

ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE

CAFDES – 2001

ARAFDES – LYON

**UN FOYER DE TRAVAILLEURS MIGRANTS A
L'EPREUVE DU VIEILLISSEMENT DE SES RESIDENTS :
ELABORER DES REPONSES ADAPTEES**

LOUISE Florent

INTRODUCTION3

PREMIERE PARTIE

LE FOYER DE L'ODTI: DE L'ACCUEIL PROVISOIRE DE TRAVAILLEURS IMMIGRES A L'ACCUEIL D'IMMIGRES VIEILLISSANTS5

1-1 La création des FTM comme réponse au logement des travailleurs immigrés5

1-2 L'immigration maghrébine en Isère et la création du foyer de l'O.D.T.I.....7

1-3 Le foyer de l'O.D.T.I.8

 1-3-1 Le projet initial8

 1-3-2 La population initiale et son évolution.....10

 1-3-3 La population actuelle13

1-4 Quelle prise en compte des immigrés vieillissants dans les cadres politique et institutionnel actuels des FTM ?15

DEUXIEME PARTIE

LE RESIDENT IMMIGRE VIEILLISSANT : CONSEQUENCES AU NIVEAU DE LA GESTION DU FOYER.....21

2-1 De l'immigré vieillissant aux caractéristiques du résident vieillissant du foyer.....21

 2-1-1 L'immigré vieillissant un objet sociologique à part entière ?21

 2-1-2 Le vieillissement de la population étrangère, l'émergence d'une spécificité de l'immigré vieillissant en FTM22

 2-1-3 Quelques éléments caractéristiques des résidents du foyer ou l'accumulation d'un certain nombre de facteurs pouvant entraîner un mauvais vieillissement23

 2-1-4 Typologie des résidents du foyer.....31

2-2 Les conséquences du vieillissement des résidents au niveau de la gestion du foyer.....34

 2-2-1 Au niveau des résidents34

 2-2-2 Au niveau du projet d'accompagnement des résidents38

TROISIEME PARTIE

ELABORATION DE REPONSES ADAPTEES

3-1 Le vieillissement des résidents : des interrogations multiples.....	45
3-2 Information, sensibilisation des acteurs locaux et implication dans les instances locales	47
3-2-1 La production, le partage de nos connaissances et de nos questionnements.....	47
3-2-2 Participation à des groupes de travail avec le CCAS de Grenoble	48
3-2-3 Participation à l'élaboration du schéma gérontologique départemental.....	48
3-3 Les lieux d'échange sur l'accompagnement des résidents vieillissants	51
3-3-1 Le Groupe de Recherche et d'Action sur le Vieillissement des Étrangers	51
3-3-2 La commission « Immigrés vieillissants » du quartier.....	52
3-4 Information et implication des résidents dans la réflexion sur l'accompagnement de leur vieillissement	54
3-5 Le renforcement des compétences de l'équipe sur l'accompagnement des résidents vieillissants.....	55
3-6 L'expérimentation de différents modes de réponse basés sur la notion de maintien à domicile.....	57
3-6-1 Le maintien à domicile dans le cadre du foyer : une gageure ?.....	57
3-6-2 L'intervention des services d'aide à domicile	58
3-6-3 L'expérience « Terray » ou l'expérimentation d'un habitat semi-collectif adapté pour favoriser le maintien à domicile d'immigrés isolés vieillissants.....	60
3-6-4 L'expérimentation des limites du maintien à domicile en l'absence d'autre réseau de soutien.....	64
3-6-5 L'orientation de résidents dans des structures et établissement pour personnes âgées...	65
3-7 Les orientations à plus long terme.....	67
3-7-1 Un choix politique de maintien à domicile.....	67
3-7-2 Vers la création d'un lieu de vie ?	69
3-7-3 Un projet pour accueillir les personnes dans le va et vient	74

CONCLUSION	77
-------------------------	-----------

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

LEXIQUE DES SIGLES UTILISES

A.A.H.: Allocation Adulte Handicapée

A.D.A.T.E.: Association Départementale d'Aide aux Travailleurs Etrangers

A.G.G.I.R. : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

A.L.T.: Aide au Logement Temporaire

A.N.P.E.E.C. : Agence Nationale pour la Participation des Employeurs à l'Effort de Construction

A.P.L. : Aide Personnalisée au Logement

C.A.F.: Caisse d'Allocations Familiales

C.C.A.S.: Centre Communal d'Action Sociale

C.I.L.P.I.: Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrés

C.N.L.I. : Commission Nationale pour le Logement des Immigrés

C.P.A.M.: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

C.R.A.M.: Caisse Régionale d'Assurance Maladie

D.R.A.S.S. : Direction Régionale d'Action Sanitaire et Sociale

D.D.E.: Direction Départementale de l'Equipement

D.O.C.O.: Domicile Collectif

F.A.S.: Fonds d'Action Sociale pour les travailleurs immigrés et leurs familles

F.T.M.: Foyer de Travailleurs Migrants

G.I.S.T.I. : Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés

G.R.A.V.E.: Groupe de recherche et d'Action sur le Vieillissement des Etrangers

L.I.C.R.A.: Ligue Contre le Racisme et l'Antisémitisme

O.D.T.I : Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés

P.S.D.: Prestation Spécifique Dépendance

R.M.I. : Revenu Minimum d'Insertion

S.O.N.A.C.O.T.R.A.: SOciété NAtionale de COnstruction de logements pour les TRAvailleurs

S.O.N.A.C.O.T.R.A.L. : SOciété NAtionale de COnstruction de logements pour les TRAvailleurs ALgériens

S.S.A.E.: Service Social d'Aide aux Emigrants

«...C'est là le crime de notre société. Sa « politique de la vieillesse » est scandaleuse. Mais plus scandaleux encore est le traitement qu'elle inflige à la majorité des hommes au temps de leur jeunesse et de leur maturité. Elle préfabrique la condition mutilée et misérable qui est leur lot dans leur dernier âge. C'est par sa faute que la déchéance sénile commence prématurément, qu'elle est rapide, physiquement douloureuse, moralement affreuse parce qu'ils l'abordent les mains vides ; des individus exploités, aliénés, quand leur force les quittent, deviennent fatalement des « rebuts », des « déchets ».

C'est pourquoi tous les remèdes qu'on propose pour pallier la détresse des vieillards sont si dérisoires : aucun d'eux ne saurait réparer la systématique destruction dont des hommes ont été victimes pendant toute leur existence. Même si on les soigne, on ne leur rendra pas la santé. Si on leur bâtit des résidences décentes, on ne leur inventera pas la culture, les intérêts, les responsabilités qui donneraient un sens à leur vie. Je ne dis pas qu'il soit tout à fait vain d'améliorer au présent, leur condition ; mais cela n'apporte aucune solution au véritable problème du dernier âge : Que devrait être une société pour que dans sa vieillesse un homme demeure un homme ?

La réponse est simple : il faudrait qu'il ait toujours été traité comme un homme... ».

Simone de BEAUVOIR¹

¹ Simone de BEAUVOIR, La vieillesse 2, Idées/Gallimard, 1970, p 398

INTRODUCTION

Après la Seconde Guerre Mondiale, la France est confrontée à des besoins importants de reconstruction et de développement alors qu'elle accuse une baisse considérable de sa population active. Ces éléments entraînent un important besoin de main d'œuvre auquel la France va répondre par une forte immigration étrangère. C'est dans ce contexte qu'arrivèrent massivement, à partir des années 50, en France mais aussi sur le département de l'Isère les travailleurs immigrés maghrébins et plus particulièrement algériens.

La venue de ces travailleurs immigrés est alors envisagée comme provisoire tant par les immigrés eux mêmes que par la société française. L'ensemble de ces éléments explique en partie les modes de réponse développés par la France qui prend tardivement en compte leurs conditions déplorables de logement en créant des Foyers de Travailleurs Migrants (F.T.M.) dont la fonction est d'héberger provisoirement et accessoirement de mettre à part et de contrôler cette main d'œuvre.

L'Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés (ODTI) voit le jour en 1970, dans un contexte local d'une forte immigration de travailleurs immigrés maghrébins confrontés à de déplorables conditions de travail, de logement, d'accès aux droits sociaux. C'est dans les années 75 que le foyer géré par l'ODTI est créé pour répondre au problème de relogement de travailleurs immigrés qui vivaient dans des conditions de logement insalubre.

Vingt cinq années plus tard, force est de constater que les résidents du foyer sont constitués exclusivement d'immigrés vieillissants dont une partie est là depuis la création du foyer.

C'est à partir de ma place de directeur de ce F.T.M depuis 6 ans, que j'aborderai les différentes questions que nous pose le vieillissement des résidents du foyer: Comment prendre en compte le vieillissement des résidents dans le cadre du foyer? Quelles sont leurs caractéristiques? Quelles représentations ont-ils et comment vivent-ils leur vieillissement? Quelles sont leurs attentes? A quelles conditions et comment peuvent-ils avoir accès aux différents services de maintien et soins à domicile? Faut-il adapter ces modes de réponses pour qu'ils soient acceptés par ces personnes? Les services et établissements pour personnes âgées sont-ils prêts et à même à accueillir cette population? Comment cette problématique est-elle intégrée dans le cadre de la politique gérontologique locale? Y a t'il nécessité ou non d'élaborer des projets spécifiques pour ce public? Comment prendre en compte dans le foyer, les conséquences liées à leur vieillissement? Y a t'il nécessité ou non d'adapter le foyer et de redéfinir le projet d'accompagnement des résidents vieillissants pour permettre leur maintien

à domicile ? Comment prendre en compte la question des résidents dans « le va et vient » entre le foyer et leur pays d'origine ?

Pour appréhender pleinement la singularité voire l'étrangeté de la problématique qui nous est posée aujourd'hui, il me paraît nécessaire d'opérer au préalable un bref rappel de la politique d'immigration en France à partir des années 45, de présenter le cadre national de création des FTM ainsi que le projet initial du foyer géré par l'ODTI. Il est aussi important de saisir les évolutions qu'ont traversé les résidents à travers leur parcours d'émigré, d'immigré, de travailleurs immigrés et aujourd'hui d'immigrés inactifs et vieillissants. Ceci permet de mieux comprendre pourquoi ces personnes âgées vieillissent aujourd'hui en France et dans le foyer ou dans « le va et vient » avec le pays d'origine. Leur vieillissement s'est produit à l'insu de tous. Ceci se traduit par la très tardive prise en compte de ce phénomène dans les FTM ainsi que par le peu de moyens mobilisés en terme d'accompagnement médico-social des résidents vieillissants.

Ma réflexion générale porte sur la question de l'élaboration de réponses adaptées au vieillissement des résidents. Celle-ci m'amène à m'interroger sur les éléments caractérisant leur vieillissement, sur la compréhension de leur mode de vieillissement et à mettre en valeur les conséquences que cela entraîne dans la gestion du foyer. Celles-ci se retrouvent au niveau de la manière dont ils investissent le foyer, pose la question de l'inadaptation des locaux et de la nécessaire évolution du projet d'accompagnement des résidents.

Cette problématique complexe met en jeu un ensemble d'acteurs incluant en premier lieu les résidents, mais aussi l'ODTI ainsi que différentes institutions et associations issues de domaines distincts tels que l'immigration et la gérontologie. Leur mode de vieillissement pose la question de la reconnaissance d'une ou plusieurs particularités liées à leur vieillissement. Comment dans un tel contexte et en fonction de nos objectifs permettre que s'élaborent des réponses prenant au mieux en compte l'accompagnement de cette population dans les différents aspects de son vieillissement pour qu'elle puisse vieillir dignement avec ses singularités ? Les orientations et réponses présentées dans cette partie sont élaborées à partir de la connaissance du public que nous accueillons et de la prise en compte de l'environnement du foyer. Certains projets sont déjà engagés, d'autres propositions demanderont à ce que les résidents, les partenaires principalement institutionnels mais aussi associatifs se positionnent sur leur participation à leur élaboration.

PREMIERE PARTIE

LE FOYER DE L'ODTI : DE L'ACCUEIL PROVISOIRE DE TRAVAILLEURS IMMIGRES A L'ACCUEIL D'IMMIGRES VIEILLISSANTS

La création de l'association ODTI en 1970 et la construction du foyer en 1975 s'inscrivent dans le contexte historique de l'immigration française depuis les années 45 et des difficiles conditions de logement auxquelles les travailleurs immigrés étaient confrontés. La création du foyer de l'ODTI se distinguait alors des autres FTM par son projet vis à vis de ses résidents. Pourtant après 25 années d'existence, le foyer de l'ODTI est confronté, comme l'ensemble des FTM à la question très prégnante du vieillissement de ses résidents. Les nouvelles orientations politiques prises vis à vis des FTM définissent un nouveau cadre pour favoriser la prise en charge de cette problématique.

1-1 La création des FTM comme réponse au logement des travailleurs immigrés

Dans le contexte de reconstruction qui suit la fin de la Seconde Guerre Mondiale, la principale difficulté des employeurs porte alors sur le manque de personnel. C'est dans ce contexte de pénurie de main d'œuvre française que le gouvernement va pour la première fois organiser, à travers l'ordonnance d'avril 1945, une immigration de masse, tenter de reprendre le monopole du contrôle et du recrutement de la main d'œuvre étrangère. Les hommes maghrébins isolés, principalement algériens, qui vont venir massivement en France pour travailler vont prendre une place spécifique, celle du « travailleur immigré ». Ce n'est que par la suite, face aux conditions déplorables de logement de ces travailleurs immigrés (habitat insalubre, taudis, garnis, etc.) que l'Etat va impulser tardivement la mise en place de réponses spécifiques, en terme de logement des travailleurs immigrés, symbolisées par les FTM.

Le concept de FTM s'officialise avec l'implication financière de l'état dans la création de la SONACOTRAL en 1956 qui va devenir par la suite, la SONACOTRA. Celle-ci devait répondre, à travers la gestion des FTM, à « trois logiques différentes sinon concurrentielles : logique de contrôle visant à «garantir l'ordre public et social» ; logique de solidarité au service d'une population en mal d'habitat ; logique d'aménagement du territoire ; Il faudrait sans doute ajouter une quatrième donne : celle du contrôle des flux migratoires des populations immigrées jugées peu assimilables ».²

La spécificité de cette formule d'habitat développée par la politique du logement des immigrés se traduit d'après J. Barou³ de différentes manières :

² Fievet M., *Le livre blanc des travailleurs immigrés des foyers- du non droit au droit*, CIEMI-L'Harmattan, 1999, p 34

³ Barou J., « Entre spécificité et droit commun: la prise en compte des besoins de logement des immigrés dans les politiques de l'habitat », in *Ecarts d'identité*, Mars 1997, n°80, p 2-5

- les FTM devaient avoir un caractère provisoire, les populations accueillies étant elles mêmes supposées ne rester en France que de façon provisoire
- les foyers sont conçus selon des normes particulières en terme de surface, d'éléments de confort et de services
- les occupants ont un statut de «résident » et non de locataire
- des animations sont proposées à domicile par des professionnels rétribués. « Une telle bienveillance (...) s'explique par la volonté de maintenir à l'écart cette population dont on pense qu'elle ne peut cohabiter de trop près avec les ménages français. »
- le logement des immigrés a ses propres financements. En financement complémentaire à la construction et à la gestion, c'est le FAS qui est sollicité.

L'ensemble de ces éléments contribue par lui-même à mettre à l'écart cette population immigrée du fait de la mise en place d'une politique de logement s'appuyant sur des réponses spécifiques. Celle-ci n'a pas facilité la prise en compte par les organismes de logement de «droit commun » des besoins des immigrés dans les programmes qu'ils réaliseront.

Le modèle développé par la SONACOTRA va être reproduit par différentes associations gestionnaires de foyer. Entre 1960 et 1975, ce sont plusieurs centaines d'établissement qui sont ainsi construits répondant toujours à une nécessité réelle de logement pour ce public.⁴

Comment cette question du logement des travailleurs immigrés plus particulièrement algériens a-t-elle été appréhendée dans le contexte grenoblois, à partir des années 45 ? Quels éléments ont donc conduit à la création du foyer géré par l'ODTI

1-2 L'immigration maghrébine en Isère et la création du foyer de l'ODTI

C'est à partir des années 45-50 que l'immigration maghrébine se développe réellement sur l'Isère et plus particulièrement sur Grenoble. Face à l'arrivée massive de travailleurs immigrés et à la pénurie de logement, la Préfecture mobilise deux anciennes casernes

⁴ « Dans les années 1965-1970, malgré toutes les campagnes de presse et d'opinion, globalement la situation des immigrés vivant en famille ou non reste dramatique (...). En 1971, le nombre de « lits » en foyers, à l'exclusion de ceux des petites entreprises ou des chantiers est de 111 000, alors que les travailleurs maghrébins sont à eux seuls 600 000 et que l'on compte 240 000 immigrés isolés; d'où suroccupation des foyers et longue attente pour l'obtention d'un « lit ». Les autres qui ne vivent pas dans un foyer, ne sont pas à meilleure enseigne. Beaucoup restent dans des baraquements improvisés ou des bidonvilles, et ce jusqu'à leur démolition ; d'autres vivent dans les hôtels meublés... » Fievet M., Op.cit., p 60

désaffectées pour loger cette main d'œuvre, la caserne Bizanet (400 personnes) et la Poudrière (80 personnes), situées sur le quartier « Notre Dame ». La caserne Bizanet est détruite en 1957 dans le cadre d'opérations immobilières engagées par la ville de Grenoble. Deux foyers sont alors ouverts dans la proche banlieue grenobloise sur des terrains alors excentrés. En 1967, ce sont environ 500 travailleurs algériens qui sont logés en foyer pour 7000 encore mal logés.

Du milieu des années 60 au début des années 70, la ville de Grenoble est en plein essor économique, la tenue des jeux olympiques en 1968, en est une des images symboliques. C'est aussi la période de désengagement des entreprises du logement des travailleurs immigrés.⁵ Ceux-ci s'organisent pour dénoncer leurs déplorables conditions d'accueil, de travail et de logement soutenus par les associations et les organisations syndicales.

Face à cette situation, des élus grenoblois, des immigrés ainsi que des municipalités communistes de la périphérie grenobloise sollicitent la SONACOTRA, qui présentait alors une image de confort et d'hygiène, pour qu'elle construise trois foyers sur l'agglomération grenobloise. Ce sont près de 1000 lits qui sont créés fin 1967. Toutefois, malgré ces nouvelles réponses, les conditions de vie de l'ensemble des travailleurs immigrés restent très difficiles.

C'est dans ce contexte qu'est créée en 1970 l'ODTI, à l'initiative conjointe de la municipalité grenobloise, d'associations locales représentant les différentes immigrations existantes dans l'agglomération, d'associations caritatives, de syndicats et de représentants d'immigrés (bien que ceux-ci n'aient pas le droit d'association). Le but de l'ODTI est de « faciliter par tous les moyens le développement dans la région dauphinoise des actions tendant à assurer l'égalité des travailleurs immigrés avec les travailleurs français »⁶. L'ODTI développe des services à destination des immigrés tel que l'accueil, l'interprétariat, le conseil juridique et le logement.

Les difficultés persistantes du logement des immigrés dans le parc ancien insalubre et la réponse peu satisfaisante apportée par la SONACOTRA⁷ décident la municipalité grenobloise

⁵ « ...Lors de la construction de la Villeneuve (début des années 70) : la municipalité ayant interdit le logement type Algeco pour les travailleurs de ce chantier, proposa aux entreprises la possibilité de réserver des places dans les foyers Sonacotra de la région. Les entreprises ne voulurent pas répondre à cette invitation considérant que la question du logement incombait aux travailleurs eux-mêmes et qu'ils pouvaient s'arranger seuls en logeant dans le vieux centre... » GETUR, « Gestion institutionnelle de l'immigration- Evolution des formes institutionnelles de logement pour les immigrés célibatairisés, le cas de Grenoble 1946-1976 », juillet 1997, p 104

⁶ Article 4 des statuts de l'ODTI

⁷ Différentes raisons peuvent être évoquées. Le prix des FTM opère une sélection par le montant des revenus, la rigueur de leur gestion « policière » est dissuasive, leur implantation géographique excentrée, éloignée de tout transport ne convient pas aux attentes des immigrés.

« Et pourquoi vous avez quitté Fontaine pour habiter la Poudrière ? Non parce que tu vois, la-bas c'était serré. Ils ont marqué sur la porte même un cousin, un frère, un ami, il peut pas rentrer dedans. C'est comme la prison

à mettre en œuvre une politique volontariste pour améliorer les conditions de logement des immigrés. Elle souhaite pour cela agir sur la réhabilitation des quartiers anciens, définir une politique sur les garnis et rechercher de nouvelles formes de logement à destination de ce public. Ce sont de ces choix que vont naître différents types de réponses sur Grenoble pour le logement des immigrés. C'est sous la pression de la municipalité grenobloise que l'ODTI va être amené à s'inscrire dans la gestion de logement pour les immigrés. L'ODTI est ainsi défini en 1976 dans le programme pluri-annuel d'actions en faveur des immigrés de la ville de Grenoble comme « le support principal de l'intervention de la Ville dans le domaine du logement » et comme « l'un des principaux moyens de concrétisation des orientations du présent programme ».⁸

C'est dans ce cadre qu'est menée l'opération de rénovation-réhabilitation du quartier Très Cloîtres qui entraîne la disparition de la caserne de la Poudrière et donne naissance au foyer géré par l'ODTI dont nous verrons ci-après la spécificité.

1-3 Le foyer de l'ODTI

1-3-1 Le projet initial

Le foyer géré par l'ODTI a donc été construit en 1975 pour remplacer la caserne de la poudrière tout en maintenant le caractère de quartier populaire et de centralité algérienne du quartier très Cloîtres.

Il comprend 100 chambres du fait qu'il devait remplacer la poudrière (80 places) et pour pas devenir un lieu de vie impersonnel du fait d'un nombre trop important de personnes. Les chambres sont réparties sur quatre étages sans ascenseur, en appartements accueillant cinq ou dix personnes, pourvus d'équipements collectifs (une cuisine, un W-C à la turc et une douche). Les chambres sont individuelles à l'exception de six chambres accueillant deux personnes. La superficie d'une chambre pour une personne seule est d'environ 10 m² et comprend un lavabo privatif.

t'as un copain qui veut discuter avec toi, manger avec nous, alors la-bas c'est marqué sur la porte interdit, celui qui habite pas la-bas, il peut pas rentrer dedans, juste les gens qui l'habitent. J'ai trouvé ça va pas c'est obligé d'avoir des copains, des amis, on discute, on passe le temps. Après je retourne ici. » Entretien avec un résident actuel du foyer ayant habité le foyer SONACOTRA de Fontaine puis qui est revenu à la Poudrière avant d'intégrer définitivement le foyer de l'ODTI

⁸ L'ODTI a ainsi eu en gestion plusieurs foyers répartis sur le département, comprenant la gestion du foyer très cloîtres (100 lits), différents foyers de tailles plus modestes ainsi que des formules d'appartements dans le diffus.

Lors de sa conception, cet agencement architectural constituait une véritable amélioration par rapport aux normes de l'époque tant au niveau individuel (nombre de chambres et de personnes par appartement, surface des chambres plus importantes, confort) qu'au niveau des lieux d'animation plus nombreux, ce qui traduisait la volonté d'en faire un lieu de vie. A ce jour, le foyer n'a subi aucune transformation par rapport à sa conception initiale.

Depuis l'origine, l'ensemble des équipements du foyer (salle de télé, salle de prière, l'atelier) sont ouverts aux résidents comme aux habitants du quartier. L'implantation initiale de l'association ODTI dans le foyer traduisait l'approche de l'association de ne pas seulement se contenter de loger les personnes mais d'être attentif à leurs droits et à leur insertion. Le foyer était pensé comme une structure devant être intégrée au quartier mais aussi ouverte sur le quartier et la ville ce qui à l'époque était très novateur pour un FTM. L'ensemble de ces choix initiaux perdurent. Les différents services de l'association, les services généraux, le secteur juridique, le secteur culturel et le secteur logement sont répartis entre les locaux du foyer et la place attenante.

Il se joue un réel échange entre le foyer largement ouvert sur l'extérieur et ses résidents ce qui n'est pas sans générer depuis toujours des appréciations ambivalentes de la part des résidents. En effet, ceux-ci appréciaient le marché qui se tenait autrefois sur la placette devant le foyer mais beaucoup moins les désagréments qui en résultaient.⁹ De même, les cafés étaient reconnus comme utiles mais aussi comme sources d'ennuis, alors qu'aujourd'hui, ils ont retrouvé leur fonction de rencontre, particulièrement l'été .

L'ouverture du hall d'entrée et de la salle de télévision aux habitants du quartier sont aussi vécus de manière positive car ils permettent des rencontres mais aussi comme des facteurs dérangeants par la présence de personnes non résidentes dans le foyer.

Actuellement, le quartier évolue et perd progressivement ce caractère de centralité maghrébine avec la disparition des commerces traditionnels (cafés et épiceries)¹⁰ et l'investissement des espaces traditionnels de flânerie des résidents par des jeunes. Cette cohabitation n'est pas des plus faciles d'autant que le quartier est confronté avec certains

⁹ « Le marché de fripes et de bibeloterie rend trop présente cette économie de la misère à laquelle tentent d'échapper les habitants du foyer, et donne une image si peu flatteuse de l'immigration algérienne qu'une vague gêne se manifeste dans le foyer à son propos ainsi que la volonté de s'en démarquer. » GETUR ; Op.cit., p 192

¹⁰ « *Le quartier vous y êtes attaché ?* Oui, les commerçants, les bistrotts, les italiens qui l'a une épicerie, je connais même la date de naissance de la dame. *Qu'est-ce qui a changé ?* Avant y'avait beaucoup de monde mais y'avait pas de logement. Depuis 67 j'ai pas quitté le quartier. Comme la quartier la, ils sont plein de cafés, de

jeunes à des problèmes de délinquance. Ceci fait naître un sentiment d'insécurité et permet aux résidents, au-delà des réelles difficultés que cela peut poser, de justifier l'idée de n'avoir fait venir leur famille en France.¹¹

1-3-2 La population initiale et son évolution

Les premiers résidents du foyer sont originaires, comme beaucoup d'immigrés algériens venus sur Grenoble dans les années 50-60, principalement des régions montagneuses du nord constantinois. Ils font partie de cette génération d'hommes maghrébins, souvent célibataires lors de leur venue en France, qui ont émigré de leurs terres natales pour des raisons économiques et individuelles. Pour beaucoup de ces hommes comme l'explique A.Sayad,¹² le fait d'émigrer correspond à l'espoir d'échapper à leur condition de fellah, de paysan pauvre à laquelle ils étaient destinés. Il s'agit aussi d'un choix individuel qui offre une possibilité de s'émanciper des contraintes de son environnement, qui constitue un acte de rupture avec les valeurs communautaires qui étaient de règle dans leur société paysanne.

Ils arrivent à Grenoble comme immigré dans un milieu urbain. Il s'agit d'un véritable déracinement auquel s'ajoutent pour la plupart des conditions déplorables de logement, parfois de travail, l'absence de connaissance de la langue, des modes de vie et des institutions françaises ainsi que l'isolement. C'est aussi immédiatement la découverte de l'importance des différents papiers, dont les papiers d'identité, qui les (pour)suivront toute leur vie. Pour faire face à cette épreuve, à cet isolement, les immigrés maghrébins grenoblois ont investi certains quartiers dont le quartier Très Cloîtres, montant des commerces, des cafés et développant différentes activités qui leur permettaient de maintenir un lien avec leur communauté d'origine.¹³

boucheries d'épicerie et puis y a plus rien d'ancien, tous ils ont démoli, y a un café une épicerie, ça c'est l'ancien. » Entretien avec un résident du foyer

¹¹ « Par rapport à votre famille est-ce qu'à un moment vous avez souhaité la faire venir ? Ah, une fois oui. Tu sais, j'ai pensé la ramener ici, mais comme j'ai des enfants petits, j'ai refusé. Parce que je vois les jeunes ici ils ont grandi, ils deviennent des sauvages, j'ai dit faut les laisser la-bas, c'est mieux. » Entretien avec un résident du foyer

¹² Sayad A., « Les trois âges de l'immigration », in *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, SEUIL, Collection Liber, 1999, p 59

¹³ Pour l'école de sociologues de Chicago, « l'assimilation dans la société d'accueil ne signifie pas nécessairement que les groupes d'immigrés renoncent à leurs traits culturels ou ethniques. Au contraire, dans l'étape de « réorganisation » qui suit l'expérience déstabilisante de l'immigration, les références communautaires d'origine et les liens communautaires peuvent faciliter l'adaptation du groupe à la société d'accueil. » Cohen J.P., « Intégration : Théories, politiques et logiques d'état », in *Immigration et Intégration, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1999, p 39

Leur identité se construit entre leur statut d'émigré et d'immigré. De cette double identité « d'émigré-immigré » découle l'élaboration d'une « culture de l'entre deux »¹⁴ qui joue une fonction transitionnelle pour permettre le passage d'un statut à l'autre, d'un monde à l'autre sans se perdre.

D'immigrés, ils acquièrent presque immédiatement le statut de travailleur immigré. Ils s'inscrivent dans un projet d'une émigration provisoire dont la finalité sera le retour au pays d'origine avec suffisamment de ressources pour faire vivre leurs familles, pour être reconnus. Ils sont dans une logique d'accumulation de ressources pour réaliser au plus vite ce projet de retour et sont d'une manière générale peu regardant sur leurs conditions de travail et de logement. Ils vont exercer majoritairement des emplois non qualifiés, principalement dans les secteurs du bâtiment et des travaux publics, de la chimie, du textile, des papeteries, des barrages. J.Barou¹⁵ note « qu'il s'agit soit d'activités en déclin comme le textile, soit d'activités dans lesquelles les conditions de travail sont pénibles, insalubres, ou à risques comme la chimie ». Ceux-ci n'existent qu'à travers leur force de travail mobilisable tant que le besoin s'en fait sentir et qui constitue leur seul capital. Derrière le travailleur s'efface l'immigré et plus encore l'homme. Ceci justifie le fait qu'en dehors du travail, il n'ait plus d'existence dans notre société. Comme le dit A.Sayad,¹⁶ « c'est le travail qui fait «naître» l'immigré, qui le fait être. C'est lui aussi quand il vient à cesser, qui fait « mourir » l'immigré, prononce sa négation ou le refoule dans le non être ».

Leur présence a été envisagée comme provisoire tant par eux-mêmes que par la société française que par leur pays d'origine. Tous ces protagonistes entretiennent cette illusion d'une immigration provisoire qui ne devrait entraîner aucun changement et qui permet à tous d'occulter les coûts que représente pour chacun d'entre eux ce processus d'émigration.¹⁷

¹⁴ Moreau A., « Culture de l'entre-deux et adaptation psychique des migrants », in *Immigration et intégration, l'état des savoirs*, Paris, La découverte, 1999, p 249.

L'émigré quitte son cadre culturel d'origine alors que l'immigré doit suffisamment préserver son identité d'origine en s'adaptant pour pouvoir investir son nouvel environnement qui lui est étranger, tout en veillant à ne pas se couper de ses origines. Cette culture de l'entre deux est constituée d'éléments des cultures d'origine et d'immigration et donne naissance à une réinterprétation continue d'éléments de la culture d'origine dans le contexte de l'immigration

¹⁵ Barou J., « Brève historique de l'immigration à Grenoble », in *Les actes du cycle de formation 1999- réalités de l'immigration à Grenoble-droits des étrangers*, Formation proposée par l'ADATE, l'ODTI, le S.S.A.E., p 13

¹⁶ Sayad A., *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1991, p 61

¹⁷ «...Parce qu'elle occulte les effets indirects et différés du phénomène migratoire (c'est à dire ses aspects souvent négatifs pour n'en retenir que les avantages immédiats), l'image de l'émigration comme « rotation » continue exerce un fort pouvoir de séduction : la société d'accueil a la conviction de pouvoir disposer éternellement de travailleurs (...) sans avoir pour autant à «payer» (ou fort peu) en problèmes sociaux; la société d'origine croit pouvoir se procurer de la sorte indéfiniment les ressources monétaires dont elle a besoin, sans qu'il résulte pour elle la moindre altération ; les émigrés sont persuadés de s'acquitter de leurs obligations

L'isolement avec la famille est supportable parce qu'il est pensé comme un sacrifice provisoire consenti pour pouvoir offrir à sa famille des perspectives meilleures. Cette séparation reste néanmoins douloureuse. Le lien est maintenu par l'envoi d'argent pour assurer la subsistance de sa famille et lors des retours au pays (pour quelques semaines ou encore pour une ou plusieurs années) avec la nécessité de revenir travailler en France.¹⁸ Ce fonctionnement dure tant que la période où trouver un travail est facile.

En 1974, le contexte économique change, c'est le début de la récession en ce qui concerne l'emploi et l'arrêt complet de l'immigration des travailleurs extra-communautaires non qualifiés. Le gouvernement se positionne clairement, à partir de 1978, en faveur d'un départ important d'immigrés, dans un premier temps par une aide au retour volontaire, puis par un retour contraint. Il est alors envisagé le retour de plusieurs centaines de milliers d'étrangers sélectionnés par nationalités et plus précisément des algériens qui focalisent toute l'attention des politiques.¹⁹ Cette orientation politique se traduira par un échec en terme de retours.

Parallèlement, l'immigration évolue. Les trajectoires se diversifient. D'une immigration d'hommes et de travail, l'immigration devient familiale.

Les résidents actuels du foyer n'ont donc pas souhaité ou pas pu réaliser le regroupement familial que l'adoption ultérieures de différentes mesures va rendre de plus en plus difficile pour les personnes à faibles ressources.

Cette population reste donc avec l'espoir d'un prochain retour au pays qui s'avère de plus en plus hypothétique. Au-delà d'un choix individuel, cette situation est aussi le résultat de la récession de l'emploi qui ne permet plus à ces travailleurs, souvent sans qualification ni maîtrise linguistique, d'accumuler un pécule suffisant pour envisager leur retour. Ce serait alors reconnaître l'échec de leur projet.

à l'égard de leur groupe (tout en étant séparés), de leur terre (tout en travaillant en usine) et de leur état de paysans (tout en se faisant ouvriers) sans avoir pour cela le sentiment de se renier... » Sayad A., « Les trois âges de l'immigration », in *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, Collection Liber, 1999, p 59

¹⁸ « *Et vous aviez de la famille, vous étiez marié ?* J'étais marié j'avais un enfant, il est né l'année 62 au mois octobre. Après j'ai resté la tu vois à l'usine, un an à travailler et après j'ai pris un congé, un mois je suis retourné et ma femme elle était pas content. Elle m'a dit, il faut rester ici. J'ai dit comment je reste ici y a pas de boulot, faut bien travailler, faut bien je gagne ma vie quand même. Je donne à manger, il est pas content. J'ai divorcé et puis je reste là jusqu'en 1969-70, j'ai pas retourné la-bas. Et quand je retourne la-bas et puis maintenant j'ai encore deux gosses et un fils. » Entretien avec un résident du foyer.

¹⁹ « ...La communauté algérienne a l'effectif le plus important des trois Etats du Maghreb. Elle constitue la communauté la plus revendicatrice à l'égard de l'ancienne puissance coloniale. Elle suscite en outre pour des raisons d'ordre historique et symbolique, les réactions les plus passionnelles de la part des opposants à la présence étrangère en France. L'Algérie à cette période souhaite disposer de cadres formés aux métiers du bâtiment, le retour peut donc présenter pour elle un intérêt économique... ». Weil P., *La France et ses étrangers ; l'aventure d'une politique de l'immigration : 1938-1991*, Paris, Folio ACTUEL, 1995, p 166

C'est cette illusion partagée du provisoire qui fait que l'on s'étonne aujourd'hui d'avoir à parler d'immigré inactif et d'immigré vieillissant, qui ont en commun de continuer de vivre en foyer hors le cadre du travail comme la plupart des résidents actuels.

1-3-3 La population actuelle

Une stabilité importante des résidents

Le foyer a perdu dès l'origine sa fonction d'accueil transitoire. L'enquête du GETUR de 1977 mentionne que le foyer se caractérise par la stabilité de ses résidents « lequel semble ainsi constituer pour eux davantage un lieu où l'on demeure qu'un hôtel où l'on passe et ne pas assurer la fonction de mobilité constitutive de la forme foyer ».²⁰

Actuellement 44 % des occupants sont présents depuis l'ouverture du foyer, 32 % depuis 5 à 10 années, 11 % depuis 2 à 5 années et seulement 13 % depuis moins de 2 ans. Les quelques chambres qui se sont libérées ces dernières années résultent de décès, de placements dans des structures spécialisées pour personnes âgées (démontes et long séjour), de sorties sur un logement banal, du départ volontaire de résidents ayant pu effectuer le regroupement familial et enfin d'une expulsion. Au total se sont 13 chambres qui se sont libérées. L'analyse des raisons amenant à libérer ces 13 chambres sur ces deux dernières années est intéressante car , elle montre que la moitié est directement liée à des décès ou à des placements en établissement spécialisés alors que l'autre moitié à l'exception d'une expulsion, résulte d'un choix opéré par les résidents pour quitter le foyer. A noter que le foyer n'avait pas connu de tel mouvement depuis de très nombreuses années.

Un âge élevé et une grande majorité d'algériens

Le foyer a accueilli dès son ouverture, une population nettement plus âgée que les autres foyers. « Ceci peut s'expliquer à la fois par l'héritage du foyer de la poudrière ou par la sélection des plus anciens occupants des garnis et appartements des vieux quartiers. Ce caractère a contribué dès l'origine à accentuer la fonction de demeure, voire de retraite, de ce foyer ».²¹ Celui-ci a gardé cette caractéristique ainsi que le fait qu'il accueille toujours une population exclusivement immigrée contrairement à d'autres FTM dont la population s'est diversifiée au fil du temps. Actuellement, 13% des résidents ont entre 52 et 55 ans ; 34% ont

²⁰ GETUR; Op.cit., p 177

²¹ GETUR; Op.cit., p 178

entre 56 et 65 ans ; 38% ont entre 66 et 70 ans ; 15 % ont plus de 70 ans dont une personne de 85 ans.

Compte tenu du faible taux de renouvellement des résidents, nous savons que notre moyenne d'âge sur le foyer à encore de fortes chances de croître et ce d'autant plus que les personnes, nous sollicitant pour des admissions ont un âge élevé aussi et toujours supérieur à 60 ans. Les personnes sont pour 95 d'entre elles de nationalité algérienne, 2 de nationalité tunisienne, 2 de nationalité marocaine et 1 de nationalité turque.

Des ressources faibles en lien avec leur passé de travailleur immigré qui concourent souvent à faire vivre la famille à charge au pays

Le niveau de ressource des résidents est peu élevé, 33% ont moins de 3000 F par mois, 55% ont entre 3000 et 5000 F et 12% ont entre 5000 F et 7000 F. Leurs ressources faibles s'expliquent par différents facteurs liés à leur mode de vie et de travail. Certains ont alterné durant leur vie active des périodes de travail en France avec des séjours de durées variables au pays²², d'autres ont eu des employeurs multiples, pour des périodes plus ou moins longues, ces employeurs n'ayant pas tous déclarés l'intégralité des temps travaillés.²³ Ceci fait qu'au moment de la reconstitution de leurs carrières, ils ont finalement peu de trimestres de cotisation à faire valoir quand encore ils n'ont pas égarés les justificatifs des certificats de travail ou les fiches de paye. Ceux-ci sont de moins en moins nombreux à arriver à l'âge de la retraite en ayant conservé leur emploi. Beaucoup d'entre eux arrivent à la retraite en étant préalablement en pré-retraite, au chômage de longue durée voire au R.M.I. Cet ensemble fait que globalement le montant de leur retraite est minime malgré le droit maintenant reconnu à l'allocation supplémentaire. A ceci s'ajoute le fait que nombres d'entre eux concourent encore à faire vivre leur famille restée au pays.²⁴ Ceci diminue d'autant leurs propres moyens de subsistance.

²² « Parce que quand j'arrive ici, des fois je travaille 6 mois, pas plus de six mois après je dis je m'en vais. Même des moments le patron il dit c'est pas possible. J'en ai rien à foutre, je m'en vais, c'est tout, je suis libre. Il faut que je rentre dans la famille, par exemple 15 jours, un mois, 6 mois. » Entretien avec un résident du foyer

²³ « Après, c'est toujours pareil, on s'entend pas avec le directeur, on fait pas la journée continue, on travaille 4 heures la nuit et 4 heures la journée, alors j'étais pas d'accord. Après un jour je suis pas allé travailler le dimanche, alors quand je suis allé le matin, il a dit bon et à ce moment là j'étais rembauché immédiatement. Je suis parti à 2 heures du matin j'ai fini. J'ai recommencé à 4 heures du matin. Et en 67 je suis monté à l'Alpes d'Huez, je suis resté la-bas jusqu'en 69. Je me suis engueulé, après je suis parti, j'ai fini le soir à 11 heures et le matin j'ai commencé la Vallée Blanche. Le patron, il est venu me chercher. Après, j'ai fini la saison je suis parti à côté de Saint Tropez, je sais pas combien d'années jusqu'en 62. A ce moment là j'ai décidé de m'installer. » Entretien avec un résident du foyer.

²⁴ Sur 42 résidents retraités rencontrés 40 ont de la famille au pays (tableau n°1), 23 ont des enfants à charge (tableau n°2) et 37 envoient de l'argent à la famille (tableau n°4). Annexe n°1

Les résidents du foyer ont vécu, au cours de ces 25 dernières années, tout un ensemble d'évolutions, alors que le projet du foyer de l'ODTI, comme celui de l'ensemble des FTM, n'a réellement commencé à évoluer tant au niveau du cadre institutionnel qu'au niveau de son projet d'accompagnement des résidents que depuis ces cinq dernières années.

1-4- Quelle prise en compte des immigrés vieillissants dans les cadres politique et institutionnel actuels des FTM ?

Ce n'est que depuis quelques années que les pouvoirs publics redécouvrent les FTM, parfois de manière polémique, du fait d'un certain nombre de difficultés concernant leur occupation, avec une forte présence d'immigrés âgés, leur insertion dans la ville et leur gestion.

Au niveau national, les FTM sont encore occupés pour trois quart par des immigrés maghrébins et africains dont certains y sont entrés dès leur création. Parmi les 140 000 personnes logées en foyer, 110 000 sont des étrangers actifs ou retraités. A l'horizon 2010 ce sont près de 60% des résidents qui auront dépassés la soixantaine.²⁵ Ces chiffres montrent de manière très claire que les FTM sont confrontés de manière très importante au vieillissement d'une partie non négligeable de leurs résidents.

En fait, il faut attendre la rédaction du rapport «Cuq»²⁶ en 1996 pour que les élus politiques s'intéressent à nouveau à l'existence des foyers. Ce rapport qui a été rédigé dans une période politique où le thème de l'immigration était plus que sensible, présente à partir de l'analyse de quelques foyers, une image très négative des FTM mais plus encore de leurs résidents qui sont catalogués comme menaçant entre autre l'ordre public et la santé publique. Pour Monsieur Cuq, le maintien du statut quo sur les foyers présente quatre séries de risques majeurs, autour de la sécurité des personnes et des biens, de l'ordre public et de la maîtrise de l'immigration, de la santé publique et sur un plan financier,²⁷ «que les pouvoirs publics ne peuvent, ne doivent pas ignorer tant leur impact est fort sur la cohésion nationale»

²⁵ Barou J., « Trajectoires résidentielles du bidonville au logement social », in *Immigration et Intégration, l'état des savoirs*, Paris, La Découverte, 1999, p 191

²⁶ Cuq H., « Mission parlementaire sur la situation et le devenir des FTM », Avril 1996, 80 p

²⁷ « Le premier risque se situe au niveau de la sécurité des personnes et des biens dans au moins une vingtaine de foyers, situés essentiellement en île de France. La conjonction de la suroccupation ahurissante, de l'utilisation abusive des équipements, de l'état de délabrement des locaux, peut conduire à tout moment à des incendies,

Ce rapport aborde la question du vieillissement des résidents maghrébins à partir du seul problème de dépendance et considère que « son ampleur paraît dérisoire » compte tenu « de la capacité d'accueil des maisons de retraite ». Il conclut par « en tout état de cause, la sortie des foyers actuels pour les résidents devenus dépendants n'est pas d'actualité ».²⁸

En réduisant le vieillissement des résidents à la seule notion de dépendance, ce rapport a négligé l'importance des questions auxquelles sont confrontés les gestionnaires de FTM et donc l'ODTI. Quelles adaptations engager dans les foyers pour accompagner les résidents dans leur vieillissement ? Jusqu'à quel niveau de dépendance leur maintien en foyer est-il possible ? Quels sont les éléments caractérisant leur vieillissement ? Quels projets d'accompagnement mettre en place ?

Le rapport Cuq n'est pas sans effet. En 1998, le gouvernement crée la C.I.L.P.I. en remplacement de la C.N.L.I.. La CILPI est chargée entre autre, de mettre en œuvre le plan quinquennal de traitement des FTM décidé en 1997 qui reprend un certain nombre de constats développés par le rapport Cuq. Toutefois, l'approche portée sur les résidents étrangers est plus sereine et ne les cible pas comme menaçant la sécurité du pays ou comme un ensemble de personnes en séjour irrégulier ni comme représentant une menace pour la santé publique. Les besoins repérés de transformation des foyers amènent le gouvernement à décider une large politique d'accompagnement de la transformation du secteur des foyers dans le cadre de la mise en place du plan quinquennal.

Ce plan concerne l'ensemble des FTM en dégageant toutefois un certain nombre de foyers prioritaires compte tenu de leur état du bâti, de l'hygiène, de la sécurité des personnes et des conditions d'occupation. Il prévoit leur évolution en résidence sociale, d'agir sur l'élaboration d'un projet social et sur le cadre du bâti en prenant en compte les réalités sociales et humaines des occupants.

occasionnant des pertes en vie humaines élevées. (...). Le second risque se situe au niveau de l'ordre public et de la maîtrise de l'immigration. Les occupants en foyer sont souvent sans titre de séjour en France. Outre que le foyer constitue un relais de l'immigration clandestine, il accueille des activités illicites dont la drogue et la prostitution, points d'ancrage d'une économie parallèle entre la France et les pays d'origine. Ajoutons que si les 350 lieux de culte ouverts dans les foyers, pratiquent un islam modéré, il n'en constitue pas moins des zones difficilement contrôlables où peuvent prêcher à leur guise des imams liés aux groupes intégristes. Le troisième risque relève de la santé publique ; la recrudescence de la tuberculose chez les résidents des foyers, signalée par plusieurs préfets, la diffusion du SIDA en relation avec la prostitution incontrôlée sont des éléments préoccupants. (...). Le quatrième risque est d'ordre financier, à savoir la faillite d'associations gestionnaires.»

Cuq H.; Ibid p 24

²⁸ Cuq H.; Ibid p 40

L'inscription d'un foyer dans le cadre du plan quinquennal constitue donc un enjeu important. C'est dans ce cadre que doit être décidé sous la direction de la CILPI en liaison avec les préfets, « l'adaptation de l'équipement pour accueillir dignement les personnes âgées », « à partir de diagnostics sociaux et des capacités d'accompagnement social ».²⁹

Parallèlement à la mise en œuvre du plan quinquennal, le rapport « Vieillir en France »³⁰ qui traite des « enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie » a donné une reconnaissance officielle à la question du vieillissement des populations immigrées, présentée comme un problème spécifique. Ce rapport précise que pour ces « vieillards immigrés » s'ajoutent, aux problèmes communs à l'ensemble des personnes âgées, des problèmes plus spécifiques liés à leur origine, à la question de la difficulté de l'accès aux droits sociaux et à leur mode d'hébergement. Concernant ce dernier point, les foyers sont mentionnés comme présentant une mauvaise accessibilité et des « conditions d'accompagnement social et médico-social quasiment inexistantes ». La mission préconise de développer avec le concours du FAS,³¹ les initiatives de prise en charge particulière de ces personnes et de poursuivre notamment une réflexion autour de l'amélioration de leurs conditions d'hébergement, en respectant leurs identités diverses. Mais quel est le rôle actuel du FAS vis à vis des FTM ?

Le FAS intervient au niveau des foyers dans le versement d'une indemnité forfaitaire dite « d'aide à la gestion », amenée à disparaître, et par le financement partiel des projets d'accompagnement social menés avec les résidents. A partir des années 1990, le FAS a souhaité que les foyers soient impliqués dans la politique de la ville, et à pris un certain

²⁹ C'est dans cet esprit que la communication en conseil des ministres du 21/11/1998, du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité précise : «...nous visons à accompagner le mouvement de transformation de ces foyers à un rythme qui corresponde aux réalités sociales et humaines des occupants (...). L'ouverture des foyers à d'autres populations ou l'adaptation de l'équipement pour accueillir dignement les personnes âgées seront décidées dans le cadre de ce plan à partir de diagnostics sociaux et des capacités d'accompagnement social, sous la direction de la CILPI en liaison avec les préfets... » Les foyers dans la ville - Foyers de travailleurs migrants et politique de la ville, p 27

³⁰ Guinchardeau-Kunstler P., « Vieillir en France - Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie », Paris, Juin 1999

³¹ En 1958, l'Etat crée le F.A.S. qui devient un de ses moyens principaux d'intervention vis à vis des étrangers et de leurs familles. Il s'adresse alors aux travailleurs musulmans d'Algérie en métropole et leurs familles. Sa mission est ensuite élargie en 1964, à l'ensemble des travailleurs étrangers. En 1966, il passe sous la tutelle de la Direction de la Population et des Migrations. Il traite toutes les questions concernant les travailleurs migrants (accueil, logement, formation, actions éducatives, alphabétisation.). Le FAS contribuera entre autre au logement des migrants et de leurs familles et financera des actions d'assistance (accueil d'urgence, lutte contre les bidonvilles). Il deviendra, en 1983, le Fonds d'Action Sociale « pour les travailleurs immigrés et leurs familles ».

nombre d'accord cadre et de circulaires allant dans ce sens. Ceux-ci définissent différents objectifs tels que :

- le désenclavement des FTM dans le tissu social et urbain en développant des actions diversifiées d'insertion sociale des résidents et en incluant les foyers dans les programmes locaux de l'habitat,³²
- la prise en compte des foyers dans la politique de la ville, au niveau des projets d'accompagnement social,³³
- la nécessité pour les gestionnaires de FTM de développer des actions visant à insérer le foyer dans son quartier et dans sa ville.³⁴

Cette politique du FAS se traduit en fait par un désengagement progressif de son rôle d'intervention directe auprès des FTM pour jouer un rôle de relais visant la prise en compte des FTM par les dispositifs de droit commun. « ..le principe obsolète et contraire à l'intégration des publics immigrés selon lequel seul le FAS participe à la gestion et au fonctionnement des foyers doit être revu (...). Ce système, qui conforte un certain statut d'exception des foyers est appelé à disparaître pour être remplacé par un dispositif évolutif et modulable, tenant compte des missions sociales exercées, des spécificités et des contraintes locales, des projets portés par les gestionnaires. Il s'agira donc de rechercher les cofinancements et s'appuyer sur les dispositifs locaux communs... ».³⁵

Concrètement, ceci signifie que le FAS apporte son soutien financier aux gestionnaires pour conduire leurs projets sociaux, que si ceux-ci trouvent des financements croisés. Ceci n'est pas sans poser de nombreuses difficultés compte tenu du fait que la reconnaissance de la problématique du vieillissement des immigrés est très récente en-dehors des associations et services spécialisés sur l'immigration. Pour le foyer de l'ODTI, c'est donc un véritable enjeu que la problématique du vieillissement des résidents soit inscrite dans le cadre de la politique gérontologique locale.

Dans le cadre de la définition de son plan stratégique 2000-2002, le FAS s'est donné comme orientation de poursuivre le processus d'évolution de la place des foyers dans les dispositifs publics locaux et la mise en œuvre du plan quinquennal de traitement des foyers.

³² Accord cadre DIV-DPM-FAS du 22/11/93

³³ Circulaire DPM 95-20 du 18/9/95

³⁴ Lettre circulaire FAS de mars 1995 actualisée en février 1996 sur l'accompagnement social dans les FTM

³⁵ Note du FAS du 14/01/2000 relative aux règles de financement des FTM pour l'exercice 2000.

La mise en œuvre du plan quinquennal au niveau local s'est traduite en 1999 par la création d'un comité de pilotage³⁶ du schéma d'agglomération des FTM. Celui-ci a demandé la réalisation d'une étude sur la situation des FTM de Grenoble et son agglomération.. Elle a permis d'établir un état des lieux en quantifiant précisément le nombre de personnes immigrées dans les différents FTM et en donnant une idée générale sur l'état du bâti des foyers et des aménagements possibles. L'étude menée dans ce cadre sur le département montre qu'entre 1996 et 1999, le taux des résidents de plus de 60 ans, pour l'ensemble des foyers, est passé de 30 % à 41 % des résidents. Le foyer de l'ODTI est celui qui présente le taux le plus élevé de personnes âgées de plus de 60 ans avec un taux de 68% en 1999 et en ayant comme autre particularité de continuer à héberger exclusivement des immigrés. Il est maintenant inscrit dans le plan quinquennal du département de l'Isère comme un des foyers à réhabiliter prioritairement, compte tenu de la vétusté de ses locaux et de la très forte problématique de vieillissement de ses résidents.

CONCLUSION

Ma fonction de direction du FTM de l'ODTI signifie que je prenne en compte différents éléments:

- le projet initial des FTM comme réponse à la question du logement des travailleurs immigrés
- le projet associatif de l'ODTI et le projet du foyer qui s'inscrivent dans une histoire locale forte d'immigrés, de citoyens, d'associations, d'élus grenoblois et dans l'histoire d'un quartier populaire à forte centralité maghrébine
- la compréhension de l'évolution des résidents du foyer qui les a conduit à émigrer sur les bases d'un projet d'exil provisoire et qui, en perdurant, les amène à se découvrir comme immigrés vieillissants.

³⁶ Celui-ci est composé de la Préfecture, de la DDASS, de la DDE, du Conseil général, de la ville de Grenoble, de la Métro, de l'ANPEEC, de la CILPI, du FAS, des gestionnaires de FTM (ODTI et SONACOTRA).

- la connaissance des politiques nationales et locales actuelles, tant au niveau de l'évolution statutaire des FTM que de la prise en compte de la problématique des immigrés vieillissants.

L'enjeu actuel est donc la traduction concrète de ces orientations au niveau local pour me permettre de mettre en œuvre les évolutions nécessaires compte tenu du vieillissement massif des résidents.

Il convient préalablement de connaître les caractéristiques du vieillissement des résidents ainsi que les conséquences qui en découlent dans la gestion du foyer, afin de les prendre en compte dans l'élaboration de réponses adaptées.

DEUXIEME PARTIE

LE RESIDENT IMMIGRE VIEILLISSANT : CONSEQUENCES AU NIVEAU DE LA GESTION DU FOYER

L'immigré vieillissant constitue-t-il un objet sociologique à part entière ? Existe-t-il une ou des spécificités de l'immigré vieillissant en FTM ? Quelles sont les caractéristiques des résidents vieillissants du foyer ? Quelles sont les conséquences qui en découlent dans la gestion du foyer ? L'appréhension de ces différentes questions constitue un préalable indispensable avant de pouvoir réfléchir à l'élaboration de réponses adaptées.

2-1 De l'immigré vieillissant aux caractéristiques du résident vieillissant du foyer

2-1-1 L'immigré vieillissant un objet sociologique à part entière ?

Donner une définition de la personne âgée ou de la personne vieillissante est déjà en soi un exercice difficile. Est-il nécessaire de définir la personne immigrée vieillissante ? Ne court-on pas alors le risque d'en faire une catégorie à part entière et de la marginaliser ? L'approche que je privilégie consiste dans un premier temps à expliquer les différents aspects et les processus du vieillissement en m'appropriant des éléments d'analyses développés par J.C.Henrard,³⁷ pour ensuite essayer de manière pragmatique de faire ressortir et de comprendre les spécificités qui se rattachent à l'immigré vieillissant dans le foyer.

La vieillesse et les différents aspects du vieillissement

La condition humaine est marquée par une dégénérescence biologique et psychologique inéluctable que l'avancée en âge ne fait que révéler de manière plus accrue, en augmentant le risque de fragilité physique et psychologique. La vieillesse peut être définie comme un état biologique, social et psychologique irréversible auquel tout individu est confronté. Toutefois, il convient de distinguer le vieillissement biologique, qui est commun à tout être humain, du vieillissement social qui diffère suivant les sociétés mais aussi dans la même société en fonction des périodes auxquelles on s'attache.

Le vieillissement peut être appréhendé à partir des aspects d'usure biologique mais aussi à partir d'une lecture sociale, politique qui mettent en jeu l'environnement et les relations de la personne vieillissante ainsi que la place que lui réserve la société. Au-delà de ces éléments d'ordre généraux, le vieillissement est spécifique à chaque personne. Il touche à des dimensions psychologique, existentielle en lien avec l'histoire individuelle et avec la communauté d'appartenance ainsi qu'au lien entre générations et au rapport au temps.

³⁷ Henrard J.C., « Les multiples facettes du vieillissement et de la vieillesse », in *Revue PREVENIR - Formes et sens du vieillir*, 1998, n° 35, p 34-35

On peut ainsi, comme le fait L.V.Thomas,³⁸ catégoriser différents aspects de la vieillesse par :

- une vieillesse bio-médicale qui correspond à la période de notre vie où les processus de dégradation commencent à s'accélérer
- une vieillesse sociale qui correspond dans nos sociétés à l'âge de la retraite même si celui-ci est de plus en plus difficile à arrêter
- une vieillesse personnelle et vécue qui peut chez certains sujets n'arriver que très tardivement

Les processus du vieillissement

J.C.Henrard³⁹ reprend l'analyse développée par Erik Erikson pour expliquer que les dernières étapes de la vie correspondent à un temps où la personne recherche souvent à faire le bilan de sa vie, à l'ordonner pour lui donner sens. Le déroulement de la vie s'organise autour d'une succession de crises, que la personne appréhende avec plus ou moins de réussites, qui laissent des traces pouvant être réactivées en fin de vie si elles ont été imparfaitement gérées. Celui-ci mentionne que « pour comprendre la façon dont les personnes agissent en fin de vie, il est nécessaire de les replacer dans le contexte de l'ensemble de leur histoire de vie en tenant compte de leurs réussites et de leurs échecs. Environnement et individus s'influencent mutuellement ».

Ces analyses d'ordre général présentant la vieillesse et les processus de vieillissement me paraissent pleinement transposables à la situation de l'immigré vieillissant en FTM. Nous verrons comment elles prennent sens à partir de caractéristiques des résidents du foyer de l'ODTI .

2-1-2 Le vieillissement de la population étrangère, l'émergence d'une spécificité de l'immigré vieillissant en FTM

D'une manière générale, pour G.Noiriel⁴⁰ l'analyse du vieillissement de la population étrangère fait surtout ressortir l'importance de la notion de « cycle migratoire ». Il interprète

³⁸ Thomas L.V., « Attitude face à la vieillesse et au vieillissement : un problème de civilisation », in *Vieillir et mourir en exil. Immigration maghrébine et vieillissement*, Lyon, PUL, 1993, p 68

³⁹ Henrard J.C.; Op.cit., p 34-35

⁴⁰ « L'inégalité sociale qui apparaît entre les différentes nationalités en ce qui concerne le vieillissement n'est pas principalement due à des caractéristiques liées aux individus qui les constituent mais au fait qu'elles « se situent à des moments différents de l'histoire de leur émigration vers la France ». » Noiriel G., « Le vieillissement des immigrés en région parisienne », In *Dossier d'information sur le vieillissement des populations immigrées*, FAS, Novembre 1994, p 10-11

les différences du vieillissement entre communautés par l'ancienneté de leur migration et de leur présence en France et note que « le vieillissement d'une communauté en pays d'immigration est en lui-même un facteur d'intégration ». Toutefois, il « confirme les constats qui ont pu être fait par d'autres à propos des difficultés particulières rencontrées par les algériens âgés, qui vivent plus qu'un autre groupe, les affres de l'isolement et de la solitude. Cette situation résulte sans doute de la façon dont la France a traité le « problème algérien » à l'époque coloniale et après ». ⁴¹ Il note par ailleurs que « c'est dans les foyers d'immigrés que l'on rencontre les cas de vieillissement les plus difficiles, car c'est là que sont regroupés les individus qui n'ont plus de famille en France ». ⁴²

2-1-3 Quelques éléments caractéristiques des résidents du foyer ou l'accumulation d'un certain nombre de facteurs pouvant entraîner un mauvais vieillissement

Différents facteurs psychosociaux ainsi que l'environnement jouent un rôle dans l'évolution de l'état de santé global de la personne vieillissante et donc de la gestion de cet état par l'individu âgé. Nous allons voir plus précisément à partir de différents éléments comment se déclinent ces facteurs et comment leur accumulation représente un risque de « mauvais » vieillissement pour les résidents. Ces éléments découlent de données quantitatives (enquête réalisée par une étudiante auprès de 42 retraités du foyer) ⁴³ et qualitatives (entretiens individuels), ⁴⁴ enrichies par des analyses plus générales sur les immigrés vieillissants découlant de la lecture de différents travaux et de ma réflexion. Les éléments exposés ci-après ne se retrouvent pas tous, cumulés par tous les résidents, ni avec la même intensité chez les uns ou les autres. Ils constituent toutefois des traits suffisamment caractéristiques des résidents pour pouvoir faire l'objet d'une nomenclature. La population actuelle du foyer sera donc présentée à partir de différentes approches qualitatives.

Le sentiment d'inutilité sociale, d'une vieillesse illégitime

Quel sens donner à sa vie quand celle-ci a été construite exclusivement sur le travail, comment exister hors du travail ? C'est bien en ces termes aussi durs que se pose pour beaucoup des résidents le sens de leur vie quand ils viennent à perdre ou à quitter définitivement leur travail. Quelle que soit la raison qui justifie leur statut d'inactif (le

⁴¹ Noiriél G., Ibid, p 13

⁴² Noiriél G., Ibid, p 20

⁴³ Annexe n°1

⁴⁴ Annexe n°2

chômage longue durée, l'invalidité, le RMI, mais plus encore le passage à la retraite), celle-ci remet douloureusement à l'ordre du jour la question de leur présence en France et du sens de leurs vies passées et à venir. Ce sont les questions ayant trait à son projet initial et à son échec, au sens des sacrifices consentis à cette vie, aux relations à la famille, à la question du retour ou du non retour, à la légitimité de sa présence en France ou au pays qui refont alors irrémédiablement surface.⁴⁵

Plus généralement, le statut d'inactif mais plus encore celui de retraité est en profonde contradiction avec « la raison d'être » du travailleur immigré. Il remet en cause la légitimité de sa présence en France tant à son niveau qu'au niveau de la société française elle-même. L'immigré a en effet intégré que sa présence se justifiait exclusivement par le travail. Même l'octroi du statut de retraité, qui résulte de la reconnaissance des droits qu'il a acquis par son travail, lui apparaît illégitime. C'est plus profondément le fait de vieillir en terre d'immigration qui fonde cette illégitimité. Comment peut-il poursuivre sa vie dans un endroit qu'il n'a pas réellement investi, quand il ne sait pas si sa place est bien ici ? Comment déterminer son avenir dans une société qui l'a, somme toute, au mieux « toléré » comme travailleur ?⁴⁶ La société française a fait venir des travailleurs qui n'ont plus de raison d'être, en dehors du travail (quand celui-ci ne leur est pas contesté). Dans son imaginaire, ils sont d'ailleurs et « s'ils ont un ailleurs d'où ils peuvent se réclamer, cela signifie qu'on pourrait toujours les renvoyer de manière théorique. Cet ailleurs là existe. Trente ou quarante ans de présence en France n'ont pas effacé l'allogénéité de départ : « ils » ne sont pas d'ici parce qu'ils viennent d'ailleurs. Le fait de raisonner de cette façon peut construire l'illégitimité ».⁴⁷

Pour certains résidents, s'opère avec l'âge, un retour à la religion. Cette démarche correspond à une recherche de sens et à se mettre en accord avec la religion musulmane à un âge où la question de la mort devient récurrente. « Cette demande de religion, pour l'immigré maghrébin vieillissant dans l'immigration, est quelque chose de vital parce qu'il a tout perdu et parce qu'il vit dans un monde qui ne le considère que comme une force de travail, qui lui

⁴⁵ « Si je règle mes affaires, l'invalidité, la retraite, je rentre chez moi. Pourquoi je resterais ici ? Je viens pour travailler, c'est pas pour... Un jour ou l'autre, il faut que je rentre, que ce soit la retraite, la maladie ou la mort, chacun dans son pays quoi... avec quoi je rentre chez moi ? Quand je suis venu ici, j'étais jeune, avec la santé, je travaillais. Maintenant j'arrive à la retraite et on me jette comme un con. » Témoignage d'un résident de l'ODTI, in *Ecarts d'identité- Comment va la santé ?*, Mars/juin 1995, n° 72/73, p 16

⁴⁶ « Le séjour qu'on autorise à l'immigré est entièrement assujéti au travail, la seule raison qu'on lui reconnaisse d'être en tant qu'immigré, d'abord, mais aussi et très vite en tant qu'homme, sa qualité d'homme étant subordonnée à sa condition d'immigré. C'est le travail qui fait « naître » l'immigré, qui le fait être. C'est lui aussi quand il vient à cesser, qui fait « mourir » l'immigré, prononce sa négation ou le refoule dans le non-être. » Sayad A., *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1991, p 61

⁴⁷ Benguigui Y., Sondro S, Temine E., « Trois regards croisés sur le troisième âge de l'immigration », in *Agenda interculturel*, Novembre 1999, n°178, p 6

dénie le droit d'avoir des besoins humains. La religion est là pour lui fournir les valeurs dont il a besoin pour supporter son existence. Ses échecs successifs rendent sa vie sans sens. Tous les buts qu'il a essayés d'atteindre sont tombés à l'eau». ⁴⁸ C'est aussi l'assurance qu'au moment de la mort, l'attachement à des rituels funéraires voire au désir de rapatriement du corps sera respecté. ⁴⁹

Un isolement important se renforçant avec l'âge

Au fur et à mesure des années, les solidarités et la sociabilité des résidents deviennent moindre dans le foyer. D'une manière générale, les FTM n'ont jamais constitué pour les résidents algériens des lieux de sociabilité et d'organisations communautaires. Comme le note A.Sayad, parlant du « foyer des sans famille », « Le logement en foyer, dans ces conditions, isole les résidents les uns des autres, à l'intérieur même du foyer, et les isole des autres immigrés, plus qu'il ne contribue à les rapprocher et à les unir ». ⁵⁰ Le foyer de l'ODTI n'a pas échappé à cette caractéristique malgré son originalité. Dans le foyer, les personnes sont amenées à cohabiter sans avoir forcément d'affinités entre elles, à maintenir autant que possible des relations de voisinage faites de tolérance, parfois aussi d'indifférence voire de conflits de voisinage. ⁵¹ Le foyer constitue un espace de vie collectif qui a toujours été plus subi que choisi. ⁵² Les quelques solidarités d'étage qui existaient, disparaissent progressivement du fait que l'ensemble des résidents vieillit en même temps. ⁵³

Avec les années tout le poids de leur vie affective et sexuelle pauvre, réprimée ou contenue auxquelles s'ajoutent l'absence des enfants ou de l'épouse constituent de nouveaux facteurs aggravant leur isolement et leur solitude tout particulièrement pour ceux qui ne retournent plus au pays.

⁴⁸ Ferjani C., « Vieillesse des immigrés maghrébins et demande de religion », in *Vieillir et mourir en exil. Immigration maghrébine et vieillissement*, Lyon, PUL, 1993, p 106

⁴⁹ Sur 42 résidents retraités rencontrés, 38 envisagent leur lieu de sépulture au pays (tableau n°15). Annexe n°1

⁵⁰ Sayad A., *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1991, p 95

⁵¹ « ...*Et avec les autres de l'étage, ça se passe bien ?* A chacun sa chambre, ça me dérange pas. Quelqu'un qui l'est pas bien, bonjour, bonjour et puis c'est tout. *Ce ne sont pas des amis ?* Au foyer, c'est pas d'amis. Ni l'un ni l'autre. Moi, j'ai ma chambre, je sors le matin, je vois quelqu'un, bonjour, bonsoir. Quand on discute avec quelqu'un, on est d'accord, on discute sur une chose, c'est bon, si on voit on est pas d'accord c'est pas on discute, moi j'ai caractère comme ça. Si, il est pas propre, dans l'appartement, ça c'est pas d'accord, je dis. Comme on dit, la propreté, c'est la santé. » Entretien avec un résident.

⁵² « Or à l'usage, cette solution (l'expérience de regrouper par salle de séjour deux appartement de cinq), prévue pour permettre un jeu plus grand pour la vie collective, semble aboutir au contraire au repli sur soi des individus et à des conflits dans la mesure où l'importance du nombre ne permet pas une cooptation systématique et complète. » GETUR, Op.cit., p 183

⁵³ 6 résidents retraités seulement sur 42 rencontrés déclarent recevoir de l'aide de la part d'un autre résident du foyer (tableau n°6). Annexe n°1

L'inactivité devient le lot quotidien d'une majorité des résidents dans un environnement perdant son caractère de centralité maghrébine

Leur faible insertion culturelle et leur faible sociabilité ne résultent pas directement du fait de vieillir. Elles sont le reflet de leur mode de vie antérieure basé sur le provisoire, sur le projet de retour et sur la nécessité de se consacrer au travail qui les ont finalement empêchés d'investir réellement le lieu où ils ont passés la plus grande partie de leur vie. Les résidents qui sont aujourd'hui dans le foyer sont ceux qui n'ont pas réalisé le regroupement familial ni cherché à quitter réellement le foyer. La sortie du monde du travail entraîne la perte des relations sociales tissées dans leur cadre professionnel, un repli sur soi, de moindres échanges, la perte de sollicitations et de projections dans le temps.

Les activités des résidents les plus actifs s'organisent autour du marché et des courses, du tiercé, des cafés pris aux terrasses des bars avoisinants, de longues promenades souvent solitaires en centre ville, des temps réguliers de prières et pour certains par la prise de repas dans les restaurants et cafés algériens avoisinants même si ceux-ci deviennent de moins en moins nombreux.⁵⁴

A l'intérieur du foyer, les chambres, les pièces communes des étages, deviennent des endroits où les résidents se posent de plus en plus. Le hall d'entrée est investi fréquemment et de plus en plus longuement par les plus anciens, parfois pour faire la sieste dans les fauteuils. D'une manière générale, les résidents s'éloignent de moins en moins du foyer et se recentrent progressivement sur celui-ci.

Avec le vieillissement, accentuation des conséquences découlant de l'illettrisme et d'une mauvaise maîtrise de la langue française

Les résidents sont restés majoritairement illettrés et maîtrisent difficilement le français. Ces difficultés résultent de l'absence ou du peu de temps de scolarisation dans leur pays d'origine et au fait que peu d'entre eux ont finalement suivi des cours d'alphabétisation (alors que certains ont même été organisés à une période par l'ODTI) pris par la nécessité de travailler. A ces éléments peut s'ajouter une autre analyse selon laquelle ce phénomène relève d'une démarche inconsciente de préservation d'une partie de son identité. « L'attachement d'un individu à son identité communautaire va influencer sur son apprentissage de la langue du pays d'accueil, et parfois le pousser à aller à l'encontre de ses propres intérêts. L'apprenant va pouvoir rejeter inconsciemment l'idée d'une trop grande acquisition d'une langue qu'il s'est

⁵⁴ Sur 42 résidents retraités rencontrés le marché apparaît pour 91% comme occupation principale, les cafés et le PMU pour 52% et la télévision pour 24% (tableau n°5). Annexe n°1

vu imposer, qui véhicule souvent des idées totalement contraires à sa culture propre et qui, historiquement a parfois été directement en conflit avec sa communauté d'origine. Il va avoir l'impression de trahir sa communauté s'il atteint trop de perfection dans son élocution, dans son vocabulaire...».⁵⁵

Avec leur avancée en âge, les conséquences qui découlent de leur illettrisme et de leur mauvaise maîtrise du français ainsi que le ralentissement de leurs capacités mémorielles et leur perte d'assurance deviennent de réels handicaps augmentant le risque de perte de droits, d'un mauvais suivi santé ainsi que leur isolement et leur sentiment d'insécurité. La nécessité d'un suivi régulier s'affirme pour les aider.

Un accès aux droits complexes

Leur accès aux droits sociaux reste très complexe et constitue une réelle source d'angoisse. Ils peuvent perdre leur droit au séjour, aux soins, à des prestations (allocation supplémentaire, A.P.L., etc.). Le résident âgé reste un étranger et est toujours soumis à des législations complexes concernant son droit au séjour et à des conditions de résidence inadaptées aux personnes dans le va et vient.

La dernière loi Chevènement du 11 mai 1998 a supprimé la condition de nationalité pour que les étrangers ouvrent droit au minimum vieillesse et à l'A.A.H.. Il reste néanmoins un problème lié à la condition de résidence qui se pose aussi pour d'autres prestations.⁵⁶

La question de la résidence qui s'applique tant pour les français que pour les étrangers pour percevoir un certain nombre de prestations est un vrai casse tête pour l'immigré tout particulièrement pour celui qui vit dans le va et vient entre la France et son pays d'origine. En effet, pour continuer à bénéficier de l'APL celui-ci doit justifier d'avoir sa résidence habituelle en France, c'est à dire résider au moins 8 mois par an en France. Pour les prestations comme l'allocation supplémentaire et l'A.A.H., la condition de résidence en France est de 6 mois par an et pour la couverture maladie universelle, elle est de trois mois. Par contre la personne à le droit de s'absenter trois ans du territoire sans perdre le droit à son

⁵⁵ Maria P, « Vieillir en foyer » in *Migrations Santé*, n°67, Avril 1991, p 126

⁵⁶ « ...Mais pendant que je suis invalide j'avais pas le FNS . Parce qu'à ce moment là, y avait pas le FNS. Et quand il est sorti le FNS, faut passer devant la justice, quand je suis allé moi à la sécurité sociale, ils m'ont répondu vous avez pas le droit, vous êtes pas français. A ce moment là, je suis allé voir l'assistante sociale, elle a fait les démarches, la chance, il est pas resté longtemps mon dossier, il est resté 8 mois. Mais y'en a ils sont restés 3 ans. Alors à ce moment là, ils disent encore à condition tu restes en France. Alors là j'ai dit moi, je suis pas d'accord, je rentre chez moi quand je veux. J'ai demandé s'il réclame ce que j'ai touché, alors elle a dit, s'il te découvre tu rentres chez vous, à ce moment là, ils te coupent le FNS. Faut dire, moi j'ai quarante ans ici de cotisations à la sécurité sociale. J'ai 154 trimestre, nous les invalides, il calcule sur 150, j'en avais 4 trimestre de plus... » Entretien avec un résident.

titre de résident de 10 ans.⁵⁷ Il y a ici un réel hiatus entre la question du droit au séjour, celle du droit au logement et au va et vient qui s'exerce à l'encontre des personnes.

La P.S.D.⁵⁸ quant à elle, peut être accordée à toute personne ayant 60 ans et plus, française ou étrangère (si elle réside en France depuis 15 ans et ce avant ses 70 ans), suivant son degré de dépendance et dont les ressources sont inférieures à un plafond fixé par décret. Pour le moment, nous n'avons pas rencontré de cas d'un résident ayant eu un refus d'attribution de la PSD du fait qu'il lui serait opposé cette condition.

Leur illettrisme, leurs difficultés de repérage dans le temps, leurs difficultés à comprendre les démarches administratives d'autant plus complexes qu'ils sont soumis à des législations spécifiques, l'interprétation différente de la condition de résidence et la logique de suspicion développée par différentes administrations augmentent le risque de péremption ou de la perte de certains de leurs droits..

Une forme précoce de vieillissement biologique résultant de leur passé de travailleur

Les résidents ont été confrontés durant leur vie active, comme beaucoup de travailleurs immigrés, à des rudes conditions de travail, accumulant les heures supplémentaires, le travail au noir souvent en-dehors du respect des règles de sécurité. C'est ainsi que, d'une manière plus générale, des statistiques des accidents du travail⁵⁹ mettent en évidence la vulnérabilité forte des immigrés. A cela, se sont ajoutées préalablement à leur entrée au foyer des conditions déplorables de logement dont découlait une hygiène de vie précaire. L'enquête conduite, en 1996, par le centre de santé du quartier, de manière anonyme, sur les pathologies

⁵⁷ La dernière loi Chevènement a institué une carte portant la mention « retraité ». Elle concerne les étrangers ayant résidé en France sous couvert d'une carte de résident, titulaires d'une pension de vieillesse et ayant établi ou établissant leur résidence habituelle hors de France. Elle est valable 10 ans et renouvelable de plein droit. Cette carte ne concerne toutefois pas les Algériens ni les Tunisiens, les accords liant la France à l'Algérie et à la Tunisie n'ayant pas été modifiés. Elle ne permet qu'un accès limité à l'assurance maladie pour les seules personnes ayant cotisé au moins 15 ans et seulement si l'état de santé de la personne nécessite des soins immédiats. Elle ne permet pas à son titulaire de bénéficier des allocations logement ni de travailler.

⁵⁸ La PSD a été créée par la loi du 24 janvier 1997 et est initialement organisée par les décrets du 28 avril 1997. La PSD est une prestation en nature. Elle sert à la rémunération des personnes qui interviennent de manière effective auprès de la personne âgée. Une partie de la PSD peut être attribuée en espèces, pour des dépenses annexes liées à la dépendance. Elle permet d'effectuer un suivi du bénéficiaire au moins une fois par an et de faire évoluer l'aide si nécessaire. Elle peut être versée à domicile, en établissement ou en structure d'accueil familial. L'attribution de la PSD relève de la décision du Président du Conseil Général. Elle est motivée en fonction des éléments figurant au dossier.

⁵⁹ « Ainsi, en 1966, les étrangers forment 18.2% des ouvriers du BTP mais sont victimes de 39.1% des accidents du travail. Ces chiffres sont respectivement de 10.6% et de 20.2% dans la métallurgie, 7.9% et 21.5% dans la chimie, 4.9% et 18.7% dans le textile. En 1973, ils représentent 9.4% de la population active et subissent 22.3% des accidents graves. C'est ce que Claude Mercier appelle « l'usure intensifiée de la force de travail immigrée ». » Richard J.L., Tripier M., « Les travailleurs immigrés en France, des trente glorieuses à la crise », in *Immigration et intégration. L'état des savoirs*, Paris, la Découverte, 1999, p 176

des résidents du foyer qui allaient librement le consulter met en évidence la forte problématique de soins des résidents ainsi que le fait que certains d'entre eux avaient une atteinte très sévère. L'évolution des résidents, passant du statut de travailleur à celui d'inactif, se retrouve au niveau de l'évolution de leurs pathologies, comme en témoigne un médecin du centre de santé du quartier : « le fait de ne plus avoir de travail, d'être souvent intérimaire, de vivre des périodes de chômage montre dans ma clientèle que le nombre d'accidents du travail est moins important que jadis. Le nombre d'arrêts de travail a chuté aussi au détriment de la pathologie plus courante, broncho-pulmonaire, gastrique, etc... ». ⁶⁰ Sur le plan de la santé, une forte proportion des résidents rencontre des difficultés au niveau de l'expression, de la compréhension ou de l'acceptation de certaines prescriptions ou actes médicaux. ⁶¹ Leur difficulté d'expression se traduit plus par un repli sur soi que par de l'agressivité ou par une certaine violence. Il y a donc un réel risque que cette attitude se traduise par une absence de soins. Certains sont démunis pour exprimer ce qu'ils ressentent, pour se faire comprendre. Les difficultés de relation avec les structures et les professionnels de la santé résultent d'une communication perturbée, les différents praticiens ayant difficilement le temps nécessaire à consacrer à leur écoute. ⁶²

A ce tableau général s'ajoute pour certains résidents des aspects de la pathologie d'adaptation comme la sinistrose ⁶³ et la dépression masquée. ⁶⁴

De leur mode de vie découle donc pour certains, un vieillissement précoce parfois dès l'âge de 50 ans qui se caractérise par des problèmes de santé, d'hygiène, de mobilité, par l'importance des soins et aussi par une sortie précoce du monde du travail du fait de leur usure

⁶⁰ Cabanac P., « Guérir et faire avancer le droit à la justice », in *Ecarts d'identité- Comment va la santé*, Mars/juin 1995, n° 72/73, p 6

⁶¹ «Le recueil de l'information, la qualité de l'examen clinique, les explications des gestes réalisées des choix thérapeutiques sont autant d'éléments du cheminement médical habituel qui devront être mis en place avec une exigence particulière sous peine de voir le malade pris dans une escalade de thérapeutiques, d'exams et de consultations. Une prise en charge médicale efficace implique de savoir resituer le patient dans son parcours historique et culturel, celui-ci ayant d'autant plus d'importance que le patient est âgé... » Mathieu M.L., *Les immigrés vieillissants maghrébins : un enjeu gérontologique*, Capacité nationale de gérontologie, Université J. Fourier, Grenoble, Octobre 1999, p 21

⁶² « Le patient immigré est vraiment très différents des autres. Il est à la fois proche, tout montre qu'il est pareil, mais il est quand même une figure de l'Autre avec un grand A. C'est à dire qu'il est d'origine sud-méditerranéenne, arabe, rural, musulman, il est traditionnel, illettré la plupart du temps; il est ouvrier. Et il se retrouve dans une société urbanisée, scientifico-technique, plus ou moins vaguement chrétienne, qui a beaucoup recours à l'écriture, aux signes, aux conventions. » Cabanac P., Ibid, p 8

⁶³ La sinistrose correspond à un enfermement de la personne dans le statut de malade qui constitue sa nouvelle identité sociale. Elle se traduit par une importante demande de réparation symbolique et matérielle, par des démarches de revendication et de contestation auprès des médecins, de la sécurité sociale etc.

⁶⁴ « ...La dépression masquée se caractérise par un tableau fonctionnel très riche, souvent centré sur la sphère digestive et une impuissance sexuelle. Elle se manifeste par des symptômes multiples : fatigue, anxiété, sensation d'étouffement, toux, frissons, (...), insomnies, « mal partout ». » Mathieu M.L., Ibid, p 18

« prématurée ». Nous pouvons parler d'une « morbidité ressentie » préoccupante que traduit la mauvaise appréciation qu'ont les résidents de leur état de santé.⁶⁵

L'absence de représentations individuelle et collective de l'accompagnement des personnes vieillissantes

D'une manière générale, peu de personnes se projettent ou se représentent leur vieillissement. Cette difficulté apparaît plus fortement encore pour les résidents du fait de l'absence de représentation de ce que peut-être leur vieillissement. Celui-ci est difficile à imaginer pour cette population qui est soumise collectivement et conjointement à ce phénomène et partage ainsi les mêmes problèmes et la même inexpérience.⁶⁶ Aujourd'hui, le modèle qu'ils avaient du vieillissement au pays se périmé et ils sont confrontés à l'absence de modèle de ce que signifie de vieillir en terre d'immigration. De part et d'autre, dans leur pays d'origine comme dans le pays d'immigration s'est opéré ou s'opère un changement de valeurs qui rend caduque leur représentation traditionnelle du vieillard inactif, respecté, pris en charge par la famille et reconnu par la communauté. Ils sont ainsi en plein décalage avec notre société qui valorise une retraite qui s'organise autour du maintien d'activités et de loisirs et avec leur pays d'origine qui s'oriente de plus en plus vers la mise en place de dispositifs institutionnels de prise en charge des anciens. Il leur faut intégrer que leur vieillissement en restant au foyer sera solitaire et qu'ils seront aidés non pas par leur famille mais par des dispositifs institutionnels de maintien à domicile ou devront entrer en établissement pour personnes âgées.

Les relations avec la famille

En partant de chez lui, l'immigré est voué à une obligation tacite de réussite. Il ne lui est pas possible de revenir auprès de sa famille les mains vides. Ce serait reconnaître l'échec de sa vie et l'inutilité des lourds sacrifices consentis. Les relations des résidents avec la famille sont complexes. Elles mettent en jeu différents facteurs ayant trait à la séparation liée à l'immigration, à leur projet initial, à leur situation économique et à leur état de santé.

Comment leur vieillissement se traduit-il dans leur manière d'habiter le foyer et d'entretenir des liens avec leur famille au pays ? La présentation de la typologie suivante permet d'apporter des réponses à ces interrogations.

⁶⁵ Sur 42 résidents rencontrés 67% estiment avoir un (très) mauvais état de santé (tableau n°10). Annexe n°1

⁶⁶ « ...Et si un jour vous vous dites, ça devient difficile de faire les repas, le ménage ? Non. C'est pas difficile. Non, mais pour plus tard, comment vous pensez ? Et comment penser ? je sais pas quoi en penser. Je réfléchis, tourne à droite, tourne à gauche...Par exemple, il y a des dames qui peuvent aider. Non, non. Vous pensez que c'est pas pour vous ? Non c'est pas pour moi. Tranquille, ça va ...» Entretien avec un résident

2-1- 4 Typologie des résidents du foyer

Les résidents se distinguent aujourd'hui par des statuts différenciés liés à leurs situation d'actif ou d'inactif, à leur âge, à leur état de santé, à leur niveau de ressources, à leur situation familiale. Nous établissons ainsi principalement deux types de statut : les résidents dans « le va et vient » et les résidents permanents ou sédentaires. Toutefois, ces statuts ne sont en rien définitifs. Différentes raisons, peuvent justifier le passage de l'un à l'autre.

Les résidents dans le va et vient

Le va et vient concerne majoritairement les résidents inactifs et plus généralement les retraités qui ont gardé des liens avec leur famille au pays. Toutefois quelques isolés sont aussi dans le va et vient. Ce comportement est une illustration de l'élaboration progressive de cette culture de l'entre-deux. Ils oscillent dans une situation de « va et vient », « d'aller-retour », « de navette » entre le pays d'origine et la France pour des séjours de durées variables, ne trouvant pas de place durable, ni d'un côté ni de l'autre. Ils sont partagés entre le désir de vivre au pays d'origine, auprès de leur famille et leur attachement au mode de vie, aux relations qu'ils ont tissées au fil des ans sur Grenoble et en France.⁶⁷

Les résidents sont originaires principalement d'un milieu rural avec lequel ils ont pris de plus en plus de distance⁶⁸ du fait de leur trente ou quarante années de vie citadine, dans le centre de Grenoble. Ils ont au fil du temps élaborés des compromis, des concessions pour s'adapter à cet environnement urbain, à la culture française tout en essayant de garder suffisamment de liens avec leur culture d'origine pour se préserver. Mais ce pari est-il possible et à quel prix ? D. Lapeyronnie⁶⁹ affirme que « l'immigré est coupable d'appartenance et de trahison : il appartient à son groupe d'origine sans y appartenir et réciproquement, il introduit le différent, tant à l'intérieur de la société nationale qu'à l'intérieur de la communauté ethnique. Dans les

⁶⁷ « Moi je reste la-bas et je reviens de temps en temps. Ça fait plaisir. Moi, j'ai des copains ici mieux que des frères, des italiens, des français, des portugais, des espagnols, des turcs, tout. A Grenoble, ils me connaissent comme ma chemise. Où je va, il me connaît. Personne qui tourne la tête. Je suis correct. ...» Entretien avec un résident.

⁶⁸ « Et quand vous êtes au pays dans la famille, avec les autres personnes du village comment ça se passe ? Non, moi j'habite à 8 km du village. Je suis chez moi, ma maison, elle est à moi, alors. Quand je sors je suis tranquille. Parce que moi, j'aime pas aller chez les gens. Même mes sœurs, j'y vais pas souvent, je suis quelqu'un, j'aime bien rester chez moi. Même les enfants quand ils font du bruit, j'aime pas. ...» Entretien avec un résident.

⁶⁹ Lapeyronnie D., « De l'altérité à la différence. L'identité, facteur d'intégration ou de repli ? », in *Immigration et intégration. L'état des savoirs*, Paris, la Découverte, 1999, p 256

deux cas sa différence est déclarée inintégrable, elle est vécue comme une menace de dissolution et fait vaciller les identités collectives ou individuelles « naturelles ». »

Les raisons qu'ils évoquent pour expliquer leur attachement à garder leur chambre se trouvent dans les habitudes de vie acquises par leur ancienneté sur le même quartier et parfois dans le foyer pour certains, par la nécessité de préserver leurs droits sociaux, par la nécessité d'être suivi régulièrement au niveau sanitaire.⁷⁰

Le va et vient c'est l'occasion de revoir la famille, de maintenir les liens affectifs avec la famille, l'épouse, les enfants voire les petits enfants.⁷¹ Leur expression sur ce thème est marqué de pudeur voire de méfiance.⁷² Il leur est difficile d'en parler librement tant leurs relations avec leur famille ne sont pas toujours idylliques. En effet, peu d'entre eux ont réellement joué leur rôle de mari et souvent moins encore leur rôle de père. Il suffit de se rappeler que leurs séjours auprès de leur famille, du temps où ils travaillaient, se sont vite limités aux congés annuels et que c'est plus par l'envoi d'argent qu'ils ont contribué, à hauteur de leur moyen, à faire vivre leur famille au pays. A l'heure de la retraite, leurs faibles ressources ne leur permettent plus réellement d'assumer ce rôle de soutien de famille alors que souvent ils leur reste des enfants mineurs ou des enfants majeurs confrontés à l'absence de travail au pays Que signifie le retour dans sa famille de ce « vieillard » peu (re) connu ? Certains se retrouvent vite finalement « étrangers » dans leurs propres familles.

L'alternance de ce va et vient et la permanence des deux points d'accroches que constituent la famille et le foyer de l'ODTI permettent toutefois à nombre d'entre eux de maintenir un équilibre dans cet entre-deux. Ce va et vient est de durée et de rythme variable suivant les résidents allant de séjours de quelques semaines, plusieurs fois par an, à des séjours moins nombreux, mais de plusieurs mois. D'une année sur l'autre, la tendance peut s'inverser. Il n'y

⁷⁰ Sur 42 résidents retraités rencontrés

- les raisons mentionnées pour rester vivre au foyer (tableau n°7) sont : les habitudes de vie pour 48%, le coût du loyer pour 59%, la proximité des amis pour 9,5%, l'impossibilité d'accéder à un autre logement pour 14%.

- les raisons mentionnées pour rester vivre en France (tableau n°8) sont : les raisons financières pour 71%, les raisons de santé pour 51% et les raisons personnelles pour 9,5%. Annexe n°1

⁷¹ « ... ça change tout quand on est vieux. Quand on est vieux on tâche le plus tôt possible de vivre en famille. Par exemple, moi les autres, je sais pas. Moi, maintenant quand je suis à la retraite, je veux le moyen de vivre avec ma famille. C'est là je suis heureux. » Entretien avec un résident

⁷² « ...Avec votre famille, vous la voyez, vous avez qu'elles relations, vous téléphonez ? Je téléphone moi, trois, quatre, cinq fois par semaine, juste un petit, petit comme ça, j'ai une carte. Et vous y allez souvent en Algérie ? (silence...) Vous faites comment ? vous partez un mois, deux mois... ? Ah là ...là. Il faut pas me demander pour ça . Tu as demandé le travail mais y faut pas demander la maison ici ou là. Eh non ça se fait pas. Là , à mon idée, c'est à dire, moi je m'occupe pas des affaires des autres, comme ça c'est presque pareil...» Entretien avec un résident.

a réellement que les personnes qui décident de la fréquence de ces aller-retour, en fonction d'un ensemble de variables parmi lesquelles, les relations avec la famille (bonnes ou tendues), les évènements familiaux (mariage, décès), le niveau de leurs ressources, de la saison, de fêtes religieuses (ex: le ramadan) mais aussi de leur état de santé et de la nécessité de soins.⁷³

Les résidents permanents

Les résidents permanents sont constitués majoritairement, par les inactifs qui n'ont pas de famille au pays où qui ont rompu tout lien avec elle (soit après des situations de séparation, de divorce ou du fait d'être restés célibataires), par les quelques résidents qui sont encore en situation d'activité professionnelle et par ceux qui ne peuvent plus faire le va et vient. En fait, c'est souvent la maladie qui met fin à cette logique de va et vient. Le résident doit alors choisir entre se faire soigner au pays, entouré par la famille mais en ne bénéficiant pas de la même qualité de soins qu'en France, ou se soigner en France, pour une meilleure prise en charge médicale, mais en étant séparée de sa famille.⁷⁴ Nous constatons que c'est souvent ce deuxième choix qui est opéré et que la stabilisation d'une partie des résidents dans le va et vient est due en fait à un état de santé qui s'est dégradé et qui nécessite des soins importants.

L'ensemble de ces personnes habite donc de manière très régulière le foyer qu'elles ont investi comme leur domicile. C'est plus particulièrement parmi ces personnes, à l'exception des salariés, que nous retrouvons les situations d'isolement les plus fortes. Là encore, cette situation est vécue différemment suivant si elle est acceptée ou si elle est subie.

Ce statut de permanent n'est pas définitif à l'exception des résidents isolés les plus âgés et les plus fatigués physiquement. Certains des résidents actuellement salariés sont potentiellement des futures personnes dans le va et vient. D'autres célibataires, isolés, retraités ont décidé tardivement de fonder une famille, de se marier au pays et d'avoir des enfants. Ils sont alors entrés à leur tour dans une logique de va et vient. D'autres encore, ont procédé ou procéderont tardivement au regroupement familial.

D'une manière générale, les résidents présentent un risque de mauvais vieillissement et nécessitent un accompagnement médico-social de plus en plus important. Il convient toutefois

⁷³ Sur 42 résidents retraités rencontrés 86% sont dans le va et vient (tableau n°9). Annexe n°1

⁷⁴ « ...Ici, je vais voir le médecin par exemple, j'ai les médicaments. Il m'a donné les médicaments pour six mois. *Et en Algérie, vous les trouvez les médicaments ?* Non, non. Franchement, on n'a pas la possibilité des médicaments comme ici. Par exemple, pour faire la radio. Le médecin, il donne des médicaments, tu vas à la pharmacie, tu les trouve pas... » Entretien avec un résident.

d'opérer une distinction, entre les résidents dans le va et vient et les résidents permanents, qui n'entraîne pas les mêmes conséquences au niveau de la gestion du foyer.

2-2 Les conséquences du vieillissement des résidents au niveau de la gestion du foyer

Les principales conséquences du vieillissement des résidents se traduisent au niveau de l'occupation et de l'aménagement des locaux du foyer. J'aborderai également la question des demandes d'admission. En effet, leur analyse permet de mettre en évidence les besoins qui traversent le public immigré isolé vieillissant qui souhaite entrer au foyer et les éléments à prendre en compte pour mieux répondre à cette demande.

2-2-1 Au niveau des résidents

Une occupation différenciée du foyer en fonction de leur statut

Le mode de vieillissement des résidents fait que le foyer est occupé par des personnes dans le va et vient et par des résidents permanents.

Le va et vient entraîne une sous-occupation d'une partie des chambres par un certain nombre de résidents. Les personnes payent des chambres et perçoivent pour certaines l'APL sur une année entière alors qu'elles n'utilisent parfois leur chambre que quelques mois dans l'année. Ce point pose un réel problème. Des contrôles plus assidus de la Caisse d'Allocations Familiales (C.A.F.) pourraient entraîner pour certains résidents des indus importants. Le mode de solvabilisation des personnes dans le va et vient par l'A.P.L. est donc inadapté.

Comme gestionnaire, cette situation représente un réel risque sur le plan financier. En effet, la CAF, en cas de contrôle, peut se retourner contre le gestionnaire du foyer pour lui réclamer les indus. A charge pour celui-ci d'engager les démarches nécessaires auprès du résident pour récupérer les sommes dues.

Cette sous-occupation a momentanément l'avantage de permettre que 100 personnes puissent continuer à vivre dans le foyer. En effet, si le foyer devait, à ce jour, être habité en permanence par l'ensemble de ses résidents, nous devrions faire face à d'importants problèmes de cohabitation du fait de la vétusté de la structure. De manière secondaire, la répartition des charges de travail du personnel d'entretien en particulier, fluctue en fonction de l'arrivée et du départ des résidents dans le va et vient. Certains étages peuvent être complètement déserts pendant quelques semaines.

L'ensemble de ces éléments met en évidence la nécessité de mettre en oeuvre un projet d'accueil adapté aux personnes dans le va et vient.

Les résidents permanents quant à eux investissent le foyer comme leur domicile. Ceci nous conduit à accompagner des personnes en perte progressive d'autonomie. Nos questions principales les concernant porte donc sur la reconnaissance du foyer comme leur domicile, sur l'adaptation des locaux et du projet d'accompagnement à des personnes vieillissantes ainsi que sur leur accès et leur acceptation des services de maintien à domicile.

Le renforcement des déficiences des résidents du fait de l'inadaptation des locaux

Actuellement, nous mesurons toute l'inadaptation de l'équipement domestique du foyer au fur et à mesure de l'accroissement du nombre de résidents présentant une usure sur le plan physique, une mobilité réduite ainsi que diverses déficiences liées à leur âge. Cela va de l'usage des plaques de gaz qui présente des risques pour les personnes ayant des troubles de la vue, aux difficultés que rencontrent les personnes fatiguées physiquement pour utiliser les W.C. à la turc ou pour monter leurs étages quotidiennement en passant par l'absence de lieu adapté dans chaque étage pour laver et sécher le linge. A cela s'ajoute depuis l'origine la mauvaise isolation phonique dont les inconvénients se renforcent. Par exemple, particulièrement la nuit, les personnes insuffisantes respiratoires empêchent les autres de dormir, soit parce qu'elles ronflent trop fort soit parce que l'usage d'appareils d'aide respiratoire fait lui aussi trop de bruit.

Les personnes inactives organisent leurs rythmes de vie en fonction de leurs seules préoccupations ce qui, là encore, peut poser différents problèmes de cohabitation.⁷⁵ Par ailleurs, les douches collectives et leur étroitesse, de même que l'exiguïté des chambres permettent difficilement l'intervention des services d'aide à domicile.

Ces difficultés résultent du décalage entre la conception architecturale initiale du foyer, conçue pour loger temporairement des personnes valides et le fait qu'il accueille aujourd'hui des personnes vieillissantes, dont certaines en permanence, et qui l'investissent comme leur domicile.

⁷⁵ «... Le matin je fais la prière à cinq heures alors l'autre il m'a dit, il faut pas que tu lèves avant huit heures. Moi je peux pas dormir, moi je prends les cachets quand j'ai mal quand même. Depuis 75 que je suis là. L'autre depuis un an qu'il est là il, cherche la petite bête. Je lui dis tu fais comme nous ,on est 4, toi tu fais cinq, les autres c'est comme mon frère. Il cherche. Tu sais ce qu'il m'a dit. Si t'es pas content tu prends ta valise. C'est pas intelligent. Depuis le mois de juin 75 j'ai jamais dit ça à personne. Il a sa chambre, je m'en fous, ça me regarde pas...» Entretien avec un résident.

Actuellement, les limites posées par les équipements du foyer renforcent les déficiences des résidents allant parfois jusqu'à faire que celles-ci deviennent des handicaps voire puissent créer un état de dépendance.⁷⁶ La présentation de quelques situations vécues par des résidents permet d'illustrer ces concepts.

Les résidents ayant actuellement des insuffisances respiratoires se fatiguent plus vite et ont une moindre résistance à l'effort. Ils ont ainsi de plus en plus de mal à monter et à descendre les étages du foyer (certains habitent le quatrième étage) même pour faire leurs courses. Cette déficience devient donc, du fait de l'absence d'ascenseur et de l'impossibilité de leur attribuer des chambres au premier étage, un véritable handicap qui limite leurs sorties et contribue à une moins bonne alimentation (difficulté à monter des sacs de courses chargés) et à les isoler davantage. L'aggravation de l'état de santé de la personne pourra la conduire jusqu'à une perte d'autonomie qui sera d'autant renforcée par l'inadaptation des locaux.

D'autres résidents présentent une fatigabilité plus forte et une moindre force physique du fait de leur âge. L'utilisation des W.C. à la turc leur pose de vrais problèmes pour se relever. Nous avons pallié à cette difficulté par l'installation de barres d'appui afin que leur déficience ne se traduise pas actuellement par un réel handicap ce qui ne saurait tarder si nous ne changeons pas le modèle de toilette. Quelques autres aménagements simples ont donc été ainsi apportés sur certains étages tels l'installation de barres d'appui dans les douches, les escaliers, et des sièges rétractables dans certaines douches pour faciliter la toilette des résidents.

Ce point est particulièrement important. Il met en évidence que, pour les résidents, l'amélioration des locaux du foyer ou leur accès à un habitat adapté à leurs déficiences actuelles et à venir peuvent leur permettre de se maintenir beaucoup plus longtemps autonomes. Ce point est donc à prendre en compte de manière impérative dans tous les projets que nous souhaitons mener dans l'avenir. Toutefois, l'adaptation des locaux permettant de maintenir des personnes présentant des états de santé plus dégradés, doit être envisagée parallèlement avec la mise en place d'un accompagnement médico-social renforcé.

⁷⁶ Les quelques notes qui suivent permettent de présenter les distinctions existantes entre les concepts de déficience, d'handicap et de dépendance

Une personne peut avoir une déficience tout au long de sa vie sans que cela soit un handicap. Il y a handicap quand la déficience a une répercussion sur la vie de la personne (la déficience visuelle ou auditive peut être un véritable handicap pour une personne si celle-ci n'a pas les moyens de compenser cette déficience). La différenciation entre déficience et handicap est subtile. Un cumul de petites déficiences peut être handicapante. Le contexte dans lequel vit une personne peut transformer une déficience légère, en véritable handicap, voire déboucher sur une perte d'autonomie. En effet, le ou les handicaps peuvent conduire à une perte d'autonomie. La personne handicapée ne peut plus faire face seule à des besoins élémentaires, à des gestes quotidiens ordinaires. Elle a alors besoin d'un « tiers », d'une aide « extérieure ». La perte d'autonomie va donc provoquer un état de dépendance. Là encore, le degré de dépendance va être déterminé par le contexte de vie de la personne.

Une difficile prise en compte des nouvelles demandes d'admission

Les demandes d'admission traduisent différents éléments relatifs à la perception du foyer par les immigrés âgés isolés extérieurs au foyer et sont à resituer dans un contexte plus large d'évolution de ces personnes et de leur environnement, plus particulièrement en quartier centre ville. L'importance des demandes d'admission, une trentaine par an, alors que les personnes savent qu'il ne se libère pas une place en moyenne par an, traduit le fait que le foyer est un repère pour toute une partie de la population maghrébine vieillissante isolée. L'observation de ces demandes nous permet d'analyser sur un plan qualitatif les évolutions des besoins traversant ce public immigré isolé vieillissant et les éléments à prendre en compte pour y répondre.

Ce public trouvait jusqu'à présent à être hébergée temporairement sur le quartier par des compatriotes, souvent dans des logements insalubres. Il ressort des entretiens avec ces personnes que cette réponse les insécurise aujourd'hui. Elle est provisoire, incertaine et relève du bon vouloir de la personne qui les héberge, ce qui se fait de plus en plus rare. Ce mode d'hébergement ne répond plus aux attentes de ces immigrés âgés qui présentent souvent des états de santé nécessitant un minimum de confort et qui aspirent à une certaine sécurité. Pour cette partie de la population maghrébine vieillissante, isolée, hébergée précairement en centre ville, le fait de pouvoir justifier d'occuper son propre logement constituerait une plus forte garantie de maintenir ses droits. Accéder à une chambre dans le foyer est un vrai privilège. Celui-ci représente un repère, un espace sécurisant. Il est connu au-delà des résidents, par les vieux immigrés pour assurer une aide dans les démarches administratives (constitution de dossiers, aide à remplir des imprimés, information sur des droits etc..), dans les démarches de soins, une écoute. C'est un lieu qu'ils fréquentent pour demander divers renseignements car ils ont confiance dans les conseils qui leurs sont prodigués.

Les nouvelles demandes d'admission sur le foyer traduisent l'expression d'un réel besoin d'hébergement, définitif ou temporaire, pour des personnes immigrées âgées dont certaines présentent déjà des problèmes de santé ou de mobilité. Pour attribuer les quelques chambres qui se libèrent, nous prenons en compte différents éléments tenant à la personne, la durée supposée de sa présence en France, ses ressources, ses repères sur Grenoble et son état de santé. Ces personnes marquent leur très fort attachement au quartier en refusant généralement toute réorientation sur les foyers SONACOTRA de l'agglomération dont certains disposent de chambres en rez-de-chaussée ou avec ascenseur.

Ces nouvelles demandes, pour des personnes dans le va et vient mais aussi pour des personnes voulant se stabiliser, nous confirment la place spécifique que joue le foyer pour ce public immigré âgé, isolé. Leur prise en compte pose des questions liées à l'élaboration d'un mode d'habitat pour des personnes dans le va et vient, à l'importance de la question de l'accessibilité des locaux et d'un accompagnement médico-social préventif. Il m'apparaît qu'à l'avenir nous devons de plus en plus réfléchir à une politique d'attribution plus fine. Celle-ci devra prendre en compte les éléments énoncés précédemment avec une attention de plus en plus forte sur les questions de santé et d'autonomie de la personne.

Au-delà de ces différents aspects, le vieillissement des résidents a aussi des conséquences sur le projet d'accompagnement.

2-2-2 Au niveau du projet d'accompagnement des résidents

Le projet du foyer a été pensé dès sa création, pour que les résidents soient le plus possibles intégrés à la vie du quartier et dans la société. Cette orientation générale traduite dans l'accompagnement des résidents, consiste à ne pas les enfermer dans des réponses internes, spécifiques, mais de les amener à aller le plus possible solliciter les services et institutions de « droit commun » pour qu'ils s'adaptent à leurs besoins et à leurs spécificités. L'accompagnement des résidents est ainsi défini pour répondre à différents objectifs généraux :

Au niveau individuel

- écoute et soutien de la personne
- information sur ses droits et toute évolution de l'environnement qui peut la concerner
- orientation sur les services de l'ODTI ou d'autres associations, institutions, travailleurs médico-sociaux compétents pour répondre à la demande et aux besoins perçus.

Au niveau collectif

- connaissance et analyse des demandes et des besoins des résidents
- engager les actions collectives nécessaires soit pour dépasser telle ou telle difficulté soit pour répondre à telle ou telle demande.

Evolution des demandes et des besoins des résidents en terme d'accompagnement

Les sollicitations des résidents en terme d'accompagnement ont porté pendant longtemps sur les questions ayant trait au domaine de la protection et des droits sociaux liés au travail (invalidité, indemnités journalières, accident du travail, conflit avec les employeurs, etc.), à la formation (alphabétisation et qualification), à la santé et au droit au séjour.

Au fur et à mesure de l'évolution de leurs besoins, en parallèle avec leur avancée en âge et l'évolution de leur situation familiale et socio-professionnelle, leurs demandes ont évolué. Même si certains thèmes restent les mêmes, l'accès aux droits sociaux, aux soins, aux services de droits communs, ils se déclinent différemment aujourd'hui. Il s'agit maintenant de l'accès à la retraite et aux prestations non contributives, du droit au séjour, des difficultés liées au va et vient, des questions de résidence, de la gestion de leur état de santé de personnes vieillissantes et du renforcement de leur isolement social et affectif. Un des points les plus importants, même si il est difficilement formulé comme tel, concerne la prise en compte des questions touchant à leurs déficiences, et partant, leur accès et leur acceptation des services de maintien à domicile et aux établissements pour personnes âgées.

Cette évolution fait que j'ai réorienté certains postes de travail du foyer sur un rôle de prévention, voire ponctuellement d'accompagnement en terme de santé de résidents vieillissants.

Evolution des postes de travail : vers un rôle de prévention en matière d'accompagnement de personnes vieillissantes

L'ensemble des postes de travail présentés ci-après, à l'exception du poste de gestion locative et de suivi comptable, est concerné par cette évolution.

- un directeur chargé de la gestion administrative, financière, du personnel, des admissions, représentant l'association vis à vis des institutions et garant de la mise en œuvre du projet du foyer en lien avec les orientations de l'association.
- une responsable de la gestion locative et du suivi comptable du foyer à mi-temps
- un correspondant social à quart-temps, chargé du suivi individuel des résidents concernant leur insertion, leurs droits, leur santé et du suivi des actions collectives, menées avec les différents partenaires médico-sociaux du quartier.
- un poste un quart de personnel de ménage, chargé du ménage de toutes les parties communes du foyer et des bureaux administratifs

- un poste et demi de veilleur de nuit. Ceux-ci interviennent tous les jours de 18 h à 1 heure du matin. Ils sont chargés plus particulièrement de la sécurité des résidents et des locaux ainsi que de l'ouverture et de la fermeture de la salle de télévision.
- un agent d'entretien à mi-temps: chargé des différentes réparations et travaux nécessaires dans le foyer
- une infirmière à 0.2 équivalent temps plein. Le contexte de création de ce nouveau poste et ses objectifs sont abordés dans le paragraphe, le renforcement des compétences de l'équipe sur l'accompagnement des résidents vieillissants.

Le personnel est présent la semaine du lundi au vendredi à l'exception des veilleurs qui couvrent toutes les soirées. Cette présentation succincte des différents postes permet de prendre conscience du peu de personnel intervenant dans le foyer en particulier au niveau de l'accompagnement médico-social. Ceci s'explique principalement par trois éléments :

- la mission initiale et principale du foyer était jusqu'à ces dernières années, comme pour tout FTM, de loger des travailleurs immigrés. Ce n'est réellement que ces dernières années que les missions d'accompagnement social se sont développées. Par ailleurs le projet d'accompagnement des résidents a toujours été construit sur une forte dynamique partenariale.
- le FTM a disposé pendant longtemps des seuls financements du FAS pour mener des projets sociaux du fait qu'il n'était pas intégré dans la politique de la ville.
- la problématique du vieillissement des immigrés commence tout juste à mobiliser de nouveaux acteurs institutionnels locaux tels le Conseil Général, le Centre Communal d'Action Sociale (C.C.A.S.) de Grenoble qui sont directement impliqués dans les questions ayant trait au vieillissement.

Comment se traduit l'évolution de la demande des résidents au niveau des postes de travail en lien avec leur vieillissement ?

- *Le correspondant social du foyer*

Le correspondant social a pour mission d'accompagner les résidents. Son travail se décline en différents objectifs généraux :

- apporter un soutien dans leurs démarches, pour remplir leurs dossiers administratifs, les informer et les aider à faire valoir leurs droits.
- être attentif à l'évolution des situations individuelles tout particulièrement en ce qui concerne la question de la santé prise dans son acception large, d'état de bien-être de la personne
- inscrire les résidents dans la vie sociale du quartier, les faire participer à la préparation et à l'élaboration des différents événements culturels ou festifs (fête de quartier, repas, sorties avec le centre social et les habitants du quartier, etc.)

Afin de répondre à cette nouvelle problématique le correspondant social est chargé d'organiser un travail collectif avec les résidents sur leur perception de leur vieillissement et les réponses qu'ils envisagent de mobiliser. Parallèlement, un nouveau travail d'évaluation de l'autonomie de certains résidents est nécessaire, de même qu'une coordination avec les structures d'aide et de soins à domicile et les travailleurs sociaux spécialisés pour les personnes âgées. Ce dernier point, avec le renforcement de la place des soins, sont les éléments qui m'ont conduit à créer, à partir d'un travail conduit avec le centre de santé du quartier, un poste d'infirmière.

- *Le personnel de ménage et les veilleurs*

Le personnel de ménage et les veilleurs sont à même à constater dans le quotidien la dégradation de l'hygiène d'un résident. Actuellement, dans l'évolution de ces postes, l'accent est mis sur le signalement de tout fait qui pourrait traduire un problème au niveau d'un résident (mauvaise hygiène des frigos, oubli d'éteindre le feu du gaz, W-C sales, table non nettoyée, mauvais entretien de la chambre, propreté des draps, etc...). Le ramassage des draps, effectué par le personnel d'entretien, tous les quinze jours, est l'occasion de rentrer dans les chambres des résidents. Cela permet de se rendre compte, au regard de l'hygiène des draps et de la chambre, du fait que le résident présente peut-être des difficultés pour assurer son entretien ou le nettoyage de ses vêtements traduisant un affaiblissement ou un désintérêt de la personne.

La fonction de veilleur devient de plus en plus importante pour rassurer les personnes sur le plan de la sécurité, en cas de problème de santé nécessitant une intervention en urgence, etc.

Le rôle de prévention de leur travail a ainsi été renforcé. Il consiste principalement à ce jour à signaler au directeur, à l'infirmière ou au correspondant social les situations qui leur semblent demander une attention particulière.

- *Le personnel de maintenance*

Les résidents investissent la personne effectuant les travaux et les réparations dans le foyer d'un rôle relationnel plus fort. Avec l'âge, les résidents apprécient ce passage dans leur chambre qui témoigne de la prise en compte de leur demande et qui correspond aussi pour eux à un petit temps privilégié d'attention à leur égard. Là encore, à l'occasion du changement d'ampoule, du débouchage d'un évier, ce salarié est à même à entendre ou à constater un certain nombre de difficultés que peuvent rencontrer les résidents.

Au-delà de l'évolution des postes des salariés du foyer, le vieillissement des résidents se traduit aussi, dans la redéfinition de nos objectifs de travail sur leur accompagnement avec nos différents partenaires médico-sociaux du quartier.

Une réorientation des objectifs de nos partenariats en lien avec le vieillissement des résidents

Le projet d'accompagnement des résidents du foyer a dès son origine inclus la notion de travail partenarial. La mobilisation du service juridique de l'association, du centre de santé et du centre social du quartier nous permet de couvrir les domaines de l'accès aux droits, aux soins, à l'insertion professionnelle. Afin de prendre en compte les évolutions attendues au vieillissement des résidents j'ai réorienté le sens du travail que nous engageons avec chacun de ces partenaires, à partir de son domaine de compétence.

- *Le service juridique*

Le service juridique est notre interlocuteur privilégié sur toutes les questions concernant la question d'accès aux droits sociaux ou du droit au séjour des résidents. Toutefois, nous ne le sollicitons pratiquement plus sur les questions liées au droit du travail mais sur des problèmes liés aux retraites, à la résidence, aux contentieux avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (du fait de la suppression de la retraite ou de l'allocation supplémentaire). Sur le plan collectif, le service juridique de l'ODTI est à l'origine du premier contentieux engagé en 1986 avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) pour faire reconnaître le droit pour les étrangers de percevoir l'allocation supplémentaire. Cette action a abouti à la modification de la loi en 1998. Actuellement, nous avons sollicité le service juridique sur l'interprétation de la notion de résidence qui est au cœur d'un certain nombre de problèmes, en particulier, pour les résidents dans le va et vient.

- *Le centre de santé du quartier*

Notre travail avec le centre de santé porte sur le suivi de situations individuelles et sur la mise en œuvre d'actions collectives en direction des résidents. Plusieurs projets ont été conduits de pair ces dernières années. Une formation destinée au personnel et aux résidents sur « comment réagir face à une situation d'urgence médicale », des actions d'information concernant la prévention du sida, la tuberculose et sur le thème « santé et ramadan ». Afin de prendre en compte la problématique de plus en plus importante de santé des résidents en lien avec leur vieillissement, nous avons engagé avec le centre de santé une étude d'analyse des pathologies des résidents. Ce travail s'est concrétisé par la création d'un poste d'infirmière sur un rôle de prévention dans le foyer. Notre collaboration se poursuit en fonction des besoins perçus soit par le centre de santé soit au niveau du foyer. Les différents projets font l'objet de demandes de financement et sont formalisés dans le cadre de convention.

- *La commission «Immigrés vieillissants » du centre social*

La commission « Santé-Migrant » du quartier a évolué en commission « Immigrés Vieillissants » pour prendre en compte la problématique de vieillissement de la population immigrée du quartier. Elle a changé d'objectifs et certains de ses partenaires. Ceux ayant trait à des personnes non retraités et centrés sur l'emploi, se sont retirés pour laisser place à une représentante des assistantes sociales troisième âge du quartier, au service d'aide et de soins à domicile et ponctuellement à des directrices d'établissement du quartier pour les personnes âgées. Elle s'inscrit dans une dynamique partenariale d'acteurs médico-sociaux du quartier. Tout travail engagé dans cette commission part de l'analyse de situations individuelles ou collectives, concernant les résidents et les immigrés du quartier, rencontrées par ces différents acteurs pour voir quels problèmes se posent, quelles questions cela soulève, quelles dynamiques peuvent être mises en jeu et avec quels partenaires. Sur un plan collectif, c'est un lieu d'élaboration d'action ou de projets à l'échelle du quartier. Nous verrons ultérieurement certains des projets engagés dans ce cadre en direction des résidents vieillissants.

Le vieillissement des résidents m'a donc conduit à faire évoluer le contenu du projet d'accompagnement des résidents, les postes de travail vers un rôle plus fort de prévention ainsi que le contenu de notre travail partenarial. L'accès au service de maintien à domicile, l'accompagnement de personnes vieillissantes sont des questions qui commencent à se poser avec de plus en plus d'acuité et qui m'apparaissent devoir mobiliser de nouvelles orientations.

CONCLUSION

Les résidents sont confrontés à un isolement culturel, social, affectif, linguistique auquel s'ajoutent maintenant des handicaps visuels, auditifs ou moteurs et des conditions d'habitat inadaptées qui les isolent davantage de toute vie sociale.

Leur vieillissement physique, psychologique mais aussi leur mode de vieillissement avec pour certains la pratique du va et vient, les confrontent et nous confrontent à différentes questions:

- la question des résidents dans le va et vient
- le devenir des résidents permanents vieillissants dans le foyer
- la prise en compte de l'évolution des demandes d'admission
- l'inadaptation croissante des locaux pour des personnes vieillissantes
- l'actualisation du projet d'accompagnement, la redéfinition des missions des différents postes de travail des salariés et de nos partenariats
- la nécessité de réfléchir avec les résidents à la question de leur vieillissement et de la mise en place de réponses adaptées

L'ensemble de ces constats, de ces questions m'a amené à redéfinir, en lien avec le projet associatif, différents axes et objectifs de travail pour prendre en compte, dans toute sa complexité, la problématique de vieillissement des résidents .

Je présenterai donc dans cette dernière partie le positionnement de l'association sur cette problématique, comment cette orientation se traduit au niveau du foyer, en terme d'orientations, d'objectifs, de réalisations concrètes ainsi que d'élaboration de projets.

TROISIEME PARTIE

ELABORATION DE REPONSES ADAPTEES

L'ODTI a été créé avec l'objectif de concourir à l'égalité de droits entre travailleurs immigrés et travailleurs français. La problématique liée aux immigrés vieillissants et non plus aux travailleurs immigrés, l'a amené à questionner à nouveau son projet associatif et à se déterminer sur sa légitimité à aller sur cette problématique. C'est en 1995, à l'occasion de ses 25 ans que l'ODTI a travaillé à la refondation de son projet associatif. Celui-ci est défini, en ce qui concerne le foyer, ses résidents et les immigrés vieillissants comme « l'héritage de la période passée et concerne les actions à mener en direction de la population immigrée vieillissante pour l'accompagner et adapter les réponses existantes notamment en matière d'habitat. (...). Dans ce domaine, l'ODTI doit retrouver la capacité d'initiative qui était la sienne quand elle repensait la formule du foyer et lançait la formule de la multilocation ». Cette orientation pose clairement la question de l'accompagnement et de l'adaptation du mode d'habitat des résidents vieillissants. Mais comment se traduit-elle concrètement au niveau du foyer ?

3-1 Le vieillissement des résidents : des interrogations multiples

Le vieillissement massif des résidents dans le foyer pose différentes questions qui montrent toute la complexité du chantier à conduire.

Comment inscrire la problématique de vieillissement des résidents dans le cadre des instances gérontologiques départementales ? Comment prendre en compte, avec les limites actuelles du foyer, le vieillissement des résidents ? Quelles évolutions cela signifie-t-il au niveau du projet d'accompagnement des résidents et du travail du personnel ? Avec quels partenaires ? Comment associer les résidents à la recherche de réponses leur correspondant ? Comment se positionnent-ils face aux réponses des services de maintien à domicile ? Que signifie le maintien à domicile dans le foyer ? Quelles en sont les limites ? L'orientation des résidents en établissement pour personnes âgées constitue-t-il une réponse possible ? A quelles conditions ? Faut-il mettre en place des réponses spécifiques, lesquelles ? Comment prendre en compte la question du va et vient, dans quel cadre ? A plus long terme, quel projet d'adaptation du bâti avec quels projets d'accompagnement médico-social et quels financements ?

C'est bien à l'ensemble de ces questions que je suis confronté dans ma fonction de direction. et qu'il convient d'apporter des réponses. Les objectifs généraux que j'ai défini à court, moyen et long terme permettent de prendre en compte ces différentes questions.

Objectifs à court et moyen terme

- inscrire la problématique de vieillissement des résidents dans le cadre de la politique gérontologique locale
- faire (re)connaître les particularités du vieillissement des résidents, leurs attentes et leurs besoins par les différents acteurs concernés afin de faciliter l'élaboration de réponses adaptées prenant au mieux en compte la réalité de leur mode de vieillissement
- favoriser tous les partenariats, les collaborations et actions visant à l'accompagnement des résidents vieillissants en particulier avec les acteurs institutionnels et associatifs agissant dans le domaine de la gérontologie
- susciter l'expression des résidents et leur implication dans la mise en place de réponses aux difficultés qu'ils rencontrent du fait de leur vieillissement
- renforcer les compétences de l'équipe du foyer sur l'accompagnement des résidents vieillissants
- expérimenter des réponses en rapport avec les besoins actuels des résidents vieillissants et en déterminer les intérêts et les limites

Objectifs à plus long terme

- définir les besoins des résidents et réfléchir à la place du foyer dans une perspective de réhabilitation, comme un des éléments de réponse à leurs besoins mais aussi aux attentes des vieux immigrés du quartier et du centre ville

La traduction concrète de ces différents objectifs sera abordée dans la présentation des différents chapitres suivants :

Les orientations, objectifs, actions, à court et moyen terme

- information, sensibilisation des acteurs locaux et implication dans les instances locales
- les lieux d'échanges sur l'accompagnement des résidents vieillissant
- information et implication des résidents dans la réflexion sur l'accompagnement de leur vieillissement
- le renforcement des compétences de l'équipe sur la question de l'accompagnement des résidents âgés

- l'expérimentation de différents modes de réponse à partir de situations vécues par les résidents

Les orientations à plus long terme

- le choix politique du maintien à domicile
- vers la création d'un lieu de vie
- un projet pour accueillir les personnes dans le va et vient

3-2 Information, sensibilisation des acteurs locaux et implication dans les instances locales

L'absence de (re)connaissance de la problématique du vieillissement des résidents par les autres acteurs que ceux intervenant directement dans le domaine de l'immigration ou auprès des résidents représentait un frein important pour nous permettre d'avancer dans une réflexion plus ouverte sur cette problématique. Partant de ce constat, l'ensemble des différents services de l'ODTI s'est mobilisé, avec différents partenaires, pour concourir à la vulgarisation de cette problématique auprès de différents acteurs (les institutions, les travailleurs sociaux, les instances politiques, l'opinion publique, le champ gérontologique, etc...) en mobilisant différents moyens.

3-2-1 La production, le partage de nos connaissances et de nos questionnements

Des études, articles, reportages⁷⁷ ont été produits à l'initiative de l'ODTI ou en collaboration avec différents partenaires et diffusés au plan local voire national soit par le biais de revues spécialisées dont « Ecart d'identité »⁷⁸ ou « Plein droit »⁷⁹ voire dernièrement « Gérontologie et société »⁸⁰, ou d'études spécifiques⁸¹. L'objectif général est d'informer, de susciter la réflexion des acteurs politiques, institutionnels, associatifs, des citoyens autour de la place de

⁷⁷ Reportage télévision « Le mythe du retour », Le Mag du dimanche, France 3, 6 février 2000.

⁷⁸ Ecart d'identité, « Vieillir dans l'immigration », Mars 1993, n°64 ; Ecart d'identité, *Comment va la santé-Reflets migrants*, Mars/Juin 1995, n° 72/73 ; Ecart d'identité, *Le toit de l'Autre- accès et entrave au logement*, Mars 1997, n° 80, ; Ecart d'identité, *Le troisième âge de l'immigration*, décembre 1998, n° 87.

⁷⁹ GISTI, « Une vieillesse illégitime », in *Plein droit*, Juillet 1998, n° 39, 62 p

⁸⁰ Gérontologie et société, « Vieillesse, migrations, cultures », décembre 1999, n° 91, 205 p

⁸¹ « Les immigrés vieillissants et isolés face au logement - développement et usure institutionnelle dans l'agglomération grenobloise », in *Les cahiers de l'observatoire associatif du logement*, Grenoble, mai 1996, n°7, 77 p

ce public immigré dans notre société et des projets à mettre en œuvre pour l'accompagner dans son processus de vieillissement.

C'est dans cet objectif que nous nous sommes associés à l'organisation d'une journée publique organisée par « les Services Pour l'Habitat » sur le thème « Avoir un toit : quelles solidarités nouvelles ? » et que nous avons construit avec le G.R.A.V.E. et le C.P.D.G un projet de journée de formation et de réflexion sur la problématique des immigrés vieillissants à destination de professionnels du secteur médico-social.⁸²

Au-delà de ces aspects de sensibilisation, d'information, notre objectif à plus long terme était que le champ gérontologique intègre la problématique de vieillissement des résidents avec ses spécificités. C'est donc avec cet objectif général que j'ai participé à différents groupes de travail avec le CCAS de Grenoble et dans le cadre de l'élaboration du schéma gérontologique de l'Isère.

3-2-2 Participation à des groupes de travail avec le CCAS de Grenoble

Le questionnement général du CCAS était de déterminer comment il pouvait intégrer les différents aspects de la problématique du vieillissement du public immigré, dans la redéfinition des objectifs de ses différents services spécialisés du troisième âge.

Le travail engagé avec ces services a permis outre de mieux connaître nos différents domaines d'intervention, d'échanger sur les modes de vieillissement des résidents et de définir un certain nombre d'orientations. Les deux principales concernent l'implication du CCAS sur le devenir des FTM de l'agglomération grenobloise, dont celui de l'ODTI, ainsi que la recherche de « réponses adaptées à la problématique spécifique ce public vieillissant dans un cadre de partenariat. »

Ces orientations marquent la volonté affirmée du CCAS de Grenoble de s'impliquer au niveau de la prise en compte du devenir des immigrés vieillissants. Elles en font un de nos partenaires privilégiés pour mener les réflexions et les projets concernant les résidents.

3-2-3 Participation à l'élaboration du schéma gérontologique départementale

Ma participation, en tant que directeur d'un FTM géré par une association travaillant sur les problématiques du public immigré vieillissant, à différents groupes de travail préparatoires à l'élaboration du schéma gérontologique départemental, avait différents objectifs:

⁸² Ces journées de formation devront se concrétiser en 2001.

- informer à partir de nos connaissances des besoins quantitatifs et qualitatifs de cette population au niveau de l'agglomération et plus spécifiquement pour le foyer
- faire (re)connaître les spécificités de cette population pouvant entraîner ou non une spécificité dans sa prise en charge
- faire en sorte que les problèmes de vieillissement de cette population majoritairement, mais pas exclusivement, logée en FTM soient appréhendés dans leur globalité par un ensemble d'acteurs associatifs et institutionnels (Conseil Général, CCAS, associations travaillant dans le domaine gérontologique, etc...)
- susciter une démarche de connaissance et de réflexion :
 - demander la réalisation d'une étude gérontologique prospective à l'échelle du département faisant apparaître les attentes des personnes, leur positionnement face aux réponses existantes, leurs spécificités, les besoins repérés actuellement et pour les années à venir. Au-delà de ces différents objectifs, l'enjeu d'une telle étude est de faire sortir cette problématique du seul champ de préoccupation des gestionnaires de FTM pour impliquer, entre autre, de manière plus forte, le Conseil Général et les différents acteurs intervenants dans le champ gérontologique.
 - réfléchir sur les évolutions nécessaires, au niveau des projets des établissements spécialisés pour les personnes âgées, pour faciliter leur accueil de personnes immigrées âgées
 - évaluer les évolutions nécessaires au niveau des foyers de travailleurs migrants pour réaliser des adaptations de l'habitat et améliorer l'accompagnement médico-social de cette population
 - débattre de l'opportunité ou non de mettre en place des petites unités de vie pour personnes âgées immigrées, style domicile collectif
 - faire valoir la nécessité d'une coordination des interventions des services d'aide et de soins à domicile dans les foyers à l'heure actuelle et une fois réhabilités.

Les objectifs du schéma couvrant la période allant de 1993 à 1999 ne faisaient pas référence à la problématique des immigrés vieillissants. Celle-ci est dorénavant répertoriée dans le schéma gérontologique 2000/2004 de l'Isère,⁸³ parmi les besoins nouveaux à prendre en compte :

⁸³ « Schéma d'organisation gérontologique 2000/2004 », Conseil général de l'Isère / Préfecture de l'Isère, 2000, 150 p

- « la réhabilitation des FTM avec baisse de la capacité d'accueil de manière qu'à terme, toutes les chambres d'une superficie inférieure à 7.5 m² occupées par des personnes âgées de plus de 60 ans soient supprimées
- mettre en place une réflexion et poursuivre le partenariat en vue d'apporter une réponse de qualité au vieillissement des travailleurs migrants.
- renoncer à l'homogénéisation des modes de vie et des prises en charge et promouvoir le respect des différences culturelles.
- nécessité de prendre en compte les différences culturelles de toute nature, de réfléchir aux modalités d'insertion particulière de groupes de population identifiés par leur mode de vie spécifiques et de prévoir l'adaptation des services et des structures à ces différences.
- réadapter les capacités des établissements aux besoins locaux des personnes âgées ou pour des projets correspondants aux orientations des autres schémas (adultes handicapés vieillissants) ou pour de nouvelles populations (migrants vieillissants...).
- certaines populations telles que les handicapés vieillissants, les migrants âgés, demandent une approche nouvelle. Chacune des formations des intervenants, tant à domicile qu'en établissement, doit inclure les particularités et spécificités de la personne âgées handicapée et des personnes âgées provenant de l'immigration en se référant à d'autres cultures et religions (formation d'aides offertes à des personnes issues de même culture)...».

L'ensemble de ces orientations, préconisations et objectifs traduisent le repérage de la problématique générale du vieillissement des immigrés dont celle, plus particulière des résidents en foyer. Concrètement, depuis la parution de ce schéma, aucun groupe de travail sur ces différents axes n'a été mis en place à notre connaissance par le Conseil Général de l'Isère. Toutefois, les orientations définies dans ce schéma devraient nous permettre maintenant de solliciter les services du Conseil Général sur la question du vieillissement des résidents et sur les projets que nous souhaiterions mener.

De manière plus concrète, l'accompagnement des résidents vieillissants passe par l'inscription de cette problématique dans l'environnement immédiat du foyer de manière à apporter des réponses de proximité. Ceci nous amène ainsi à travailler au niveau d'un partenariat local.

3-3 Les lieux d'échanges sur l'accompagnement des résidents vieillissants

Notre mobilisation forte d'un partenariat local résulte de la complexité du mode de vieillissement des résidents, de notre volonté de les intégrer le plus possible aux dispositifs existants, de l'organisation des modes de réponses apportées d'une manière générale à l'accompagnement des personnes vieillissantes. C'est pourquoi, nous nous sommes impliqués dans le GRAVE et dans la commission « Immigrés vieillissants » du quartier.

3-3-1 Le Groupe de Recherche et d'Action sur le Vieillissement des Etrangers⁸⁴

Le GRAVE constitue au niveau départemental un lieu de rencontre, entre acteurs de terrain concernés par le vieillissement des immigrés, afin de recenser, d'analyser et de débattre des difficultés rencontrées, d'informer les personnes sur leurs droits par des moyens d'information appropriés, d'interpeller les politiques pour sortir de la seule réponse à des cas individuels. Le GRAVE, en lien avec le service juridique de l'ODTI, a conduit la première action en justice en 1986 qui, après différentes démarches organisées sur le plan national avec d'autres associations, a abouti en 1998 à la reconnaissance, par la loi Chevènement, du bénéfice des allocations non contributives à tous les étrangers sans distinction de nationalité à la seule condition de la régularité de leur séjour. Le GRAVE s'inscrit donc aussi dans une dimension politique forte.

Le GRAVE initie des réflexions, des actions dans les quartiers, avec des personnes ou des professionnels sur la problématique du vieillissement des étrangers. Le projet « Terray », d'habitat et d'accompagnement adaptés pour des immigrés vieillissants, mis en place par l'ODTI a été réfléchi au sein du GRAVE.

Actuellement, nous travaillons ensemble sur différentes questions concernant :

- la question du droit d'aller et venir entre le pays d'origine et la France.

Ce droit n'est pas reconnu et entraîne des suspensions de droits sociaux pour l'ensemble des immigrés dans cette dynamique. Une action contentieuse, en lien avec le service juridique de l'ODTI, est engagée par le GRAVE pour faire évoluer l'interprétation de la notion de

⁸⁴ Le GRAVE est une association loi 1901, constituée d'associations locales s'occupant de personnes issues de l'immigration, telles l'O.D.T.I. l'ADATE, le S.S.A.E., de la L.I.C.R.A., de représentants départementaux de la SONACOTRA, de représentants du domaine gérontologique tels des travailleurs sociaux issus d'institutions diverses spécialisés sur le troisième âge, de l'adjoint au responsable du service personnes âgées du CCAS de la Ville de Grenoble, du C.P.D.G. et de personnes individuelles intéressés par ces questions.

résidence et éviter des pertes de droit pour des personnes dans le va et vient.

- le logement et l'accompagnement des immigrés vieillissants

Les membres du GRAVE sont mobilisés sur l'ensemble des questions concernant localement la question du logement des immigrés vieillissants et leur accompagnement. Actuellement les échanges portent sur différentes questions qui recoupent nos questions concernant les résidents: Comment permettre le maintien à domicile des personnes immigrées vieillissantes en perte d'autonomie ? Pourquoi ces personnes ont-elles peu accès aux structures de vieillissement ? Doit-on viser à mettre en place des lieux de vie spécifiques avec adaptation des services rendus dans le cadre du droit commun ? Comment accéder à l'aide sociale quand l'obligation alimentaire est difficile à faire jouer pour de la famille restée au pays ?

- le regroupement familial

Cette réflexion autour du regroupement familial nous intéresse car elle est envisagée et déjà utilisée, par certains résidents, comme réponse à leur vieillissement et à leur solitude. Cette question est abordée à la fois à partir de l'accès à ce droit pour les populations immigrées vieillissantes et à partir du sens de ces regroupements. Comment accompagner des situations d'hommes vieillissants qui font venir des femmes encore jeunes pour des raisons d'isolement et de perte d'autonomie ? Quel positionnement prendre ultérieurement dans le cadre de la réhabilitation du foyer face à cette demande ?

Ces différents groupes de travail nous permettent donc d'aborder différentes questions en lien avec le vieillissement des résidents et de réfléchir à l'élaboration de projets avec des acteurs du champ gérontologique au niveau départemental. Cette même démarche nous conduit à travailler aussi à l'échelon du quartier dans le cadre de la commission « Immigrés vieillissants ».

3-3-2 La commission « Immigrés vieillissants » du quartier

La commission « Immigrée vieillissant » a pour objectif général d'être un lieu de connaissance, de formation, de réflexion et d'élaboration de projets. Sa composition ayant

déjà été mentionnée, je présenterai les différents objectifs que nous nous sommes définis pour ces deux dernières années ainsi que les réalisations menées en conséquence :

- acquérir des bases communes de connaissances générales concernant l'histoire des immigrés vieillissants et en débattre avec les résidents.

Projection du film « Mémoires d'immigrés, l'héritage des Maghrébins » réalisé par Benguigui Y. et débat avec les résidents, les habitants et certains professionnels du quartier

- connaître les modes d'intervention des différents acteurs et les réponses possibles dans le cadre du maintien à domicile ou en institution.

Présentation réciproque par chacun des membres de cette commission de la manière dont il est ou pourrait être concerné par cette problématique et des modes d'intervention du service auquel il appartient. Invitation de différentes directrices de structures et visites de leurs établissements.

- débattre entre professionnels de situations individuelles posant des questions de fond, voir quels problèmes se posent et comment mieux y répondre.

Les débats portent sur l'expérimentation des services d'aide et de soins à domicile dans le foyer ou le quartier, sur l'orientation d'un certain nombre de nos résidents en établissement ou sur leur maintien au foyer.

- faire circuler toute information relative à l'évolution de la législation sur le droit des étrangers, ou à tout autre publication ayant un intérêt avec la problématique de vieillissement de ce public

Présentation du travail effectué par l'ODTI sur les questions de l'accès au logement des populations étrangères. Présentation du mémoire réalisé par un médecin du centre de santé du quartier dans le cadre de sa spécialisation en gérontologie.⁸⁵

Restitution sur la participation aux différents groupes de travail du schéma gérontologique ou du G.R.A.V.E.

- élaborer des projets expérimentaux à l'échelle du quartier

Réflexion en cours sur l'expérimentation de réponses pour la préparation de repas dans le cadre du foyer de manière à pouvoir, à partir d'une expérience concrète, discuter avec les résidents du ou des modes de réponses les plus adaptés au problème de leur alimentation.

⁸⁵ Mathieu M.L., Op.cit.

D'une manière plus générale, nous souhaitons informer et impliquer les résidents dans la recherche de réponses à leur problématique de vieillissement.

3-4 Information et implication des résidents dans la réflexion sur l'accompagnement de leur vieillissement

Notre objectif général concernant les résidents vieillissants, consiste à susciter leur expression individuelle et collective et leur implication dans la mise en place de réponses adaptées aux difficultés qu'ils rencontrent. Toutefois, nous butons sur l'absence de représentation collective. Ceci se traduit entre autre par l'absence de comité de résident. Cette absence de représentation et d'expression collective nous pose problème. En effet, les réponses à mettre en œuvre pour prendre en compte leur vieillissement les concernent à la fois collectivement et individuellement. Les questions traitant de la réhabilitation du bâti, de l'intervention des services de maintien à domicile, de la prise en compte du va et vient, doivent être abordés collectivement alors que l'aspect individuel concerne le projet de vie et d'aide de chacun .

Notre volonté de privilégier l'expression des résidents, de les inscrire dans une démarche active nécessite de mobiliser les moyens qui permettent cette expression à la fois individuelle et collective. Les deux dimensions nous paraissent nécessaires à conduire de pair. L'information, les débats collectifs permettent l'appropriation et la maturation de l'ensemble des résidents sur ces questions. Ceci permet progressivement que l'ensemble du groupe s'ouvre à ce type de réponse dans le foyer alors que la présence de l'infirmière peut permettre l'expression individuelle.

Sur le plan collectif, nous avons ainsi engagé, avec la commission « Immigrés vieillissants », différentes actions ayant donc pour finalité d'informer et débattre avec les résidents :

- organisation de débats sur la manière dont ils conçoivent leur vieillissement et comment ils pensent faire face ou font face aux problèmes de perte d'autonomie.
- renforcement de leur information individuelle et collective sur les acteurs et les dispositifs répondant aux problèmes du vieillissement et échange sur la perception qu'ils en ont pour réfléchir si nécessaire à des adaptations.

Ces deux objectifs se sont traduits par l'organisation de différentes soirées avec les résidents du foyer et dans le cadre d'autres associations. Nous avons utilisé le support du film réalisé dans le foyer de l'ODTI et à Terray par FR3 Rhône-Alpes, sur la question du vieillissement des immigrés, en lien avec l'équipe du foyer et des

résidents, suivi d'un débat avec les résidents, les professionnels du quartier et le personnel du foyer.

- participation de certains résidents du foyer à des émissions de radio et de télévision sur la question de leur vieillissement
- sollicitation des résidents pour recueillir leur avis lors de différentes enquêtes sur cette question

Aujourd'hui, une majorité de résidents est informée sur les modes de réponses existant soit du fait des actions d'information entreprises soit du fait des situations vécues par certains d'entre eux et des échanges qu'elles ont suscités. Néanmoins, ce travail doit se poursuivre dans le temps. Le travail engagé, entre autre, par l'infirmière y contribue.

3-5 Le renforcement des compétences de l'équipe sur l'accompagnement des résidents vieillissants

Les problèmes de santé des résidents vieillissants ainsi que les difficultés quotidiennes qu'ils rencontrent nécessitent le renforcement des compétences de l'équipe qui s'est traduit par le recrutement d'une infirmière pour le foyer. Elle intervient dans une fonction distincte de celle du personnel médical libéral effectuant des soins auprès des personnes. Elle ne se substitue pas à celui-ci. Elle est présente à raison 7 heures par semaine sur un rôle de prévention de la santé des résidents en lien avec l'ensemble du personnel du foyer et dans un rôle de concertation et de coordination avec les partenaires médico-sociaux.

Ses objectifs principaux de travail sont :

- assurer un meilleur accompagnement des personnes dans leurs démarches de soins
Vérifier la compréhension qu'a la personne des conseils qui lui ont été donnés et suivre la prise des médicaments de manière à éviter l'automédication ou une prise aléatoire de médicaments du fait d'une mauvaise compréhension.
Tenir une fiche de soins par personne mentionnant le personnel médical la suivant et le traitement en cours. Cette fiche sert aux veilleurs ou au personnel éducatif pour avoir les coordonnées du médecin traitant en cas de malaise de la personne et pour transmettre ces éléments au Service d'Aide Médical d'Urgence en préalable à leur intervention.

- assurer un lien avec les praticiens et les structures médicales, les maisons de repos
- aider la personne à prendre son rendez-vous et l'accompagner si nécessaire.

Suite à un séjour à l'hôpital ou en maison de repos, l'infirmière se met en rapport avec ces structures de manière à s'assurer que le lien avec le médecin traitant est bien assuré et que la mise en place des services de soins à domicile est effective lorsque ceux-ci sont nécessaires.

- assurer des temps de concertation avec le personnel du foyer sur les situations des résidents et les actions préventives à engager

L'infirmière fait régulièrement le point avec le personnel de ménage, les veilleurs et le correspondant social sur les situations individuelles qui le nécessitent.

Nous nous réunissons mensuellement pour réfléchir aux projets qu'il nous paraît intéressant d'engager sur le plan collectif et ponctuellement en fonction de la nécessité de prendre des décisions sur telle ou telle situation de résident.

- évaluer le besoin de soutien du résident, mobiliser les partenaires en conséquence

L'infirmière, à partir du suivi individuel des résidents, a à charge d'évaluer le besoin de soutien du résident et de mobiliser les partenaires institutionnels ou associatifs nécessaires pour favoriser leur maintien à domicile (service de soins ou d'aide ménagère, etc.) ou prévoir une orientation dans un autre cadre que le foyer

- établir un bilan quantitatif et qualitatif des problèmes rencontrés

Cet objectif vise à mieux adapter des messages et actions de prévention pour prévenir l'apparition de pathologies qui risqueraient de porter atteinte à l'autonomie des personnes en lien avec le centre de santé

- participer à la réflexion de l'association sur les questions du vieillissement des résidents, à la recherche et à l'élaboration de réponses adaptées en matière d'accompagnement médico-social et d'habitat.

Aujourd'hui, après deux années de fonctionnement, son intervention s'oriente principalement sur l'accompagnement individuel des résidents, la coordination avec l'équipe du foyer et les acteurs médico-sociaux du quartier ainsi que sur une réflexion plus collective sur des réponses à apporter à plus long terme.

L'infirmière suit plus particulièrement un certain nombre de personnes «ciblées» comme ayant besoin d'un soutien par rapport à des problèmes de santé. Elle effectue un travail d'information et d'échange auprès des résidents et de l'équipe du foyer et les accompagne

dans une recherche de solutions aux problèmes de perte d'autonomie, adaptées à chaque situation. Elle organise les temps de coordination avec les médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes ainsi que les liens avec les services hospitaliers et de rééducation et si nécessaire avec l'équipe du foyer. Sur le plan collectif, elle participe à la commission « Immigrés Vieillissants » et à certains groupes de travail du G.R.A.V.E..

Le vécu d'un certain nombre de résidents vieillissants, nous conduit à expérimenter et à mettre en œuvre différentes réponses individuelles et collectives. L'expérimentation de ces modes de réponses nous permet d'en percevoir les intérêts et les limites pour les résidents et de mieux cerner les actions à entreprendre sur le plus long terme.

3-6 L'expérimentation de différents modes de réponse basés sur la notion de maintien à domicile

La notion de domicile renvoi avant toute chose à la notion de «chez soi ». Le maintien à domicile a ainsi pour objectif de permettre à la personne qui le désire de continuer à vivre chez elle, en mobilisant pour cela des réponses adaptées. Il repose sur la conjugaison de différents facteurs :

- un domicile adapté
- un ensemble de services coordonnés
- le maintien d'une vie sociale et l'activation, le soutien des réseaux informels d'aide.

Le maintien de la personne âgée dans son environnement est souvent considéré comme le facteur le plus important à préserver pour lui permettre de vieillir le mieux possible. En ce qui concerne les résidents, ceux-ci ont une histoire très forte sur le quartier, comme dans le foyer qui a été investi comme leur domicile. Il nous semble donc primordial d'entendre leur demande de vivre, le plus longtemps possible, dans le foyer et donc de nous orienter vers une logique de maintien à domicile.

3-6-1 Le maintien à domicile dans le cadre du foyer : une gageure ?

La présentation précédente des caractéristiques des locaux du foyer, de la composition de l'équipe en personnel, de l'isolement relationnel des résidents et de leur absence de

représentation de leur vieillissement, laissent immédiatement présager de sérieuses difficultés pour mettre en œuvre une logique de maintien à domicile dans le cadre actuel du foyer. Cette orientation nécessite des évolutions considérables en ce qui concerne l'adaptation du bâti, l'évolution de l'équipe d'accompagnement médico-social, la question de l'isolement des résidents comme de leur acceptation des services de maintien à domicile. L'ensemble de ces évolutions ne peut être pris en compte que dans le cadre du projet de réhabilitation qui permettra d'agir à la fois sur l'évolution du bâti et sur la redéfinition de projets sociaux.

Toutefois, les difficultés actuelles rencontrées par certains résidents nous ont engagés à expérimenter un certain nombre de réponses basées sur la notion de maintien à domicile. Celles-ci se sont traduites par :

- l'intervention de services d'aide à domicile dans le foyer
- l'expérimentation d'un habitat semi-collectif, adapté pour favoriser le maintien à domicile pour des immigrés isolés vieillissants
- l'analyse des limites du maintien à domicile en l'absence d'autre forme de soutien
- l'orientation de résidents sur les structures et établissements pour personnes âgées

3-6-2 L'intervention des services d'aide à domicile

Depuis quelques années, ce sont cinq personnes isolées du foyer qui ont utilisé les services d'aide à domicile. C'est à notre initiative que ces services ont été expliqués puis proposés à certains résidents qui étaient confrontés principalement à des problèmes d'hygiène de leur chambre et parfois d'hygiène personnelle. C'est après différents entretiens avec l'assistante sociale s'occupant des personnes âgées du secteur et après acceptation par les résidents concernés que des aides à domicile sont intervenues. Pendant toute la durée d'intervention de ces services, des réunions de coordination ont été organisées entre le directeur, le correspondant social, l'infirmière, les aides à domicile et leur responsable. Ces réunions avaient pour objectif de voir comment dépasser les questions qui se posaient, déterminer les lieux d'intervention des aides à domicile (la chambre et/ou les parties communes), la fourniture du matériel et des produits d'entretien par la personne ou le foyer, le problème des clefs et du stockage du matériel de l'aide à domicile.

A l'issue de plusieurs mois d'intervention, plusieurs constats se dégagent. Le travail des aides à domicile s'est limité à des questions de nettoyage de la chambre mais pas du tout à

l'entretien du linge ni à des courses ou à l'aide à la préparation de repas. Les échanges avec les résidents ont été très restreint et n'ont pas permis que s'instaure un réel échange. Il ne reste plus qu'une seule personne qui utilise ce soutien.

Quelles raisons peuvent expliquer les difficultés d'acceptation de ce mode d'aide ? Celles-ci relèvent de plusieurs ordres. Pour beaucoup de résidents, ce mode de réponse est aujourd'hui connu,⁸⁶ mais n'est envisagé qu'en dernier recours. Le coût, pourtant peu élevé, de cette prestation est évoqué (pour certains le coût correspondait à une participation de 8 francs de l'heure) comme un frein important. Il nous semble que l'intervention d'une aide à domicile traduit indéniablement l'isolement de la personne qui y a recours et que ce soit un poids très lourd à porter vis à vis des autres résidents (lors des interventions des premières aides à domicile, nous n'avons pas encore organisé d'informations et de débats collectifs). Certains mettent en avant le fait que le jour où ils ne pourront plus se débrouiller par eux-mêmes, ils se feront aider par leur épouse soit en allant la retrouver définitivement au pays⁸⁷ soit en la faisant venir auprès d'eux par le biais du regroupement familial (deux résidents ont quitté le foyer suite à une démarche aboutie de regroupement familial), d'autres nous renvoient à une notion d'hospitalité et d'amitié.⁸⁸

D'une manière plus générale, nous rejoignons l'analyse développée par M. Legrand⁸⁹ qui explique que les personnes se débrouillent, réorganisent « la vie quotidienne de façon à pallier les défaillances physiques sans solliciter l'aide des professionnels spécialisés. Il s'agit de cacher le plus longtemps possible les difficultés nouvelles afin de préserver son autonomie. »

⁸⁶ «...Pour Ahmed. il y en a peut-être comme Ahmed, parce qu'il a pas de famille la-bas, pas d'enfant. C'est obligé, y a pas d'autres solutions. Donc pour moi, non. Moi, j'ai un foyer, des enfants, j'ai ma femme et y a pas de raisons je reste ici. Moi non. ...» Entretien avec un résident.

⁸⁷ «...Pour vous une personne âgée, « un vieux » c'est quoi ? Un vieux c'est à dire, celui qui a la femme, il sera pas dans la misère. C'est la femme qui doit aider son mari. *Et les aides ménagères vous connaissez ?* Comme Ahmed ? Moi je reste pas ici, il faut que je reste avec ma femme, je reste la-bas. Je suis pas célibataire, je veux pas de la maison de retraite, ma femme c'est mieux. Si j'arrive pas à me faire à manger, qui est-ce qui va me faire à manger ? Une dame comme Ahmed moi, j'accepte pas. » « *Est-ce que vous vous dites qu'un jour vous pourriez être d'accord pour que quelqu'un vienne vous aider ?* Non je pense pas à ça. Ni ménage, ni repas parce que je suis pas handicapé. *Non mais plus tard, pas maintenant.* Non, j'ai marié, j'ai la maison, si j'arrive pas je fonce la-bas, auprès de la femme, des enfants .» Entretien avec un résident.

⁸⁸ «...ça va bien pour manger. Je demande pas restaurant. Juste tu vas la bas, tu demandes, tu tires l'argent. Tu vas chercher un bout de chose, c'est tout... » Témoignage d'un résident ayant eu une aide à domicile
« *Quand une personne est vieille, qu'elle est fatiguée, qui est-ce qui peut l'aider ?* Vous. Tu me fais un plaisir, je donne un sou, 10 francs. Tu m'amènes un camembert, c'est tout. » Entretien avec un résident.

⁸⁹ Legrand M., « Entre domicile et institution : choix de la personne âgée dans le processus décisionnel », in *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées, Expérience et analyses pluridisciplinaires internationales*, Edition Eres 2000, collection Pratiques du champ social, p 167

Ce mode de réponse auprès d'un public immigré vieillissant est nouveau et demande des ajustements de part et d'autre. Le problème actuel du frein ou du refus de ce mode de réponse, reste toutefois entier.⁹⁰ La question de, comment faire tomber ces réticences est réfléchi actuellement dans le cadre du GRAVE, de la commission « Immigrés vieillissants » et avec les résidents. A l'inverse, le développement de ce type de réponse nous poserait la question du renforcement du temps de coordination de ce type d'intervention.

En interne, nous (le correspondant social, l'infirmière et moi-même) réfléchissons à l'analyse de la mise en œuvre de ce mode de réponse et à ses limites. Ceci devrait nous conduire à la définition d'un cahier des charges et à nous positionner plus clairement sur les situations pouvant être accompagnées dans le cadre du maintien à domicile, avec ses limites.

Le maintien à domicile ne se limite pas à la seule intervention des services d'aide à domicile. La présentation du projet, que nous menons, basé sur le maintien à domicile d'immigrés isolés vieillissants dans un habitat semi-collectif adapté, montre comment nous essayons de prendre en compte ces différents éléments tant au niveau du bâti que de l'accompagnement médico-social des personnes.

3-6-3 L'expérience « Terray » ou l'expérimentation d'un habitat semi-collectif adapté pour favoriser le maintien à domicile d'immigrés isolés vieillissants

Ce projet a été conçu de manière expérimentale comme réponse à un certain nombre de problèmes auxquels étaient et sont confrontés des résidents ainsi que des personnes qui nous sollicitent pour des demandes d'admission sur le foyer. Nous avons alors définis les objectifs suivants:

- offrir un mode d'habitat, à taille humaine, intégré dans un quartier et au milieu de populations d'origines sociales diverses, adapté pour pouvoir accueillir durablement des personnes pouvant présenter un état de santé précaire et/ou des handicaps physiques (accessibilité des locaux, ascenseur etc.) à des coûts de loyer accessibles aux faibles ressources de ces personnes.
- assurer un accompagnement médico-social préventif

⁹⁰ Sur 42 résidents retraités rencontrés les freins évoqués pour l'utilisation des services d'aide à domicile sont expliqués pour 50% d'entre eux pour des raisons financières, pour 64% pour des raisons culturelles (tableau n°11). Annexe n°1

- lutter contre l'isolement des ces personnes en restaurant un mode de vie où les activités quotidiennes (repas, échanges informels autour d'une émission télé, d'un événement) sont le support du maintien d'une vie sociale et conviviale.
- envisager, si nécessaire, la mutualisation d'un certain nombre de services (infirmier, ménage, préparation de repas, ...) en lien le plus possible avec le droit commun, le service social personnes âgées et les services de maintien à domicile.

Ce projet a vu le jour en juin 1998. Nous sommes depuis cette période, gestionnaires de trois appartements meublés intégrés dans un immeuble, répartis sur trois étages, avec ascenseur et équipements prévus pour pouvoir accueillir des personnes pouvant présenter des handicaps physiques. Chaque appartement type T4 est aménagé en trois chambres individuelles et accueille trois personnes. Les personnes disposent par appartement, d'une cuisine, de sanitaires et d'une pièce commune et chacune a sa chambre individuelle. Les appartements ont le statut de résidence sociale et sont gérés par l'ODTI. Les résidents nous payent une redevance mensuelle avec les charges de 1450 francs par mois hors droit à l'A.P.L.

C'est à partir de l'analyse d'un ensemble de critères, que nous avons déterminés, qu'est appréciée la demande d'admission⁹¹ ainsi qu'au regard de l'adéquation de cette personne avec les autres résidents (entente possible, handicap compatible ,etc...).

Cette structure accueille neufs immigrés, vieillissants (âgés entre 60 et 68 ans), isolés, à ressources faibles dont certains présentent des problèmes de locomotion, des pathologies chroniques lourdes (cardiaque, respirateur, diabète, digestif). Au niveau du foyer, il existait un potentiel d'une demi-douzaine de résidents pour lesquels cette réponse aurait pu correspondre en particulier du fait du confort des appartements et de la présence d'un ascenseur. Une seule personne a intégré un de ces appartements, les autres refusant de changer de quartier ou de supporter l'augmentation de loyer (de 1100 francs sur le foyer à 1450 francs à Terray, augmentation pouvant être compensée par l'augmentation de l'APL). Après deux années de fonctionnement, deux personnes sont parties suite à une démarche

⁹¹ - Le mode d'habitat précaire ou inadapté à ses besoins. Elle vit dans un environnement ou un isolement préjudiciable à son équilibre. Elle nécessite un accueil qui lui permette, compte tenu des services proposés ou pouvant être mis en place, d'envisager de se stabiliser durablement dans un logement adapté.

- L'âge: Par personne âgée, il faut entendre une personne présentant une forme précoce de vieillissement, parfois à partir de 50 ans, ou une personne ayant 60 ans ou plus.

- L'état de santé: La personne présente un état de santé précaire et/ou des aspects de handicap (physique ou psychologique) mais gardant une autonomie suffisante pour pouvoir s'inscrire dans une logique de maintien à domicile hors cadre de la dépendance.

- Les conditions de ressources: La personne ne doit pas dépasser le plafond fixé par le Plan d'Action pour le Logement des Défavorisés en Isère

aboutie de regroupement familial. Les deux places libérées ont été pourvues par de nouveaux résidents du foyer. Ceci nous conforte dans le fait que petit à petit, les résidents du foyer s'ouvrent progressivement à de nouvelles réponses.

Le suivi médico-social préventif se fait, en lien avec les services médico-sociaux du quartier, par l'intermédiaire de trois salariés de l'ODTI avec différents niveaux de réponse :

- le personnel de ménage
Une personne est chargée d'effectuer 3 fois par semaine le ménage des parties communes (douches, WC, cuisine, salon, changement de draps etc..). Cette personne a aussi un rôle de prévention. Elle doit signaler au correspondant social toutes les difficultés que les résidents peuvent rencontrer tant au niveau individuel que collectif.
- le correspondant social
Il a à charge d'être en lien avec les personnes, de voir si ils ont des difficultés (problèmes administratifs, courriers, échanges sur la famille, CAF, écoute de leurs préoccupations, problèmes entre les personnes etc..). Il effectue différentes visites mensuelles et est tenu régulièrement au courant par le personnel d'entretien ou par l'infirmière. En fonction des difficultés perçues il intervient soit directement soit en faisant le lien avec l'infirmière de l'ODTI.
- l'infirmière
Son rôle est défini en terme de prévention. Elle doit être à l'écoute des personnes et veiller aux questions de bien-être, d'hygiène, d'alimentation et d'état de santé des personnes. Elle voit les personnes soit lors de ses visites à leur domicile soit à son bureau dans le foyer de l'ODTI. Elle travaille en lien étroit avec le correspondant social et la personne qui fait l'entretien. Elle fait le point avec les personnes de leur santé comprise comme un état général de bien être. Elle les aide dans leur prise de médicaments, de rendez-vous, les écoute dans leur problèmes de santé et coordonne en tant que de besoins l'intervention des services d'aide et de soins à domicile, avec leurs médecins traitant ou avec l'hôpital.

Dans le cadre de cet accompagnement médico-social, il ne s'agit donc pas d'être intrusif dans la vie de ces personnes mais de prendre en compte une dimension nécessaire d'écoute et de prévention de personnes vieillissantes isolées, de manière à éviter des réponses dans l'urgence qui se traduisent parfois par des hospitalisations.

Quelle évaluation faisons-nous de ce projet après deux années de fonctionnement ?

L'intégration des résidents dans les appartements, l'immeuble et dans le quartier est positive. Le cadre des chambres, des appartements, la présence d'un ascenseur, de commerces et de différents services sociaux à proximité sont appréciés par les résidents, de même que les services d'entretien et l'accompagnement médico-social effectués par le personnel de l'ODTI. Un certain nombre de difficultés subsistent plus particulièrement liées au cadre semi-collectif des appartements. La convivialité se joue entre certaines personnes mais pas entre toutes les personnes. Le correspondant social est intervenu plusieurs fois pour régler des tensions entre personnes ou pour rappeler l'exigence de propreté dans les parties communes ou dans les chambres individuelles. Nous touchons là encore aux intérêts et limites d'une réponse semi-collective qui sort néanmoins ces personnes d'un total isolement. Il nous appartient d'être attentif pour régler suffisamment tôt les tensions naissantes. A noter que cette réponse peut aussi être perçue comme insécurisante par certaines personnes compte tenu de l'absence de référent permanent. Une seule personne s'est équipée d'un téléphone dans sa chambre. La question d'un lien permanent par le biais d'une liaison téléphonique dans chaque appartement avec le foyer reste posée compte tenu du refus du système de télé-alarme.

L'infirmière constate que leur état de santé devient une préoccupation seulement quand ils sont vraiment gênés par leur maladie. Ils attendent le dernier moment pour renouveler leur traitement et oublient facilement un rendez-vous. Certains sont bien connus des services hospitaliers et voient plus ou moins régulièrement leur médecin. L'intervention de l'infirmière se situe bien dans un rôle de prévention vis à vis de ces personnes et de leur état de santé. Pour l'instant, aucun résident n'a eu recours à des services d'aide à domicile. Si les freins évoqués précédemment concernant ce type de réponse ne sont pas dépassés, nous risquons d'aller vers d'importants problèmes d'hygiène individuelle et collective.

Ce mode de réponse en petit habitat semi-collectif, accessible et avec un accompagnement médico-social préventif plus conséquent peut être adapté pour ce niveau d'autonomie des personnes à condition toutefois de sortir du caractère précaire et incertain du faible financement actuel de cet accompagnement médico-social. Il ne peut permettre le maintien à domicile que pour des personnes présentant une perte d'autonomie ne nécessitant pas de prise en charge lourde compte tenu de l'absence totale d'aidant naturel, de personnel présent 24h/24 et de la réponse en habitat semi-collectif.

La présentation suivante d'une situation difficile de maintien à domicile d'un résident du foyer nous a amené à nous questionner sur les limites de ce type de réponse en l'absence d'autre soutien que ces services.

3-6-4 L'expérimentation des limites du maintien à domicile en l'absence d'autre réseau de soutien

Un de nos résidents était hospitalisé avec un diagnostic peu favorable. Celui-ci après quelques semaines d'hospitalisation a souhaité, avec l'accord de son médecin de quartier, se faire soigner « à domicile », c'est à dire dans le foyer. J'ai accepté cette demande qui présentait un caractère expérimental. Cet accompagnement a mobilisé l'ensemble du personnel du foyer, des services de maintien à domicile (portage de repas, soins et aide à domicile) et a suscité un certain nombre de réactions de la part des autres résidents. Cette situation nous a permis d'entrevoir certaines lacunes sur la question de l'accompagnement de telles situations et de réfléchir à nos limites dans le cadre du maintien à domicile.

Le mode d'intervention des services d'aide et de soins à domicile était connu et intégré tant au niveau du correspondant social, de l'infirmière que de moi-même. Notre travail a porté sur la coordination de ces différents services et sur la gestion des répercussions que cela entraînait au niveau des différents personnels. Le personnel de ménage, d'entretien et les veilleurs n'étaient pas assez associés à une réflexion sur la question des modes d'accompagnement des résidents vieillissants. Cette situation était de fait vécue par chacun d'entre eux, de manière très personnelle et affective, chacun se sentant interpellé et ayant son propre avis, parfois contradictoire sur cette situation. Ceci pointe la nécessité d'une formation de base sur les questions gérontologiques de l'ensemble du personnel du foyer, de manière à s'inscrire dans un projet partagé d'accompagnement.

Par ailleurs, en l'absence de personnel de manière permanente dans le foyer et de soutien familial, ce sont les voisins de chambre qui, malgré l'intervention des services à domicile (médecin, infirmière, portage des repas, aide à domicile), se sont trouvés investis d'un rôle de soutien de plus en plus lourd. Cela nous a permis de pointer les limites de ce type d'accompagnement en l'absence d'aidant naturel ou de personnel qualifié permanent sur le foyer. Une telle situation fait peser une responsabilité trop lourde sur les autres résidents de l'appartement et les insécurise. Ils auraient préféré que la personne soit hospitalisée estimant qu'elle serait mieux prise en charge dans ce cadre.

Cette situation soulève très concrètement la question des limites du maintien à domicile pour des personnes isolées, en l'absence de toute autre forme de soutien que les services de maintien à domicile. L'accueil de ces personnes dans les structures et établissements pour personnes âgées est-il adapté pour répondre à ces situations ?

3-6-5 L'orientation de résidents dans des structures et établissement pour personnes âgées

L'entrée en établissement est-elle accessible aux résidents ? pour quelles situations ? A quelles conditions ? Notre réponse est positive puisque nous avons nous mêmes participés à l'orientation de deux résidents du foyer en établissement, l'un dans un établissement pour personnes démentes, l'autre en long séjour. Ce sont donc des problèmes lourds de santé qui ont conduits à ces orientations. Par ailleurs, deux autres personnes immigrées âgées, accueillies dans le centre d'hébergement et de réinsertion sociale que gère l'association, ont aussi été orientées l'une dans un foyer logement et l'autre dans un domicile collectif. Pour ces deux situations, un travail de plus d'une année a permis d'arriver à cette orientation qui ne nous paraît pas aujourd'hui complètement satisfaisante. En effet, nous ne pouvons maintenant ignorer le fait que ce type de réponse peut renforcer l'isolement de la personne immigrée sans repère dans ce type d'établissement et avec leur public actuel.

D'une manière plus générale, les particularités des résidents, partagées plus généralement par les immigrés vieillissants, font que l'orientation en établissement (hors cas des dépendances et pathologies lourdes) ne nous paraît pouvoir être une réponse qu'à quelque situations et nécessiter des aménagements au niveau des projets d'établissements.⁹² L'orientation en établissement nous semble pouvoir convenir, après acceptation par le résident, que pour celui qui n'entretient plus de lien avec sa famille, ni par des séjours au pays ni par l'envoi d'argent. En effet, dans l'hypothèse où l'aide sociale est accordée, cela signifie concrètement qu'il reste à la disposition de la personne un minimum légal d'environ 400 francs mensuels. Comment dans ces conditions maintenir une logique d'aller-retour ou d'envoi d'argent à la famille?

Sur un autre plan, les établissements ne présentent pas la souplesse suffisante pour pouvoir tolérer des allers-retour au gré de « l'humeur » des personnes. Par ailleurs, ces établissements pour personnes âgées, accueillent aujourd'hui majoritairement une population féminine, très âgée, dont les modes de vie s'accompagnent de réponses différentes de celles des immigrés isolés vieillissants. Sans parler des problèmes de xénophobie, qui peuvent apparaître au niveau des personnes âgées et de leurs familles, pour pouvoir faire coexister ces publics il faudrait mettre en œuvre des projets spécifiques que ces établissements n'ont pas élaborés aujourd'hui.

⁹² Sur 42 résidents retraités rencontrés 95% n'envisagent pas d'intégrer un établissement pour personnes âgées motivé pour 85% par des raisons culturelles et 22% pour des raisons financières (tableau n°12). Annexe n°1

Un autre élément tenant à la mise en place de la prestation spécifique dépendance vient aussi freiner l'orientation possible des résidents vers ces établissements. En effet, les établissements sont aujourd'hui financés non plus en fonction de leur statut d'établissement (foyer logement, maison de retraite, etc.) mais en fonction du degré de dépendance des personnes qu'ils accueillent. Ceci fait qu'il s'opère une réorientation des établissements vers l'accueil de personnes de plus en plus dépendantes. Or les résidents ne présentent pas globalement à ce jour de dépendance lourde, mais plutôt un besoin d'accompagnement médico-social et la prise en compte de leur isolement.

Il nous est donc possible aujourd'hui de mieux cerner la place que ces différentes structures peuvent jouer vis à vis des résidents. Les plus dépendants pourront être amenés, dans l'hypothèse où ils ne rentreront pas au pays, à être orientés vers des structures spécialisées (Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes, long séjour etc.), à condition que l'aide sociale prenne en charge leur coût de séjour. L'orientation vers les structures style foyer logement, maison de retraite, domicile collectif nous semble devoir se limiter aux quelques isolés qui ne sont pas dans le va et vient, qui sont susceptibles de s'intégrer avec le public en place, acceptés par celui-ci et compris par le personnel. Il serait néanmoins souhaitable que ces établissements se préparent à l'accueil de ce public de manière à réfléchir dès aujourd'hui aux adaptations nécessaires de leurs modes de réponse. Ceci leur permettrait d'anticiper les problèmes d'incompréhensions liés à la mauvaise maîtrise du français, de cohabitation entre personnes d'origines culturelles différentes, à une approche différente des soins, du corps ou de l'accompagnement du mourant. Ces quelques éléments pourraient contribuer au respect de la dignité de ces personnes dans leur vieillissement et dans leur accompagnement final vers la mort.

L'ensemble de ces points montre que la problématique de vieillissement des résidents vieillissants est peu connue et peu prise en compte localement. Nous menons ainsi un important travail d'information et de sensibilisation des différents acteurs concernés par cette problématique (résidents, associations, services et institutions intervenant au niveau des personnes âgées) pour pouvoir avancer sur la recherche et l'expérimentation de réponses adaptées aux caractéristiques de vieillissement des résidents.

3-7 Les orientations à plus long terme

Les différents modes de réponse que nous avons expérimenté ces dernières années nous ont permis de mieux mesurer leurs intérêts et leurs limites. Cette évaluation nous permet aujourd'hui de mieux définir les différentes orientations que nous souhaitons développer pour prendre en compte la complexité du vieillissement des résidents.

- un choix politique de maintien à domicile
- la création d'un lieu de vie dans le foyer pour des résidents âgés
- la mise en œuvre d'un projet spécifique d'accueil pour les personnes dans le va et vient

3-7-1 Un choix politique de maintien à domicile

Le positionnement général que nous souhaitons mettre en œuvre, à partir du foyer, pour répondre au vieillissement des résidents repose sur une politique de maintien à domicile. Elle nécessite la mise en œuvre:

- de l'adaptation du bâti
- du renforcement des compétences du personnel sur les questions de l'accompagnement de personnes vieillissantes
- de la présence d'un réseau de soutien en-dehors des seuls services de maintien à domicile.

L'adaptation du bâti

L'adaptation du bâti apparaît comme un élément essentiel de préservation de l'autonomie des résidents, différents éléments à considérer :

- l'accessibilité et l'adaptation des locaux pour des personnes en perte d'autonomie (installation d'un ascenseur, accessibilité des chambres, etc...)
- l'individualisation la plus forte possible du lieu individuel d'habitat (cuisine, WC, douche, chambre, réfrigérateur, prise téléphone, etc...) pour faciliter les réponses liées à l'intervention des services de maintien à domicile.
- sortir des coûts de redevance, après réhabilitation, accessibles au faible niveau de ressources des résidents

- penser les aménagements nécessaires au niveau des locaux en fonction des différents projets sociaux (lieux individuels et collectifs)

La prise en compte de l'ensemble de ces éléments ne peut se faire que dans le cadre du projet de réhabilitation du foyer. Il se traduira, du fait des différents aménagements, par une forte diminution de la capacité d'accueil du foyer. Cela nécessitera donc en parallèle, la recherche d'un habitat adapté dans le diffus, comme les appartements mobilisés pour le projet Terray. Toutefois, la mise en place d'un projet spécifique d'accueil des résidents dans le va et vient, fait que les besoins à pourvoir en terme de logements seront moindres que ceux actuels. La principale difficulté résulte de la possibilité d'arriver à concilier une individualisation et une adaptation du mode d'habitat avec des coûts de redevances accessibles aux faibles ressources des résidents. Ce travail sera engagé prochainement avec le bailleur social propriétaire du foyer, dans le cadre du plan quinquennal de réhabilitation du foyer.

Le renforcement des compétences du personnel sur les questions de l'accompagnement de personnes vieillissantes

Le vieillissement des résidents nécessite le renforcement des compétences de l'ensemble du personnel intervenant auprès de ceux-ci. La création du poste d'infirmière permet aujourd'hui, une meilleure prise en compte de la problématique de santé et de vieillissement des résidents tant en interne qu'avec les partenaires extérieurs. Toutefois, il me paraît nécessaire que l'ensemble du personnel acquiert des notions de bases, théoriques et pratiques, concernant les processus de vieillissement. L'objectif général est de sensibiliser et d'associer l'ensemble de l'équipe à la réflexion sur cette problématique de manière à avoir une cohérence de réponses vis à vis des résidents.

Ce projet de formation s'organisera avec des partenaires locaux avec qui nous travaillons déjà dans le cadre du GRAVE, tel que le C.P.D.G., en associant le Conseil Général et le CCAS de Grenoble. Le financement d'une telle formation me paraît possible en mobilisant différentes institutions telles le FAS, le Conseil Général et le CCAS de Grenoble.

Concernant le poste de travail de l'infirmière, son temps de travail peut être amené à varier en fonction de l'évaluation quantitative et qualitative des difficultés rencontrées par les résidents. Actuellement, le financement de ce poste est assuré de manière précaire, par le FAS et par la DRASS, alors que la problématique de vieillissement s'inscrit inéluctablement dans la durée. Cette année, compte tenu de la reconnaissance institutionnelle de la problématique de vieillissement des résidents, je vais présenter un projet de financement faisant appel à

différentes institutions comme le Conseil Général, le CCAS de Grenoble, le FAS, la DRASS et dans le cadre du contrat d'agglomération. L'enjeu serait d'arriver à l'élaboration de conventions pluri-annuelles avec ces différentes institutions.

L'importance de la présence d'un réseau de soutien en-dehors des seuls services de maintien à domicile.

L'isolement des résidents, allié à l'absence de personnel permanent, fait que la logique de maintien à domicile atteint très vite ses limites. Le mode de réponse, tel que le projet Terray, permet le maintien à domicile seulement pour des personnes présentant une perte d'autonomie ne nécessitant pas de prise en charge conséquente, compte tenu de l'absence totale d'aidant naturel, de personnel présent 24h/24 et de la réponse en habitat semi-collectif.

C'est pourquoi nous réfléchissons aujourd'hui à la création d'un lieu de vie qui favoriserait une réponse plus durable de maintien à domicile d'un certain nombre de résidents en répondant au problème d'isolement.

3-7-2 Vers la création d'un lieu de vie ?

Ce projet de lieu de vie a pour objectif de répondre à la demande actuelle de certains résidents permanents qui expriment le souhait de continuer à vivre sur le quartier et dans le foyer où ils ont leurs repères. Ils relèvent actuellement d'un niveau 4, 5 ou 6 de la grille A.G.G.I.R.. Toutefois, compte tenu de leur isolement et de leur moindre autonomie, ils ne pourront se maintenir très longtemps dans le foyer, comme ils le font actuellement. Faute d'élaborer un projet adapté, ils devront, contre leur gré, être orientés sur des structures pour personnes âgées qu'ils ne sont pas encore prêts à intégrer et qui ne sont pas prêtes à les accueillir actuellement. Ce sont ces éléments qui font que nous travaillons actuellement à la création d'un lieu de vie convivial, avec une équipe présente en permanence pour permettre l'accueil de manière durable, de résidents dans une logique de maintien à domicile.

Les objectifs plus précis auxquels ce projet devraient répondre sont les suivants :

- prendre en compte la demande de certains résidents, mais aussi d'immigrés âgés du quartier, allant vers une perte d'autonomie, de rester sur le quartier au milieu de leurs repères, dans le milieu social de leur vie.

- permettre à ces personnes vieillissantes, ayant besoin de réconfort, de convivialité, de chaleur humaine et de sécurité, d'investir ce lieu de manière durable, comme leur domicile et de bénéficier de réponses individuelles ou collectives pour leur permettre de s'y maintenir
- respecter un mode et un rythme de vie individuel
- pallier leur isolement et leur besoin de sécurité (auquel les services d'aide et de soins à domicile ne peuvent suffisamment répondre) en assurant une présence 24h/24h
- maintenir ou instaurer des temps de convivialité entre les résidents par le soutien d'activités communes en interne (télévision, courses, préparation de repas, de sorties, etc.) ou en externe ou en lien avec un réseau de bénévoles.

Un tel projet nécessite la mise en œuvre de différents moyens qui incluent :

- un habitat adapté en terme d'accessibilité à des personnes en perte d'autonomie et à des coûts compatibles avec leurs ressources.
- la constitution d'une équipe qualifiée autour du projet du lieu de vie
- un travail de coordination avec les services de maintien à domicile
- un montage financier qui permette d'assurer la viabilité dans la durée d'un tel projet

Au-delà de la mobilisation de ces différents moyens, il reste une question préalable d'importance qui porte sur les limites du maintien d'une personne dans ce lieu de vie, en fonction de son niveau de dépendance.

Actuellement, les personnes auxquelles nous pensons correspondent à des niveaux 6, 5, 4 de la grille A.G.G.I.R.. Qu'en sera-t-il dans quelques années de leur niveau de dépendance ? Le lieu de vie doit-il intégrer cette évolution à venir des résidents ou se situer dans une logique où le passage d'un résident d'un niveau 4 à un niveau inférieur signifierait son orientation vers un établissement pour personnes âgées ?

La réponse apportée à cette question est d'importance. Elle conditionne la manière dont les résidents peuvent investir ce projet, mais aussi les modes d'organisation, la qualification du personnel et le financement du projet. Par exemple, le maintien de personnes nécessitant la délivrance de médicaments la nuit, en dehors des horaires d'intervention des services de soins à domicile, nécessite du personnel qualifié. La question de la coordination des services de maintien à domicile n'est pas la même en fonction du niveau de dépendance de la personne,

ne représente pas la même charge de travail et n'a donc pas le même coût ni le même mode de financement.

Toutefois, bien que cette question ne soit pas résolue, nous pouvons néanmoins présenter des orientations générales qui permettent de mieux percevoir ce projet de lieu de vie.

L'accueil et l'accompagnement des résidents

La notion d'accueil renvoi aux aspects d'hospitalité, de convivialité et de chaleur humaine qui sont à la base de la vie dans ce lieu chaleureux et sécurisant. L'accompagnement a pour objectif principal d'aider la personnes à continuer à vivre de la manière la plus autonome possible. L'accompagnement est individuel et fonction de l'expression de la demande de la personne ou des besoins perçus par l'équipe de salariés. Il mobilise les ressources de la personne et si possible de son entourage ainsi que l'ensemble des partenariats se révélant nécessaire.⁹³

Le fonctionnement

Le fonctionnement du lieu de vie repose donc sur la complémentarité d'une équipe qualifiée autour du projet d'accueil et d'accompagnement. La mise en œuvre s'appuie, au-delà de l'équipe, principalement sur la fonction de maîtresse de maison pour le suivi de la vie quotidienne, en articulation avec le poste d'infirmière. Cette dernière évalue les besoins de soutien des résidents et coordonne la mise en œuvre de réponses adaptées avec les assistantes sociales pour personnes âgées, les services de maintien à domicile, etc...

Le personnel

L'ensemble du personnel est partie prenante du projet d'accueil et d'accompagnement. Tous les salariés ont suivi au minimum une formation gérontologique de base. Un certain nombre de salariés doit maîtriser l'arabe. Ce projet mobilise en interne différentes fonctions dont les rôles plus spécifiques sont les suivants.

⁹³ La maîtresse de maison est ainsi disponible pour aider ponctuellement un résident à préparer son repas ou l'accompagner pour faire ses courses dans la mesure où il s'agit d'un support à une relation d'échange et non à pallier une déficience de la personne. Ce peut être un premier temps pour sensibiliser la personne aux possibilités d'aides existantes. En cas d'apparition d'une déficience, le rôle de la maîtresse de maison est de faire le lien avec l'infirmière pour évaluer avec la personne, la nécessité d'un soutien, de manière ponctuelle ou plus durable.

Une fonction de maîtresse de maison

- être à l'écoute de la personne et veiller, au quotidien, aux questions de bien-être, d'hygiène, d'alimentation et d'état de santé, l'aider à gérer son courrier etc.
- faire le lien avec l'infirmière de l'association quand la situation médico-sociale d'une personne le justifie
- avoir une connaissance fine de chaque personne, susciter une « animation » diversifiée en s'appuyant sur la personnalité de chacun et sur l'évolution de ses désirs et aspirations
- voir quels problèmes se posent et comment les résoudre
- faire respecter le règlement intérieur, assurer une présence 7 jours sur 7
- favoriser l'instauration de relations d'échanges de convivialité entre les résidents par un rôle d'animation (élaboration de repas en commun, jeux, discussions, sorties, etc.)
- maintenir l'intégration des personnes dans l'environnement du quartier

Une fonction médico-sociale assurée par l'infirmière

- soutenir la maîtresse de maison
L'infirmière fait hebdomadairement le point avec la maîtresse de maison sur les situations individuelles et sur la vie collective du groupe. Elle peut être amenée à participer à tel ou tel projet d'animation de même que l'ensemble du personnel
- assurer le suivi des personnes et la coordination avec les partenaires médico-sociaux du quartier.
Être référent sur l'ensemble de la situation personnelle et médico-sociale de chaque personne. Animer, en fonction des besoins, des temps de concertation et d'évaluation avec la personne, la maîtresse de maison et les différents intervenants médico-sociaux (aide à domicile, infirmière, médecins, assistantes sociales etc.)

Autres fonctions : personnel d'entretien, veilleur, maintenance, gestionnaire

Le veilleur au-delà des fonctions de veille et de sécurité, s'inscrit pleinement dans un rôle d'écoute des personnes et d'animation. Le personnel de maintenance intervient dans l'ensemble des locaux individuels ou collectifs.

La qualification de ces différents postes est amenée à se renforcer en fonction du niveau de dépendance des personnes accueillies.

Les conditions de logement

Le lieu de vie permet l'accueil d'une douzaine de personnes de manière à maintenir la convivialité entre les personnes, à ne pas constituer une enclave ethnique mais de permettre d'en tirer le meilleur profit pour les personnes.

Chaque personnes dispose d'une chambre individuelle meublée avec un WC et une douche individuelle, accessible pour personne handicapée. Le fait que la chambre soit a priori meublée n'interdit pas qu'elle soit personnalisée.

Les lieux communs comprennent une cuisine collective, une salle polyvalente, un local lingerie (machine à laver, séchoir) et rangement du matériel pour l'intervention des aides à domicile. La fourniture des draps, couverture et leur entretien est à la charge des personnes de même que le matériel nécessaire à l'intervention de l'aide à domicile.

La cuisine collective sert à la préparation des repas, de la maîtresse de maison et des veilleurs, pris sur place pendant le temps de travail, mais offre aussi la possibilité de préparer en commun un repas, de prendre le café, d'inviter à un repas des personnes extérieures, etc.

L'autre pièce commune peut servir à discuter du fonctionnement de la structure, des règles communes de vie, des projets, de l'animation, à recevoir des personnes extérieures invitées par les résidents ou la maîtresse de maison etc.

Afin d'avancer sur l'ensemble de ce projet, nous souhaitons approfondir notre réflexion en nous rapprochant de l'expérience grenobloise des domiciles collectifs (D.O.C.O.), menée par le CCAS de Grenoble. Ceux-ci ont vu le jour, il y a une vingtaine d'années. Ils étaient aussi basés sur la notion de maintien à domicile, dans leur quartier, d'habitants âgés, dans un habitat adapté, en assurant le rôle de coordination des différents services sollicités pour permettre leur maintien à domicile. Aujourd'hui, les domiciles collectifs sont en-train de réfléchir à la redéfinition de leur projet d'accueil et d'accompagnement de leurs résidents ainsi qu'aux modes de financement de tels projets dans le cadre actuel de la politique gérontologique définie au niveau des orientations nationales et locales.

Le projet de lieu de vie est donc loin d'être abouti dans sa conception et dans sa mise en oeuvre. Il répond néanmoins à une attente de résidents, à la perception d'un réel besoin à l'échelle du quartier et à suscite l'intérêt du service personnes âgées du CCAS.

Il doit faire l'objet d'un travail complémentaire en interne avec l'équipe de salariés ainsi qu'avec des membres de la commission « Immigrés vieillissants », du GRAVE, du CCAS.

Les points à approfondir concernent donc :

- la question des limites du maintien d'une personne dans ce lieu de vie, en fonction de son niveau de dépendance et de la recherche de solutions extérieures adaptées
- la définition précise du projet social qui permettra de définir les besoins en interne, en terme de personnel, de qualification et de formation ainsi que les partenariats à mobiliser en externe.
- la recherche de financement en-dehors du coût de redevance payés par les résidents, auprès principalement du Conseil Général et du CCAS de Grenoble et suivant le cas, dans le cadre de la prestation spécifique dépendance à domicile.

A plus long terme, si ce projet se réalise, il paraît important, qu'il s'inscrive dans le réseau grenoblois d'expériences de lieux de vie existant tels les domiciles collectifs, mais qu'il soit plus généralement reconnu institutionnellement dans le cadre du schéma gérontologique comme une des réponses adaptées, en matière d'accompagnement de personnes immigrées isolées et vieillissantes. Ceci devrait éviter la marginalisation de ce projet et des personnes accueillies.

3-7-3 Un projet pour accueillir les personnes dans le va et vient

La pratique du va et vient constitue une forme très singulière de vieillissement d'une partie des résidents et favorise leur équilibre de vie. A ce titre nous nous positionnons très clairement dans la recherche d'un mode d'hébergement, de gestion et d'accompagnement qui nous permette d'accueillir au mieux les résidents qui souhaitent se maintenir dans le va et vient. D'autres éléments justifient aussi la nécessité de prendre en compte le va et vient dans un autre cadre que celui actuel du foyer. Cette pratique entraîne une sous occupation des chambres pendant plusieurs semaines voire plusieurs mois dans l'année, alors que le versement de l'APL est conditionné à la notion de résidence principale. Le maintien de cette pratique présente des risques importants au niveau de la gestion. A cela s'ajoute les difficultés de santé des personnes qu'il convient de prendre en compte par l'adaptation des locaux en terme d'accessibilité et d'un accompagnement médico-social préventif.

Les objectifs de ce projet sont les suivants :

- créer une formule d'habitat conviviale, prenant en compte le besoin régulier d'un hébergement temporaire d'une partie de nos résidents à un coût d'hébergement compatible avec leurs ressources
- assurer le maintien des droits des personnes liés à la reconnaissance de cet habitat comme leur domicile principal
- prendre en compte la problématique inéluctable de vieillissement de ces personnes tant au niveau de l'adaptation des locaux qu'en terme de besoin d'un accompagnement médico-social préventif

Les fonctions à assurer

- *Hôtellerie avec différentes tâches*

Encaissement des redevances; gestion des chambres et des réservations, gestion du groupe et des règles de vie. Entretien des locaux collectifs et des chambres, nettoyage des draps, gestion d'une « bagagerie », etc.

- *Accompagnement médico-social préventif*

Suivi sur le plan administratif et de l'accès aux droits. Prévention en terme de santé.

Ecoute et connaissance de la personne pour mettre en place une relation de confiance qui permette, par un échange régulier avec la personne de ses attentes, de ses besoins, de son état de santé, de ses relations familiales, d'échanger sur son vieillissement. Ceci devrait permettre de lui proposer des réponses adaptées quand elle ne pourra plus être dans le va et vient.

Le personnel

Correspondant social et infirmière sur la fonction de prévention médico-sociale.

Personnel de ménage, maintenance, veilleur.

L'ensemble du personnel doit avoir suivi une formation gérontologique de base du fait que ce projet s'adresse à des personnes âgées qui présentent pour certaines un certain nombre de déficiences ou de handicaps qu'il convient de prendre en compte dans leur accueil.

Le mode de logement

Appartement semi-collectif situé dans le foyer réhabilité, comprenant quatre à cinq chambres individuelles avec douches et toilettes individuelles et des équipements collectifs (cuisine, laverie, etc.). La structure semi-collective se justifie par des questions de coûts.

Les freins à la réalisation

Bien que nous apparaissant nécessaire, la mise en place d'un tel projet est très complexe compte tenu de nombreux freins tenant :

- aux résidents, à leurs réticences à laisser leur chambre pour une formule moins sécurisante, au caractère aléatoire de la durée et de la fréquence de leurs allers et retours
- à la reconnaissance de ce mode d'habitat comme domicile principal des résidents pour qu'ils puissent continuer à percevoir, entre autre, leur droit à l'allocation supplémentaire, leur retraite en France, à faire enregistrer leur déclaration d'impôts etc.
- à l'indétermination actuelle du coût de ce mode d'hébergement lié à l'absence actuelle de positionnement institutionnel sur la conception d'un tel projet et donc à l'absence de financement tant sur le plan de la prise en compte de la fonction hôtelière que sur le plan de l'accompagnement médico-social

Les conditions à réunir pour qu'un tel projet puisse voir le jour

Aujourd'hui, le bien-fondé de ce type de projet n'est plus contesté. Toutefois, les quelques expériences mises en place en France prennent seulement en compte l'aspect hôtelier, en en faisant intégralement supporter le coût aux seules personnes. Par ailleurs, la réflexion sur le maintien des droits des personnes n'est pas aboutie ce qui signifie que ce sont les personnes qui en cas de problèmes en subissent les conséquences.

La mise en œuvre d'un projet prenant en compte les objectifs que nous avons défini nécessite donc tant au plan local qu'au plan national la reconnaissance politique du droit au va et vient et la volonté de mobiliser les moyens nécessaires à la mise en œuvre de tels projets.

Le cadre du comité départemental de pilotage du plan quinquennal et de la CILPI au niveau national devraient être les lieux d'échanges pour faire valoir la pertinence de ce projet et

déterminer les évolutions et les moyens à mettre en œuvre pour en permettre la réalisation, l'évaluation et la viabilité dans le temps.

CONCLUSION

La création du foyer de l'ODTI en 1975, résultait d'une volonté commune de la ville de Grenoble, de l'ODTI et d'autres partenaires, d'améliorer les conditions de logement des travailleurs immigrés, principalement algériens, qui vivaient dans l'habitat insalubre du quartier très cloîtrés. Le foyer était destiné à accueillir provisoirement des travailleurs immigrés que nul ne pensait voir se maintenir en France. Le projet du foyer était alors novateur au niveau de son implantation géographique, de sa conception architecturale et de son mode de gestion. Force est de constater que 25 années sont passées depuis la création du foyer. Une majorité de résidents est maintenant confrontée à la question de son vieillissement.

Leurs caractéristiques d'immigrés vieillissants, leur mode de vieillissement avec des résidents permanents et des résidents dans le va et vient, viennent directement questionner le projet du foyer mais interroge plus largement notre société : Quel regard porte-t-elle sur cette « nouvelle catégorie » de personnes âgées ? Qu'elle place leur accorde-t-elle ? Quelle reconnaissance a-t-elle des spécificités du vieillissement de ces personnes ? Quels droits leur reconnaît-elle ? Comment sa politique de la vieillesse intègre-t-elle leur problématique ?

Toutefois, le vieillissement des résidents, mais plus largement celui des immigrés isolés vieillissants, ne peut être appréhendé à partir de la seule reconnaissance de comportements culturels spécifiques. En effet, si cette dimension ne peut être ignorée, elle ne doit pas occulter le fait que le débat plus général auquel nous convient ces personnes est celui de la prise en compte, par notre société, de la précarisation d'une partie de la population âgée, dans sa politique de la vieillesse. En effet, ces immigrés âgés, isolés, à faibles ressources, jouent un rôle de précurseurs, de révélateurs des difficultés qui se poseront très prochainement à une partie des membres de notre société précarisée par la crise économique et sociale des années 70. Les choix qui seront opérés à l'égard de ces personnes peuvent présumer des orientations à venir pour une toute autre frange de notre société.

La réflexion plus spécifique que nous conduisons quant à la recherche de réponses adaptées au vieillissement des résidents repose sur une démarche de rapprochement de deux mondes complexes, à savoir l'immigration et la gérontologie. Deux mondes qui n'avaient pas encore eu l'occasion de se côtoyer. L'objectif à long terme est que le domaine de la gérontologie intègre la problématique de vieillissement des populations immigrées avec ses spécificités.

Notre démarche consiste donc à rechercher un ajustement des réponses existantes pour les personnes âgées, aux besoins et attentes des résidents et à élaborer des réponses plus spécifiques. La place du foyer pour les années à venir se dessine ainsi autour de la notion de maintien à domicile, de la création d'un lieu de vie et d'un projet d'accueil pour les personnes dans le va et vient.

La mise en œuvre de ces orientations nécessite donc d'importantes évolutions au niveau des résidents, du projet du foyer, des services et établissements pour personnes âgées ainsi qu'au niveau des différentes institutions concernées par cette problématique de vieillissement. Comme directeur de foyer, il m'appartient donc aujourd'hui de mettre en place les synergies nécessaires pour faciliter l'avancée de ces projets.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES INDIVIDUELS

BEN JELLOUN T., *La plus haute des solitudes*, Paris, Seuil, 1984, 190 p

FIEVET M., *Le livre blanc des travailleurs immigrés des foyers- du non droit au droit*, CIEMI-L'Harmattan, 1999, 272 p

NOIRIEL G., *Le creuset français-Histoire de l'immigration XIXe-XXe siècles*, Seuil, Collection L'univers historique, 1998, 402 p

SAYAD A., *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Bruxelles, De Boeck-Wesmael, 1991, 331 p.

SAYAD A., *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Seuil, Collection Liber, 1999, 437 p

Simone de BEAUVOIR, *La vieillesse 2*, Idées/Gallimard, 1970, 401 p

WEIL P., *La France et ses étrangers ; l'aventure d'une politique de l'immigration : 1938-1991*, Paris, Folio ACTUEL, 1995, 592 p

OUVRAGES COLLECTIFS

Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées, Expérience et analyses pluridisciplinaires internationales, Edition Eres 2000, collection Pratiques du champ social, 437 p

Immigration et Intégration, l'état des savoirs, Paris, La Découverte, 1999, 437 p

Pour que la vie continue...D'Isère et du Maghreb – Mémoires d'immigrés, Musée dauphinois, 1999, 122 p

Vieillir et mourir en exil. Immigration maghrébine et vieillissement, Lyon, PUL, 1993, 149 p

ARTICLES

BAUER F., « Etude du vieillissement des personnes immigrées dans le Haut Rhin », in *Migration santé*, 1999, n° 99/100, p 139-147

BENIGUI Y., SONDRIO S., TEMINE E., « Trois regards croisés sur le troisième âge de l'immigration », in *Agenda interculturel*, Novembre 1999, n°178, p 4-9

BRANDEBURG H., « Vieillir à l'étranger », in *Migration Santé*, 1997, n° 91, p 59-71

FIBBI R., BOLZMAN C., VIAL M., *Expériences européennes pour et par les migrants âgés*, in *Age et migration*, 1999, n° 4, 110p

FIEVET M., « La santé de migrants vieillissants dans les foyers », in *Migration santé*, 1999 n° 99/100, p 121-131

HENRARD J.C., « Les multiples facettes du vieillissement et de la vieillesse », in *Revue PREVENIR - Formes et sens du vieillir*, 1998, n° 35, p 34-35

LEGE B., « Les foyers de travailleurs immigrés à un tournant », in *Hommes et migrations*, Juin 1994, n° 117, p 32-40

MARIA P., « Vieillir en foyer », in *Migrations Santé*, Avril 1991, n° 67, p 41-43

NOIRIEL G., « Le vieillissement des immigrés en région parisienne », In *Dossier d'information sur le vieillissement des populations immigrées*, FAS, Novembre 1994, p 1-23

PITAUD P., DHERBEY B., JURDAN C., LASREUG D., « Maintien au domicile des immigrés âgés : le logement comme élément d'intégration sociale », in *Les cahiers de l'Actif*, 1997, n° 252/253, p 95-100

PITAUD P., GUILHEM M., ADJUTO V., LAZREUG D., « Le vieillissement des immigrés en France: réflexion sur une dynamique de l'exclusion », in *Santé et insertion : un défi à l'illettrisme*, Paris, La documentation française, 1995, p 41-55

SAMAOLI O., « L'immigration comme question gérontologique », in *Gérontologie*, 1999, n° 111, p 33-40

REVUES

Ecarts d'identité, *Vieillir dans l'immigration*, Mars 1993, n°64; 28 p

Ecarts d'identité, *Comment va la santé ?*, Mars/Juin 1995, n°72/73, 40 p

Ecarts d'identité, *Le toit de l'Autre- accès et entrave au logement*, Mars 1997, n° 80, 36 p

Ecarts d'identité, *Le troisième âge de l'immigration*, Décembre 1998, n° 87, 84 p

Gérontologie et société, *Vieillesse, migrations, cultures*, Décembre 1999, n° 91, 205 p

Hommes et migrations, *les foyers dans la tourmente*, Octobre 1996, n° 1202, 65 p

Plein droit, *Une vieillesse illégitime*, GISTI, Juillet 1998, n° 39, 62 p

RAPPORTS

BAROU J., « Brève historique de l'immigration à Grenoble », in *Les actes du cycle de formation 1999- réalités de l'immigration à Grenoble-droits des étrangers*, Formation proposée par l'ADATE, l'ODTI, le SSAE, 95 p

BOUHARIZZI Karima, « La vieillesse des immigrés isolés en France : entre occultation et légitimation de cette réalité », D.E.S.S. Santé, Protection sociale, Vieillesse, Université Pierre MENDES-France, 1999/2000, 86 p

CUQ H., « *Mission parlementaire sur la situation et le devenir des foyers de travailleurs migrants*, Avril 1996, 80 p

GETUR, « Gestion institutionnelle de l'immigration- Evolution des formes institutionnelles de logement pour les immigrés célibatairisés, le cas de Grenoble 1946-1976 », GETUR, Juillet 1997, 208 p

GUINCHARD-KUNSTLER P., « Vieillir en France- Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie », Paris, Juin 1999

« Les F.T.M. en Rhône-Alpes » - Etude menée par l'Observatoire Régional de l'Habitat et du Logement

Les Foyers dans la ville- Foyers de travailleurs migrants et politique de la ville, 144 p

« Les immigrés vieillissants et isolés face au logement- développement et usure institutionnelle dans l'agglomération grenobloise », in *Les cahiers de l'observatoire associatif du logement*, Grenoble, Mai 1996, n° 7, 77 p

« Les petites structures et leur place dans l'accompagnement de la vieillesse. De l'innovation à la pérennisation », Groupe de travail 1995-1996, CLEIRPA, Novembre 1997, 208 p

MATHIEU M.L., *Les immigrés vieillissants maghrébins : un enjeu gérontologique*, Capacité nationale de gérontologie, Université J.Fourier, Grenoble, Octobre 1999, 51 p

« Schéma d'organisation gérontologique 2000/2004 », Conseil général de l'Isère / Préfecture de l'Isère, 2000, 150 p

Union Nationale des Associations Gestionnaires de Foyer de Travailleurs Migrants et de Résidences Sociales, *Le vieillissement des résidents dans les foyers de travailleurs migrants*, Actes du séminaire, Paris, UNAF0, 1997, 116 p

« Vivre en petite unité. Entre institution et domicile, un accompagnement sur mesure de la vieillesse », Fondation de France, 2è édition, 1998, 86 p

ANNEXE 1

TABLEAUX SYNTHETIQUES ISSUS DE L'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE SOUMIS A 42 RESIDENTS RETRAITES

TABLEAUX SYNTHETIQUES
ISSUS DE L'ANALYSE DU QUESTIONNAIRE SOUMIS A
42 RESIDENTS RETRAITES ⁹⁴

1) Famille au pays

	Observations	%
Oui	40	95.2
<i>Non</i>	2	4.8
TOTAL	42	100

2) Enfants à charges

	Observations	%
Oui	23	54.8
<i>Non</i>	19	45.2
TOTAL	42	100

3) Retraite à taux plein

	Observations	%
Oui	19	45.2
<i>Non</i>	23	54.8
TOTAL	42	100

4) Envoi d'argent à la famille

	Observations	%
Oui	37	83.3
<i>Non</i>	7	16.7
TOTAL	42	100

⁹⁴ BOUHARIZZI Karima, « La vieillesse des immigrés isolés en France : entre occultation et légitimation de cette réalité », D.E.S.S. Santé, Protection sociale, Vieillesse, Université Pierre MENDES-FRANCE, Année 1999/2000, 86 p

5) Occupations

	<u>Observations</u>	<u>%</u>
<u>TV, café, PMU, Marché</u>	5	11.9
<i>TV, Marché</i>	5	11.9
<i>Café, PMU</i>	4	9.5
<i>Café, PMU, Marché</i>	13	31
<i>Marché</i>	15	35.7
<u>TOTAL</u>	42	100

6) Recevez-vous de l'aide de la part des autres résidents du foyer ?

	<u>Observations</u>	<u>%</u>
<u>Oui</u>	6	14.3
<i>Non</i>	36	85.7
<u>TOTAL</u>	42	100

7) Raisons du choix de rester vivre au foyer

	<u>Observations</u>	<u>%</u>
<u>Coût du loyer</u>	12	28.6
<u>Coût du loyer + Proximité des amis</u>	3	7.1
<u>Coût du loyer + Proximité des amis + Habitudes de vie.</u>	2	2.4
<u>Coût du loyer + Habitudes de vie</u>	9	21.4
<u>Proximité des amis</u>	2	4.8
<u>Proximité des amis + Habitudes de vie</u>	1	2.4
<u>Habitudes de vie</u>	7	16.7
<u>Habitudes de vie + Impossibilité d'accéder à un autre logement</u>	3	7.1
<i>Impossibilité d'accéder à un autre logement</i>	3	7.1
<u>TOTAL</u>	42	100

8) Raisons du choix de rester vivre en France

	Observations	%
Raisons financières	17	40.5
Raisons financières et de Santé	12	28.6
Raisons financières et personnelles	1	2.4
Raisons de santé	8	19
Raisons de santé et personnelles	1	2.4
Raisons personnelles	3	7.1
TOTAL	42	100

9) Allers et retours entre France et pays d'origine ?

	Observations	%
Qui	36	85.7
<i>Non</i>	6	14.3
TOTAL	42	100

10) Appréciation état de santé

	Observations	%
Bon	14	33.3
<i>Mauvais</i>	17	40.5
<i>Très mauvais</i>	11	26.2
TOTAL	42	100

11) Si besoin, sollicitation des différents services de maintien à domicile ? Si non pourquoi ?

	Observations	%
Raisons financières	12	33.4
Raisons financières et Culturelles	6	16.6
Raisons Culturelles	17	47.3
Autres	1	2.7
TOTAL	36	100

12) Si besoin, prêt à intégrer un lieu de vie réservé à l'ensemble des personnes âgées ?

	Observations	%
Oui	2	4.8
<i>Non</i>	40	95.2
TOTAL	42	100

13) Si non, pour quelles raisons ?

	Observations	%
Raisons financières	4	10
Raisons financières et Culturelles	5	12.5
Raisons Culturelles	29	72.5
Autres	2	5
TOTAL	40	100

14) Pensez-vous rentrer vivre définitivement au pays ?

	Observations	%
Oui	15	35.7
<i>Non</i>	27	64.3
TOTAL	42	100

15) Lieu sépulture

	Observations	%
France	4	9.5
<i>Pays d'origine</i>	38	90.5
TOTAL	42	100

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN

DES RESIDENTS

Qu'y faites-vous aujourd'hui (le marché, le café, les commerces, le tiercé, se balader...)?

Le foyer

Pourquoi, quand, comment y êtes-vous arrivés ? (conditions de logement antérieures, lieu, type d'habitat) ?

Appréciation des conditions matérielles et des services rendus

Quelles sont les choses qui (ne) vont (pas) ?

Que souhaiteriez-vous voir changer ? Où quelles difficultés rencontrez-vous ?

- Aménagements (W-C, chambres (taille, confort, mobilier), isolation, escalier, ascenseur, douches, le coût, chambre seule, ménage de sa chambre) ?
- Organisation du foyer et les services rendus (correspondant social, ménage, infirmière, veilleur, entretien) ? En êtes-vous satisfait ?

Quels services souhaiteriez-vous voir se développer (animation, télévision, lingerie, cafétéria, restauration, nettoyage des chambres ouverture le WE, le courrier...)?

Relations aux autres résidents

Quelles sont vos relations avec les autres résidents (de l'étage, du foyer) ?

Vous arrive t'il de rendre ou de demander service à un autre résident ?

Sur qui pouvez-vous compter en cas de problème dans le foyer ?

Préparation des repas

Préparez-vous vos repas seul ou avec un voisin ou un ami ? Combien de repas prenez-vous par jour ? Est-ce une difficulté pour vous de préparer votre repas ? Pourriez-vous être intéressé par un portage de repas ? pourquoi ?

Présence

Etes-vous ici toute l'année ? Si non combien de mois ? A quel rythme ?

Seriez-vous prêts à accepter une chambre comme à l'hôtel ?

Depuis que vous êtes au foyer, avez-vous essayé de trouver un autre logement ? Pourquoi ?

Si non pourquoi êtes-vous resté ou restez-vous au foyer (Question de coûts, amis, habitudes, sécurité...)?

IV- LES CONDITIONS DE TRAVAIL ET LES RESSOURCES ACTUELLES

Le travail

Où avez-vous travaillé, dans quels lieux ? dans quels métiers ? combien d'années ?

Quels souvenirs en gardez-vous ?

Avez-vous connus des périodes de chômage ? Avez-vous travaillé jusqu'à votre retraite ?

Vous êtes-vous fait des amis, avez-vous été syndiqué ?

Les ressources

Quelles sont-elles (nature, montant...) ?

Comment vous en servez-vous (envoi à la famille etc...) ?

IV- LES RELATIONS SOCIALES, FAMILIALES ET AVEC LE PAYS D'ORIGINERelations sociales

Comment occupez-vous vos journées ? Avez-vous des amis ?

Y a t-il des choses que vous aimeriez faire ?

Etes-vous pratiquant ? Depuis quand ? Quelle place occupe la religion dans votre vie ?

La famille

Quelle est votre situation familiale (marié, séparé, divorcé, célibataire) ?

Etiez-vous marié ou aviez-vous des enfants avant de venir en France ?

Avez-vous de la famille (enfants (combien, majeurs, mineurs), frères et sœurs, parents, cousins...) ? Où est-elle (en France, au pays) ?

Quels liens avez-vous avec elle (la voyez-vous, lui téléphonez-vous, lui écrivez-vous, à quelles occasions, comment, avez-vous des nouvelles...) ? Lui envoyez-vous de l'argent ? Pourquoi ?

Comment ça se passe quand vous la voyez (relations avec les enfants, avec l'épouse) ? Combien de temps ?

Avez-vous pensé à la faire venir en France (votre femme ou vos enfants) ? Pourquoi cela ne s'est-il pas fait ? Pensez-vous encore la faire venir ? Pourquoi ?

Relations avec le pays d'origine et la FranceAvec le pays d'origine

Quel regard portez-vous sur votre pays d'origine ? Quels liens avez-vous avec lui ?

Y a t-il des choses qui vous dérangent ? Lesquelles ? Pourquoi ?

Y retournez-vous (pourquoi, à quelles occasions, quelle fréquence...) ? Si plus de liens depuis quand ? Pourquoi ?

Comment ça se passe avec la famille, les amis ?

Rencontrez-vous des difficultés particulières pour aller au pays ? Lesquelles ?

Avez-vous pensé y retourner définitivement ? Qu'est-ce qui a empêché ce retour jusqu'à ce jour ? Pensez-vous encore y retourner définitivement ?

Avec la France

Qu'est-ce que représente la France pour vous ? Quel regard portez-vous sur la France ? Vous y sentez-vous bien ?

Pourquoi y restez-vous (raison financière, santé, personnelles, attaches, droits...) ?

V- LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES PERSONNES RESSOURCES

D'une manière générale rencontrez-vous aujourd'hui des difficultés particulières (langue (compréhension ou pour se faire comprendre); remplir les papiers, santé, solitude...) ?

En cas de difficultés avez-vous quelqu'un avec qui en parler ? Qui voyez-vous (voisins, amis, correspondant social, infirmière, personnel d'entretien, veilleur, médecin, assistante sociale, association, service juridique...) ?

De quel(s) type(s) d'aide(s) auriez-vous besoin ?

VI- LA SANTE

Vous trouvez-vous en bonne santé ?

Sinon quelles sont vos difficultés ? Depuis quand ? A quoi sont-elles dues pour vous ?

Qui voyez-vous (médecin, infirmière, hôpital, kiné, assistante sociale...) ?

Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous séjourné en maison de repos ? Avez-vous rencontré des difficultés particulières (repas, soins, difficultés pour se faire comprendre ou pour comprendre, difficultés avec le personnel...)?

Avez-vous des difficultés pour vous faire soigner (coûts des soins, difficultés administratives...) ? Avez-vous une mutuelle, en avez-vous déjà eu une ?

Au pays rencontrez-vous des difficultés pour vous faire soigner ? Lesquelles ?

VII- LE VIEILLISSEMENTLa représentation du vieillissement

Pour vous qu'est-ce qu'un vieux ou une personne âgée ? En connaissez-vous ou en avez-vous connus ? Comment vivent les vieux (au pays, en France) ?

Quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent ? (Isolement, repas, ménage, ressources, santé, sécurité, faire les courses, accessibilité, nettoyer le linge...) ? Comment se débrouillent-ils ?

La représentation de son vieillissement

Sentez-vous des difficultés liées à votre âge ? Lesquelles ? Comment faites-vous ?

Quelles difficultés pensez-vous rencontrer en vieillissant ?

Quelles seraient les solutions pour améliorer votre situation (locaux, services, regroupement familial...)?

Où vous voyez-vous vieillir (en France, au pays)? Dans quelle structure? Comment?

Si réponse au foyer : Le foyer vous paraît-il adapté? Pensez-vous qu'il puisse l'être? Comment?

Vous voyez-vous vieillir ailleurs qu'au foyer? Dans des petits appartements aménagés à plusieurs sur le quartier? sur un autre quartier? Si non pourquoi?

Connaissance des relais et services existants

Connaissez-vous les personnes (assistantes sociales, médecins...) avec qui en parler ou qui interviennent pour aider les personnes âgées (services d'aide et de soins à domicile), ce qu'elles proposent (ménage, courses, portage de repas, soins, télé-alarme)?

En avez-vous bénéficié? Continuez-vous à en bénéficier? Pourquoi?

Seriez-vous prêts à accepter ces services? si non pourquoi (coûts, freins culturels (lesquels), problèmes pour l'alimentation etc...)?

Seriez-vous intéressés pour mieux les connaître ainsi que ce qu'elles font?

Connaissez-vous les logements où vieillissent certaines personnes âgées (maison de retraite, foyer logement etc...)? Seriez-vous intéressés pour mieux les connaître ainsi que leur fonctionnement?