il ne soit pas prévu de recruter de vrais travailleurs sociaux expérimentés comme c'est le cas de ceux employés au titre de l'AGLS (assurer la médiation), il est vrai que la circulaire affirme sans ambiguïté que l'AGLS ne doit pas servir à financer l'accompagnement social⁵¹.

Pour Sonacotra, la raison est qu'elle se positionne toujours en tant que logeur (bailleur), elle se propose alors d'assurer une médiation et non un accompagnement social. ALOTRA pense ainsi remédier au manque de financement et envisage par ailleurs la pérennisation de ce poste.

⁵¹ Circulaire n°DGAS/PLA/DPM/2000/452 du 31 août 2000 relative à la gestion locative sociale des résidences sociales (BOMES 2000)

Un argument qui ressort en filigrane des entretiens à ce sujet tiendrait à la possibilité de recruter ainsi des personnes d'origine maghrébine pour favoriser la proximité culturelle notamment linguistique.

Pour autant la précarité de ces contrats pour des personnes en difficulté professionnelle, personnelle et inscrites dans un dispositif d'insertion professionnelle pose le problème de la qualité de l'aide effectivement apportée à la personne âgée ⁵²

On peut se demander si les travailleurs sociaux de la CRAM qui ont perdu les compétences en matière de dépendance depuis la loi APA, ne pourraient pas être mobilisés pour le vieillissement des migrants des foyers.

Sans aller jusqu'à envisager, du moins pour le moment, de mettre son personnel à disposition des FTM, la CNAV d'après ce qui nous a été dit par certains responsables, prévoit dans un projet de circulaire relatif aux orientations de l'action sociale, de se positionner sur ce créneau en matière de prévention du vieillissement, l'idée étant de pallier les manques éventuels de l'APA.

Cette option ne serait pas totalement incongrue dans la mesure où la plupart des résidents vieillissants relèvent du régime général. L'action pourrait bénéficier du concours des caisses de retraite complémentaires.

Par ailleurs, il est possible de recruter des travailleurs sociaux d'origine maghrébine et disposant d'une culture gérontologique, il en existe. De façon plus générale, on peut envisager des modules de formation à l'interculturel dans le cursus des travailleurs sociaux. Mais liées d'ailleurs à ces problèmes, il y a également les contraintes financières.

⁵² Le Haut Comité pour la Santé Publique : « La santé en France » Editions La Découverte, septembre 1998, p.276, met en garde contre le risque d'employer les personnels les moins payés et les moins qualifiés auprès des personnes âgées les plus dépendantes

3.1.2.2 Les contraintes financières

Pour la mise en place de leurs projets, les gestionnaires peuvent maintenant avoir recours à l'Aide à la Gestion Locative Sociale. L'apport de ce financement est indéniable dans le sens d'abord où il permet à la DDASS d'avoir un droit de regard à travers les projets sociaux. Ces projets incitent les gestionnaires à réfléchir sur les accompagnements nécessaires à leur public.

L'AGLS oblige les gestionnaires, de l'avis même de ces derniers à formaliser leur projet. Aujourd'hui disent-ils, « ... nous organisons, formalisons et professionnalisons »⁵³.

Pour les DDASS c'est un moyen de mieux connaître et de mieux évaluer les besoins en la matière, mieux orienter et pourquoi pas d'être interpellées et de réfléchir aux problèmes que pose le vieillissement de cette population.

Toutefois, il ne faut pas s'y tromper, l'AGLS n'est pas de l'accompagnement social pour le vieillissement, elle n'est pas en soi une réponse au problème.

La distinction AGLS/Accompagnement, n'est pas facile à opérer pour les gestionnaires et pour les acteurs de terrain. Ainsi certains travailleurs sociaux chargés de la gestion sociale, considèrent qu'ils n'ont absolument rien à voir avec ce public, la fonction même de veille ou d'alerte ne semble pas assurée.

Les montages financiers pour couvrir l'accompagnement s'annoncent donc malaisés si l'on considère la politique actuelle du FAS.

Alors qu'il apportait un soutien financier à l'hébergement sur une base forfaitaire en cours de remplacement par l'APL, désormais le FAS subordonne le financement des FTM à l'exigence de cofinancements. Cette démarche qui vise à désenclaver les FTM et à les sortir de leur statut d'exception, n'en pose pas moins certains problèmes.

Elle induit une recherche de financements auprès d'institutions ayant chacune sa propre logique même s'il existe des dispositifs multipartenariaux comme la Politique de la Ville, les procédures voire les objectifs peuvent différer et donc nécessiter des dossiers particuliers parallèlement à un dossier unique.

Se pose aussi la question de la pérennité des actions si les financements ne sont pas reconduits. Cela mobilise beaucoup d'énergie avec un risque de découragement des

gestionnaires. On peut se demander à ce propos si un organisme comme la SONACOIRA, peu familier de ces procédures auxquelles sont davantage accoutumées les associations, pourra s'adapter à cette nouvelle façon de fonctionner.

Un effort est donc à faire pour harmoniser et simplifier les procédures, sécuriser les financements en utilisant par exemple les conventions triennales de financement des associations dont la mise en œuvre n'est pas, il faut le reconnaître, aisée.

3.2 UNE PROBLEMATIQUE OCCULTEE DANS LES INSTRUMENTS PROGRAMMATIQUES SANITAIRES ET SOCIAUX

S'agissant du Schéma Gérontologique, celui-ci ne contient de dispositions relatives aux vieux migrants, ni dans la phase diagnostic, ni dans les actions. Pourtant dans le Var, des représentants de FTM ont été associés à la phase diagnostic.

Dans l'Isère, la démarche de l'ODTI auprès des acteurs de la gérontologie a débouché sur le repérage de la problématique générale du vieillissement des immigrés. Ce repérage se traduit par des orientations, des objectifs et des préconisations à destination de ce public dans le Schéma Gérontologique 2000/2004.

Le Schéma Gérontologique du Haut-Rhin prévoit également des actions⁵⁴.

Ni le Schéma régional de l'organisation sanitaire, ni le PRAPS ne prévoient de dispositions. Le SROS contient une chapitre consacré à l'accès aux soins des personnes en situation de précarité; suite à la circulaire de P. GUINCHARD-KUNSTLER⁵⁵ un volet personnes âgées sera ajouté.

Le bilan de l'existant du PRAPS 2000-2002, souligne les problèmes spécifiques liés au vieillissement des travailleurs étrangers résidant dans les FTM., il n'est pas prévu d'actions spécifiques vers les migrants. Un projet de ALOTRA dans une de ses résidences sociales s'inscrit dans le cadre de l'objectif 2 du PRAPS : "Améliorer le fonctionnement et la coordination des dispositifs afin de favoriser l'accès aux soins et leur continuité".

Il convient de noter que la Contribution de la région PACA au Schéma national des services collectifs sanitaires et sociaux, posait parmi les interrogations dans la région,

⁵³ Voir Action Habitat, UNAF0 « La gestion locative sociale », n° 3, 2001

⁵⁴ Pour l'Isère, voir à ce propos, Florent Louise . S'agissant du Haut-Rhin, ce département s'est intéressé depuis quelques années à la question , il a ainsi mené une enquête importante : "Le vieillissement des personnes immigrées dans le Haut-Rhin"ce qui dénote pour le moins un intérêt réel.

⁵⁵ Circulaire n°2002/157/ du 18 mars 2002

le « vieillissement des travailleurs immigrés qui ne retourneront pas au pays comme ils pouvaient le prévoir ».

Un Observatoire régional des foyers avait été mis en place mais n'a produit à notre connaissance qu'un seul document⁵⁶

L'explication souvent avancée pour justifier toute mention particulière des vieux immigrés, est que l'orientation étant celle de l'application du droit commun, il n'y aurait alors aucune raison de prévoir des dispositions spécifiques qui stigmatiseraient cette population. La portée devant rester celle des personnes âgées en général.

Cette motivation pour valable qu'elle soit sur un plan théorique ne tient pas si l'on considère que les outils de programmation tout en restant à un certain degré de généralité inhérent à leur nature, s'efforcent cependant d'affiner les réponses pour répondre à des besoins de plus en plus précis. Car à partir d'un certain de niveau de généralité, on tombe dans l'abstraction, ces documents devenant peu opérationnels donc peu efficaces. Leur capacité à agir sur la réalité dépend de l'approche plus ou moins concrète.

On peut se demander aussi si ces instances ont réellement intégré l'idée du non-retour et penser les réponses à y apporter.

Mais les obstacles réels n'expliquent pas tout, on peut se demander pourquoi ceux-ci continuent à subsister.

⁵⁶ Les foyers de travailleurs migrants en Provence-Alpes ... op.cit.

3.3 ELEMENTS D'EXPLICATION

Ceux-ci sont à rechercher à deux niveaux : celui des institutions et au niveau des opérateurs entendons par-là le mouvement associatif issu de l'immigration et les gestionnaires

3.3.1 La faiblesse de l'approche institutionnelle

3.3.1.1 L'approche institutionnelle nationale

Il est à noter que les orientations existantes sont le fait des institutions spécifiques à l'immigration qu'il s'agisse de la Direction de la Population et des Migrations (DPM)⁵⁷ ou du FAS.

A cet égard, l'option retenue est celle de l'insertion des migrants vieillissants et isolés dans le droit commun. C'est ainsi qu'une circulaire du 13 mars 2000⁵⁸ rappelle : « D'une manière plus générale, la prise en compte des foyers dans l'ensemble des dispositifs locaux tournés vers le logement, PDALPD, PLH, et insertion sociale est une condition nécessaire pour l'accès aux droits pour les résidents ...Le maintien à domicile le plus longtemps possible, l'accès aux soins et aux services d'aide à domicile pour ces personnes est un droit qui peut nécessiter des aménagements du bâti (ascenseurs, sanitaires adaptés ...) mais aussi une véritable prise de conscience locale notamment dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux."

Une circulaire de la Délégation Interministérielle à la Ville (DIV) et de la CILPI du 13 juillet 1999 préconisait déjà : « La recherche d'un meilleur accès à la citoyenneté pour les personnes immigrées doit aussi s'exprimer dans les foyers, lieux dans lesquels le déficit est trop souvent criant. L'insertion dans la ville, l'accès aux dispositifs de droit commun doivent pour cela être privilégiés. »

Enfin le FAS, établissement public sous tutelle, on le sait, de la DPM, rappelle les mêmes orientations dans ses priorités : « Les pouvoirs publics et le FAS se sont donnés comme objectif majeur d'inscrire les foyers dans les dispositifs de droit commun existants (contrats

⁵⁷ Créée en 1966, c'est une direction du Ministère chargé des Affaires sociales. Elle est en charge de la politique menée en direction des populations immigrées.

⁵⁸ Circulaire n° DPM/CI/2000/140 relative à la mise en œuvre

de ville 2000-2006, plan quinquennal de traitement des foyers, ...) et dans la politique du logement social (PDALPD, Commission d'attribution, schéma départemental de gérontologie, ...).

Hormis le libellé assez général voire elliptique de ces recommandations, il manque des orientations définies dans le cadre d'une politique globale sur cette thématique en direction des services déconcentrés de notre ministère, celle-ci pourrait prendre la forme d'une circulaire qui constituerait une impulsion forte.

Les choses à cet égard, sont semble-t-il en train d'évoluer notamment avec pour la première fois, la mention officielle de la problématique dans le rapport de Madame GUINCHARD-KUNSTLER « Vieillir en France »⁵⁹. Devant les carences en la matière, l'auteur du rapport, alors Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, a diligenté la mission de l'IGAS, laquelle n'a pas encore rendu son rapport.

3.3.1.2 La mobilisation des acteurs locaux

Même s'il n'y pas absence d'intérêt, les priorités semblent bien être ailleurs.

Au Conseil Général, le service des personnes âgées sans nier la question des vieux migrants considère que celle-ci est marginale surtout dans un contexte de mise en place de réformes importantes.

Pourtant, cette conception n'est pas unanimement partagée. Ainsi le Conseiller Général, Président de la Commission des Affaires sociales, s'est montré très sensibilisé à la question et s'est montré tout à fait favorable à la prise en compte des vieux migrants dans le Schéma. Il convient de noter que cet élu avait été à l'initiative d'une réunion des partenaires institutionnels (Préfecture, DRASS, DDASS, FAS...) en juillet 2001 sur le vieillissement des immigrés qui est restée sans suite.

Il semblerait qu'il y ait donc au Conseil Général un décalage dans la perception du problème entre d'une part les élus et les services techniques d'autre part.

On peut se demander si la sous-estimation du problème ne provient pas non plus du fait que les vieux isolés sont inconnus de la DGAISS c'est-à-dire des travailleurs sociaux polyvalents de secteur du Conseil Général.

Par ailleurs, l'élaboration conjointe du Schéma Gérontologique n'était qu'une simple faculté jusqu'à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, dans les Bouches-du-Rhône, c'est donc le Département qui a élaboré seul le Schéma.

En outre s'agissant de la DDASS, le département ayant une forte immigration familiale avec présence de jeunes et d'autre part accueillant des flux importants de primo-arrivants que soit dans le cadre du regroupement familial, des régularisations, des conjoints de Français, des demandeurs d'asile, les efforts tant du FAS que de la DDASS ont été portés sur ces catégories. D'ailleurs cela aboutit à certaines incongruités comme le fait que dans le cadre du Plan départemental d'Accueil, certains Points d'Appui financés conjointement par la DDASS et le FAS, assurent l'accueil et le suivi de migrants des FTM du Centre Ville 30 ou 40 années après leur arrivée

Le FAS⁶⁰ quant à lui, intervient par le financement d'associations qui n'ont pas toujours une perception exacte du problème. Par ailleurs, la CRILD, instance chargée d'attribuer les subventions, est composée en partie d'associations qui sont quasiment les seuls acteurs de terrain en son sein, cela ne contribue pas à la clarification du débat.

Le problème se pose également au niveau de l'organisation du FAS la politique en direction des personnes âgées est planifiée, mise en œuvre voire définie à l'échelon départemental compte tenu des attributions des Conseils Généraux et des DDASS.

Dès lors, la volonté d'intégrer les vieux migrants dans les dispositifs de droit commun peut buter sur ce problème d'autant que les Conseils Généraux ne sont pas membres de la CRILD. Il serait peut-être intéressant de les intégrer voire d'associer plus étroitement les DDASS. Certes la DRASS est membre de la CRILD et peut à ce titre servir de relais auprès des DDASS sauf qu'il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de lien hiérarchique entre les deux niveaux.

L'existence même d'institutions spécifiques à partir du moment où il s'est agi d'intégrer les personnes âgées dans le droit commun, a pu donner au moins l'impression d'une sorte de déni de compétences non pas sur le plan des principes bien sûr mais dans la mise en œuvre. Quitte à caricaturer un peu, il y aurait une sorte de jeu de ping pong :

-les institutions spécifiques : l'application du droit commun doit se faire par les institutions de droit commun

-les institutions de droit commun : il y a des institutions spécifiques aux immigrés, elles n'ont qu'à faire le travail.

⁵⁹ op.cit.

⁶⁰ Rappelons que le FAS, créé en 1958, est régi par les art. L767-2 et D767-1 et suivants du Code de la sécurité sociale. C'est un établissement public à caractère administratif sous tutelle du Ministère chargé du Budget et du Ministère chargé des affaires sociales plus précisément au sein de ce dernier de la Direction des Populations et des Migrations.. Il a pour mission de faciliter l'intégration des populations immigrées ou issues de l'immigration et la lutte contre les discriminations. Au titre de l'année, il a financé 7000 organismes dont 86 % sont des associations, 4% des entreprises publiques, 7% des collectivités territoriales et 3% des entreprises.

Plus globalement, ce phénomène pose le problème du travail en partenariat entre les DDASS et le FAS.

3.3.2 Les limites inhérentes aux intervenants auprès des migrants âgés

3.3.2.1 L'attitude du mouvement associatif issu de l'immigration

L'émergence du vieillissement en tant que problème social est en partie le fait des associations issues de l'immigration⁶¹. La rencontre avec les acteurs de la gérontologie a pu se faire au niveau national ou dans certaines régions très actives et permettre ainsi une prise de conscience et une sensibilisation autour de la question.

Mais en région PACA cette jonction n'a pu se faire véritablement. Les actions autour du vieillissement des personnes immigrées, sont menées par de petites associations de l'immigration pour la plupart⁶². Elles demeurent isolées, sporadiques ; après avoir convenablement identifié les besoins et proposé des actions bien ciblées, la taille des associations empêche ces dernières de réfléchir⁶³ à leurs actions compte tenu des modes de financements tant du point de la procédure que de la relation avec les financeurs.

Par ailleurs la lourdeur des procédures de financement mobilise une grande partie des moyens lesquels sont détournés de la réflexion sur la portée des actions et leur signification.

Elles se sont préoccupées davantage de l'accès aux droits sociaux par l'aide administrative⁶⁴ que de l'accès aux services. Sans doute, parce qu'il y avait un besoin réel et surtout une demande exprimée

en la matière, peut-être aussi compte tenu de la perception qu'elles ont du vieillissement, elles ont du mal à entrevoir les solutions ou parce que tout simplement, elles ne les connaissent pas.

Mais plus fondamentalement nous semble-t-il, l'angle d'attaque de ces associations étant l'immigration, elles ont naturellement tendance par méconnaissance des personnes âgées à

⁶¹ Voir ce point A. MEKKI : Stratégies de création et de direction d'un centre de ressources lié au vieillissement des populations immigrées, Mémoire de CAFDES, ENSP, 2001

⁶² Voir Recensement dynamique des actions concernant les vieux immigrés en PACA ICARES, étude financée par le FAS, Délégation régionale PACA, février 2002, 58 p.

⁶³ *ibid.*

⁶⁴ Voir Les foyers de travailleurs immigrés ..." Observatoire régional des foyers op.cit.

imputer toutes les caractéristiques de leur public à la condition d'immigre, ceci d'autant que les actions s'adressent rarement aux seules personnes âgées.

Elles n'ont pas ou rarement établi de liens avec les acteurs de la gérontologie lesquels ont été pendant longtemps très peu impliqués et connaissent de ce fait, très peu les vieux immigrés. Les acteurs de la gérontologie auraient pu les aider à mieux comprendre les problèmes des personnes âgées. Il y a alors un phénomène de blocage de la réflexion autour des solutions à apporter.

L'incapacité des associations à analyser leur pratique mais aussi la logique du système de financement les poussent pour survivre à faire prévaloir dans une certaine mesure et le plus souvent involontairement la spécificité pour justifier leurs actions. Se concevant comme passerelle vers le droit commun, leur tendance sera de faire perdurer leur rôle de crainte de disparaître.

C'est tout le problème de l'ingénierie sociale ; il serait intéressant que dans ce domaine les partenaires institutionnels financeurs, au-delà de ce qui a été dit pour les gestionnaires, sortent d'une relation strictement financière et administrative mais puissent fournir un véritable accompagnement lequel ne doit en aucun cas devenir tutélaire mais favoriser l'échange et la réflexion.

3.3.2.2 Une approche strictement locative de la SONACOTRA

Organisme gestionnaire majoritaire des FTM, la SONACOTRA a jusqu'à une période récente adopté un comportement de bailleur sans mise en place de projets d'accompagnement social. Il est vrai qu'il s'agit d'une société d'économie mixte dont la vocation n'est pas celle du travail social. De plus, les FTM ne relèvent pas des dispositions du CASF. De son côté, ALOTRA qui se positionne sur de l'accompagnement social, intervient depuis trop peu dans les foyers pour avoir pu peser dans le débat.

La situation est toute différente de celle qui prévaut en Rhône-Alpes avec des associations comme l'Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés (l'ODTI) à Grenoble ou ARALIS à Lyon. L'ODTI avait été créé en 1970, cette association avait en charge la gestion d'un FTM son approche avait été d'emblée celle d'un accompagnement social des résidents, elle s'était par ailleurs dotée d'un service juridique.

On se rappelle l'action contentieuse menée avec le GRAVE, tendant à faire appliquer les accords CEE et pays du Maghreb pour l'attribution aux ressortissants de ces pays des

prestations sociales non contributives (allocation supplémentaire ex-FNS, allocation adulte handicapé ...) avant l'adoption de la loi du 11 mai 1998.

Cela a permis une sensibilisation des institutions c'est ainsi que les TASS de la région Rhône-Alpes octroyaient beaucoup plus facilement qu'en PACA les prestations demandées. La CRAM Rhône-Alpes a par ailleurs élaboré un document sur le maintien à domicile des vieux migrants⁶⁵. Pour mémoire, le Schéma Gérontologique de l'Isère prévoit des actions en faveur des migrants isolés vieillissants.

ARALIS quant à elle, association loi 1901, créée en 1951, anciennement « Maison du Travailleur Etranger » et qui s'est ouverte depuis 1989 aux publics les plus démunis et non pas seulement étrangers, mène un accompagnement social individualisé et participe à la réflexion sur le vieillissement des résidents des foyers qu'elle nourrit par son expérience. En PACA, les expériences de ce genre émergent à peine.

Enfin le mode de financement exclusif et inconditionnel à travers l'aide à l'hébergement versée par le FAS, a confiné la SONACOTRA dans la relation exclusive avec le FAS sans s'adresser aux partenaires locaux de droit commun. Avec désormais l'obligation préalable d'avoir des cofinancements et de travailler avec d'autres partenaires pour être financé par le FAS ainsi que le passage au statut de résidences sociales, les choses pourraient changer.

⁶⁵ Caisse Régionale d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, Migrants, isolement et vieillissement, quelle aide à domicile possible ?, Juillet 2000, 53 p.

3.3.3 Une population invisible et inaudible

Traditionnellement, les personnes âgées font peu parler d'elles, c'est pourquoi on a pu les qualifier d'"invisibles". Ce problème est à l'évidence plus aigu pour les immigrés âgés en raison de l'ancienneté et de la durée de leur isolement, ces derniers n'ont pu établir les contacts avec les services sociaux ni avoir les réseaux de sociabilité. Même si certains ont pu avoir une expérience syndicale, les liens tissés se distendent à la retraite ou pire encore au cours de la longue période d'inactivité qui la précède.

Analphabètes ou pour le moins illettrés pour la plupart, c'est une population inorganisée, à notre connaissance, il n'y a qu'une seule association de vieux immigrés : l'Association des Retraités Algériens de l'Isère. Il convient de souligner au passage que les associations d'étrangers n'ont été autorisées qu'en 1981. La participation aux comités de résidents est généralement très faible voire inexistante.

Ce n'est pas non plus une population représentée dans les CODERPA ou qui fréquente les clubs du 3^{ème} Age.

Il n'est pas alors étonnant que ce soit des associations animées par les jeunes immigrés de la 2^{ème} génération qui ont pu interpellé sur leur situation. Or, ceux-ci malgré toute leur bonne volonté ont beaucoup de mal à appréhender les caractéristiques des isolés tant celles-ci sont différentes de l'immigration familiale.

Enfin, c'est une population notamment pour celle qui est dans l'aller-retour, qui est en porte-à-faux par rapport à la législation sur la résidence ; dès lors même si elle ressent des besoins elle n'exprimera pas de demandes ou de revendications de peur de compromettre son mode de vie à supposer qu'il y ait une réponse à ces besoins et qu'elle en ait connaissance ce qui aboutit à une sorte de stratégie d'évitement. Il faut ajouter que c'est une population très pudique qui ne veut surtout pas « déranger ».

En fait, « sa condition est provisoire... mais c'est du provisoire définitif ! et c'est du définitif vécu avec l'intense sentiment du provisoire ; et c'est peut-être le trait fondamental de la condition d'immigré »⁶⁶.

Mais encore plus globalement, l'idée du retour même si elle est un mythe continue de fonctionner, dès lors l'immigré ne sera pas demandeur d'une préparation ou d'une prise en charge de son vieillissement.

Dans ces conditions, quelles pourraient être les améliorations ?

⁶⁶ Abdelmalek SAYAD : « Y a-t-il une sociologie du droit de l'immigration » in Le droit et les immigrés, Edisud, 1983, pp.99-100.

4 - PISTES D'AMELIORATION DU TRAITEMENT DU VIEILLISSEMENT DANS LE CADRE DES FONCTIONS DE L'INSPECTEUR

Le vieillissement des travailleurs migrants est une question trop complexe pour que l'on puisse dans le cadre de ce mémoire apporter des réponses définitives et exhaustives. On peut néanmoins proposer quelques pistes qui demandent à être explorées plus avant pour être validées.

Il ressort de l'analyse effectuée que le vieillissement des migrants doit sans tarder être pris en compte dans les politiques locales afin que notre région et plus particulièrement le département des Bouches-du-Rhône, l'un des plus touchés par le problème puisse y apporter une réponse.

En tant que garants de l'accès aux droits sociaux, les services déconcentrés du Ministère chargé des Affaires Sociales sont en première ligne s'agissant d'une question sociale. Le IASS de par ses fonctions, sera tout naturellement en charge du dossier qui requiert la définition d'une politique locale claire impliquant l'ensemble des nombreux partenaires.

A l'intersection des politiques d'intégration, de la vieillesse, de la santé, du logement, la prise en charge du vieillissement des migrants sollicite de nombreux acteurs :

- institutionnels : Préfecture, DDE, Conseil Général, CCAS, FAS, CILPI
- les acteurs de la gérontologie : maisons de retraite, services d'aide à domicile, CLIC et autres réseaux
- les intervenants auprès de ces populations : gestionnaires de résidences sociales, associations.

Avant d'envisager les actions à mener pour le traitement de cette question, il est nécessaire de prévoir en interne pour les DDASS et la DRASS une organisation appropriée. C'est dans ce cadre que seront envisagées les fonctions du IASS, étant entendu que ce ne sera pas là une tâche exclusive.

4.1 UNE ORGANISATION APPROPRIÉE A LA TRANSVERSALITÉ DE LA THÉMATIQUE

Il ne suffit pas de faire des propositions, une organisation pour optimiser les moyens rares, humains. Transversale s'il en est, cette thématique relève en effet de plusieurs services de la DDASS : les établissements médico-sociaux et pour personnes âgées, Habitat, Hébergement Mission RMI, Politique de la Ville Insertion des jeunes- santé des plus démunis, Intégration famille/Enfance accompagnement social, chacun de ces services étant compétent dans sa partie.

Encore une fois les services sont confrontés à la difficulté récurrente de travailler en transversalité. Celle-ci n'est pas propre à notre propos, elle caractérise l'ensemble des domaines de compétences, le meilleur exemple étant la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, dès l'instant où l'on veut « mettre l'utilisateur au cœur du dispositif ». C'est-à-dire substituer une logique de besoins et attentes de l'utilisateur à la logique de services qui consisterait à vouloir le faire « rentrer de force » dans des structures conçues dans un souci d'efficacité technique.

La transversalité vise à donner plus de cohérence, d'efficacité et de cohérence au travail des services en rationalisant et en optimisant les moyens.

Il est évident par ailleurs, qu'il n'est ni possible ni souhaitable de créer une structure pour chaque problématique. Dès lors, il y a lieu de réfléchir à une organisation optimale des moyens surtout dans les DDASS de grande importance.

L'entreprise n'est pas aisée, l'organisation en services a engendré le cloisonnement et une culture de service difficile à faire évoluer. Les tentatives d'organisation en pôles peuvent être une réponse si elles se traduisent par une véritable transversalité dans et autour de l'action, et non comme c'est encore souvent le cas par la constitution de super services.

L'organisation préconisée pourrait prendre la forme d'une équipe dans le cadre d'une démarche de conduite de projet. L'équipe-projet, reflétant la transversalité de la thématique, serait composée des différents services déjà cités, intervenant ou ayant vocation à le faire dans la politique relative à ce sujet, le référent de cette équipe serait un IASS chargé de mettre en œuvre et de coordonner l'action des différents services et être l'interface avec les partenaires extérieurs.

Il aura à impulser, en interne, la mise en œuvre des orientations arrêtées au niveau national qui restent à définir, dans le cadre d'une circulaire par exemple. En effet, les orientations

eparses qui existent ont besoin pour être applicables sur le terrain, d'être formalisées dans un document qui devra donner les principes de la politique à mener. Un tel document constituerait une incitation forte qui manque encore.

Cette organisation pourrait être reprise dans les autres départements de la région confrontés à la même problématique notamment les Alpes-maritimes et le Var.

A son niveau la DRASS PACA peut intervenir en la matière à plusieurs niveaux. Elle a d'abord entrepris une étude sur les besoins des personnes âgées, dans laquelle elle intègre la population de ce mémoire. Cette étude devrait permettre d'assurer auprès des DDASS mais aussi des partenaires tels que les Conseils Généraux, une fonction de conseil et d'appui technique pour la définition de leur politique en faveur des personnes âgées.

On sait aussi que la DRASS s'est préoccupée de la question dans le bilan de l'existant du PRAPS et pourrait, prévoir des actions à cet effet dans le PRAPS II.

Plus spécifiquement, la DRASS est chargée par l'ARH, de piloter le volet personnes âgées du SROS (voir infra).

Si la référence au IASS concernera la plupart du temps le niveau DDASS, elle pourra également concerner la DRASS à plusieurs titres :

- planification sanitaire et médico-sociale
- suivi du FAS
- tutelle des organismes de Sécurité Sociale
- actions de santé

4.2 LE DEVELOPPEMENT DU PARTENARIAT INSTITUTIONNEL LOCAL

Deux volets peuvent être distingués : le copilotage avec le FAS du partenariat et la planification programmation.

4.2.1 Le copilotage avec le FAS du partenariat

L'inspecteur devra œuvrer à la création ou à la consolidation du lien entre les milieux de la gérontologie et les personnes intervenant auprès des personnes migrantes vieillissantes et isolées. Il y a donc lieu de réunir un groupe de travail avec les différents acteurs afin de parvenir à un diagnostic partagé et à des orientations communes et créer ainsi un espace de réflexion collective qui fait défaut en PACA.

Pour un minimum de rigueur et d'efficacité, il convient qu'il y ait des référents stables dûment mandatés par leurs instances respectives. A cet égard, il pourrait être opportun que le DDASS ou le DRASS selon le cas, adresse un courrier officiel indiquant les enjeux aux différents partenaires.

La stabilité de l'équipe est un gage de continuité qui tranche avec les réunions sporadiques sans suite réelle. Cette condition rend d'autant plus nécessaire une organisation du travail rigoureuse sans multiplier inutilement les réunions et conduire ainsi à la démobilisation.

Le travail mené dans le cadre de ce mémoire, a fait ressortir un ensemble de travaux et études sur la question, il y a lieu de faire le point et la synthèse afin d'évaluer les besoins en connaissances pour affiner l'approche et l'analyse. Il faudrait en particulier cerner les besoins et aspirations des usagers du point de vue de leurs pratiques de l'aller-retour, des liens qu'ils ont avec le pays d'origine, du degré de dépendance, de leurs projets afin de déterminer les prises en charge ou accompagnements adéquats afin que « mettre l'utilisateur au cœur du dispositif » ne soit pas une simple formule incantatoire.

Il s'agit ensuite d'interpeller, de mobiliser, de vaincre les réticences, de convaincre du bien-fondé d'une démarche volontariste et d'une porte d'entrée dans le droit commun par la spécificité. Il conviendra ici d'être particulièrement vigilant sur l'articulation droit commun/spécificité. Cette dernière est un moyen incontournable car le droit commun et son application ne sauraient dans le domaine du social, rester dans l'abstrait. Ils requièrent une approche à partir de situations individuelles, selon le principe général préconisé en

gerontologie, mais qui présentent des points communs dus à la similitude des parcours singuliers et nécessitent de ce fait, une approche plus collective.

Laisser les mécanismes généraux s'appliquer a conduit à maintenir à la marge du droit cette frange de la population. Pour autant, il ne s'agit pas de créer des dispositifs spécifiques parallèles mais d'intégrer les vieux migrants dans ceux qui existent déjà. C'est un travail d'affinement, d'ajustement pour rendre opérationnels les dispositifs dans un souci d'efficacité. la prise en compte de la spécificité ne doit pas aboutir à confiner les personnes concernées dans un statut à part qui ne peut qu'être le ghetto que l'on veut éviter.

Le diagnostic partagé est un élément incontournable dans le cadre d'un travail en partenariat. Sans lui, la concrétisation des objectifs risque d'être purement et simplement illusoire.

Le traitement de la question passe aussi par la définition d'une stratégie et d'actions pour la mettre en œuvre avec un calendrier de réalisation.

4.2.2 La planification/programmation

Il peut s'agir des outils élaborés, conjointement, comme le schéma gérontologique ou de compétences propres : PRAPS et SROS.

4.2.2.1 Le schéma gérontologique départemental

C'est un outil de prévision et de planification. A partir d'un recensement et d'une analyse des besoins, il établit une planification correspondant à ces besoins.

L'élaboration conjointe par la DDASS et le Conseil Général désormais obligatoire⁶⁷, est une opportunité pour le IASS de contribuer en s'appuyant sur la disponibilité déjà évoquée du Conseil Général, d'insérer dans cet instrument des dispositions en faveur de la population vieillissante des FTM. Sur un plan symbolique, cette inscription revêtirait une importance majeure. Le copilotage de ces schémas doit permettre de promouvoir des actions adaptées aux migrants vieillissants.

⁶⁷ Art. 19 modifiant l'art. L312-5 du CASF, loi n°2002/02 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 02 janvier 2002, JO 3 janvier 2002

Par ailleurs, le FAS s'est fixé, comme priorité, d'inscrire les foyers dans le Schéma Gériatrique Départemental⁶⁸.

4.2.2.2 Le PRAPS

Celui-ci constitue un outil particulièrement adapté pour le public des FTM car il concerne, à la fois, la dimension préventive et la dimension curative des inégalités d'accès à la santé. Il vise, notamment, à développer des réseaux médico-sociaux de prise en charge et de suivi des personnes en situation de précarité, ainsi que des actions spécifiques dans les domaines tels que la santé mentale, la prévention des dépendances ou la prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes en situation de précarité.

Dès lors, des actions en matière de prévention et d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique dont le besoin est reconnu par de nombreux acteurs (CLIC, gestionnaires, professionnels de santé) s'inscriraient parfaitement dans ce cadre. A ce titre, il convient de faire une mention particulière de la circulaire du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique⁶⁹ qui reprenant la définition de l'OMS, précise : "l'éducation thérapeutique est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. La circulaire préconise le développement de ce type d'approche pour le diabète, l'asthme et les maladies cardiovasculaires, maladies précisément qui affectent notre public.

Il serait enfin intéressant de pousser la logique du PRAPS 2000-2002 qui faisait état des difficultés particulières des travailleurs migrants des FTM et de décliner des actions à mener en direction des FTM en partant de l'évaluation de celles (rares) en cours. Ces actions possibles doivent être portées à la connaissance des promoteurs potentiels.

⁶⁸ Voir Note relative aux règles de financement des foyers de travailleurs migrants pour l'exercice 2002

⁶⁹ Circulaire DHOS/DGS n° 2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

4.2.2.3 Le Schéma régional de l'organisation sanitaire

La circulaire n°2002/157/du 18 mars 2002 prévoit d'ajouter au SROS un volet spécifique entièrement consacré à la politique en faveur des personnes âgées. Certains SROS en contenaient déjà un, mais ce n'est pas le cas de PACA.

La circulaire indique que « cette problématique devra être abordée dans sa dimension la plus large et en concertation avec les conseils généraux ... ». La circulaire prévoit encore « la politique des personnes âgées sera traitée dans sa globalité, ne se limitant pas aux seuls aspects hospitaliers. Les volets personnes âgées aborderont les articulations entre les soins de ville, les soins hospitaliers, les services d'aide à domicile et les établissements d'hébergement ». Il serait intéressant, dans ce cadre, de prévoir une articulation précise entre les unités gériatriques et les FTM ou résidences sociales afin d'assurer le lien notamment pour le retour à domicile qui doit être bien préparé compte tenu des conditions de vie. D'ailleurs, la circulaire prévoit également que la sortie doit être préparée dès l'admission.

L'équipe-projet du SROS PACA considère d'ailleurs que si la question du vieillissement des immigrés n'a pas été évoquée, elle mériterait « ...une réflexion approfondie dans le cadre de ce volet du schéma »⁷⁰.

4.3 VERS UNE CULTURE COMMUNE ENTRE LES ACTEURS DE LA GERONTOLOGIE ET LES INTERVENANTS AUPRES DES MIGRANTS ISOLES

Cette culture se construira et se consolidera à travers la formalisation du partenariat entre opérateurs et l'adaptation des services gérontologiques

⁷⁰ Voir Relevé de conclusions équipe-projet

4.3.1 La formalisation du partenariat

Deux axes sont nécessaires : une démarche de conventionnement et l'inscription dans les CLIC.

4.3.1.1 La démarche de conventionnement

Cette démarche doit viser à consolider, développer et généraliser les conventions bilatérales ou multipartenariales, conclues pour gérer les relations entre les différents intervenants. L'expérience montre que cette approche par objectifs partagés peut mobiliser durablement les cocontractants. C'est l'occasion de sensibiliser l'une des parties au problème, de découvrir les aspects qui relèvent de la compétence de l'autre partie. Cela peut se faire à plusieurs niveaux :

- entre les résidences sociales et les hôpitaux notamment le service des urgences, voie d'accès aux soins très utilisée par les résidents et les services de gériatrie. Le recours aux hôpitaux pose le problème de la continuité des soins à la sortie. Une convention a été passée entre la SONACOTRA et l'Hôpital Nord de Marseille qui accueille les résidents des nombreux FTM situés à proximité, afin de signaler ces derniers dès l'entrée à l'hôpital et pouvoir ainsi préparer la sortie. Cela permettrait notamment de faire appel à des gardes à domicile lorsque la sortie a lieu en fin de semaine, l'achat de médicaments, de prévoir l'intervention éventuelle de professionnels de santé libéraux ou de SSIAD ;
- Hôpitaux et institutions d'hébergement : à l'exemple de la convention passée entre le Centre Gérontologique Départemental et l'Assistance publique des Hôpitaux de Marseille Ce type de convention permettrait de préparer l'accueil de personnes quand leur retour au foyer n'est plus possible, sans que cela se fasse dans l'urgence avec d'une part, les problèmes de disponibilités de places qui se posent souvent et les traumatismes qui en découlent pour la personne et au bout (l'échec) un refus ou une mauvaise intégration ;
- FTM/services d'aide à domicile
Compte tenu de la nécessaire adaptation ,en termes d'organisation, de formation etc ..., il est préférable que les gestionnaires traitent avec une ou deux associations prêtes à s'impliquer dans ce secteur et donc à faire les efforts voulus.
- FTM/MDR
La convention permettrait là aussi de préparer l'entrée des personnes qui le souhaitent ou celles dont l'état ne permet plus, le maintien à domicile dans des MDR qui acceptent de les accueillir.

L'établissement s'engagerait à respecter les droits des usagers du secteur social et médico-social (art. L313-3 du CASF) et la Charte des droits de la personne âgée

dependante, notamment a prévoir les aménagements en termes de respect des rites et coutumes : alimentaires, toilettes, soins, accompagnement à la mort et rites funéraires.

L'établissement devra aussi veiller au renouvellement de leur titre de séjour et à l'accès aux droits de manière générale. Il devra aussi aider la personne qui le souhaite à rentrer dans son pays.

Une entrée en douceur pourrait se faire graduellement en passant par l'accueil de jour, l'hébergement temporaire qui permettrait de familiariser ce public avec les établissements pour personnes âgées et promouvoir l'image de ces derniers.

Pour ne pas rester purement formelles, les partenaires doivent faire de ces conventions, un véritable outil de prise en charge et procéder régulièrement à leur évaluation.

4.3.1.2 L'inscription de la problématique dans les CLIC

Le CLIC doit permettre de promouvoir une organisation de prise en charge, principalement orientée vers le maintien à domicile.

La circulaire du 18 mai 2001 envisage trois niveaux de labellisation des CLIC :

- -label niveau 1: missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles;
- label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé ;
- label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé. Plus précisément, « Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide ménagère, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les services de transport, de menus travaux ...Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est complète, le suivi organisé, les situations d'urgence et de crise gérées. A terme, c'est à ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC ».

La DDASS intervient dans la procédure de labellisation puisqu'elle doit désigner un correspondant CLIC, elle diffuse le cahier des charges, organise l'appel d'offres et tient les dossiers de candidature. Le IASS sera appelé à (co) animer le Comité départemental de pilotage et pourra donc inscrire et orienter l'action des CLIC de telle sorte que celle-ci intègre ces publics par le biais de conventions avec les gestionnaires comme c'est déjà le cas du Foyer de la Commanderie à Marseille avec le CLIC de Marseille Nord.

Par ailleurs, l'exigence de co-financement permettra aussi de sensibiliser d'autres partenaires (départements, communes, CRAM ..).

4.3.2 L'adaptation des services gérontologiques

Le IASS devra veiller à ce que les aménagements nécessaires soient apportés dans le fonctionnement des services afin que ceux-ci s'adaptent aux personnes et non l'inverse, faisant prévaloir une logique de besoins de l'utilisateur au lieu de logiques institutionnelles.

La faculté ouverte de conclure des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sur cinq ans avec les gestionnaires des établissements ou de services ⁷¹ sont une opportunité à exploiter.

Il pourra aussi mettre à profit la création du Fonds de Modernisation de l'Aide   Domicile qui prévoit la possibilité de promouvoir des actions innovantes, de renforcer la professionnalisation des services et d'améliorer leur qualité, d'autant que désormais ces services sont intégrés dans la nomenclature des établissements et des services sociaux et médico-sociaux (art.15 de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale).

4.3.2.1 L'adaptation des services d'aide à domicile

Au vu de l'analyse des freins à l'accès, l'organisation de ces services devrait être modifiée.

L'aide à domicile ne doit plus être centrée sur le ménage mais porter sur les autres tâches notamment, l'aide aux courses et les repas ainsi que le côté relationnel. Cela ne devrait pas poser de difficulté car il en résulterait une valorisation des fonctions ainsi exercées.

L'aide doit être mutualisée afin d'aboutir à des interventions plus accessibles financ irement. Il convient également d'encourager l'intervention d'organismes prestataires plus adaptés que les organismes mandataires peu appropriés pour des personnes analphabètes ou illettrées.

⁷¹ Art. L313-11 CASF

4.3.2.2 Les passerelles entre foyer et institution

La diversification des modes de prise en charge : des passerelles entre maintien à domicile et hébergement en institution

De par leurs parcours singuliers, les résidants âgés nécessitent des modes de prise en charge qui leur permettent de vivre le plus longtemps possible au domicile tout en préparant l'admission en institution. A l'exemple des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, il serait intéressant de voir se développer l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire légalisé par la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ici, il ne s'agit pas de l'aide aux aidants mais de pallier l'absence de famille ou de proches.

L'hébergement temporaire pourrait être utilisé pour les personnes qui ne peuvent plus être dans le va-et-vient permanent mais qui pourraient passer au moins une période de l'année dans leur pays, à l'instar de ce qui se passe l'hiver pour les habitants de zones rurales dépourvues de structures d'accueil.

4.3.3 La sortie du foyer

4.3.3.1 L'entrée en établissement pour personnes âgées

Les efforts que doivent fournir les structures d'hébergement pour accueillir les résidants de foyer ont déjà été évoqués dans le cadre de la démarche de conventionnement. Il convient d'ajouter l'opportunité de la réforme de la tarification pour garantir l'accueil de ces usagers.

Pour entrer dans la nouvelle tarification ternaire (hébergement, soins, dépendance) au lieu de la structure binaire (hébergement, soins)⁷², les établissements doivent conclure une convention pluriannuelle de 5 ans avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente en matière d'assurance maladie (Etat ou ARH).

L'un des objectifs de cette réforme est d'instaurer une démarche qualité visant à améliorer la prise en charge des personnes âgées et de mettre en place une évaluation pour mieux connaître leurs activités. C'est là une opportunité pour prévoir des dispositions pour

⁷² Décrets n°99-316 et 99-317 du 26 avril 1999 modifiés par le décret n° 2001-388 du 4 mai 2001.

aménager l'accueil des migrants âgés dans certaines structures, celui-ci devenant un critère de qualité.

Ce peut être fait à l'occasion de l'agrément des services d'aide à domicile et de la démarche qualité

Dans le cadre de la formation, l'élaboration du schéma de formation des professions sociales pourrait faire une place à la dimension interculturelle que l'on devra retrouver dans les programmes.

On pourrait aussi envisager voire encourager des projets de promoteurs privés pour des établissements ouverts à l'ensemble des publics, tel doit être le principe, mais plus particulièrement les personnes de confession musulmane à l'instar des structures confessionnelles qui existent déjà.

4.3.3.2 L'accueil familial

Créé par la loi du 10 juillet 1989⁷³ (codifiée aux art. L441-1 s, L342-1 set L443-2s) et ses décrets d'application⁷⁴, l'accueil familial consiste à accueillir chez soi, moyennant rémunération et sous réserve d'agrément du Conseil Général, une ou deux personnes âgées ou handicapées adultes, à titre dérogatoire, une troisième personne peut être autorisée. La personne ne disposant pas de ressources suffisantes peut bénéficier de l'aide sociale du Conseil Général.

Ce type de prise en charge paraît être un compromis intéressant entre le maintien à domicile et le placement en institution en ce sens que la rupture avec le milieu familial serait moins forte ; de l'avis du Conseil Général, les familles répugnent moins à placer leur proche dans une famille que dans une maison de retraite.

Couvrant la rémunération de l'accueillant, l'indemnité d'entretien et le loyer (avec possibilité de l'allocation logement ; ce mode d'accueil est, en outre, moins onéreux que l'hébergement en institution.

Pour notre population, il offre aussi l'avantage de résoudre les problèmes d'ordre culturel, à supposer que des familles maghrébines plus au fait des us et coutumes de la personne âgée se portent candidates, ce qui supposerait une information en ce domaine. On peut penser que l'environnement proposé à la personne sera moins perturbant.

⁷³ 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, JO 1^{er} juillet 1989.

⁷⁴ Décrets n° 90-503 et 90-504 du 22 juin 1990.

Ce mode d'accueil qui suscite un véritable engouement au Conseil Général car moins cher, permet en effet, des économies substantielles pour les personnes prises en charge par l'aide sociale et il remédierait au manque de places en institution.

Toutefois, écueil important, ce mode d'accueil reste très peu développé dans la région :

	Alpes de Hte Provence	Hautes Alpes	Alpes maritimes	Bouches- du-Rhône	Var	Vaucluse	PACA
Nbre de familles	8	3	23	95	32	17	178
Nbre de places	7	7	40	191	72(TC) 2 (TP)	29	348

⁷⁵

Reste à savoir si des personnes qui ont mené une vie solitaire, peuvent s'adapter sans difficulté à ce nouveau mode d'accueil. Ne risquent-ils pas de ressentir encore plus intensément l'absence de leur propre famille ? Mais il ne s'agit pas de trouver la solution idéale (existe-t-elle ?) mais de proposer un panel de possibilités et que chacun puisse un tant soi peu faire un choix.

Les SSIAD créés par la loi du 4 janvier 1978 et du décret du 8 mai 1981, sont un élément très important du maintien à domicile. Ils doivent dispenser, sur prescription médicale des soins infirmiers techniques ou d'hygiène aux personnes âgées malades dépendantes, et apporter dans le même temps une aide spécifique pour accomplir les actes essentiels de la vie.

En nombre insuffisant, 110 SSIAD pour 5378 places en région PACA, leur développement attendu dans les années à venir pourrait apporter une contribution intéressante au maintien à domicile.

4.3.3.3 La pension de famille

Lancée à titre expérimental le 21 avril 1996 par Xavier Emmanuelli alors Secrétaire d'Etat à l'Action humanitaire d'urgence ⁷⁶, c'est une nouvelle forme de logement qui « a pour objet de

⁷⁵ Données des Conseils Généraux, juin 2002, ARH-PACA/CRAMSud-Est/ DRASS-PACA/ ERSM/URCAM/URML

⁷⁶ Voir Note de synthèse relative aux pensions de familles. Appel à projets, le Secrétaire d'Etat auprès du 1^{er} Ministre, chargé de l'Action humanitaires d'urgence, Avril 1997

stabiliser des personnes actuellement marginalisées dans un habitat durable et adapté à leur problématique physique, psychiatrique et/ou sociale ».

Elles sont donc destinées à accueillir un public en situation d'isolement (celle-ci est centrale) social et/ou affectif avec un faible niveau de ressources, notamment ceux qui perçoivent des revenus de transfert et qui ne peuvent, à court terme, accéder à un logement autonome.

Les vieux résidents des foyers semblent correspondre à ce profil.

Contrairement aux résidences sociales, il n'a pas de durée limitée, c'est un logement durable, temporaire ou définitif et l'utilisateur a un statut de locataire avec libre jouissance des lieux privés.

La pension de famille serait de petite taille puisqu'elle ne comprendrait qu'une trentaine de logements, sa création pourrait se faire à partir du foyer, de l'agrément d'une partie de résidence sociale ... ;

Cet habitat se caractérise surtout par l'existence de locaux à la fois privés et collectifs avec la présence, en permanence, d'un couple d'hôtes. Leur rôle est à la fois, la gestion matérielle des lieux, la régulation de la vie collective, le soutien à la convivialité qui est très important, le critère d'isolement étant central dans les attributions.

Le développement de la convivialité passe par la participation des locataires qui se concrétise par l'existence de lieu d'expression, type conseil de maison et par la répartition des tâches ménagères (entretien, confection des repas), par l'organisation de loisirs et la prise en commun de temps à autres, des repas.

La présence d'hôtes est l'aspect qui fait l'intérêt pour les personnes âgées de la pension de famille. En effet, les hôtes pourraient assurer les fonctions de veille et d'alerte qui font défaut, notamment le week end dans les résidences sociales ou les FTM., même si ces hôtes n'ont pas vocation à assurer un accompagnement social. Lorsque celui-ci s'avère nécessaire, il doit être recherché auprès d'intervenants sociaux extérieurs.

Un certain nombre de projets ont été déposés à la DDASS des Bouches-du-Rhône mais à notre connaissance, aucun ne concerne les vieux migrants, il est vrai qu'il y a la contrainte liée à la nécessaire diversité des publics ceux-ci étant souvent, beaucoup plus déstructurés. La cohabitation risque de ne pas aller de soi même si la mixité d'âges, de situations de famille, de parcours, des histoires de vie, est en soi positive car elle éviterait de concentrer des habitants qui partageraient un même passé.

4.3.3.4 L'accès à un logement autonome

Même si les migrants âgés ont la possibilité de demeurer sans limite de séjour dans la résidence sociale, ils peuvent souhaiter résider dans un logement autonome et ce pour plusieurs raisons. Le regroupement familial en est une, beaucoup de résidents vieillissants pensent ainsi remédier à leurs problèmes, admettant pour leur part, le fait qu'ils ne repartiront pas, le mythe du retour perdant ainsi de sa force.

Certains, en quête de « tranquillité » ou d'autres encore, diminués, ne souhaitant pas afficher leurs infirmités, ne supportent pas la cohabitation avec de nouveaux publics en situation de précarité, aux pratiques et modes de vie peu compatibles avec les leurs.

Enfin, un résident en rupture avec sa famille installée en France, nous a indiqué qu'il souhaiterait pouvoir recevoir ses enfants chez lui. La résidence sociale remplirait alors sa fonction première de transition vers le logement autonome.

Des formules de location adaptées au va-et-vient

Certaines formes ont déjà été expérimentées. Le projet de la SONACOTRA au Foyer de Nice-village, : un système de rotation pour des chambres et une planification des allées et venues des résidents, qui devaient, préalablement et dans certains délais, prévenir les gestionnaires de leurs déplacements. Au moment du départ, les personnes abandonnaient leur chambre pour une période déterminée.

Un partenariat avec la CAF avait été envisagé afin d'assurer la solvabilisation des résidents, conformément aux obligations de résidence⁷⁷ mais le système s'est avéré trop lourd à gérer. Cela implique, en effet, une programmation précise que les résidents ne sont pas toujours capables d'assurer. ICARES suggérait une location sans charges pour la période pendant laquelle les résidents s'absenteraient et ne paieraient alors que le loyer nu. ALOTRA réfléchit pour sa part à une formule en ALT.

On peut également « imaginer une résidence saisonnière locative sur le modèle de la copropriété de vacances. Le principe d'une location annuelle pour une occupation réelle et variable suivant les personnes permettrait d'allier les possibilités offertes par le droit au séjour et les contraintes du droit logement », l'obligation pour un locataire d'occuper le logement huit mois sur douze « le paiement d'un loyer annualisé tenant lieu d'occupation permanente. »⁷⁸.

⁷⁷ D'autres formules ont été tentées en région parisienne, voir « Comment intégrer le va-et-vient dans le mode de gestion d'un foyer ? » in La politique de vieillesse en France et son adaptation aux travailleurs immigrés âgés, UNAF0, septembre 2001.

⁷⁸ N. ZAOUÏ et N.GAMAZ, Une vieillesse illégitime, op.cit., p.44

Même s'il est rare, le retour au pays peut être une option. En fait celui-ci intervient le plus souvent lorsque la personne se sentant en fin de vie, manifeste le désir de rentrer chez elle pour mourir parmi les siens. Ce désir nécessite un accompagnement car le retour se fait souvent dans les conditions difficiles de la maladie parvenue à un stade final.

4.4 FAVORISER L'ACCES AUX DROITS

Les services déconcentrés de l'Etat devront veiller à ce que les entraves à l'accès aux droits soient levées, en sensibilisant les différents services sociaux aux problèmes rencontrés par les migrants. Ils devront plus particulièrement, dans le cadre de l'application de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), agir auprès des organismes de Sécurité Sociale représentés au sein de la Commission d'attribution de l'APA.

Plus largement, ils pourraient utilement contribuer à la réflexion sur l'adaptation du cadre juridique au mode de vie des résidents, notamment la contrainte de l'aller-retour, mais aussi sur certains points de l'accès aux droits.

L'analyse de cet aspect a mis en exergue son importance fondamentale pour l'équilibre de ces personnes, sa remise en cause ou son occultation voueraient à l'échec toute tentative de solution au vieillissement

Certes, cette question ne pourra être tranchée qu'au plus haut niveau par le Législateur ou le Gouvernement selon le cas. Toutefois, il est possible d'avancer quelques éléments pour l'argumentaire.

Une mise en œuvre des droits de l'homme :

- l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme (CDEH) stipulant le droit de chacun de mener une vie familiale normale ; même si, en l'espèce, elle devra intégrer les contraintes liées à l'aller-retour.
- c'est aussi le droit de vieillir dans la dignité comme l'affirment de nombreux textes, le plus récent étant la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale pour que cesse cette forme larvée de maltraitance à l'abri de toute sanction ;

Plus concrètement, l'aménagement pourrait porter prioritairement sur :

- la notion de résidence encore floue actuellement , devrait être précisée sur le plan légal, afin que ces personnes ne risquent plus de voir suspendre ou supprimer leurs

prestations. Il conviendrait également de réfléchir à l'exportabilité des prestations sociales non contributives

- la carte de retraité n'est visiblement pas adaptée et peut même mettre en danger ses titulaires potentiels, principalement sur la question de l'accès aux soins⁷⁹
- faciliter pour ceux qui le désirent, le regroupement familial en assouplissant dans une certaine mesure, les conditions de ressources et de logement (ce dernier concernant plus particulièrement les Algériens qui doivent encore disposer d'un logement au moment de la demande) et accélérer la procédure qui reste très longue dans le cas où l'état de santé du demandeur le nécessiterait.
- L'entrée en institution se heurte, on le sait, à des obstacles financiers du fait de la non prise en compte des charges familiales dans le pays d'origine, il serait nécessaire de revoir la réglementation à ce propos. On pourrait pour cela s'inspirer de l'exemple du Conseil Général de l'Isère qui, procédant par analogie, avait laissé une somme d'environ 230 euros pour l'entretien de l'épouse restée en Algérie en se basant dans le cadre de l'aide sociale, sur le calcul de la participation de l'utilisateur entrant seul en établissement alors que le conjoint reste au domicile⁸⁰.

Mais laisser cette initiative aux départements, c'est courir le risque de disparités selon la sensibilité de ces derniers. De surcroît, c'est une question qui doit relever de la solidarité nationale. On pourrait envisager alors une prise en charge par le FAS, ce serait une mesure symbolique puisque c'est l'organisme qui a été mis en place pour s'occuper précisément de cette population quand elle était dans la force de l'âge, ce serait peut-être un juste retour des choses qu'il intervienne au moment de leur vieillissement, sans oublier qu'il se désengage de l'aide financière aux foyers d'ici à 2004.

Cependant, il conviendrait de circonscrire cette mesure qui ne pourra être que transitoire, à des catégories bien identifiées.

Ces aménagements juridiques apporteraient une certaine compensation de tous les droits auxquels ils n'ont pu accéder.

Ces propositions sont complexes à mettre en œuvre car elles impliquent la participation de nombreux acteurs : pouvoirs publics, caisses de retraite, sécurité sociale, services sociaux, associations intervenant auprès des immigrés vieillissants. Elles peuvent paraître audacieuses, mais elles demandent à être réfléchies, explorées, évaluées, et le débat doit être ouvert.

⁷⁹ Voir ce point Gilles Desrumaux : « L'accès aux droits sociaux des étrangers vieillissants » UNAF0 ? Février 2002, ce document avait été remis aux IGAS dans le cadre de leur mission sur le vieillissement.

⁸⁰ Cette expérience nous a été rapportée par le Cabinet ICARES

4.5 L'EVALUATION

L'évaluation est l'une des fonctions principales du IASS, elle n'est pas facile à mettre en œuvre, notamment dans l'action sociale et plus particulièrement la prise en charge des personnes âgées où elle reste insuffisamment développée.

Elle est pourtant incontournable en tant qu'outil de gestion, de régulation et d'amélioration de la qualité des actions menées. Ses objectifs, ses modalités et ses outils doivent être prévus dès la mise en place de l'action.

Deux critères président à l'évaluation : l'efficacité qui consiste à apprécier les résultats par rapport aux moyens engagés tandis que l'efficacéité met en balance les résultats par rapport aux objectifs.

L'ANDEM (devenue l'ANAES) distingue cinq types d'évaluation :

- l'évaluation normative est une appréciation par rapport à un référentiel préétabli ;
- l'évaluation sommative s'intéresse surtout aux résultats de l'action sur la population en fonction des objectifs ;
- l'évaluation comparative a pour objectif une comparaison entre deux actions dans l'espace et/ou dans le temps ;
- l'évaluation analytique porte sur les processus utilisés, c'est-à-dire les éléments facilitateurs et les freins ;
- l'évaluation dynamique, semblable à la régulation, consiste à modifier l'action en cours au fur et à mesure de sa mise en œuvre.

Pour être complète, l'évaluation doit combiner peu ou prou toutes ces modalités, elle doit en tout cas être rigoureuse, quantitative, et qualitative. Elle devra aussi s'exercer à plusieurs niveaux et moments, à travers tous les objectifs :

- les CLIC
- l'AGLS
- les schémas gérontologiques
- la démarche qualité dans le cadre des conventions tripartites
- les services de maintien à domicile
- les PRAPS
- le SROS

L'évaluation peut être assortie d'inspections dans les secteurs où les agents des DRASS et DDASS ont compétence grâce la Mission Régionale et Interdépartementale d'Inspection, de contrôle et d'Evaluation (MRIICE) et du programme d'inspections. L'inspection consiste en des investigations sur place selon diverses modalités.

CONCLUSION

La réflexion de ce mémoire a porté sur la prise en compte du vieillissement des immigrés isolés en région PACA, à travers l'exemple des Bouches-du-Rhône.

Si la problématique semble de prime abord circonscrite et restreinte, elle s'est révélée extrêmement complexe par la multiplicité des acteurs réels ou potentiellement concernés.

Elle revêt également des dimensions multiples, variées : financière, juridique, psychologique, historique, politique, humaine tout simplement dans un domaine très sensible. Ces aspects n'ont pas été aisés à appréhender ni dans leur analyse ni dans leur nécessaire articulation, pour parvenir à des propositions qui soient opérationnelles. Beaucoup de points mériteraient sans doute des approfondissements.

L'analyse des réponses locales montre que celles-ci sont encore à bien des égards limitées, reflétant sans doute une identification encore insuffisante de la thématique.

Toutefois, il semblerait qu'à plusieurs niveaux il y ait sinon une volonté réelle du moins une préoccupation et des efforts pour mieux cerner la question et pour une meilleure prise en compte.

Les signes encourageants tiennent tant à la sensibilisation des acteurs locaux qu'à l'attention accordée à ce problème au niveau national.

Par ailleurs, l'analyse menée nous porte à croire que des solutions de droit commun existent pour peu que l'on pousse la réflexion à un niveau de faisabilité sans parti pris ni présupposés d'aucune sorte.

Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas d'imposer un modèle unique de prise en charge. En effet, celle-ci doit être non seulement adaptée aux différents projets de vie, mais elle doit aussi pouvoir être perfectible, en fonction de l'évolution des besoins de chacun.

Le principe général d'individualisation de la prise en charge des personnes âgées est tout à fait approprié au public concerné, même si des aménagements doivent être apportés selon un mode collectif compte tenu de la similitude des parcours.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Art. L232-13 et L312-15 du CASF relatifs aux centres locaux d'information et de coordination
- Art.L441-1s, L342-1s et L443-2s relatifs à l'accueil familial
- Loi n°98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour en France et au droit d'asile, JO 12 mai 1998
- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002
- Décrets n°94-1128 et n°94-1129 du 23 décembre 1994, portant création des résidences sociales, modifiant l'art. L351-55 du Livre III du Code de la Construction et de l'Habitat JO 27 décembre 1994
- Circulaire n°98-65 du 18 juin 1998 relative à la mise en œuvre de l'art. 1^{er} de la Convention du 14 mai 1997 entre l'Etat et l'UESL concernant le Plan Quinquennal de traitement des foyers de travailleurs migrants (BOMES 2000/22)
- Circulaire DSS/DARI/ n°98-678 du 17 novembre 1998 relative à la mise en œuvre du principe d'égalité de traitement entre Français et étrangers pour l'attribution et le service des prestations non contributives
- Circulaire DPM/DM2-3/2000/114, NOR/INT/D/00/0048/C du 1^{er} mars 2000 relative au regroupement familial
- Circulaire DGAS/PLA/DPM/2000/452 du 31 août 2000 relative à la gestion locative sociale des résidences sociales (BOMES 2000)
- Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC)
- Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/n°2002/157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique

- Circulaire DHOS/DGS n° 2002-215 du 12 avril 2002 relative à l'éducation thérapeutique au sein des établissements de santé : appel à projets sur l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires

Documents, rapports :

- ALOTRA : La population immigrée vieillissante de la résidence sociale VIALA ANJOU et les réponses et propositions apportées par ALOTRA, juin 2002, 8 p.
- ALOTRA : Projet PRAPS "Espace Aînés ALOTRA : écoute, orientation, accompagnement vers les soins et lutte contre l'isolement en faveur des anciens travailleurs migrants", 2002
- CCAS de la Ville de Marseille : Accès aux services publics pour les personnes âgées immigrées du Centre de ville de Marseille », 2001
- CUQ H. : Devenir et transformation des foyers de travailleurs immigrés, Mission d'étude et propositions sur les foyers de travailleurs migrants, Imprimerie Nationale, Paris, 1996, 80 p.
- DESRUMAUX G. : L'accès aux droits sociaux des étrangers vieillissants, UNAFO, février 2002
- FAS : Note relative aux règles de financement des FTM pour l'exercice 2002
- GUINCHARD-KUNSTLER P. : Vieillir en France : pour une prise en charge plus juste et solidaire des personnes âgées en perte d'autonomie. Rapport à Monsieur le Premier ministre, 1999
- Haut Comité de la Santé publique : La progression de la précarité en France et ses effets sur la précarité, ENSP, 1998, 349 p.
- ICARES : Expérimentation d'un dispositif de maintien à domicile des résidents âgés, Synthèse du rapport final, avril 2001
- ICARES : Recensement dynamique des actions concernant les vieux immigrés en PACA, Etude financée par le FAS, Délégation régionale PACA, février 2002

- INSEE-Ministère de l'emploi et de la solidarité : Population immigrée, population étrangère, (mars 1999, recensement de la population, exploitation complémentaire, 2002, 230 p.
- Observatoire Haut-Rhinois de l'Action sociale, Conseil Général du Haut-Rhin : Le vieillissement des personnes immigrées dans le Haut-Rhin, avril 2001
- Observatoire Régional des foyers : Les foyers de travailleurs immigrés en Provence-Alpes-Côte-d'Azur, octobre 2000
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (le PRAPS) en région PACA, juillet 2000, 56 p.
- SONACOTRA, Direction Générale Sud-Est : Développement d'un dispositif d'aide au maintien à domicile d'un public précarisé, mars 2001

Ouvrages, actes de colloques, mémoires

- BORGETTO M., LAFORE R. La république sociale, Paris, PUF,
- BRUN Stéphanie La prise en compte des travailleurs migrants vieillissants dans les résidences sociales du Rhône- Evaluations et préconisations, Mémoire de IASS, ENSP, 2001
- SAYAD A. : L'immigration ou les paradoxes de l'altérité, Bruxelles, De Boeck-Wesnael, Collection l'homme l'étranger, 1991

Revue et articles

- AGGOUR A. Exil et retour d'exil, Hommes et Migrations, mars-avril 2002
- BERNARDOT M. Le logement en foyer, facteur d'exclusion ? Migrations Sociétés, Vol.13, n°75-76, mai-août 2001, pp.133-138
- CADEAU C. Les CAF face au statut des étrangers, l'égalité de traitement et ses conditions" in Informations Sociales, Droit des étrangers, n°78, 1999, pp.88-99
- Ecart d'identité, n°94, hiver 200/2001 : Du foyer de travailleurs migrants à la résidence sociale : quelles mutations ?

- Echanges Santé Social :Personnes âgées, une politique en mouvement, n°99, septembre 2000
- Echanges Santé Social : L'intégration, n°84, 1996
- ENNUYER B. L'objet "personne âgée" in Etre vieux, la négation de l'échange, Collection Mutations n°124, Autrement, Paris, 1991, pp.14-28
- Hommes Migrations : Santé : Le traitement de la différence, n°1225, mai juin 2000
- LEQUET D. Etendue de la couverture maladie selon la nationalité, Echanges Santé Social, n°84, 1996, p.41
- Migrations Etudes : Les trajectoires résidentielles et l'intégration d'immigrés sortant de foyers, n° 52,mai 1997
- Migrations Etudes : les discriminations dans l'accès aux soins, mars avril 2002, n° 106
- Migrations Santé : La retraite dans la trajectoire migratoire, n°99/1999
- MOHAËR F. Personne âgée, personne démente et société, ANIRESPA, Données de formation, 1999
- Plein Droit Une vieillesse illégitime, GISTI, juillet 1998, n°39, 62 p.

Colloques, ouvrages :

- Association de juristes pour le respect des droits fondamentaux des immigrés : Le droit et les immigrés, EDISUD, 1983
- FAS, Mouvement La Flamboyance Vieillesse et immigration, Aix-en-Provence, mai 1999
- Institut de Gérontologie Sociale- Lieux Dits Les vieux des banlieues, de la prise en compte des personnes vieillissantes par la Politique de la Ville, Marseille, septembre 2000
- LOUISE F. : Un foyer de travailleurs migrants à l'épreuve du vieillissement de ses résidents : élaborer des réponses adaptées, Mémoire CAFDES, ENSP, 2001, 78 p.
- MEKKI A. : Stratégies de création et de direction d'un centre de ressources lié au vieillissement des populations immigrées, Mémoire CAFDES, ENSP, 2001, 82 p.
- Migrations, Santé Rhône-Alpes : Vieillir et mourir en exil, Immigration maghrébine et vieillissement, Presses Universitaires de Lyon, 1993
- SAUTREUIL L. L'accompagnement des migrants vieillissants dans un foyer d'hébergement : une priorité, Mémoire CAFDES, ENSP, 1999, 81 p.
- UNAFO : Le vieillissement des résidents dans les foyers de travailleurs migrants; Constats et propositions, Paris, 1996, 54 p.
- UNAFO : La politique de vieillesse en France et son adaptation au travailleurs immigrés âgés, 25-26 septembre 2001
- UNAFO : Actions Habitat : Dossier AGLS : la reconnaissance de notre vocation sociale"



Liste des annexes (non publiées)

1. Trame d'entretien avec les résidants
2. Trame d'entretien avec les gestionnaires de foyers
3. Trame d'entretien avec les gestionnaires de maison de retraite
4. Trame d'entretien avec les Coordinations de réseaux gérontologiques