



Anne FEVOTTE, Adoma
42 rue Cambronne 75740 Paris cedex 15
01 40 61 44 61 / anne.fevotte@adoma.fr

Marie-Dominique AMAOUCHE, Ville et Habitat
8 place Jean-Baptiste Clément 75018 Paris
01 42 23 10 20 / m-d.amaouche@ville-habitat.fr

Programme de recherche Vieillesse de la population et Habitat

Le logement des immigrés à l'épreuve du vieillissement : *mieux connaître les différentes étapes du vieillissement pour mieux répondre en termes d'aide, de service et d'équipement*

RECHERCHE-ACTION

Rapport Final

Mars 2009

N° de la convention de
recherche : A0608

Affaire suivie par Phuong Mai HUYNH

Plan Urbanisme Construction Architecture

Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire

Ministère du Logement et de la Ville

Sommaire

Préambule	5
Première partie : 4 études de cas + analyse transversale	
Introduction	8
Résidence Le Lavandin – Montpellier	10
A – La vie des personnes vieillissantes	10
1. Descriptif du foyer et de son occupation	
2. Utilisation physique de l'espace et vie quotidienne	
3. Ici et ailleurs : parcours résidentiels des résidents et allers-retours	
B – Les actions autour de la question du vieillissement	17
1. Historique, état des réflexions et pratiques autour de la question du vieillissement	
2. Prise en compte de la dépendance et des pathologies	
3. Les besoins des résidents perçus par le personnel Adoma et les partenaires	
Personnes rencontrées	
Résidence Ampère – Massy	23
A – La vie des personnes vieillissantes	23
1. Descriptif du foyer et de son occupation	
2. Utilisation physique de l'espace et vie quotidienne	
3. Rapport à la ville, à l'espace et aux services urbains	
B – Les actions autour de la question du vieillissement	32
1. Historique, état des réflexions et pratiques autour de la question du vieillissement	
2. L'adaptation du bâti : projets	
3. Les aides à domicile au foyer : bilan et perspectives	
4. La santé : état des lieux, les soins et les actions de prévention au sein du foyer	
5. Accès aux droits et aux services de droit commun des résidents vieillissants	
6. Les besoins des résidents perçus par le personnel Adoma et les partenaires	
Personnes rencontrées	
Résidence Normandie – Echirolles	44
A – La vie des personnes vieillissantes	44
1. Descriptif du foyer	
2. Profil du public hébergé	
3. Utilisation physique de l'espace et vie quotidienne	
4. Rapport à la ville, à l'espace et aux services urbains	
5. Ici et ailleurs : parcours résidentiels des résidents et allers-retours	
B – Les actions autour de la question du vieillissement	54
1. Historique, état des réflexions et pratiques autour de la question du vieillissement	
2. Prise en compte de la dépendance et des pathologies	
3. Les besoins des résidents perçus par le personnel Adoma et les partenaires	
Personnes rencontrées	
Résidence Esso – Gennevilliers	61
A – La vie des personnes vieillissantes	61
1. Descriptif du foyer et de son occupation	
2. Utilisation physique de l'espace et vie quotidienne	
3. Rapport à la ville, à l'espace et aux services urbains	
4. Lien entre la pratique des allers-retours et le vieillissement	
B – Les actions autour de la question du vieillissement	70
1. Historique et état des lieux des partenaires	
2. L'adaptation du bâti	
3. Les aides à domicile	
4. Les actions de santé	
5. Accès aux droits	
Personnes rencontrées	

Analyse transversale	75
1. Entre ici et là-bas : la vie en foyer et les séjours fréquents dans le pays d'origine	
La transmigration comme mode de vie	
Le foyer comme domicile	
2. Accompagnement du vieillissement	
L'inadaptation du logement	
La mise en place de l'accompagnement	
Des pistes de travail	
Annexes : guides d'entretien	87

Deuxième partie : Guide-actions

Introduction	89
Données de cadrage	91
A - Eléments statistiques sur la clientèle d'Adoma et ses conditions de logement	91
B - Fiches de cadrage	96
Fiche 1 → Données de cadrage sur la population étrangère vieillissante	97
Fiche 2 → Caractéristiques de logement de la population des immigrés isolés	98
Fiche 3 → Spécificités de la population immigrée hébergée en foyer parmi celle des hommes immigrés vivant seuls	99
Fiche 4 → La population immigrée hébergée en foyer et son évolution	100
Fiche 5 → Le lien au pays d'origine : retour au pays et aller-retour	101
Fiche 6 → Santé de la population immigrée vieillissante résidant en foyer	102
Fiche 7 → Ressources, mode de vie et pratiques de solidarité	104
Fiche 8 → Les services d'aide à domicile en foyer	105
Fiche 9 → Accès aux droits	106
Constats, pistes de réflexion et fiches-actions	108
A - Un projet d'accompagnement du vieillissement	108
• Un projet d'établissement pour le maintien à domicile des migrants vieillissants	109
<i>Fiche-action A1 → Méthodologie de projet</i>	110
• Accompagnement en interne	112
○ Un référent	112
<i>Fiche-action A2 → La formation du personnel au vieillissement de la clientèle</i>	113
○ La fonction de veille	114
<i>Fiche-action A3 → La fonction de veille</i>	115
○ L'accès aux droits	117
<i>Fiche-action A4 → Accompagnement individualisé des personnes vieillissantes</i>	118
○ Faciliter les mobilités internes	119
<i>Fiche-action A5 → Recensement des logements adaptés aux résidents âgés</i>	120
• Mise en œuvre et animation d'un partenariat externe	121
○ Animer le projet, faire vivre les partenariats	121
<i>Fiche-action A6 → La coordination sociale</i>	122
○ Actions collectives pour l'accès aux droits, à la vie sociale, aux loisirs	123
<i>Fiche-action A7 → Actions collectives pour l'accès aux droits, à la vie sociale et aux loisirs</i>	124
○ Des actions santé dans le foyer	126
<i>Fiche-action A8 → Actions santé / vieillissement</i>	127
○ Des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées	129
<i>Fiche-action A9 → Des aides à domicile pour les résidents âgés / Conventions de partenariat</i>	131

B - Le bâti	133
• Circuler	133
○ Accès à la ville	133
<i>Fiche-action B1 → Accès à la ville</i>	134
○ Accès à la résidence	135
<i>Fiche-action B2 → Accessibilité</i>	136
○ Circuler dans la résidence	137
<i>Fiche-action B3 → Confort des déplacements dans la résidence</i>	138
• Habiter les espaces communs	141
○ Cours, espaces verts, jardins	141
<i>Fiche-action B4 → Occuper les espaces extérieurs</i>	142
○ Espaces collectifs dans la résidence	143
<i>Fiche-action B5 → Espaces résidentiels</i>	144
• Habiter les espaces privés	145
○ Les espaces partagés des unités de vie	145
<i>Fiche-action B6 → Adaptation des espaces partagés de l'unité de vie</i>	146
○ La chambre de l'unité de vie	148
<i>Fiche-action B7 → Adaptation des chambres en unité de vie</i>	149
○ Le logement autonome	151
<i>Fiche-action B8 → Le logement autonome adapté au vieillissement</i>	152

Annexes

Annexe 1 : La prise en compte du vieillissement chez Adoma : trois expérimentations d'adaptation du bâti et d'accompagnement des résidents âgés

Annexe 2 : Trame de projet de vie pour l'accompagnement des résidents âgés en foyers-résidences

Annexe 3 : Convention partenariale pour l'intervention d'auxiliaires de vie sociale sur les unités de vie adaptées de la résidence du Petit Barthélémy à Aix-en-Provence

Annexe 4 : Convention de financement pour l'aide au maintien à domicile mutualisée sur les unités de vie adaptées de la résidence Adoma du Petit Barthélémy à Aix-en-Provence

PREAMBULE

1. La mission d'Adoma

Dans le cadre du contrat d'objectifs signé entre Adoma et l'Etat pour la période 2005-2010, l'accent est mis sur les différents publics accueillis et les logements correspondants et, en particulier, sur les personnes vieillissantes.

Beaucoup d'immigrés, en majorité issus du Maghreb, arrivés en France entre les années 1950-1980, sont en retraite ou en approchent.

Les besoins et les attentes des résidents des foyers, leur spécificité culturelle et leur mode de vie et d'habitat imposent une attention particulière qu'il faut prendre en considération pour leur permettre de rester autonomes le plus longtemps possible.

Adoma, très concernée par les difficultés d'une clientèle qu'elle voit vieillir veut permettre aux résidents retraités de faire leurs choix de vie :

- soit le retour au pays,
- soit les allers-retours entre le pays d'origine et la France,
- soit le choix de vie en France.

Dans cette dernière hypothèse, avec l'évolution des besoins des plus âgés, les missions d'Adoma évoluent. Elles ne sont plus uniquement axées sur l'habitat, elles font appel à des missions annexes relatives à l'accompagnement social et à la santé :

- o Les personnes qui voudraient intégrer le logement social classique doivent être aidées dans leurs démarches.

- o Pour ceux qui souhaitent rester dans leur foyer, il s'agit, d'une part, d'adapter les locaux à la clientèle âgée et, d'autre part, de renforcer les aides à la vie quotidienne, la vie sociale, la santé, l'accès aux droits et la lutte contre l'isolement.

- o A côté du maintien à domicile des personnes, Adoma crée de façon expérimentale un établissement médicalisé à Bobigny de 85 lits (ouverture prévisionnelle 2010).

2. La recherche-action : « Le logement des immigrés à l'épreuve du vieillissement »

PROBLEMATIQUE

Dans le cadre du programme de recherche du PUCA intitulé « vieillissement et habitat », « Ville et Habitat » et Adoma se sont associés pour proposer une réponse conjointe qui s'inscrit dans deux des axes de la consultation : la mobilité résidentielle des retraités et la prise en compte des personnes vieillissantes par les acteurs.

Elle part d'un double constat :

- Les travailleurs migrants qui vieillissent en foyer, et dont de nombreux travaux ont souligné leur volonté de rester en France à l'heure de la retraite, sont très majoritairement des transmigrants.
« Sont considérés comme transmigrants ceux qui effectuent plusieurs voyages annuels au pays

natal, ou au moins un voyage annuel avec une durée de résidence supérieure à un mois »¹. Il est difficile de quantifier l'importance de ce mode de vie au sein des foyers. Mais une enquête de 2005 auprès de ses résidents, réalisée par Adoma sur une cinquantaine de sites particulièrement concernés par le vieillissement, estime à 70% les transmigrants chez les plus de 60 ans, une proportion qui croît jusqu'à 75 ans, pour régresser un peu après.

- Mais ces célibataires géographiques qui continuent les navettes entre la France et leur pays d'origine sont aussi des personnes atteintes – plus précocement que les autres – par le vieillissement et les pathologies qui l'accompagnent. Or une récente enquête interne à Adoma met en lumière la sous-utilisation manifeste des services d'aide à la personne dans ses résidences. Et les déménagements d'une chambre de foyer à un logement mieux adapté au vieillissement dans une résidence sociale suscitent le plus souvent de très fortes réticences de la part des résidents.

Dès lors, notre recherche se constitue à partir de deux questions problématiques : En quoi le système résidentiel de ces migrants détermine-t-il les conditions de leur vieillissement en foyer ? Et comment s'organise la prise en charge du vieillissement de ce public, dans le respect de leur spécificité et dans le cadre de l'accès aux droits ?

Elle a quatre objectifs :

- Mieux connaître les mécanismes de la transmigration des populations de 55 ans et plus
- Mieux comprendre les attentes, y compris implicites, et les moyens que peuvent mobiliser les migrants, pour apporter des réponses adéquates à leurs besoins
- Analyser les réponses apportées localement à ces besoins, les partenariats mis en place, les financements mobilisés
- Situer la position de l'offre en logement d'Adoma dans la qualité des réponses à ces besoins d'accompagnement du vieillissement

UNE DEMARCHE EN DEUX TEMPS

Analyse du système résidentiel des migrants de plus de 55 ans

L'analyse du système résidentiel des transmigrants renvoie à la fois à la mobilité et au choix de vie réalisé au moment de la retraite et à la pratique des « allers-retours », mais aussi à la place de la chambre en foyer comme domicile du migrant.

Rythme des allers-retours au moment du passage à la retraite

- Place de la structure familiale du migrant dans ses choix résidentiels et son parcours de fin de vie
- Rapports entre la situation économique du migrant et son parcours résidentiel lors de la fin de la vie active : Quelles différences dans les parcours entre anciens salariés de grosses entreprises (automobile, ...) disposant d'un bon niveau de retraite et de couverture sociale, et les salariés ayant connu la précarité ou le non-droit pendant leur vie active ? Comment intervient la question de l'envoi d'argent à la famille ?

Le logement en foyer dans le système de double résidence

- La chambre
- Le fonctionnement des unités de vie
- Le foyer, un immeuble collectif dans la ville

¹ Claudine Attias-Donfut « *L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France* », Armand Colin, 2006, page 275

Analyse de l'accompagnement des migrants âgés dans les établissements d'Adoma, et de l'utilisation des services d'aide à la personne

Les questions s'organisent autour des thèmes suivants :

- Les difficultés qui apparaissent avec le vieillissement et la perte d'autonomie, dans l'usage du logement et dans les gestes de la vie quotidienne : En quoi l'organisation des locaux du foyer permet-elle ou au contraire freine-t-elle l'exercice de cette solidarité ? Quel rôle pour les pièces collectives des unités de vie ?
- Les réponses du groupe des pairs aux besoins de prise en charge : Quels services sont apportés en priorité ? quels services semblent « naturels », quels autres au contraire apparaissent plus lourds pour le groupe ? Qui les rend à qui ?
- Les réponses de la structure à l'ensemble de ces besoins, la mise en place des partenariats locaux
- Les services de l'aide à domicile du point de vue des migrants bénéficiaires (pourquoi ont-ils accepté ces aides ? qu'ont-ils à en dire, comment les améliorer ?) et du point de vue des acteurs (comment perçoivent-ils la pratique de leur métier dans l'espace du foyer ? où sont, de leur point de vue, les freins à un meilleur accès des migrants à ces services de droit commun ?)

METHODOLOGIE

La méthode retenue est celle d'une recherche-action : l'objectif d'une meilleure connaissance des parcours résidentiels des transmigrants se double ici d'un objectif d'accompagnement de la démarche menée par Adoma pour adapter une partie de ses foyers au vieillissement – à partir du constat de l'inéluctabilité de ce processus et des difficultés d'ores et déjà rencontrées sur le terrain.

Elle s'organise en deux phases :

- **Une analyse des parcours des résidants** dans quatre résidences, symptomatiques des différents contextes de prise en charge du vieillissement, incluant les réponses que des équipes locales d'Adoma mettent en place à partir de leur connaissance des besoins et des partenariats locaux : **les études de cas.**
- **Un guide-action** qui propose des pistes de réflexion et des actions, à partir de constats tirés des quatre études de cas, ainsi que des dispositifs spécifiques d'accompagnement du vieillissement mis en place par Adoma dans trois résidences.

PREMIERE PARTIE :

4 ETUDES DE CAS ET UNE ANALYSE TRANSVERSALE

INTRODUCTION

LES ETUDES DE CAS

La méthode

La recherche est centrée sur le foyer comme lieu de vie des migrants que leur trajectoire personnelle et résidentielle conduit à y vieillir. Il s'agit donc de mieux connaître le vieillissement des migrants en foyer en se centrant sur une analyse de leurs pratiques.

L'approche s'est faite au travers de 4 études de cas, réalisées à partir d'observations et d'entretiens :

- Observation de l'espace physique du foyer, et des usages qu'en font les résidents.
- Entretiens avec l'équipe Adoma : recueil de tous les éléments objectifs et subjectifs sur les résidents de plus de 55 ans, leurs pratiques de vie dans leur logement, les besoins, les modes d'accompagnement mis en place, formellement ou non, par les membres de l'équipe du foyer.
- Entretiens avec les intervenants dans le foyer : accompagnement socio-juridique, aides à domicile, soins à domicile, animations santé, ... Ces entretiens sont centrés sur deux thèmes :
 - o Le vieillissement des migrants dans leur logement du foyer, le service apporté - en fonction notamment du type de chambres - et les difficultés rencontrées par le migrant / par les intervenants lors de l'entrée dans la dépendance.
 - o Et les conditions des interventions auprès des migrants du point de vue des intervenants, les obstacles à la mise en place des aides auprès de ce public – obstacles émanant des services aussi bien que du migrant.
- Entretiens avec les partenaires mettant en place les politiques publiques à destination des personnes âgées : Conseils généraux et CLIC, collectivités locales, DRASS et DDASS. Il s'agit de comprendre comment les politiques publiques, dans un contexte local particulier, prennent en compte cette population (schéma gérontologique, aide à l'adaptation des foyers, ...) entre droit commun et approche spécifique.
- Entretiens avec les migrants : une dizaine d'entretiens par foyer

La population

La population prise en compte est celle des migrants à partir de 55 ans. Si on regarde les parcours professionnels des migrants, 55 ans est fréquemment l'âge de la fin d'activité, chômage ou préretraite, en attendant la retraite effective. Par ailleurs, les équipes Adoma et les professionnels de santé soulignent la précocité des phénomènes de vieillissement de cette population.

Le choix des sites

Il ne s'agit pas d'un échantillon au sens statistique du terme. Quatre sites ne sauraient être représentatifs ni de l'ensemble des établissements accueillant des migrants âgés, ni même de la population concernée elle-même. Ont été recherchées, à la fois une certaine représentativité de la population, et une forme d'exemplarité dans l'accompagnement du vieillissement.

Critères ayant trait à la population migrante âgée :

- Les foyers retenus sont situés dans les régions de migration les plus importantes, qui sont aussi celles qui comptent le plus d'établissements d'Adoma
- Le taux de migrants de plus de 55 ans y est très important
- Un équilibre a été recherché entre les nationalités les plus représentées dans les foyers, soit les 3 pays du Maghreb
- Des migrants issus de secteurs professionnels différents (industrie, bâtiment, agriculture, ..) et disposant donc de revenus dissemblables

Critères situant le foyer dans la prise en charge du vieillissement :

- Des foyers disposant d'au moins quelques logements adaptés au vieillissement, à côté du mode originel de logement - des chambres en unités de vie
- Des foyers ayant mis en place des actions – quelles qu'elles soient – impliquant différentes formes de partenariats locaux
- Enfin des foyers jouissant de conditions différentes d'insertion urbaine

Le déroulement de l'enquête

Le principe retenu a été celui de journées passées dans les établissements lors de venues successives. Les premières visites ont permis de rencontrer les équipes d'Adoma, de se familiariser avec l'espace du foyer, de prendre rendez-vous avec les intervenants, et d'envisager les rencontres avec les migrants.

Un protocole a été défini dans chaque foyer :

- Repérage des migrants pouvant faire l'objet des premiers entretiens, en fonction de leur âge, de leur état de santé, de leur position de leader à l'intérieur d'un groupe présent dans le foyer, de leur utilisation des services d'aide ou de l'intérêt pour des actions menées
- Choix des modes d'information sur la venue des enquêteurs, présence éventuelle d'un médiateur
- Choix d'un premier lieu de rencontre, premiers rendez-vous

Ces premiers entretiens se sont déroulés lors de la seconde venue des enquêteurs, dans un espace collectif du foyer, ou dans la chambre ou l'unité de vie du migrant. Ils ont été suivis d'autres visites, les rendez-vous se prenant de proche en proche – et le plus souvent à l'instant même. La souplesse horaire de l'enquêteur est ici indispensable.

A côté de ces entretiens individuels, les enquêteurs ont mené nombre de petites conversations dans les lieux de rencontre et de circulation : jardins ou cours devant l'entrée, halls, cafétéria ou salle de réunion. Il s'agissait à la fois de faire part largement de l'objet de la présence des enquêteurs, de proposer aux migrants le choix de l'entretien, et de recueillir des informations et avis sur le mode de fonctionnement du foyer, en particulier pour les plus de 55 ans. Les membres des équipes Adoma et certains intervenants réguliers ont participé « en passant » à ces échanges informels. L'intermédiation linguistique effectuée par certains membres des équipes Adoma a permis de convaincre certains résidents (les plus âgés et malades) de nous recevoir.

L'ensemble des visites se sont déroulées dans un bon climat, en dépit du scepticisme souriant qui a accueilli le plus souvent notre sujet d'étude auprès des résidents concernés.

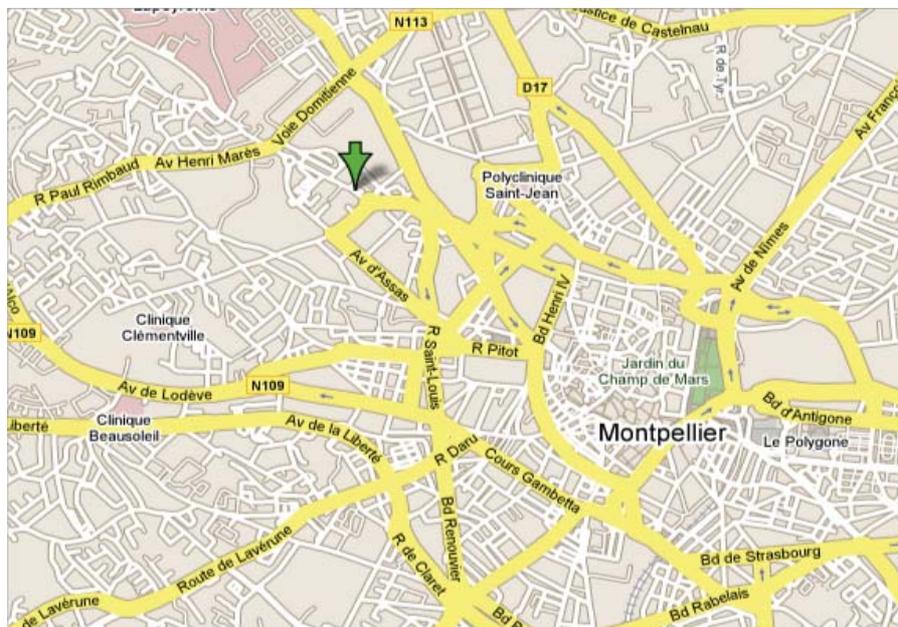
ANALYSE TRANSVERSALE DES 4 ETUDES DE CAS

- Exploitation et analyse des résultats des enquêtes sur sites
- Facteurs explicatifs des différences observées au niveau de la mobilité et des choix résidentiels
- Adaptation / inadaptation des offres logements / services

RESIDENCE LE LAVANDIN **543, avenue du Père Soulas – 34 000 MONTPELLIER**

Localisation du foyer dans la ville

Le Lavandin est situé avenue du Père Soulas à Montpellier, à 2,5 kms de la Place de la Comédie. Il est relié au centre par une ligne de bus, dont l'arrêt est proche de la résidence.



A - La vie des personnes vieillissantes a la résidence Le Lavandin

1. Descriptif du foyer et de son occupation

L'agence Adoma de l'Hérault

L'agence de l'Hérault comprend actuellement trois établissements, tous situés à Montpellier

- La résidence Le Lavandin, dite « le père Soulas », la plus importante, qui est le sujet de cette monographie.
- La résidence Le Bosquet, 177 logements, située dans le quartier de La Paillade
- Une petite résidence de 20 logements située dans le centre ville

L'équipe Adoma au foyer

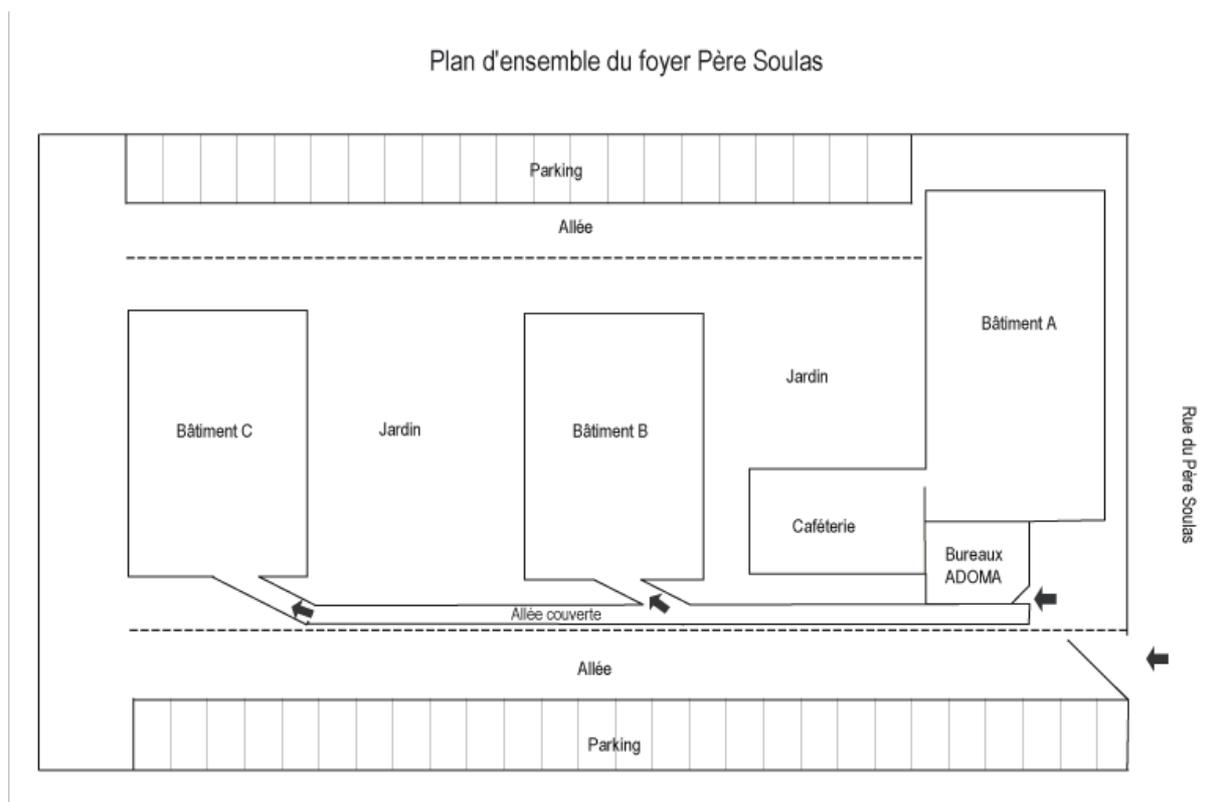
- La résidence est gérée par le responsable de résidence, Abdallah Ajamay, en poste depuis 12 ans
- L'agence Adoma de Montpellier dispose d'un poste de responsable de résidence adjoint. Ahmed Mostefai est responsable d'une petite résidence sociale (20 lits) dans le centre ville, et il assure deux permanences d'accompagnement social par semaine dans chacune des deux grandes résidences de la ville, dont Le Lavandin.
- L'équipe comprend également un ouvrier de maintenance, logé sur place, et un agent de service qui est notamment responsable de la cafétéria-épicerie ouverte chaque après-midi.
- Il n'y a pas de gardien de nuit.

L'espace du foyer

Il est constitué de 3 bâtiments parallèles reliés par une galerie couverte. Il offre 282 logements.

La résidence est entièrement entourée d'une cour-jardin. Non loin de l'entrée, matérialisé par des plantations, est organisé un espace de séjour extérieur : une grande table en ciment, et des sièges dépareillés. Tel qu'il est, ce lieu est très fréquenté et approprié. Il permet à la fois de séjourner dehors et de profiter des allées et venues. « *On parle dehors, on reste dehors si on veut discuter avec quelqu'un* » (un résidant)

Le foyer possède un parking extérieur. Il y a une quarantaine de voitures à la résidence, celles des actifs servent, les autres sont utilisées comme garde-meubles.



Les logements

Bâtiment A :

- le rez-de-chaussée comprend la majorité des bureaux et espaces collectifs, ainsi qu'un studio aménagé pour la perte d'autonomie – c'est le seul de la résidence, il a été conçu comme studio-témoin
- les 4 étages sont constitués d'une unité de vie par étage : 20 chambres de 7,50 m², une cuisine collective avec 5 réchauds et 20 réfrigérateurs, 4 douches et 4 toilettes

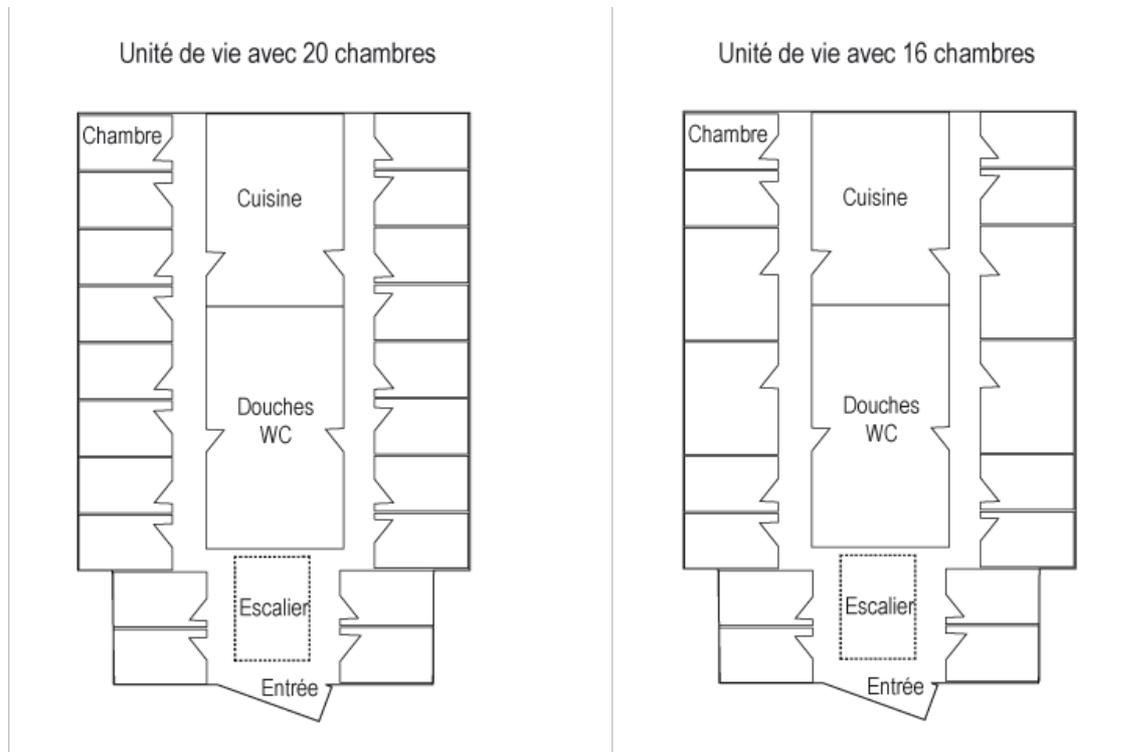
Bâtiment B :

- 6 niveaux avec une unité de vie par niveau : 20 chambres de 7,50 m², une cuisine collective avec 5 réchauds et 20 réfrigérateurs, 4 douches et 4 toilettes

Bâtiment C :

- 6 niveaux avec une unité de vie par niveau

- 8 chambres par niveau ont été décroisées. Chaque étage comprend donc 4 grandes chambres de 14 m² incluant une kitchenette avec un réfrigérateur, et 12 chambres de 7,50 m².
- la cuisine est équipée de 12 réfrigérateurs et de 5 réchauds
- il y a 4 douches et 4 toilettes.



Les locaux collectifs

La résidence dispose d'une grande salle située au centre des bâtiments, à proximité de la galerie et de la salle de prière. C'est à la fois une salle de télévision et une cafétéria-épicerie. Au quotidien, elle est plutôt un lieu de passage, les résidents viennent y prendre un café et faire un achat après la prière – éventuellement y regarder une des deux télévisions. C'est aussi dans cette salle que se tiennent les réunions et animations.

La salle de prière est fréquentée par les résidents, auxquels s'adjoignent quelques étudiants de la cité universitaire proche, surtout pendant le ramadan.

Le responsable de résidence adjoint dispose d'un bureau où il reçoit les résidents, avec une petite salle d'attente, en rez-de-jardin du bâtiment A.

Les services

Sont présents les services habituels fournis dans les foyers Adoma :

- Distribution de draps tous les 15 jours
- Entretien des parties communes
- Mise à disposition dans la salle commune de jeux de cartes et de dominos
- Une cabine téléphonique

Adoma propose aussi des services payants – qui n'ont jamais été utilisés :

- Location de linge de toilette
- Le nettoyage de la chambre pour 32 euros HT de l'heure, un service qui serait effectué par le prestataire qui entretient les parties communes.

La résidence a mis en place, dans la cafétéria, un mini bar-épicerie, ouvert tous les après-midi, tenu et approvisionné par l'agent de service. Il y propose « *tout ce qui est lourd à transporter* » et les produits de base d'une épicerie : eau, lessive, produits d'entretien, lait, conserves. Il dispose d'un réfrigérateur qui contient des œufs, du fromage, ...

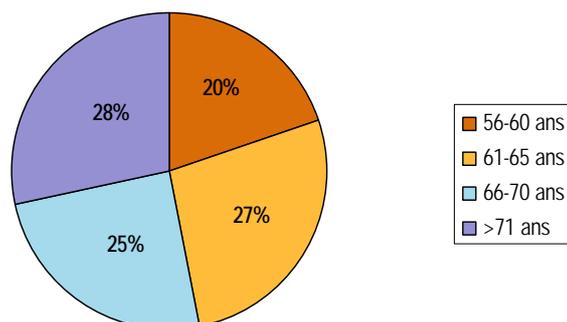
Les redevances

Coût du logement pour une personne isolée avec abattement forfaitaire pour double résidence ou charges de famille, allocations logement déduites (reste à payer).

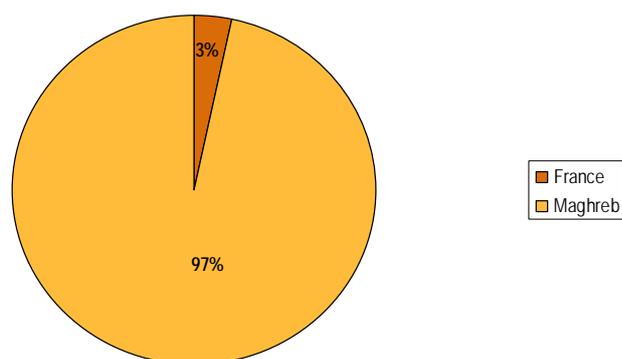
Type logement et redevance	Pour un revenu égal au RMI, à l'AAH ou l'ASPA		Pour un revenu égal à un demi SMIC		Pour un revenu égal à 75 % du SMIC		Pour un revenu égal à un SMIC	
	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre
Chambre 279 €	47,84 €	346,32 € à 580,26 €	96,38 €	406,31 €	130,38 €	623,65 €	197,56 €	807,81 €
T1 357 €	58,18 €	335,98 € à 569,92 €	123,29 €	379,39 €	158,31 €	595,72 €	235,65 €	769,72 €

Profils des résidents de plus de 55 ans au 31/12/2007

Tranches d'âges des résidents de plus de 55 ans

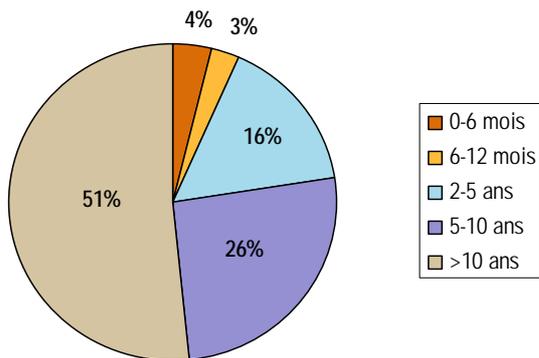


Nationalités des résidents de plus de 55 ans

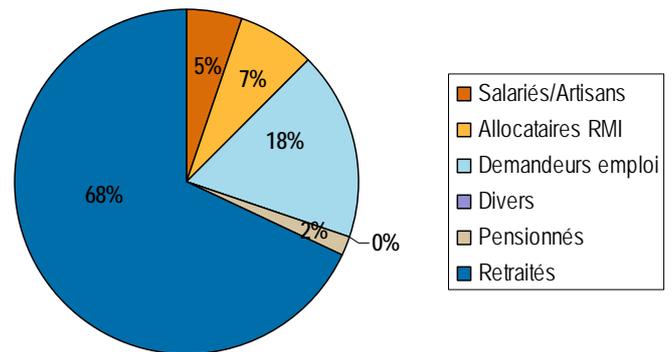


Des résidents presque tous maghrébins, dont les âges se répartissent de manière assez égale entre les quatre tranches.

Ancienneté des résidents de plus de 55 ans



Activité des résidents de plus de 55 ans



Une moitié de résidents habite le foyer depuis plus de 10 ans. Ils sont 75 % à y habiter depuis plus de 5 ans.

Leurs ressources sont à l'image des parcours dans ces métiers : alternance de périodes de travail et de chômage, des « trous » à reconstituer, des périodes de travail non déclaré. Pour la plupart, une période de non activité précède la retraite. Les ressources sont très modestes.

2. Utilisation physique de l'espace et vie quotidienne

Les espaces collectifs : grande salle (TV + cafétéria), salle de prière et espaces extérieurs

Situés au cœur de la résidence, clairs, les espaces collectifs sont les lieux de rencontre entre les résidents. A noter que les boîtes aux lettres sont situées dans le hall qui donne accès à la fois à la salle de prière et à la grande salle. Le plus souvent ces lieux sont traversés plus qu'occupés- à l'exception des moments où des animations se tiennent dans la grande salle. Avec l'âge, les activités diminuent, la vie collective est constituée d'échanges courts en lien avec la fréquentation de la salle de prière et de la cafétéria-épicerie située dans la grande salle. Cependant un petit groupe a ses habitudes et s'y réunit pour jouer aux cartes.

La cafétéria-épicerie ouvre chaque jour à 16H30, l'agent de cafétéria aménage la salle à ce moment-là, il installe tables et chaises. Les résidents sont très attachés à ce service, mais ils y achètent peu à l'exception des produits encombrants, car la plupart des produits sont plus chers que chez LIDL. L'essentiel des achats se fait du 5 au 10 du mois.

La télévision est peu regardée, faute de recevoir les chaînes étrangères. « *s'il y a une parabole, la salle est pleine. Il faudrait une chaîne algérienne et une chaîne marocaine, ou alternativement, un jour l'une, un jour l'autre.* » dit l'agent de cafétéria

Les animations et la vie dans le foyer

Les accompagnateurs sociaux successifs et maintenant le responsable de résidence adjoint de ce foyer ont toujours mis en place des activités pour les résidents, autour de 3 thèmes :

- Des sorties, des visites. Gratuites, elles ont, pour certaines, laissé des souvenirs mémorables. Il n'y en a pas eu depuis 2006.
- Des ateliers autour de leur bien-être et leur santé : gymnastique, alimentation, ...

- Des repas de fête : plateaux de rupture de jeûne pendant le ramadan, Noël, fête de la musique.

Mais le responsable de résidence adjoint fait état de la difficulté à mobiliser les résidants et, face à une proposition de visite de ville en 2006, un souhait a été exprimé clairement « *qu'on nous foute la paix* », coupant court au projet. Les difficultés à se mouvoir de certains, la fatigue, incitent au repli sur soi. C'est à l'intérieur de l'espace de la résidence qu'il faut leur faire des propositions.

L'activisme institutionnel, notamment autour des questions de santé, est parfois perçu comme une intrusion – et pourtant un Forum Santé a eu beaucoup de succès...

Ce sont les repas de fêtes qui les mobilisent le plus, entre 40 et 100 personnes. Le repas de sortie de ramadan 2007 a été très fréquenté.

Dans ce foyer, le vieillissement est nettement perceptible, ne serait-ce qu'au travers du nombre de décès (5 en 2007). Il se traduit par de la lassitude, du repli. Les membres de l'équipe Adoma se posent la question : dans ce contexte, « *qu'est-ce qui peut leur faire plaisir ?* »

Il faut noter que la permanence du responsable de résidence adjoint est très fréquentée et représente sans aucun doute un des lieux de vie du foyer, l'écoute y sortant des limites de la gestion administrative.

Les logements : chambres et unités de vie, studios. La chambre, espace privatisé, est très appropriée, les résidants ont leur télévision, y prennent fréquemment leurs repas. Les chambres de 14 m² sont appréciées, par contre certains habitants nous ont fait des remarques sur leur chambre de 7m² : elles sont trop petites, il n'y a pas assez de placards, « *les radiateurs sont fermés, on a froid et on ne peut pas amener de chauffage d'appoint* ».

La plupart des résidants rencontrés partagent un constat : le mauvais état des espaces collectifs des unités de vie. La taille des unités de vie est un problème réel. Même si la cuisine a deux entrées et deux séries de feux et de placards, il s'agit d'un seul espace pour 20 personnes, dont beaucoup se plaignent : vétusté des installations – paillasses et éviers cassés, placards dont les peintures sont sales... Plus généralement la saleté est évoquée aussi pour les sanitaires. La présence de cafards vient encore accentuer cette impression. Le fonctionnement des douches suscite aussi des réserves « *le réglage automatique de la lumière, c'est pas bien. La lumière s'éteint au bout de 3 minutes, on est sous l'eau...* »

La cohabitation d'un nombre si important de résidants empêche toute privatisation, et augmente les dysfonctionnements, liés notamment au vieillissement : les migrants en perte d'autonomie salissent beaucoup... « *À notre étage, il y a quelqu'un qui a besoin d'aide, c'est pas drôle* »

Les repas sont pris dans la chambre ou à la cuisine « *ça dépend s'il y a du monde ou pas* ». Certains bricolent des plaques chauffantes et des fours dans les chambres.

Les intervenants extérieurs (aides à domicile, infirmiers) soulignent tous les conditions de vie difficiles dans les unités de vie et les conditions sanitaires déplorables.

Deux migrants font exception : leur unité de vie fonctionne bien « *on a le meilleur étage, on s'entend bien avec les voisins, on mange à la cuisine. J'ai quelqu'un avec qui je partage, il fait à manger et moi aussi.* »

Les attentes des résidants par rapport à la vie du foyer, à son équipement :

On vient de voir que les résidants expriment de nombreuses insatisfactions quant à leur logement. Pour autant, ils font peu de demandes précises. Car leurs revendications ne sont pas individuelles, mais signalent un état de fait partagé. C'est donc la résidence dans son ensemble qui est concernée « les cuisines », « les placards »...

Un certain nombre des personnes rencontrées sont malades ou fragiles, et elles ont exprimé le souhait de déménager, soit vers les rez-de-chaussée, soit dans une des chambres avec kitchenette. D'autres souhaitent un ascenseur.

Et la salle de prière est jugée trop petite. « *le vendredi, on est toujours dehors* »

Rapport a la ville

Avec l'âge, la fréquentation du centre ville se restreint. D'une manière générale, leurs pratiques de loisirs (fréquentation des cafés ou autres) sont rares. C'est l'approvisionnement qui occasionne l'essentiel des sorties, avec deux lieux privilégiés dans la ville pour s'approvisionner : un marché situé dans le quartier arabe, où ils se rendent en bus, et les centres commerciaux et supérettes proches. Les résidents interrogés fréquentent les médecins et cabinets infirmiers du quartier.

3. Ici et ailleurs : parcours résidentiels des résidants et allers-retours

Trajectoires en France

Les migrants vivant au Lavandin ont majoritairement travaillé dans le bâtiment et suivi des chantiers ; ils viennent de Nice, de Marseille, de Corse, mais aussi de Metz... D'autres ont habité un meublé dans le centre de Montpellier. Mais leur choix de Montpellier, qui est le plus souvent le lieu d'implantation de leur dernier emploi, est affirmé comme lieu de leur retraite en France.

Le rapport au pays et les allers-retours

Les résidants âgés qui ne font pas de voyage au pays sont l'exception. Ceux que nous avons rencontrés n'étaient plus actifs –au chômage, en longue maladie, pré-retraités ou retraités - et tous nous ont dit partir entre 2 et 6 mois par an, parfois en plusieurs fois. Le plus jeune d'entre eux, 54 ans, a des enfants très jeunes et souhaiterait un regroupement familial - qu'il sait impossible compte tenu de ses ressources.

L'équipe du foyer constate aussi des séjours longs, un an parfois. Dans ce cas, les résidents mettent en place une organisation adaptée : paiement du loyer en prélèvement automatique, remise de sa clé à quelqu'un de fiable (famille en France ou voisin) qui sait lire et écrire, cette personne faisant les démarches pour eux. En cas de contrôle de la CAF, on assiste à des retours rapides.

Trois paramètres entrent en ligne de compte dans la pratique des allers-retours et le choix de son ou ses lieux de résidence :

- a. Les relations que le résidant entretient avec sa famille là-bas. Les plus désireux de vivre en famille sont ceux qui ont une femme jeune et des enfants en bas âge. Candidats au regroupement familial, mais en sachant les difficultés, ils se disent également tentés par une installation au pays.

Parmi les 10 résidants rencontrés, 4 sont des « déçus » du regroupement familial, soit qu'ils aient fait un dossier qui a été refusé, soit qu'il s'agisse d'un rêve, un projet de toute façon irréalisable.

D'autres ont pris de la distance, sont veufs avec des enfants mariés au pays « *je n'ai pas de maison à moi* », ou ont une partie de leurs enfants en France... Dans ces cas, et d'autres (divorces, ..) aucun choix n'est affirmé. On notera aussi que des départs dits définitifs peuvent être suivis de retour soit rapidement soit très longtemps après.

- b. Les ressources : l'impossibilité de toucher l'allocation de solidarité pour personnes âgées au pays a souvent été mise en avant pour justifier le maintien de deux lieux de vie – or, au Lavandin, peu ont une retraite complète.
- c. L'accès aux soins : l'absence de prise en charge du financement des soins dans leur pays, et la différence de qualité de ceux-ci, incitent fortement les migrants à séjourner en France pour se faire soigner. Et pourtant...en l'absence de mutuelle, les frais d'hôpital ou de maison de repos génèrent souvent des dettes élevées.

B - Les actions autour de la question du vieillissement

1. Historique, état des réflexions et pratiques autour de la question du vieillissement

Prise en compte de la question du vieillissement

L'agence de Montpellier, et la résidence Le Lavandin en particulier, se sont préoccupées dès 1998 du vieillissement de leur population, avec comme objectif l'organisation du maintien à domicile.

Un projet a été mis au point, en deux volets :

- Accès aux droits et aides à la personne. L'accompagnateur social a pris en charge ce volet et mis en place des actions maintenant relayé par le responsable de résidence adjoint
- Adaptation du bâti

Accès aux droits et aux services de droit commun des résidents vieillissants

Le responsable de résidence adjoint, en poste depuis 18 mois, souligne l'importance du travail effectué par son prédécesseur, et dont il assure la continuité. Celui-ci a en effet créé des dossiers nominatifs pour les résidents âgés, permettant le suivi des aspects administratifs de leur vie. Les thématiques principales sont les suivantes :

- Ressources et retraite : constitutions de dossiers de retraite, réponses aux contrôles administratifs dont la fréquence s'est fortement accrue
- Suivi du parcours santé, obtention de la CMU complémentaire, accès au remboursement de lunettes et d'appareils auditifs, négociations et recherche de prise en charge pour les frais d'hôpital de ceux – la majorité - qui n'ont pas de mutuelle
- Suivi administratif résultant des allers-retours : rétablissement du droit à l'APL, ..
- état-civil, droit de la famille.

« Les problèmes administratifs qui se posent à eux sont ahurissants, si on n'était pas là beaucoup seraient dans une extrême pauvreté » Le travail de remplissage de formulaires et d'explication aux résidents nécessite beaucoup de temps. La permanence permet de traiter plusieurs problèmes à la fois pour chaque migrant, et, par le contact qui s'établit entre les migrants qui le souhaitent et le responsable de résidence adjoint, se construit une connaissance de situations difficiles qui est un des éléments de la veille.

La permanence du responsable de résidence adjoint évite aux résidents le recours aux écrivains publics. Ils ont en effet le choix entre une permanence associative, gratuite mais débordée, et des prestations rémunérées.

L'adaptation du bâti

Pendant 4 ans, le directeur de l'agence et l'équipe de la résidence ont travaillé à un projet d'aménagement de quelques logements adaptés. Les modalités précises ont été débattues avec les partenaires. Dans un premier temps, un logement expérimental (un studio au rez-de-chaussée du bâtiment A) a été créé et attribué.

Le projet consistait en l'aménagement d'une unité de vie de 10 logements de 14 m² avec kitchenette et sanitaires adaptés à la perte d'autonomie, au rez-de-chaussée du bâtiment C. La suppression des cuisines et sanitaires communs permettait la création d'un salon central pour se rencontrer et recevoir.

Les objectifs poursuivis étaient de :

- mutualiser l'aide à domicile, en s'inspirant notamment de l'expérience menée à Aix-en-Provence,
- rendre presque indolore financièrement le passage des résidents d'une chambre normale à un logement adapté. Après des discussions avec les résidents potentiellement concernés, la somme de 20 € supplémentaires est apparue comme étant « acceptable » par eux. Les responsables du projet ont étudié la possibilité de mobiliser des subventions pour réduire le surcoût, afin qu'il ne dépasse pas 20 €, quelles que soient les ressources du résident.

Mais la résidence Le Lavandin a été retenue au niveau national comme prioritaire dans le plan quinquennal de traitement des FTM, et le projet d'unité de vie adaptée vient d'être abandonné au profit d'une réhabilitation complète pour 2010. Si celle-ci sera susceptible de mieux répondre à l'ampleur des besoins d'une résidence dont le public est âgé, elle suscite cependant des inquiétudes à court terme : 3 ans d'attente pour des résidents malades en perte d'autonomie, et pour leurs soignants, c'est long...

Les partenariats, mise en place, fonctionnement

- Accès au droit dans le cadre du maintien à domicile

Le partenariat entre l'équipe Adoma de l'Hérault, le Conseil Général et le CCAS s'est mis en place depuis 5 ans et a permis dans un premier temps l'accès aux droits autour du maintien à domicile. Pour ce qui est des intervenants, l'essentiel des aides à domicile est réalisé par l'association « Objectif Emergence », avec laquelle l'équipe Adoma entretient des liens étroits. Les soins infirmiers sont assurés par des infirmières libérales, choisies par les résidents. Là encore, les échanges se font fréquemment et naturellement, en fonction des besoins des résidents et des situations difficiles à gérer.

- Comité de pilotage autour du projet d'unité de vie adaptée

Le projet d'unité de vie adaptée a été l'occasion d'élargir et de consolider les partenariats, pour aboutir à un comité de pilotage constitué ainsi :

- CCAS Montpellier
- Conseil général 34
- DDASS 34
- ACSE
- PACT 34
- NOUAS, Association qui forme des femmes maghrébines au métier d'auxiliaire de vie.

2. Prise en compte de la dépendance et des pathologies

La santé des migrants à la résidence Le Lavandin : état des lieux

Le vieillissement est important et les résidents subissent les effets de l'âge en terme de ralentissement pour les actes quotidiens et en terme de « petits maux » souvent associés . Pour l'instant, il n'y a pas

de résidant en fauteuil roulant, et deux seulement marchent avec une canne. Mais la santé de beaucoup d'entre eux va s'aggraver à court terme. « *Pour l'instant, ils vieillissent, et ils meurent brutalement* » dit le responsable de résidence adjoint.

Diabète et baisse de la vue sont très fréquents. Beaucoup d'anciens maçons et plâtriers souffrent d'affections pneumologiques rendant, en particulier, la montée des escaliers très pénible.

Il y a une dizaine de grands malades atteints de diabète, de cancers et de troubles psychiatriques : « *il y a quelques personnes pitoyables à voir. Des résidents atteints d'un cancer. Il font de fréquents séjours à l'hôpital, et cela s'aggrave au retour des hospitalisations. Après le choc du billard ils sont perdus, ils ont des crises de démence, ...* »

La veille au sein du foyer, alerte et gestion des situations problématiques

On peut distinguer deux types de veille :

- Veille et alerte dans le cadre de l'urgence : le responsable de résidence adjoint est joignable à tout moment pour les urgences (sur un portable professionnel), mais il n'a eu que 3 appels en 18 mois. La veille est également assurée par les résidents eux-mêmes. Lors de malaises graves, ils ont appelé le SAMU ou les pompiers..

- Suivi des personnes malades ou en perte d'autonomie. Une des missions définies par Adoma est de repérer les personnes qui nécessitent une prise en charge. Au Lavandin, elle est intégrée à la notion d'accompagnement social. L'équipe Adoma a mené une action de sensibilisation des résidents autour des personnes les plus vulnérables et des malades déclarés. Ainsi les voisins signalent les résidents qui ne vont pas bien, ne sortent pas de leur chambre, et le responsable de résidence adjoint passe les voir, au besoin appelle le SAMU. Il est souvent face à des refus de se faire soigner, des refus d'hospitalisation « *certaines se laissent mourir...* »

Les infirmières qui interviennent à domicile signalent les mêmes difficultés des fins de vie sur place, et notent l'importance du responsable de résidence adjoint, comme traducteur – avec la maladie, les difficultés de langage s'accroissent – et comme relais.

Actions de prévention et d'information au sein du foyer

Le responsable de résidence adjoint met en place régulièrement avec l'ensemble des partenaires des informations sur la santé – avec plus ou moins de succès.

Par contre, l'utilisation des prises en charge de vaccination contre la grippe est devenue usuelle, et les bons sont réclamés dès septembre. De la même façon, des réunions d'information collectives autour du maintien à domicile avec l'APA sont organisées régulièrement avec les partenaires.

Les aides et soins à domicile au foyer

- Les aides ménagères

Aujourd'hui 5 personnes bénéficient d'une aide dans le cadre de l'APA, et un résident bénéficie d'une aide ménagère par le biais du CCAS car il a moins de 60 ans et ne peut donc pas prétendre à l'APA. C'est l'association « Objectif Emergence » qui est sollicitée le plus souvent. Elle emploie 130 salariés, la plupart d'origine étrangère. Chaque mise en place d'une APA fait l'objet d'un rendez-vous avec le responsable de résidence adjoint pour caler l'intervention. La directrice souligne l'importance de sa présence dans l'établissement, son rôle à la fois d'interprète et de médiateur.

Cela a permis de dépasser « *les moments très difficiles* » du début, de familiariser progressivement les migrants avec le fonctionnement du dispositif, de cadrer les interventions des aides. Et aussi de « *trouver les bonnes personnes* » pour intervenir. « *L'intrusion* » d'une personne étrangère dans une unité de vie est en effet toujours un acte perturbateur.

Les difficultés courantes sont bien connues : difficultés de communication, accentuées chez les migrants auxquels la maladie fait perdre l'usage du français ; difficultés quotidiennes pour gérer le service, incompréhensions quant au respect des horaires ou au contenu des tâches qui peuvent être effectuées ; gestion des allers-retours, d'autant plus qu'ils ne préviennent pas quand ils partent.

La directrice du service d'aide insiste sur le fait qu'« *il suffit de travailler, de comprendre ce qui ne va pas* »

- Les soins à domicile

Ils sont assurés le plus souvent par un cabinet infirmier du quartier. Les deux infirmiers qui suivent actuellement 3 personnes régulièrement signalent tout d'abord les difficultés d'exercice liées au bâti, au manque d'hygiène, à l'absence de commodités (marche pour entrer dans les douches, taille exiguë). Les sanitaires sont collectifs dans les unités de vie et la dignité du résidant aidé peut en souffrir.

Plus généralement les infirmiers notent la difficulté de ces fins de vie, la solitude des migrants, leurs rapports difficiles ou distendus avec leur famille, la désorientation qui s'installe après les séjours à l'hôpital, la perte du français.

Ayant travaillé avec l'équipe Adoma sur le projet d'unité de vie adaptée, elles font remarquer que le résidant qui a été installé dans le studio aménagé alors qu'il allait mal – il était notamment mutique - a connu une réelle amélioration de son état depuis son changement de logement, et s'est remis à parler.

Le rapprochement de l'offre et des besoins

L'attribution du logement témoin a fait l'objet d'un travail particulier : le choix a été fait avec les intervenants (aides à domicile, infirmiers). Il a fallu 20 jours de persuasion de la part de « tout le monde » pour que le résidant accepte, car il y avait un surcoût. D'autres résidants de son unité de vie l'ont fortement incité, car c'était un soulagement pour tous et cela a amélioré la vie quotidienne de l'unité de vie.

Depuis que le logement témoin a été attribué, 4 ou 5 personnes ont demandé un logement adapté. Et il y a des « candidats naturels », ceux qui auraient besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne (toilette, repas) et se débrouillent seuls malgré tout : leurs gestes mal maîtrisés sont cause de dégradation permanente de l'environnement.

L'abandon du projet d'unité de vie adaptée au profit d'une réhabilitation lourde, mais non immédiate, vient interrompre un travail de sensibilisation des résidents à l'idée de déménagement. Disposer d'un volant de 10 logements, c'était convaincre par l'exemple, et attribuer à ceux qui en ont le plus besoin – améliorant à la fois la prise en charge des malades et la qualité de vie dans les espaces collectifs. L'équipe Adoma de la résidence est persuadée qu'il s'agissait d'une transition essentielle avant une réhabilitation lourde, et qu'elle aurait eu deux effets intéressants :

- en tant qu'expérience d'aménagement des locaux
- en tant que familiarisation des migrants âgés aux transformations du bâti et à un fonctionnement mutualisant les aides.

3. Les besoins des résidents perçus par le personnel Adoma et les partenaires

Les limites de la prise en charge à la résidence

Les professionnels soulignent l'inadaptation de la résidence au vieillissement, y compris les grandes chambres, qui ne disposent pas de douche individuelle. Les conditions de travail sont jugées très éprouvantes et contraires à la dignité de la personne aidée.

Et le poids d'un résident non autonome dans des espaces collectifs de 20 personnes a été plusieurs fois souligné par nos interlocuteurs.

Le projet de réhabilitation

L'inscription du Lavandin dans le plan quinquennal de traitement des FTM transforme totalement la nature des projets de réhabilitation du foyer. Il ne s'agit plus de prendre en compte les migrants vieillissants dans un établissement particulier, mais d'inscrire la résidence dans un projet global de redéfinition de l'offre dans l'agglomération de Montpellier. Le projet global implique une réduction de la capacité du site, donc une recherche de foncier pour recréer des logements, et une diversification de l'offre, pour s'ouvrir aux nouveaux publics.

Concernant le logement des personnes âgées, le directeur de l'agence Adoma de l'Hérault souhaite que le projet comprenne des logements pour la majorité des migrants âgés, ceux dont le vieillissement se fait de façon progressive – avec ou sans besoin d'aide à domicile incluant des chambres à location alternée et un projet spécifique d'équipement médico-social médicalisé de petite taille. Il a à cœur de contenir, autant que faire se peut, l'habituel report d'une partie du public vers des solutions inconfortables, voire indignes, dans le parc privé.

Besoins identifiés à court terme, et pistes d'action proposées

- Accompagnement des migrants en perte d'autonomie

« *il va falloir continuer à bricoler* » Les aides à domicile et soignants étaient bien conscients de l'insuffisance d'un parc de 10 logements adaptés, compte tenu des besoins à venir, mais ils attendaient avec impatience cette bouffée d'air pour les 4 ou 5 personnes dont les conditions de vie actuelles sont particulièrement difficiles !

- Projets en cours

○ Un café social :

L'accompagnateur social souhaite systématiser et faciliter l'accès au droit commun et à la santé des migrants, en lui donnant la forme d'un « café social » qui se tiendrait tous les jours dans la cafétéria. Cela assurerait une animation régulière, rendant un peu de vie au cœur de la résidence. Il y tiendrait lui-même sa permanence, lui donnant ainsi plus de visibilité. Et il y programmerait des animations régulières (santé, ASSEDIC, CNAV, associations)

○ L'amélioration du suivi post-hospitalier :

Le retour à domicile après un séjour à l'hôpital et la mise en place des soins font partie des difficultés récurrentes. Au-delà de la collaboration existante avec les infirmiers intervenant à domicile, une lettre-type destinée aux services hospitaliers est en préparation. Tout résident hospitalisé en sera muni afin d'expliquer aux structures hospitalières le contexte de son retour à domicile, et demander une prise de contact avec la résidence pour préparer ce retour.

- Besoin

Pour l'équipe Adoma, il existe un besoin prioritaire : une permanence d'infirmière, pour assurer aux résidents un suivi santé, corollaire de l'accompagnement au niveau administratif. Cela permettrait une veille sanitaire, le suivi des ordonnances, la préparation des séjours à l'hôpital, et une meilleure coordination avec les équipes de soins à domicile.

PERSONNES RENCONTREES

12 résidents

Equipe Adoma :

- Michel Kessouari, directeur de l'agence de l'Hérault
- Pierre Ferrié, responsable technique pour les départements de l'Hérault, des Pyrénées-Orientales et de l'Aude
- Mina Tissir, Responsable de Résidence à « Bosquet »
- Abdallah Ajamay, Responsable de Résidence à « Père Soulas »
- Ahmed Mostefai, responsable de résidence adjoint en charge de l'accompagnement social dans les trois établissements de l'agence
- Hamed Saadi, ouvrier de maintenance

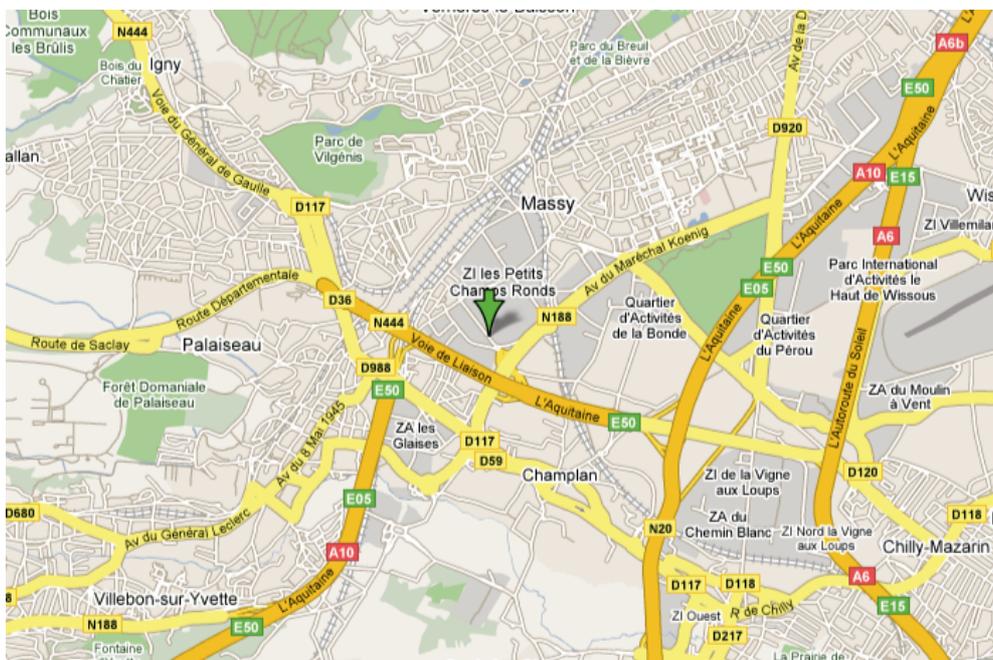
Partenaires

- Association « Objectif émergence » (aides à domicile), Madame Sandrine Launay, directrice
- Cabinet infirmier, Mme Tovar
- CCAS, Mme Françoise Bretton
- DDASS 34, Mr Ouchker, chargé de mission sur le vieillissement des immigrés
- Conseil général de l'Hérault, Mme Elisabeth Ferreyros

RESIDENCE AMPERE **18, rue Ampère – 91300 - MASSY**

Localisation du foyer dans la ville

Situé à l'une des extrémités de la zone industrielle, il est bordé par une voie rapide. Les résidences Ampère et Basch constituent les uniques bâtiments d'habitation du secteur.



A - La vie au foyer Ampère des personnes vieillissantes

1. Descriptif du foyer et de son occupation

Le foyer Ampère, situé à Massy dans l'Essonne, a été construit en 1968. Il a permis de reloger une partie des travailleurs migrants qui vivaient dans des bidonvilles. Un second foyer a été construit en 1971 à environ 2 km d'Ampère : Victor Basch.

L'équipe Adoma

2 responsables de résidence à temps plein :

- M. Richard Pacito
- Mme. Annie Rolland

Un ouvrier de maintenance à temps plein : M. Bègue

Description physique de l'espace

411 résidents vivent au foyer Ampère qui est composé de 4 bâtiments de 4 étages sur une parcelle relativement importante, arborée et dotée d'aménagements extérieurs (bancs...). Cette configuration confère au foyer une certaine tranquillité et une impression d'espace. Toutefois, du point de vue du

personnel, cela complique la gestion du foyer (multiplication des difficultés d'entretien de bâtiments vieillissants, démultiplication de certains équipements comme les paraboles...).

Aucun des bâtiments n'est doté d'ascenseurs.

Le foyer dispose d'une grande variété de produits logements (on dénombre 6 tarifs sur le foyer), la majorité étant constituée de chambres en unités de vie de 5 à 6 chambres. On dénombre sur les quatre bâtiments :

- 36 chambres de 7,5 m²
- 360 chambres de 12 m²
- 16 studios de 15 m²

Les bâtiments A et B ont fait l'objet d'une réhabilitation en 1994 durant laquelle la surface des chambres a été portée à 12 m². Les bâtiments sont majoritairement composés d'unités de vie de 6 chambres.

Chacun de ces deux bâtiments comporte 2 cages d'escalier.

Le bâtiment A comprend des chambres de 12 m². Il accueille en sous-sol la salle télévision d'une surface inférieure à 50 m². Ancienne salle de prière, sa transformation en espace TV a été mal vécue par les résidents car elle succédait à l'ancienne cafétéria, fermée pour cause de non rentabilité, beaucoup plus vaste, lumineuse et ouverte sur les espaces extérieurs.

Le bâtiment B comprend 94 chambres de 12 m², 2 studios et une unité de vie adaptée au vieillissement. La salle de prière est située en sous-sol. Elle est dotée d'un haut-parleur permettant l'appel à la prière. Des personnes extérieures au foyer viennent y prier le vendredi.

Entre ces deux bâtiments, un espace extérieur comprenant plusieurs bancs constitue le principal lieu de rencontres et de passage des résidents.

Le bâtiment C, situé à l'entrée du foyer, ne comprend qu'une seule cage d'escalier. Son rez-de-chaussée comprend 5 studios totalement équipés et les bureaux de la direction départementale. Trois autres studios sans sanitaires intérieurs occupent une partie du 1^{er} étage. Le reste est composé de trois unités de vie de 12 chambres de 7,5 m². Il s'agit d'un bâtiment très « tranquille », occupé presque exclusivement par la population d'origine.

Le bâtiment D, situé en bout de parcelle comporte 50 logements organisés en unités de vie de 3 à 6 personnes. Bien qu'étant amélioré régulièrement, c'est celui qui pose le plus de problèmes techniques et d'entretien (présence de cafards difficile à éradiquer, problèmes d'étanchéité en façade,...). Il accueille principalement les nouveaux arrivants dans le foyer, les résidents recherchant rapidement à être logés dans les trois autres bâtiments. 2 unités de vie pour femmes y ont récemment été créées dans le cadre d'une convention avec la Ville.

Entre le bâtiment A et le bâtiment D, l'ancienne cafétéria a été reconvertie en bureaux Adoma : cet espace accueille actuellement les bureaux de la direction départementale et des différentes agences de l'Essonne.

L'ensemble des chambres comporte une prise téléphone et TV, ainsi qu'un frigo et un lavabo. Les boîtes aux lettres sont individuelles. Une boîte aux lettres pour envoi du courrier. Le foyer dispose de nombreuses places de parking.

Les services

En termes de services collectifs :

- Laverie
- Distribution de draps tous les 15 jours
- Entretien des parties communes
- Plusieurs cabines téléphoniques

Un service ménage payant, peut être fourni par la société de ménage, à la demande, avec 3 niveaux de prestation : 15 € pour un simple nettoyage du sol , 25 € pour un nettoyage plus complet (nettoyage du lavabo,...) et 40 € pour un nettoyage complet.

Un marchand ambulant propose sur le parking du foyer des produits de première nécessité. Auparavant, plusieurs marchands constituaient un petit marché. Suite à leur décès, ils n'ont pas été remplacés. Du fait de l'éloignement des commerces, ce marchand permet de dépanner notamment les personnes éprouvant des difficultés pour se déplacer. Ce sont les résidents qui ont demandé le maintien de ce service.

Les redevances

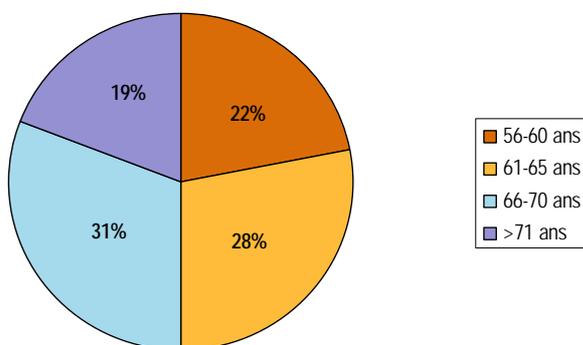
Coût du logement pour une personne isolée avec abattement forfaitaire pour double résidence ou charges de famille, allocations logement déduites (reste à payer).

Type logement et redevance	Pour un revenu égal au RMI, à l'AAH ou l'ASPA		Pour un revenu égal à un demi SMIC		Pour un revenu égal à 75 % du SMIC		Pour un revenu égal à un SMIC	
	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre
Chambre 228 €	75,45 €	318,71 € à 552,65 €	104,72 €	397,96 €	137,55 €	616,48 €	192,94 €	812,43 €
Chambre 264 €	67,67 €	326,49 € à 560,43 €	107,67 €	395,01 €	141,15 €	612,88 €	203,11 €	802,26 €
T1 283 €	80,70 €	313,46 € à 547,40 €	122,16 €	380,52 €	155,73 €	598,30 €	218,59 €	786,78 €

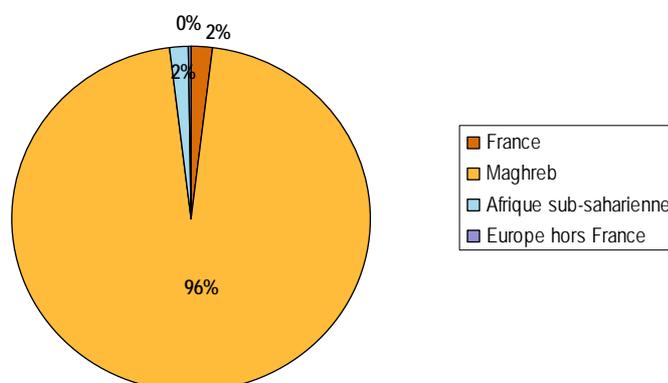
Au foyer Ampère, il y a trois tailles de chambre différentes et donc trois redevances ainsi que quatre tailles de T1. Dans le tableau ci-dessus nous avons choisi comme exemples la chambre la moins chère et la plus chère. Pour les T1, compte tenu des exigences quant au reste à vivre et au taux d'effort, seul le moins cher, est accessible aux personnes de notre échantillon.

Profils des plus de 55 ans au 31/12/2007

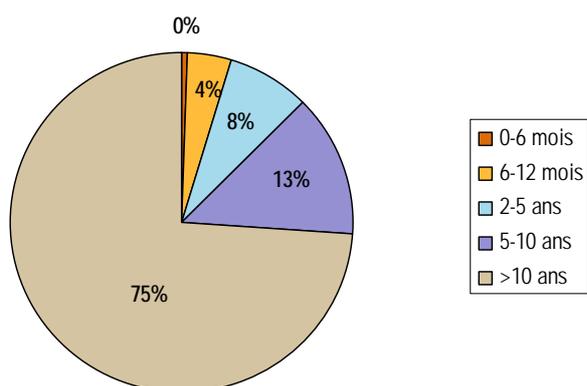
Tranches d'âges des résidents de plus de 55 ans



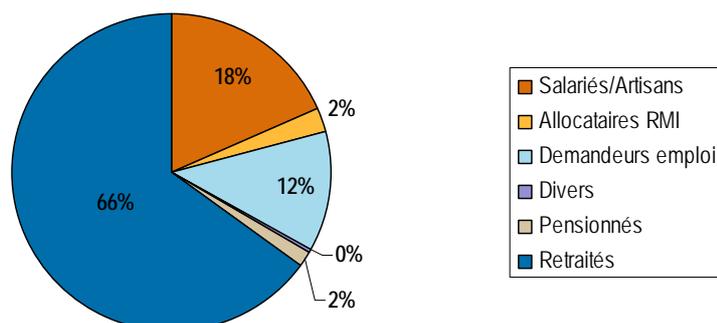
Nationalités des résidents de plus de 55 ans



Ancienneté des résidents de plus de 55 ans



Activité des résidents de plus de 55 ans



Ancienneté dans le foyer :

Les résidents rencontrés vivent tous à Ampère depuis presque 30 ans. Lorsqu'ils ne sont pas arrivés directement du pays au foyer, ils vivaient auparavant dans d'autres foyers, des bidonvilles ou des baraquements sur les chantiers (très grande proportion d'hommes ayant travaillé dans le bâtiment).

Le responsable du foyer indique que parmi les nouveaux arrivants, il y a des hommes âgés, la plupart venant vivre au foyer suite à un divorce.

2. Utilisation physique de l'espace et vie quotidienne

Les logements : chambres et unités de vie

L'espace chambre : deux types de disposition différents

Toutes les chambres disposent d'un lavabo, d'un frigidaire et d'un placard. Mais selon la surface de la chambre, l'organisation de la pièce varie.

Dans les bâtiments réhabilités en 94 (A et B), les chambres font 12 m² et permettent d'avoir une table et plusieurs chaises. Les placards sont dotés de portes coulissantes qui présentent avec le temps des

défauts d'ajustement. Un résidant signale d'ailleurs qu'une fois, la porte est sortie du rail et a failli lui tomber dessus. Les fenêtres ont été équipées de volets roulants : du fait de l'étroitesse de l'espace, l'accès à la manivelle est parfois malaisé car situé au-dessus de la TV. L'espace permet de pouvoir de temps en temps recevoir des gens pour une discussion en toute intimité. Un résidant rencontré utilise visiblement cette possibilité de temps à autre mais généralement les discussions ont plutôt lieu dans la cuisine.

Les chambres plus petites des bâtiments A et D (7,5 à 9 m²) , présentent une disposition différente. L'espace où est situé le lavabo, à l'entrée de la pièce est séparé de l'espace « chambre » par un placard qui marque ainsi une délimitation entre ces deux espaces. Si cela rend plus intime la chambre, certains résidants soulignent l'étroitesse de l'espace restant où se trouve le lit, une table et une chaise. L'espace de circulation est donc extrêmement limité. Un résidant âgé, qui se déplace avec quelques difficultés, regrette ainsi de ne pas pouvoir installer dans sa chambre un fauteuil qui améliorerait son confort lorsqu'il souhaite rester tranquille dans sa chambre, par exemple pour regarder la télévision. Par ailleurs, les placards étant de petite taille, les résidants stockent au dessus des affaires personnelles (ce qui doit poser certains problèmes d'accessibilité lorsqu'ils en ont besoin).

Les cuisines d'unité de vie : espaces inégalement appropriés

Elles sont globalement totalement dépourvues de signes marquant une véritable appropriation de ces espaces qui restent ainsi très impersonnels. Différence notable, sur la table de la cuisine d'une des unités de vie pour femmes, les résidentes mettent des magazines à disposition. Les cuisines comprennent selon leur taille une ou deux tables. La plupart des résidants rencontrés prennent leur repas dans la cuisine de leur unité de vie. Toutefois, certains précisent préférer parfois manger dans leur chambre, par exemple s'ils se sentent fatigués ou s'il y a dans la cuisine des voisins qu'ils n'apprécient guère. Lors de nos visites, il apparaît que ces espaces sont rarement de véritables lieux de convivialité et de discussion. Un seul résidant rencontré évoque les échanges et discussions dans la cuisine de son unité de vie. Il est originaire de Zarzis, ville du sud de la Tunisie comme la majeure partie des autres résidents tunisiens du foyer. Ses voisins d'unité de vie vivent dans ces chambres depuis longtemps et une bonne partie d'entre eux sont aussi de Zarzis « ce qui fait qu'on parle aussi beaucoup du pays ». L'ancienneté du voisinage semble jouer un rôle important dans l'atmosphère de l'unité de vie : le résidant rencontré qui vit au bâtiment D, connaissant la rotation la plus importante, n'évoque pas la cuisine comme un lieu important de son quotidien et il souligne l'absence d'aide reçue de la part de ses voisins alors qu'il se déplace avec difficulté.

Pour la responsable de l'atelier photographie, le peu d'appropriation des cuisines s'explique par une différence culturelle des résidents qui n'ont pas le même rapport au repas : on mange et après on discute, mais on ne mélange pas les deux.

L'utilisation de cet espace semi-collectif varie donc considérablement d'une unité de vie à une autre. Aux dires du directeur d'établissement, la fermeture des placards (à clé ou non) est un bon indicateur de la vie sociale qui règne dans l'unité de vie.

Les sanitaires : des améliorations réalisées, mais qui suscitent toujours des difficultés d'usage pour les résidents les moins mobiles

Lors de la réhabilitation de 94, d'après les souhaits exprimés par le comité de résidents, les unités de vie ont été équipées à la fois de toilettes turques et de toilettes à l'anglaise. Ces doubles sanitaires sont appréciés : la plupart des résidents marquent leur préférence pour les toilettes turques, tout en précisant que pour les personnes qui avancent en âge, les toilettes à l'anglaise sont appréciables. Certaines d'entre elles ont été équipées de barre d'appui. Certains résidents rencontrés, malgré des difficultés manifestes soulignent que ni leur toilettes, ni leurs douches ne sont pourvues de cet équipement.

Pour accéder aux douches, il est nécessaire de monter une marche d'une vingtaine de centimètres et les sols des sanitaires ne sont pas antidérapants. Pour un résidant rencontré, cela pose des difficultés

car il a déjà fait plusieurs chutes. L'un de ses voisins d'unité de vie précise que quand il prend sa douche, les autres le surveillent « de loin » pour vérifier qu'il n'est pas tombé.

Les espaces collectifs : salle TV, salle de prière, espaces extérieurs et laverie

Une salle TV en remplacement de l'ancienne cafétéria

L'actuelle salle TV, d'une surface de 50 m² est une pièce sombre, en entresol, et peu fréquentée par les résidents. Ceux-ci ont exprimé leur incompréhension face à la fermeture de la salle précédente, plus vaste et lumineuse, et dans laquelle un service de cafétéria était proposé. Aucun des résidents rencontrés n'utilise la salle TV actuelle : surnommé « la cave », exiguë, ils ne s'y rendent pas pour regarder la TV puisqu'ils ont pour la plupart un téléviseur dans leur chambre.

Seule une quinzaine de résidents semblent en faire un usage régulier, essentiellement pour jouer aux dominos en fin de journée.

Du fait de sa taille, cette salle ne permet pas l'organisation d'animations. Le foyer ne peut donc pour l'instant que difficilement accueillir des activités, du fait de l'absence de lieu adapté.

L'ancienne cafétéria avait notamment permis d'accueillir des animations proposées par des associations, notamment la projection de films ou la réalisation d'expositions.

Une salle ayant été récemment aménagée (elle devait accueillir une association d'hébergement d'urgence qui ne s'y est finalement pas installée), des réflexions sont en cours sur son usage futur. Il est envisagé de l'utiliser pour des permanences de partenaires extérieurs et, éventuellement, pour l'organisation d'animations.

Lieux de sociabilité : espaces extérieurs et abords de la salle de prière en l'absence de cafétéria

Les espaces collectifs apparaissant les plus utilisés comme lieux de rencontres, de discussions et d'échanges sont les espaces extérieurs. Entre les bâtiments A et B, un espace a été aménagé avec de nombreux bancs. Dès la mi-journée, ils sont occupés par des résidents qui discutent entre eux. Cet espace est situé à proximité de la salle de prière, ce qui en fait un lieu de passage et de discussion important pour les résidents pratiquant régulièrement la prière.

La salle de prière² est très utilisée par les résidents vieillissants ; la plupart des personnes rencontrées pratiquent plusieurs prières quotidiennes.

La pratique de la prière joue un rôle social important. Les résidents se connaissent, ce qui permet de remarquer l'absence anormale d'un habitué.

Dans les espaces extérieurs, certains installent des chaises ou fauteuils sur les pelouses pour discuter en petits groupes. D'autres bancs sont disséminés ailleurs dans les espaces verts mais ils sont en retrait des lieux de passage et apparaissent globalement peu utilisés.

Les espaces extérieurs jouent un tel rôle social que les résidents ont demandé il y a plusieurs années, que soit aménagé un abri muni de bancs, afin qu'ils puissent disposer d'un endroit abrité de la pluie pendant les périodes où il fait doux. En hiver, les résidents déplorent l'absence de lieux de rencontre qui les prive de ces échanges. Ils restent alors beaucoup plus dans leur chambre, et, dans certains cas, ils discutent dans les cuisines des unités de vie.

Le foyer dispose par ailleurs d'une laverie collective, semble-t-il peu utilisée par les résidents vieillissants : tous les résidents rencontrés font leur lessive à la main. Ils évoquent le fait que les

² La ville de Massy, en lien avec l'association du culte musulman de Massy et Adoma, travaille au projet de construction d'une mosquée à mi-chemin entre les deux foyers (soit une distance d'un peu moins d'un km entre chaque foyer et la future mosquée). Une fois la mosquée construite, les salles de prière des foyers devraient être fermées. Les actuelles salles de prière étant fréquentées par des personnes extérieures, Adoma accueille favorablement le projet mais l'on peut s'interroger sur les conséquences de la disparition de ce lieu social privilégié au sein des foyers.

machines tombent souvent en panne, parfois qu'ils ne savent pas s'en servir, et qu'il ne leur paraît pas nécessaire d'utiliser ces machines car ils ont peu de linge.

Les règlements formels et informels : méconnaissance et interprétations

Par rapport au règlement intérieur du foyer, il semble que les résidants ne disposent pas d'une information très claire (ou alors d'une information qui n'est plus d'actualité).

Questionnés sur les raisons pour lesquelles les résidants éprouvant des difficultés pour l'entretien de leur chambre ne recourent pas à la possibilité de faire faire le nettoyage du sol par la société de service, ils répondent que cela n'est pas possible. Le directeur d'établissement évoque toutefois cette possibilité. Au-delà de la question de l'information, il est toutefois peu probable que les résidants utilisent ce service du fait de son coût.

Certains résidants, alimentent leurs plaintes vis-à-vis de la disparition de certains services (cafétéria, projection de film...) par le fait que le bailleur ne respecte plus le « protocole », qui selon eux, stipule par exemple explicitement la présence d'une cafétéria.

Par rapport, à d'éventuels changements de chambres ou au passage dans le dispositif des chambres à location alternée, plusieurs résidants indiquent qu'il faut reverser la caution, point contredit par la direction du foyer (un complément de caution est demandé en cas de redevance supérieure et il n'y a pas de caution dans le dispositif des chambres à location alternée).

Des pratiques d'entraide variables

Elles semblent plus fortes entre résidants de même origine géographique (concerne alors notamment les questions financières posées par le rapatriement du corps ou les allers retours au pays) et entre voisins partageant depuis longtemps la même unité de vie.

Les pratiques d'entraide sont variables d'une unité de vie à l'autre : certains résidants fragiles ne souhaitent pas quitter leur unité de vie, même si elle est en étage, car ils bénéficient de l'aide de leurs voisins quand un autre, manifestement en difficulté, souligne ne bénéficier d'aucune aide de ses voisins. La raison évoquée par ce résidant est le fait que les voisins changent régulièrement, ce qui ne permet pas d'installer une relation dans le temps, et qu'il est le seul au foyer à venir d'Alger. Les autres résidants âgés parlent « *du manque de « sérieux » de la personne concernée vis-à-vis de ses voisins* ». On peut avancer l'hypothèse d'une certaine marginalisation au sein du foyer de personnes ne correspondant pas au « profil type » : la personne signalant son isolement est un ancien sportif de haut niveau, il n'a pas de pratique religieuse, fréquente les cafés, n'a pas de famille au pays.

Outre la question des affinités, l'entraide renvoie aux relations inter-générationnelles.

Lors des discussions engagées avec des résidants plus jeunes, il s'avère que ceux-ci :

- montrent parfois une certaine incompréhension face au choix de leurs aînés de continuer à vivre en France en dépit de leur passage à la retraite,
- soulignent être prêts à aider de façon ponctuelle mais pas de façon régulière...
- ... à moins d'obtenir une contrepartie financière aux services rendus.

Si l'entraide entre jeunes et vieux paraît assez limitée, c'est aussi parce qu'ils se sentent très différents : les plus âgés sont choqués par le moindre respect des interdits religieux par les jeunes, « *qui font du bruit et ramènent des femmes* », tandis que les jeunes ne comprennent pas pourquoi les plus âgés ne rentrent pas au pays.

Toutefois, selon les dires des résidents comme des acteurs extérieurs, une véritable solidarité d'alerte existe, essentiellement structurée autour de l'unité de vie mais aussi de la salle de prière. Lorsqu'un voisin n'a pas été croisé pendant plusieurs jours, les résidents frappent à sa porte pour vérifier que tout va bien. Il leur arrive de signaler des difficultés au responsable de résidence. A noter que le foyer Ampère n'a que très peu de décès au foyer, la plupart des personnes décédant soit à l'hôpital, soit dans leur pays qu'elles ont rejoint généralement quelques temps auparavant.

Les attentes des résidents par rapport à la vie du foyer

La première attente est celle d'une cafétéria

Les résidents rencontrés expriment une certaine nostalgie de la cafétéria et ils déplorent la « confiscation » de cet ancien espace transformé en bureaux. Ils marquent une insatisfaction face à l'espace TV qui a été aménagé, seul endroit collectif proposé en remplacement. Nombre d'entre eux évoquent une certaine nostalgie par rapport au passé (cafétéria, organisation d'activités et de sorties, projection de films).

Un sentiment de baisse de qualité de service d'Adoma sur l'entretien

. Plusieurs évoquent le fait que le prestataire en charge du nettoyage des espaces collectifs « nettoie à l'eau sans mettre de produit », « ne change pas l'eau assez souvent »... Ils soulignent leur difficulté à obtenir une éponge ou un balai³. Ce sentiment est renforcé par des griefs concernant l'entretien des bâtiments : certains déplorent l'absence de réactivité pour les réparations courantes (un résident montre une fuite d'eau sur un WC signalée il y a plus d'une semaine, un autre montre que la porte du placard coulissant a beaucoup de jeu et que les prises électriques se désolidarisent du mur, que l'applique du plafond ne tient pas bien en place...). Ce sujet apparaît sensible et alimente une certaine défiance vis-à-vis du bailleur, exprimée à l'extrême par un résident en ces termes : « ils laissent les choses s'abîmer. Ce qu'ils veulent, c'est qu'on en ait assez et que l'on rentre chez nous ». Interrogés sur leurs besoins, il citent en premier cette question de l'entretien.

Un besoin de sécurité et de plus de présence humaine clairement exprimé

La barrière d'entrée du parking ne fonctionne plus et certains évoquent le fait « que n'importe qui peut entrer », une serrure d'entrée d'unité de vie ne fonctionne plus... Au-delà des questions matérielles, nombre d'entre eux évoquent l'absence de gardiens, d'autant plus mal vécue qu'ils soulignent que les périodes d'ouverture des bureaux sont insuffisantes (10h-12h / 15h-17h) : « si quelqu'un a perdu ses clés, comment fait-il ? Si on a un voisin qui a un problème, on n'a personne à prévenir ! ». Ce ressenti est probablement accentué par le fait que le foyer a connu, il y a une dizaine d'années, des problèmes de trafic et de consommation de drogue. Cette absence de présence continue est pour eux source de sentiment d'insécurité et alimente une impression de délaissement.

Les demandes de mobilité au sein du foyer

Un résident avec problème de mobilité et habitant au 3^e étage signale avoir demandé de changer de chambre. Il sait que sa demande a été entendue mais il n'y avait pas de chambre au rez-de-chaussée à l'époque. Il déplore le manque de suivi de la part d'Adoma - mais il n'a pas réitéré sa demande : « je leur ai dit que j'avais besoin de descendre, maintenant, c'est à eux de suivre et de me proposer quelque chose ».

À un autre résident en difficulté (diabète, chutes fréquentes, problèmes de mobilité), Adoma a proposé une chambre au rez-de-chaussée. Il l'a refusé car il connaît bien les voisins qui l'aident et veillent sur lui (en lui demandant notamment de laisser la porte de sa chambre ouverte car il lui arrive régulièrement de tomber et il entend mal lorsque l'on frappe à sa porte). On lui a aussi proposé une aide à domicile

³ Questionné sur ce point, le directeur de résidence précise que le renouvellement de ce petit matériel n'est plus proposé sur l'établissement.

qu'il a refusée à cause du coût (8 € / heure). Il accepterait de descendre au rez-de-chaussée, à condition qu'il soit avec d'autres personnes ayant besoin d'une aide à domicile, de façon à pouvoir partager le coût (3 à 4 € lui paraît un coût supportable).

3. Rapport à la ville, à l'espace et aux services urbains

Un foyer éloigné des commerces et services de la ville : une difficulté supplémentaire pour les résidents vieillissants

Le foyer Ampère est très éloigné des commerces et services urbains. Il est desservi par un bus qui fonctionne du lundi au samedi et qui les conduit en 30 mn à la Place de France, le principal pôle urbain de Massy. Cette ligne est très utilisée par les résidents. Le foyer est situé entre deux arrêts de cette ligne.

Pour faire leurs courses, les résidents se rendent soit au centre commercial « Moins x% », soit Place de France.

Le centre commercial est situé à proximité du foyer ; il est ouvert le dimanche, avec un supermarché Cora. Du fait de la configuration de la voirie, s'y rendre à pied demande une bonne vingtaine de minutes. Les résidents utilisent un raccourci qui demande de traverser une voie d'accélération de la voie rapide (N 188). Le trajet dure alors à peine 10mn mais les résidents ayant des difficultés pour se déplacer ne peuvent l'emprunter (il faut à un moment descendre un chemin en pente très raide, très glissant en période de pluie). La plupart utilisent le bus et descendent à un arrêt situé à 5 mn à pied du centre commercial. Le retour avec leurs courses pose alors des difficultés aux résidents les plus fragiles. S'ils rencontrent alors d'autres résidents, ces derniers leur portent leurs courses.

En dépit de l'éloignement, se rendre Place de France est plus aisé pour les personnes vieillissantes car le bus les y mène directement. Un marché s'y tient les mardi et vendredi. Il est très apprécié des résidents qui s'y rendent régulièrement. Les cafés à proximité de cette place sont fréquentés par certains. Les résidents se rendent également Place de France pour aller au centre médico-social ou pour rencontrer les assistances sociales de la CRAMIF ou de la Maison Départementale des Solidarités.

Une facilité d'accès à Paris y compris pour les résidents vieillissants

Du fait de la proximité de la gare de RER (10 mn à pied et desservie par le bus), nombre de résidents se rendent à Paris avec une fréquence variable (une personne indiquant s'y rendre tous les jours). Ils évoquent les marchés de Barbès et de Belleville, les puces de Montreuil, les cafés situés à proximité des Grands Boulevards, et pour quelques-uns, la déambulation dans les rues parisiennes.

La fréquentation des cafés par les résidents âgés, ainsi que la fréquence de leurs déplacements à Paris distinguent assez clairement deux types de profils :

- Certains ne fréquentent pas les cafés et ne se rendent à Paris que rarement, parfois par nécessité pour aller à l'hôpital : leur vie est surtout centrée autour du foyer, ils prient très régulièrement et utilisent la salle de prière du foyer. La plupart de ces personnes rencontrées ont une vie sociale assez riche dans le foyer,
- D'autres évoquent leurs visites régulières dans les cafés et plusieurs déplacements à Paris par semaine : minoritaires parmi les personnes rencontrées, ils expriment le besoin de sortir le plus souvent possible du foyer perçu comme « une prison, déprimant... ». Les deux résidents rencontrés qui ont ce mode de vie plus tourné vers l'extérieur parlent le Français avec une relative aisance. L'un d'entre eux fait la prière du vendredi mais il préfère fréquenter les salles de prière « en ville », principalement à Paris, plutôt que la salle du foyer.

Les attentes des résidents par rapport aux services urbains

Le besoin exprimé avec le plus de fréquence concerne la circulation du bus le dimanche

Les résidents en bonne condition peuvent se rendre au centre commercial ouvert le dimanche par le raccourci ou rejoindre une ligne de bus en fonctionnement, mais les personnes âgées ne peuvent se déplacer le dimanche. Ils expriment ce regret en indiquant qu'ils souhaiteraient pouvoir se rendre à Cora ou Place de France. Certains d'entre eux signalent qu'ils ne peuvent visiter leurs proches vivant à Massy le dimanche. D'autres souhaiteraient que l'arrêt de bus soit plus proche du foyer, en indiquant que pour certaines personnes, la distance de l'arrêt est un peu longue.

La direction du foyer a soulevé avec la mairie de Massy la question du « désenclavement » du foyer, soit par un fonctionnement du bus le dimanche, soit par un aménagement d'un cheminement piéton plus court pour se rendre au centre commercial. Aucune solution n'a été proposée par la mairie : le bus dépend de la RATP et le cheminement piéton pose des problèmes foncier et de sécurité (franchissement nécessaire d'une voie de chemin de fer...). Par ailleurs, les résidents du foyer sont les seuls habitants de cette vaste zone industrielle.

B - Les actions autour de la question du vieillissement

1. Historique, état des réflexions et pratiques autour de la question du vieillissement

A Ampère, la réflexion sur le vieillissement a démarré en 2001, lorsque des projections sur la clientèle ont été réalisées à horizon 2006 : elles ont révélé que la part des plus de 55 ans devrait dépasser 65% en 2006.

Ce constat alerte la direction du foyer sur l'ampleur des besoins à venir. La perte d'autonomie de trois résidents nécessite déjà l'intervention d'aides extérieures : aide à domicile, médecins, kinésithérapeute, infirmier. Ces professionnels éprouvent des difficultés pour intervenir dans le foyer. Les trois résidents habitent dans des bâtiments et unités de vie différents, ce qui rend l'accès à leur chambre particulièrement difficile et fait perdre du temps aux intervenants. A cette période, une personne hémiplegique réside en étage. Emerge alors l'idée d'adapter en rez-de-chaussée une unité de vie pour y regrouper ces résidents. Projet initialement porté par la CRAMIF et Adoma, les partenaires mobilisés pour l'organisation du forum « accès aux droits » s'associent rapidement à la réflexion. Il s'agit du Centre Départemental de Prévention Santé (CDPS), de la HARPE (CLIC), de l'association Domino (association d'aide à domicile), de la Maison Départementale des Solidarités, du CCAS de Massy, de la CNAV et de M. Attala, infirmier libéral intervenant auprès des résidents.

L'organisation du forum « accès aux droits » sur les deux foyers de Massy (Basch et Ampère) en 2002 donne l'occasion à Adoma d'élargir et de conforter ses relations partenariales et de faire évoluer l'image des foyers auprès des partenaires extérieurs. Son impact auprès des résidents est sensible : les différents stands permettent de résoudre certaines situations particulières et l'effet symbolique pour les résidents de la présence d'institutions dans une atmosphère conviviale est souligné par la direction du foyer et les partenaires.

Dans le cadre de l'organisation de ce forum, une enquête est réalisée sur les besoins et projets des résidents : elle révèle que la très grande majorité des résidents vieillissants n'envisage pas un retour définitif au pays. La direction du foyer et les partenaires prennent conscience du maintien dans les foyers de personnes âgées et donc de besoins qui ne feront que croître.

Repérage des besoins, alerte et gestion des situations problématiques par la direction du foyer

Par rapport à sa mission sociale, M. Boutouha, responsable de cette résidence pendant près de 10 ans, devenu depuis directeur de résidence, a joué un rôle indéniable d'alerte des partenaires et acteurs sociaux. Son principal relais était Mme Martinolli, assistante sociale de la CRAMIF qui travaille depuis longtemps auprès des travailleurs maghrébins de Massy (elle a notamment donné des cours d'alphabétisation dans les anciens bidonvilles).

Auparavant, deux assistantes sociales étaient identifiées au sein la Maison Départementale des Solidarités (MDS) comme correspondantes pour le foyer. La MDS ayant été depuis réorganisée, les deux assistantes sociales ne gèrent plus spécifiquement les résidants du foyer et il ne leur est plus possible de se déplacer. De ce fait, maintenant, les résidants vont plus rarement à leurs permanences et M. Boutouha souligne qu'il est plus difficile de solliciter la MDS car toutes les assistantes sociales n'ont pas la connaissance de ce public.

Cet aspect apparaît comme fondamental pour le directeur d'établissement tant du point de vue du rôle social que doit jouer le responsable du foyer (même s'il est souligné que les missions de gestion occupent un temps considérable) que de la dynamique partenariale. Ayant géré ce foyer pendant près de 10 ans et parlant arabe, il connaît bien les résidants. Le repérage des difficultés se fait de trois façons :

- une sollicitation directe de la part de la personne en difficulté, d'un voisin ou d'un proche,
- l'apparition d'impayés, parfois révélatrice de difficultés d'un autre ordre et nécessitant une prise de contact avec la personne. A ce titre, le développement du paiement par virement automatique⁴, s'il facilite les tâches de gestion, diminue les occasions de démarches du gestionnaire auprès des résidants,
- les visites techniques qui révèlent parfois des dégradations ou un manque manifeste d'entretien du logement.

La direction du foyer s'attache à proposer aux résidants en difficulté, lorsque c'est possible, des chambres en rez-de-chaussée. Si cette mobilité interne représente un indéniable surcroît de travail (démarches administratives, remise en état de la chambre, gestion du déménagement...) elle présente des avantages certains : amélioration de la vie des résidants, parfois maintien de la paix sociale dans le cas de mésentente importante entre voisins.

Par ailleurs, les professionnels du maintien à domicile soulignent que ce déménagement présente des avantages certains pour les interventions. De plus, le déménagement permet de faire un tri dans les affaires personnelles et de réorganiser le rangement et dégager de l'espace dans des logements dont l'exiguïté pose des difficultés à l'intervenant.

La création de l'unité de vie adaptée

Intervenant régulièrement dans le foyer et depuis longtemps en contact avec les populations immigrées de Massy, l'assistante sociale de la CRAMIF, Mme Martinolli interpelle à l'occasion d'un colloque un des responsables nationaux d'Adoma. Elle évoque avec lui l'idée d'adapter une unité de vie. Intéressé par la problématique, il organise une seconde réunion avec le directeur départemental qui indique rapidement la possibilité de financer des travaux d'adaptation.

⁴ Le paiement par virement concerne aujourd'hui 59% des résidants. S'étant progressivement développé, il est difficile de mesurer son impact sur les impayés qui s'avèrent globalement faible sur ce foyer. En moyenne, les impayés se chiffrent à 12000 € / mois (soit 36 à 40 résidants). La plupart de ces impayés correspondent à des difficultés passagères ou à l'habitude de certains résidants de payer tous les deux mois. Les comptes non soldés ne s'élèvent ainsi qu'à 2 000 €.

Suite au diagnostic et aux recommandations élaborées par un ergothérapeute, les travaux ont lieu en 2004. Le budget de cette adaptation s'avère relativement modeste : 15 000 €.

Trois personnes bénéficiant de services de soins infirmiers à domicile y ont été regroupées. Deux d'entre elles bénéficient de l'APA. Un troisième résident de cette unité de vie, unijambiste, bénéficie de l'adaptation des lieux mais il refuse l'aide à domicile. Les deux autres résidents n'éprouvent pas de difficultés particulières.

Les travaux ont principalement consisté en la création d'une large douche à l'italienne et l'installation d'un siège permettant une aide à la toilette, et à l'installation de toilettes surélevées avec barre d'appui.

Les volets roulants des chambres et de la cuisine ont été motorisés. Le lavage du linge posant des difficultés pour les aides à domicile (difficultés pour faire sécher le linge dans les chambres, nécessité de rester près de la machine dans la laverie en raison de vols, ce qui augmente inutilement le temps d'intervention nécessaire), une machine à laver dédiée à l'unité de vie est installée dans la cuisine. Un réfrigérateur dans la cuisine permet également de faciliter la gestion des repas et des réserves pour l'aide à domicile.

S'il ne s'agit pas d'une adaptation respectant les normes de la réglementation « handicapés » (largeur des couloirs et des portes insuffisantes), sa création a permis d'améliorer l'intervention des professionnels de santé et du maintien à domicile. La fréquence des hospitalisations de l'un des résidents, souffrant de problèmes cognitifs suite à un accident vasculaire cérébral, a sensiblement diminué.

Cette unité de vie régulièrement fréquentée par les aides à domicile permet aux autres résidents d'identifier et de visualiser ce que représente ce service. Lorsqu'on leur parle d'aide à domicile, c'est avant tout pour eux « les gens qui viennent aider ceux qui vivent dans l'appartement au rez-de-chaussée du B ». Ils ont toutefois une image peu précise des conditions dans lesquelles ce service peut se mettre en place.

L'installation progressive de barres d'appui dans les sanitaires et douches

Depuis plusieurs années déjà, la direction du foyer réalise progressivement ce type d'installations prioritairement dans les unités de vie où des besoins sont repérés. Toutefois, les unités de vie de certains résidents rencontrant des problèmes de mobilité en sont encore dépourvues, ce qui pose la question soit de la mobilisation des crédits ad hoc au regard des besoins, soit du repérage des personnes fragiles.

2. L'adaptation du bâti : projets

La prise en compte du vieillissement dans les projets d'Adoma sur Massy

A horizon 2009, une résidence sociale doit être construite sur le site Ampère. Cette création impactera le bâtiment B dans lequel est située l'unité de vie adaptée, les bâtiments A, C et D devant restés pour l'instant en FTM. Une unité de vie adaptée doit être prochainement créée dans l'un des bâtiments afin que le foyer conserve la possibilité de proposer un habitat adapté à la clientèle traditionnelle. Les réunions organisées dans ce cadre sont très appréciées des partenaires car elles permettent d'échanger sur les difficultés rencontrées dans la mise en place des aides, de repérer de nouveaux besoins...

Le foyer Victor Basch, situé à moins de 2 km d'Ampère, composé d'une tour de 13 étages, fera l'objet en 2009 d'une réhabilitation dans le cadre du plan de traitement des FTM. Il s'agira d'une démolition / reconstruction avec conservation de la capacité. Les futurs bâtiments, de moindre hauteur, seront tous équipés d'ascenseurs. L'ensemble sera constitué de studios autonomes. Ces projets permettent à l'agence de Massy, de repenser l'occupation des deux résidences avec une volonté d'orienter les personnes âgées et en perte d'autonomie prioritairement vers la future résidence sociale Basch qui présente par ailleurs l'avantage d'être mieux desservie par les transports en commun. Il convient de souligner que les résidents rencontrés évoquent tous le frein financier par rapport au fait d'occuper un studio.

Une extension des projets d'adaptation au vieillissement dans les autres agences de l'Essonne

L'adaptation de l'unité de vie ayant indéniablement permis de faciliter l'intervention des professionnels et d'améliorer la vie quotidienne des personnes qui y résident, la direction départementale d'Adoma a récemment décidé d'étendre cette initiative au foyer de Sainte-Geneviève des Bois.

3. Les aides à domicile au foyer : bilan et perspectives

L'intervention des premières aides à domicile au foyer se sont faites avec difficultés. Le premier bénéficiaire historique était une personne sous curatelle dont le curateur a veillé à la mise en place de l'aide. Le CCAS de la mairie, dont le service de maintien à domicile souffrait à l'époque de problèmes organisationnels, n'a pu intervenir du fait des réticences de son personnel. La première intervention s'est faite via l'association Domino : l'intervenant était un des résidents du foyer, cousin éloigné de l'un des deux bénéficiaires, mais l'AS de la CRAMIF s'est par la suite rendu compte que celui-ci abusait de la situation (vol d'argent, services pas toujours bien rendus...). De ce fait le service de l'APA exige maintenant que les intervenants soient de véritables professionnels, même si la solution de recourir à un résident présente des avantages certains (connaissance de langue et de la culture, meilleure acceptation de la part du bénéficiaire...). L'association Sam-Arepa, installée depuis peu sur Massy, a ensuite pris le relais.

Aujourd'hui, 5 personnes à Ampère bénéficient d'une aide à domicile de la part de 3 structures différentes (CCAS, Sam-Arepa et Domino). Les services ont été contactés par Mourad Boutouha, directeur de résidence, ou par Mme Martinoli, assistante sociale de la CRAMIF bien identifiée sur le foyer.

Les deux résidents bénéficiant de l'APA habitent tous deux l'unité de vie adaptée. Ce regroupement n'a pas occasionné une diminution du nombre d'heures du plan d'aide, mais a en revanche considérablement amélioré leur vie quotidienne. Le service du Conseil Général en charge de l'APA souligne que cette aide est avant tout une aide « personnalisée » : chaque heure financée est attribuée à une personne bien identifiée, il n'y a pas de temps d'intervention « mutualisé ». De plus, cette configuration ne concerne encore que trop peu de personnes pour qu'il y ait de véritables besoins communs qui pourraient être mutualisés. Un exemple concret : l'approvisionnement alimentaire, très consommateur de temps d'aide, ne peut être partagé entre les deux bénéficiaires, l'un des deux ne disposant pas de ce service dans le plan d'aide.

Différents freins se combinent, ce qui limite encore aujourd'hui le recours à l'aide à domicile

La mise en place des aides à domicile demande toujours un certain volontarisme. Comme pour toute personne âgée, l'acceptation de l'aide est difficile pour les résidents : résistance particulièrement forte à

l'idée de se faire aider pour des personnes qui se sont toujours débrouillées seules, et pour qui l'exécution des tâches quotidiennes constitue la seule activité, réticence à ce qu'une personne extérieure entre dans son intimité...

S'ajoutent des obstacles perçus comme plus spécifiques :

- des difficultés de communication et d'usage de la technologie : les difficultés commencent parfois dès la prise du premier rendez-vous : tous n'ont pas de portable, et certains changent souvent de numéro
- un usage du temps qui s'est distendu avec la retraite : le CLIC évoque la fréquence des rendez-vous manqués, la prise et le respect de rendez-vous ne faisant pas partie des habitudes de vie des résidents
- la barrière de la langue : dans certains cas, la présence de M. Boutouha, arabophone, a été nécessaire pour franchir la barrière de la langue
- les freins financiers, de nombreux résidents continuant à jouer un rôle de soutien de famille qui fait partie intégrante de leur identité et de leur histoire
- un certain « oubli de soi » de la part de personnes : sa propre santé n'est pas toujours une priorité, certains ne voient de ce fait pas l'intérêt de prendre la CMU complémentaire, préoccupations parfois plus centrées sur les difficultés que vit la famille au pays que sur ses propres difficultés....
- une difficulté culturelle à intégrer le fait qu'un service extérieur puisse jouer un rôle d'aide traditionnellement assuré par l'épouse.

Pour la mise en place des aides, il convient de noter que les partenaires (service APA, services d'aides à domicile et CLIC) soulignent l'importance de la personne « référente ». C'est classiquement un membre de la famille qui a généralement insisté pour que la personne accepte une aide et qui permet aux services de mieux évaluer les besoins, par l'apport du regard de quelqu'un qui connaît bien la personne. Pour les résidents qui vivent généralement loin de tout parent, ce référent n'existe pas et c'est le responsable de résidence ou l'assistante sociale qui jouent ce rôle.

L'acceptation de l'aide proposée est rarement spontanée. Le CLIC souligne l'importance de la pédagogie et de la négociation pour obtenir l'accord des résidents. Tous les arguments de nature à les rassurer s'avèrent déterminants : commencer par un faible nombre d'heures, indication du reste à payer, possibilité de changer de professionnels, « essayer pour voir... » parfois dans un premier temps sans monter de dossier, possibilité de mettre fin à l'aide s'ils le souhaitent,... Il convient aussi de veiller à ce qu'ils ne se sentent pas « dépossédés » en les rassurant sur le fait qu'ils pourront continuer à faire les tâches quotidiennes qu'ils apprécient. Enfin, l'instauration d'une relation de confiance passe par une écoute attentive de leur histoire « ici et là-bas ». Parfois, dans certains cas, l'aide est plutôt « imposée » (soit par un tuteur, soit par la direction du foyer si les difficultés relèvent de l'hygiène et de l'entretien de la chambre).

Globalement, les interventions en foyer ne concernent pour l'instant que des personnes en grande difficulté. Seuls ceux qui ne peuvent faire autrement semblent prêts à accepter l'aide alors que le CLIC souligne l'importance de se faire aider avant, de façon « préventive », le fait de se faire assister pouvant ralentir la détérioration de la situation.

Le ménage, les courses et la préparation des repas sont les aides les plus fréquentes. A Ampère, l'aide à la toilette est assurée par l'infirmier. Il est souligné qu'il est difficile pour ces hommes maghrébins d'accepter une aide féminine même si un résident de Basch fait appel pour cela à une aide à domicile (initialement, l'aidant était un homme mais il a été depuis remplacé par une femme, ce qui n'a pas posé de difficultés). Les services estiment que les besoins en matière d'hygiène corporelle sont très importants et que l'infirmier ne pourra jamais y répondre en totalité.

Les associations soulignent plusieurs difficultés d'exercice au sein des foyers de Massy :

- pour Ampère, la difficulté de se repérer dans les lieux et d'accéder au logement (système de numérotation des chambres et unités de vie opaque, manque de signalisation des unités de vie desservies en bas des cages d'escalier...),
- l'exiguïté des logements qui rend difficile le rangement et le dégagement d'espaces de circulation suffisant pour des personnes utilisant par exemple des cannes,
- la perte de temps pour le lavage du linge (nécessité de surveiller le linge à la laverie) pour les personnes ne résidant pas dans l'unité de vie adaptée,
- temps nécessairement long pour les courses, du fait de la situation du foyer : le service APA souligne que les courses occupent un nombre d'heures beaucoup plus important que la normale dans les plans d'aide,
- l'impossibilité de stocker de la nourriture par manque de place, ce qui augmente la fréquence des courses,
- parfois des difficultés d'ordre administratif lorsque le service demande aux bénéficiaires d'envoyer régulièrement des papiers sur les interventions réalisées,
- la difficulté de trouver des intervenants prêts à intervenir en foyer : crainte pour leur sécurité, réticence à intervenir dans ces lieux presque exclusivement masculins,
- quelques difficultés éprouvées par les professionnels d'origine africaine pour se faire accepter par certains résidents maghrébins.

Pour la mise en place d'un plan d'aide, il apparaît fondamental que le professionnel soit dans un premier temps accompagné dans le foyer : cela permet de le rassurer, de l'aider à se repérer dans les lieux, et de faciliter son introduction et son repérage par les autres résidents du foyer. Tout intervenant extérieur a été dans un premier temps accompagné soit par Mme. Martinolli, soit par M. Boutouha.

Par rapport aux spécificités de l'action en foyer, Sam-Arepa et le service APA soulignent que les intervenants doivent disposer de certaines qualités particulières :

- une capacité d'écoute et d'adaptation particulièrement développée, de façon à intégrer les spécificités culturelles des résidents dans leurs pratiques,
- un sens de l'initiative puisque les interventions dans cet habitat particulier suppose en permanence de trouver des solutions (que faire lorsque le résident n'est pas là ? comment réagir si le résident ne souhaite plus d'aide ou souhaite baisser le nombre d'heure),
- une confiance en soi et un certain franc parler afin de gérer les éventuelles difficultés avec les voisins de l'unité de vie. Il est souligné par exemple que la préparation des repas dans les cuisines collectives peut poser au professionnel des difficultés relationnelles avec les autres résidents. A ce titre, la création de l'unité de vie adaptée est perçue comme améliorant considérablement les conditions de préparation des repas.

En outre, il est souligné que le suivi réalisé par le service doit être particulièrement poussé : il convient de pouvoir réagir rapidement aux évolutions de la situation de la personne aidée (au niveau financier et de la santé) et d'être à l'écoute des difficultés d'exercice de l'intervenant de façon à rechercher des solutions avec la direction du foyer ou tout autre partenaire.

Globalement, les services soulignent la plus grande facilité d'intervention à Ampère que dans l'autre foyer dont la configuration le rend moins convivial, plus anonyme et moins « sécurisant ».

Face à ces difficultés, les services restent optimistes quant aux perspectives, en soulignant que les efforts supplémentaires sont liés au démarrage et que petit à petit les résidents seront plus réceptifs, et les intervenants moins réticents à intervenir en foyer, une fois les a priori surmontés. Il est toutefois souligné que deux conditions doivent être remplies pour que l'activité puisse se développer :

- un repérage des situations nécessairement assuré par le personnel du foyer,

- la possibilité de disposer d'un référent pour la mise en place et le suivi des services (soit une AS, soit le responsable de résidence).

Une tentative de mettre en place le portage de repas

Le responsable du foyer en lien avec l'assistante sociale avait tenté de faire bénéficier certains résidents du portage des repas. Or, le CCAS n'est pas encore en mesure de proposer des menus pour les personnes mangeant une nourriture hallal ou ayant des régimes. Au-delà des réticences des résidents quant au respect des prescriptions alimentaires (certains plateaux finissaient à la poubelle), et de l'inadaptation des menus, l'essai s'est rapidement soldé par un échec. En effet, le service de livraison ne livrait pas dans les chambres, à la fois pour des raisons de réticence du personnel, mais aussi d'impossibilité d'accéder aux unités de vie (pas de clés à disposition). Les plateaux étaient déposés à l'accueil (voire devant celui-ci lorsqu'il était fermé) et les bénéficiaires récupéraient un plateau froid, lorsqu'il n'avait pas entre-temps été volé.

4. La santé : état des lieux, les soins et les actions de prévention au sein du foyer

Des problèmes de santé et un vieillissement précoce

Les résidents ne vont voir le médecin qu'en cas de réelles difficultés, la plupart d'entre eux n'ayant pas de mutuelle. Du fait de la faiblesse de leurs ressources, ils ne possèdent pas de lunettes ou d'appareillages auditifs et dentaires, en dépit de besoins manifestes.

Selon les professionnels de santé rencontrés, le vieillissement précoce est particulièrement marqué et les problèmes de dos sont visibles chez ces personnes ayant essentiellement travaillé dans le bâtiment ou effectué des travaux physiques.

Deux pathologies fréquentes, et par rapport auxquelles les résidents semblent sensibles, sont le diabète et les problèmes de tension. Il apparaît que leur alimentation est peut-être parfois insuffisante (certains ne prenant qu'un repas par jour), ou déséquilibrée (gras et sucre, manque de produits frais).

Un sentiment de mal-être

Plusieurs acteurs estiment que nombre de résidents sont déprimés, mais que, en raison de leur culture et de leur parcours, leur mal-être s'exprime d'une façon particulière.

Le responsable d'établissement souligne qu'auparavant existaient des points d'écoute psychologique qui marchaient bien et qui faisaient notamment le lien avec les centres médico-psychologiques. Ces interventions ont cessé faute de financement.

Une association Diapsy 91 existe sur l'Essonne : sa vocation est de faciliter l'accès aux soins psychologiques de personnes en situation de précarité. Elle n'intervient pas pour l'instant sur le foyer et doit être sollicitée.

Le professionnel de santé le mieux intégré sur le foyer est un infirmier qui intervient quotidiennement à Ampère, notamment auprès des résidents de l'unité de vie adaptée.

Depuis 2001, cet infirmier égyptien se rend deux fois par jour au foyer, le matin de 7h à 8h et le soir de 18 à 19h, y compris le week-end et les jours fériés. Sur ordonnance médicale, il rend systématiquement

visite à 4 personnes, qui ne sont pas toutes logées dans l'unité de vie adaptée. Avec les soins ponctuels à réaliser, il peut s'occuper de 8 personnes. Il effectue essentiellement des pansements, piqûres, prises de sang, soins d'hygiène et des prises de médicaments.

Très impliqué dans l'accès aux soins des résidants, il a fait partie des partenaires ayant sollicité la création de l'unité de vie afin de ne pas avoir à se rendre dans tous les bâtiments lors de ses deux visites et participe aux réunions de travail sur le vieillissement avec les responsables du foyer. Il a également participé à la campagne d'information et de dépistage sur le diabète, la tension et l'hygiène de vie qui a eu lieu au foyer Victor Basch en octobre 2006 et souhaite que l'on reproduise l'opération au foyer Ampère.

Pour faciliter les choses, il accompagne en voiture plusieurs malades au centre médico-social, fait la traduction, « *sinon ils ne viennent pas tous seuls. On va vite et comme ça le médecin est sûr de faire la bonne ordonnance* ». Les résidants semblent l'avoir bien identifié, ils viennent le voir lorsqu'il fait ses visites pour lui signaler un besoin ponctuel (pour eux-mêmes ou pour quelqu'un d'autre) ou lui laissent un mot dans la chambre d'un de ses patients. Il parvient à être informé lorsqu'un résident sort de l'hôpital, mais de façon informelle, par le bouche à oreille le plus souvent. Bien intégré dans le foyer, cet infirmier dispose de l'atout majeur de parler arabe. Dépassant les questions de santé, en plus de ses visites, il lui arrive souvent d'aider les résidants en lisant leur courrier et ayant toujours sur lui des enveloppes pré-timbrees pour répondre rapidement à un problème administratif.

Une difficulté à faire venir les professionnels de santé dans le foyer

Généralement, les résidants se rendent au cabinet de leur médecin pour les consultations médicales. Ils ne consultent pas tous le même médecin. Un médecin d'origine tunisienne est toutefois bien identifié sur le foyer : il fait lorsque c'est nécessaire des visites à domicile, ce qui semble être moins fréquent pour d'autres médecins.

Les résidants signalent des difficultés pour faire venir les ambulances sur le foyer. Un résident paraplégique devant faire des séances de kinésithérapie en ville dit y avoir renoncé du fait de la difficulté à faire venir les ambulances (doit appeler plusieurs numéros pour qu'un accepte de se déplacer, parfois donnent leur accord mais finalement ne viennent pas...).

. Le responsable d'établissement signale également des cas où SOS Médecins ne s'est pas déplacé .

M. Attala (infirmier) signale qu'en raison de la mauvaise image du foyer, (notamment suite aux problèmes de délinquance et trafics de drogue), plusieurs professionnels de santé (médecins, infirmiers) refusent de se déplacer au foyer, surtout s'il s'agit de femmes.

Ce sont donc généralement les pompiers ou le SAMU qui sont appelés en urgence.

Pour certains acteurs, cette difficulté d'accéder aux soins renforce un sentiment pré-existant d'isolement et alimente une certaine déprime.

Les relations avec l'hôpital

Il n'y a pas de partenariat formalisé avec l'hôpital mais à Ampère, aucune difficulté particulière pour les sorties d'hospitalisation n'est évoquée. Il semble que l'arrivée d'une personne en sortie d'hospitalisation soit repérée par les autres résidants ou le personnel du foyer et qu'un minimum d'aide lui soit apporté. Il arrive également que ce soit le service d'aide à domicile qui soit prévenu.

Les actions de sensibilisation et de prévention

Le Centre Départemental de Prévention Santé (CDPS) :

Il a pour principales missions :

- le dépistage gratuit et anonyme de la tuberculose, de la syphilis et du SIDA,

- des campagnes de vaccination notamment en milieu scolaire,
- la réinsertion de publics précarisés dans un parcours de santé (premier bilan médical, éventuel dépistage, information sur les ouvertures de droits CMU...).

Sur cette dernière mission, il anime un centre de Consultation Médicale d'Evaluation et d'Orientation qui vise à renouer le lien et à réorienter les publics en rupture de soin. Ce centre ne fait pas de soins ni de prescriptions mais il peut réaliser des vaccinations et fait du dépistage. La politique du Conseil Général est de privilégier les RMIstes et bénéficiaires de la CMU, le et non le public retraité, pourtant, dans les foyers, en partie concerné par les situations de « rupture de soin ».

Lors du forum d'accès aux droits, le CDPS, alors en période de montée en charge de l'activité, avait été présent (stand animé par le Dr Dadillon, responsable du CDPS, en binôme avec un médecin tunisien). Cette action avait été jugée très positive, quelques situations particulières ayant pu être réglées en lien avec les autres acteurs présents. Des consultations avaient eu lieu sur place et quelques cas particuliers de prise en charge de maladie chronique résolus. Selon le Dr. Dadillon, alors que très peu de professionnels de santé se rendaient alors dans les foyers, la caution apportée par la présence du CDPS a dû contribuer à normaliser la perception des foyers de la part de certains professionnels de santé.

Des campagnes de vaccination avaient également été proposées mais cela n'a pas été suivi dans le temps car la demande des résidents peut concerner des vaccins spécifiques qui ne font pas partie des vaccins habituellement proposés.

Persiste l'activité de dépistage de la tuberculose tous les 2 à 3 ans dans les 5 foyers du secteur avec un camion radio.

En situation de sous-effectif depuis début 2006, le CDPS n'a pu proposer de nouvelles actions en direction des foyers, qui ne correspondent pas à son public prioritaire. Toutefois, le personnel du CDPS devant prochainement augmenter, le responsable estime que grâce aux liens partenariaux entretenus autour de l'unité de vie adaptée, de nouvelles pistes de travail devraient émerger.

Pour le CDPS, les principaux sujets qui intéressent les résidents sont le diabète et l'hypertension (une soirée d'informations sur les actions du CDPS organisée au sein d'un foyer ADEF avait permis d'identifier ces préoccupations).

Prévention diabète :

Une action de prévention du diabète a été menée par la CRAMIF au foyer Victor Basch. Coordonnée par une stagiaire, cette animation a été mise en place suite à une précédente expérience sur un foyer ADEF à Viry. Elle a été menée en partenariat avec la caisse de retraite AG2R qui disposait de moyens logistiques (vidéo projecteur qui a permis la diffusion d'un film). L'AG2R était un peu réticent au départ car elle souhaitait que l'action puisse concerner l'ensemble de ses pensionnés sur le secteur, et elle craignait que ceux-ci ne viennent pas dans ce lieu connoté négativement. 8 personnes de l'extérieur étaient présentes, ainsi que 31 résidents du foyer, ce qui a contribué à dynamiser les échanges, les personnes extérieures étant plus à l'aise pour interpeller les professionnels. Mais peu de résidents du foyer Ampère se sont rendus au foyer Victor Basch à l'occasion de cette réunion de prévention. Il y a très peu de relations entre les résidents de ces deux foyers. M. Attala a sollicité les responsables du foyer Ampère pour qu'une action semblable y soit menée.

5. Accès aux droits et aux services de droit commun des résidents vieillissants

Une permanence d'écrivain public peu connue des résidents

Le foyer Ampère a passé une convention avec l'association Alwan 2000 afin qu'un écrivain public intervienne sur le foyer : il est présent tous les mercredis de 10 h à 12h. Ses missions sur place

consistent essentiellement en une première prise de contact et à une étude rapide de la demande. Ne disposant ni d'un ordinateur ni d'un téléphone, l'écrivain ne peut traiter les démarches administratives plus complexes : les personnes sont invitées à se rendre dans les locaux du centre ville de l'association. Ce fonctionnement renvoie moins à un manque de moyens qu'à une volonté d'inciter au maximum les résidents à sortir du foyer.

Il s'est avéré que les résidents rencontrés ignoraient pour la plupart l'existence de cette permanence qui parfois se déroule sans que personne ne vienne solliciter l'écrivain public, malgré les besoins importants des résidents.

Plusieurs explications peuvent être avancées face à ce constat :

- tout d'abord le lieu de la permanence, la salle TV semi-enterrée est inutilisée en journée et peu visible de l'extérieur ce qui ne facilite pas un repérage de ce service par les résidents. L'écrivain public se refuse à passer dans les chambres, pour des raisons de principe (deviendrait ingérable, ce sont aux résidents de venir à nous), mais également parce qu'il exprime certaines craintes sur sa sécurité (bien qu'il n'ait jamais eu de difficulté particulière)
- ensuite le profil de l'écrivain public : il s'agit d'une jeune femme d'origine africaine qui ne parle pas arabe, ce qui pose un problème de communication et limite la connivence et la confiance qui peuvent s'instaurer (comme peut en bénéficier M. Attala).

Les résidents vieillissants d'Adoma et les activités du service Seniors de la ville

La ville de Massy est dotée d'un service Seniors très actif. Il distribue depuis longtemps des colis de Noël aux personnes âgées de plus de 70 ans. Pendant de nombreuses années, les résidents d'Adoma n'étaient pas invités à la remise de ces colis. Le partenariat se développant sensiblement entre Adoma et les responsables de la ville en charge des personnes âgées, les résidents ont été inscrits sur les listes et reçoivent désormais les invitations et informations sur l'ensemble des activités du service Seniors, et notamment la distribution des colis de Noël. Certains d'entre eux se rendent à cette distribution. Sur demande d'Adoma et des élus, des colis Halal et Kascher sont désormais proposés. Le CCAS signale toutefois que certains résidents préfèrent prendre les colis standard plutôt que les colis Halal (qui ne comprennent pas d'alcool).

Pour le reste des activités, le service note que les résidents d'Adoma n'y ont pas recours, probablement pour deux raisons :

- une mauvaise information (inadaptation de la communication écrite),
- et sans doute le décalage des services proposés avec les attentes et habitudes des résidents : banquet annuel en fin d'année, organisation de loisirs et de voyages avec participation financière, foyers-restaurants

Trois foyers-restaurants servent des repas à coût modique (de 0,77 à 3,72 € selon les ressources). Il est souligné que des personnes d'origine maghrébine de l'habitat diffus utilisent ce service.

Le CCAS prend en charge le coût d'installation de la télé-alarme et propose le service pour un coût de 10 € mensuel. Pour les résidents des foyers, la proposition d'un tel service pose deux questions : celle de l'acceptation du coût financier, mais aussi celle de l'identification d'une personne référente à contacter en cas de besoin.

Enfin, un minibus est à la disposition des personnes âgées pour les emmener faire leurs courses ou se rendre à l'hôpital. Ce service est gratuit pour les trajets sur Massy et pour se rendre à l'hôpital le plus proche et il fonctionne tous les jours de la semaine de 9 h à 11h et de 15h à 17h30 (le créneau du midi est utilisé pour amener les personnes aux foyers-restaurants).

Les liens s'étant développés avec le service Seniors de la ville, la direction du foyer dispose désormais d'une certaine connaissance des activités et des services qu'il propose. Il convient toutefois de noter que cette connaissance reste encore approximative. Par exemple, selon, la direction du foyer, le service minibus n'est disponible que le mercredi après-midi. Jugeant ce créneau trop étroit, elle n'a pas été relayée l'information auprès des résidants. Il pourrait toutefois améliorer le quotidien des résidants qui soulignent les difficultés de déplacement.

Pour le Service Senior de la Ville, les résidants des foyers sont perçus comme ayant des difficultés pour solliciter de l'aide sur des besoins non impérieux. L'impression « qu'ils ne se sentent pas légitimes » est avancée. Par ailleurs, le service exprime sa perplexité sur le choix de ces travailleurs de rester en France après leur vie active.

Le Service Seniors, qui participe aux réunions organisées par Adoma autour de la question du vieillissement, souligne ne jamais être interpellé directement par Adoma alors que le manque de partenariat actif est ressenti par Adoma. Le CCAS de la ville souhaite se réinvestir sur les foyers, notamment en matière d'aide à domicile, mais souligne l'existence d'un certain passif (arrêt rapide des aides à domicile suite aux réticences du personnel, et du portage de repas du fait d'obstacles matériels).

6. Les besoins des résidants d'Ampère perçus par le personnel Adoma et les partenaires

Globalement, les partenaires perçoivent les résidants vieillissants comme exprimant peu de besoins. Leur connaissance de ce public leur permet parfois de détecter des besoins non exprimés.

Un besoin de reconnaissance

D'une façon générale, il existe chez les résidants un sentiment de « *ne pas être reconnu* ». S'exprime ainsi la souffrance engendrée par les parcours de vie de ces hommes doublement à part, comme étrangers, et comme célibataires géographiques. Ce sentiment est un filtre d'interprétation pour les insatisfactions de la vie quotidienne. Il s'accompagne souvent d'un sentiment de crainte (crainte des contrôles, de la perte de l'adresse dans le cas des chambres partagées,...).

Il en résulte une méfiance diffuse qui augmente le repli sur soi et rend plus difficile la mise en place des aides. Prendre en compte ce besoin de reconnaissance – des initiatives comme le forum « accès aux droits » apparaissent intéressantes à ce titre – s'avère une condition indispensable de l'accompagnement du vieillissement.

Un besoin d'animation

Le désœuvrement et l'ennui constituent des phénomènes aggravant les difficultés liées à l'âge. Le foyer Ampère ne propose que peu d'animations et la difficulté est aujourd'hui renforcée par l'absence de local adapté.

Plusieurs partenaires ont témoigné de la difficulté de maintenir les activités qui étaient organisées dans l'ancienne cafétéria. C'est notamment le cas de l'association *Compétences et Vocations* dont les actions visent à établir un contact avec les migrants, et mettre en avant leurs compétences, leur histoire de vie à partir de différents supports, tels que le film ou la photographie. Après la diffusion de films dans la cafétéria à Ampère, une relation de confiance avec les résidants s'est instaurée grâce au support photographique. Les photos ont permis d'engager un dialogue, des récits de vie qui évoquent le rapport des résidants à la ville de Massy, à la France, à leur pays d'origine... L'association souhaiterait continuer ce projet et réaliser une exposition, mais se heurte à un manque de subventions et de salle.

Pour ce partenaire, améliorer le cadre de vie des résidents est une bonne chose, mais ce qui est important c'est de les sortir du quotidien par des activités qui les valorisent et créent du lien. Les actions proposées par les partenaires étant aujourd'hui essentiellement axées sur les problématiques de santé ou l'accès aux droits, les actions festives ou culturelles sont très rares.

Des besoins en rapport avec la santé et le confort des migrants vieillissants

- L'avancée en âge se caractérisant souvent par un repli sur soi et sur son espace privé, et des problèmes de dépression étant identifiés, certains professionnels insistent sur l'importance de la personnalisation de l'espace, élément favorisant un meilleur état psychique.
- Faciliter l'intervention en foyer des personnels de santé en mettant à leur disposition des places de parking réservées et bien identifiées, les confortant ainsi dans leur mission,
- Renouveler des initiatives telles que le forum accès aux droits afin de conforter l'idée auprès des résidents qu'ils ne sont pas à l'écart de l'action des services publics,
- Mener une campagne de vaccination contre la grippe, en lien avec le CDPS
- Mener des actions de sensibilisation et de prévention du diabète, si possible avec dépistage.
- Les problèmes de nutrition étant soulignés, ces actions pourraient également se combiner avec des animations autour de la préparation de repas équilibrés « petit budget ».
- Il existe le besoin pour certains d'un soutien ou d'un suivi psychologique.

PERSONNES RENCONTREES

12 entretiens auprès de résidents

Entretiens auprès du personnel d'Adoma :

- Mourad Boutouha : Directeur de résidence, ancien responsable du foyer pendant près de 10 ans et pilote du projet d'aide à domicile en partenariat avec la Cramif
- Philippe Treptel : Directeur de l'Agence de Massy
- Emmanuel de Barry : Directeur départemental

Entretiens auprès des partenaires :

- Mme Cossart : responsable du secteur CPAM
- Mme Martinolli : assistante sociale CPAM,
- Mme Bléteau : assistante du service social de l'APA, CG
- Mme Criton : coordinatrice (montage/évaluation des dossiers), association HARPE (CLIC)
- Mme Hirsch : directrice de la SAM AREPA (association aide à domicile)
- Mme Gourguchon : responsable de secteur SAM AREPA
- Mr Attala : infirmier libéral intervenant au sein du foyer
- Dr Dadillion : responsable du Centre Départemental de Prévention Santé
- Mme Baudimont et Mme Moreau : service senior de la mairie de Massy
- Mme Brugière : assistante sociale de la Maison des Solidarités
- Mme Lindoubi : directrice de l'association Compétence et vocation (animation d'un projet d'atelier photo au sein du foyer)

RESIDENCE NORMANDIE **5, rue de Normandie – 38130 - ECHIROLLES**

Localisation du foyer dans la ville

La résidence jouit d'une bonne insertion urbaine, à proximité immédiate du plus grand centre commercial de l'agglomération, et en liaison avec le centre ville d'Echirolles (à 3 stations de tram) et de Grenoble (5,7 km) par le tram – arrêt situé devant le foyer.



A - La vie des personnes vieillissantes à la résidence Normandie

1. Descriptif du foyer

L'agence Adoma de Grenoble

Elle regroupe les établissements de l'agglomération de Grenoble et comprend 7 établissements de plus de 100 lits (dont un FTM de 470 lits), et 2 petits établissements de 14 et 27 lits (un FTM et une résidence sociale). Elle est dirigée par Francis Blanc.

Deux projets sont à l'étude sur cette agence : l'établissement Paul Vallier, à Fontaine, fera l'objet d'une réhabilitation lourde dans les années à venir ; et un travail de réflexion est mené sur Jules Vallès à Grenoble comprenant 297 logements, avec un tiers de résidents vieillissants.

La résidence Normandie située à Echirolles, qui fait l'objet de cette monographie, a été construite en 1968, et réhabilitée en 1995. Il n'y a pas de projet sur cette résidence, il s'agit plutôt de mieux tirer parti des studios aménagés pour le handicap.

L'équipe Adoma

- Le foyer est géré par une responsable de résidence (RR), présente depuis 9 ans. Elle est assistée d'une responsable adjointe, qui partage son temps entre 2 résidences de l'agence de Grenoble, et qui est présente à Echirolles le matin (4 matins par semaine)
- Un ouvrier de maintenance est présent 4 jours par semaine (1 ETP=32 heures)
- La garde de nuit est assurée par une équipe de veilleurs qui effectuent des rondes dans les 7 foyers de l'agglomération (roulement de 2 personnes) ; l'un des veilleurs habite la Résidence Normandie depuis 33 ans.

Ce fort ancrage du personnel dans la résidence est très apprécié des résidents, il contribue à l'attractivité du foyer.

Le ménage des parties collectives est assuré par une entreprise extérieure.

Description physique de l'espace

Le foyer est constitué d'un bâtiment en U de 4 étages, autour d'une cour-jardin.

Il comprend 5 cages d'escalier, et 214 logements.

La réhabilitation a différencié les montées d'escalier :

- Montées 1, 2 et 3 : des bâtiments de 3 étages, 150 chambres de 9 m², regroupées en 30 unités de vie de 5 chambres, avec cuisine et sanitaires collectifs.
- Montées 4 et 5 : des bâtiments de 4 étages, 48 chambres de 12 m², avec sanitaires et réfrigérateur dans la chambre et 1 cuisine collective pour 4 personnes. Le bâtiment 5 est desservi par un ascenseur.
- 16 studios de 20 m² en rez-de-chaussée, adaptés au handicap et au vieillissement – portes élargies, douches à l'italienne, barres de relèvement

L'espace extérieur est essentiellement minéralisé, bien que la présence de plantations – quelques arbres, et des haies arbustives – lui valent le nom de jardin. À la demande d'un résident, un bout de terrain de moins de 20 m² a été défriché, et transformé par ses soins en potager : il est entouré de grillages pour le protéger.

La galerie qui court au rez-de-chaussée tout au long de la façade est le principal lieu de rencontres et d'échanges des résidents.

Les locaux collectifs

- Une salle de télévision / salle de réunions, ouverte à la demande, et qui est climatisée
- Une salle de culte
- Une cafétéria qui est désormais fermée

Les services

- Une cabine téléphonique
- des emplacements de parking, et 29 boxes de garage
- une lingerie avec des machines à laver et des sèche linge
- un service de mise à disposition de draps, avec changement tous les 15 jours, est inclus dans la redevance

Les redevances

Coût du logement pour une personne isolée avec abattement forfaitaire pour double résidence ou charges de famille, allocations logement déduites (reste à payer).

Type logement et redevance	Pour un revenu égal au RMI, à l'AAH ou l'ASPA		Pour un revenu égal à un demi SMIC		Pour un revenu égal à 75 % du SMIC		Pour un revenu égal à un SMIC	
	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre
Chambre 293 €	42,94 €	de 351,22 € à 585,16 €	96,10 €	406,58 €	130,39 €	623,24 €	200,41 €	804,96 €
T1 375 €	41,36 €	de 352,80 € à 586,74 €	115 €	387,68 €	150,54 €	603,49 €	233,10 €	772,27 €

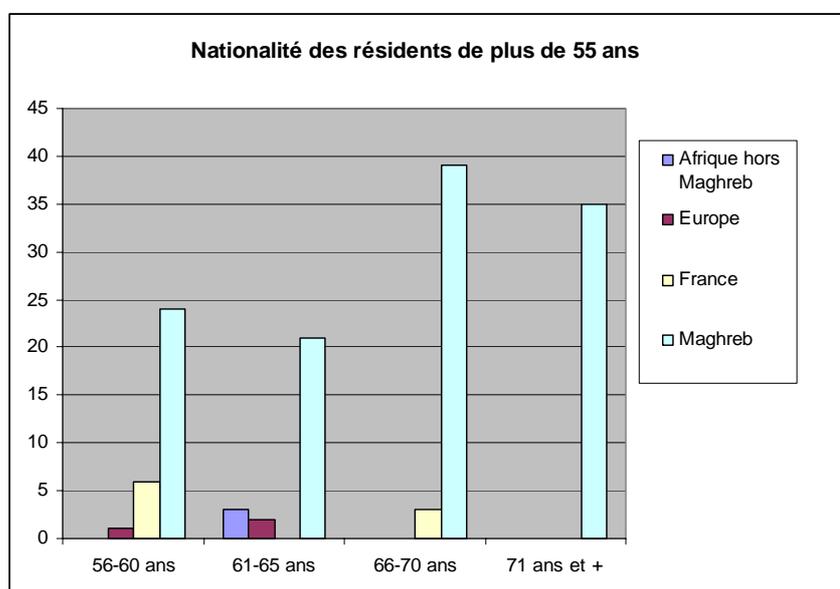
2. Profil du public hébergé

134 résidents âgés de 55 ans et plus

Parmi eux, 77 résidents de plus de 66 ans

Les maghrébins représentent 85 % de la population de plus de 55 ans du foyer

Ils représentent 100 % des plus de 70 ans



Tranche d'âge	Résidents sortis en 2006-2007				Total
	Afrique hors Maghreb	Europe	France	Maghreb	
56-60 ans			2	1	3
61-65 ans				2	2
66-70 ans				6	6
71 ans et +				4	4
Total	0	0	2	13	15

Tranche d'âge	Résidents entrés en 2006-2007				Total
	Afrique hors Maghreb	Europe	France	Maghreb	
56-60 ans		1	3	8	12
61-65 ans		1	2	2	5
66-70 ans				8	8
71 ans et +				5	5
Total	0	2	5	23	30

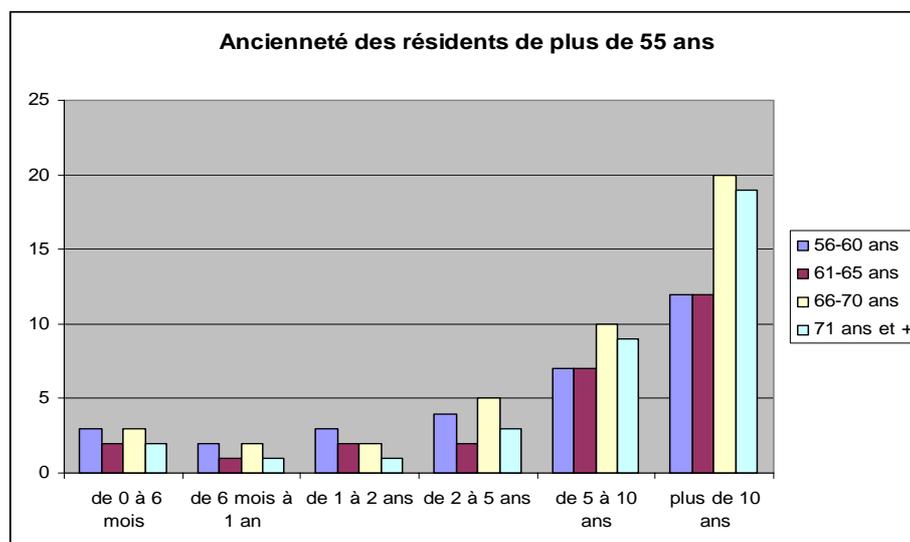
En 2006 et 2007, le vieillissement s'est accéléré par le jeu des entrées et sorties :

- 30 entrées de personnes de plus de 55 ans, dont 13 de plus de 66 ans
- 15 sorties de personnes de plus de 55 ans, dont 11 de plus de 66 ans

Age et ancienneté des résidents

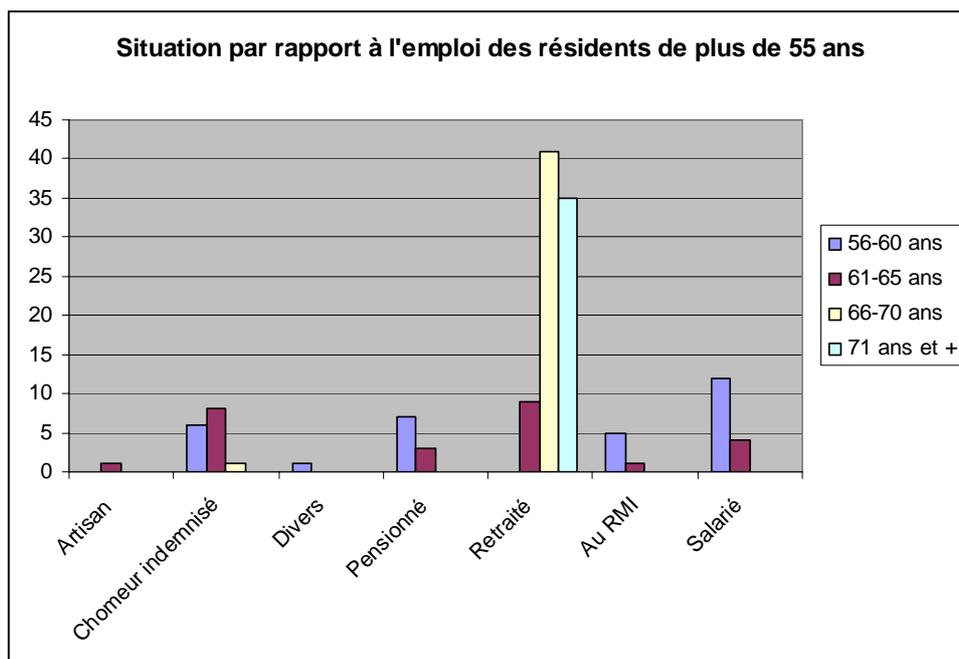
Les résidents installés depuis 10 ans au moins représentent 47 % des habitants du foyer ayant plus de 55 ans

Parmi les résidents depuis plus de 10 ans, 60 % ont au moins 66 ans



Résidents entrés en 2006-2007				
Tranche d'âge	de 0 à 6 mois	de 6 mois à 1 an	de 1 à 2 ans	Total
56-60 ans	6	4	2	12
61-65 ans	2	1		3
66-70 ans	5	2	3	10
71 ans et +	3	1	1	5
Total	16	8	6	30

Age et situation par rapport à l'emploi

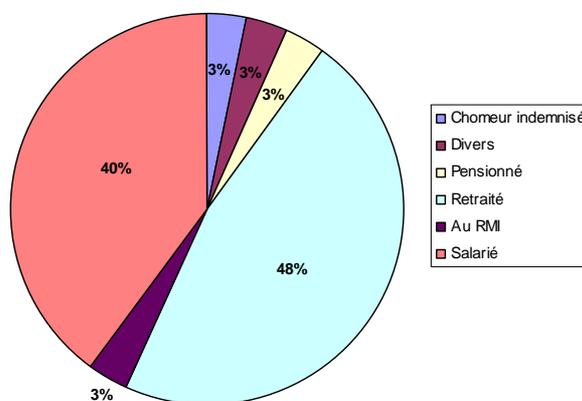


Les nouveaux entrants sont plus actifs que l'ensemble des résidents,

Situation par rapport à l'emploi des résidents de plus de 55 ans entrés en 2006 et 2007

39 % exerce encore une activité salariée

43 % des nouveaux résidents sont retraités



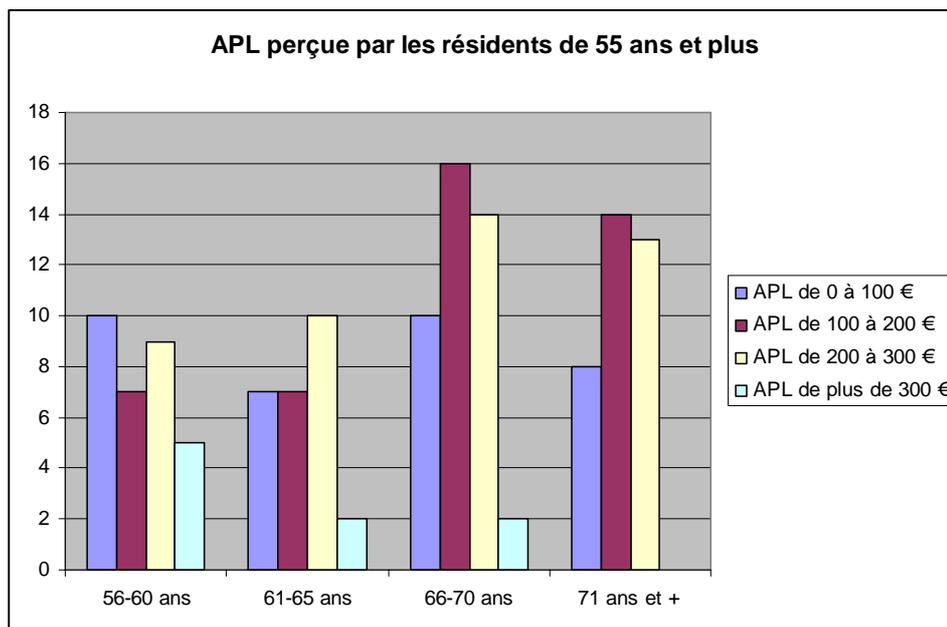
Tranche d'âge	Résidents entrés en 2006-2007						Total
	Chômeur indemnisé	Divers	Pensionné	Retraité	RMI	Salarié	
56-60 ans		1	1		1	9	12
61-65 ans	1			1		1	3
66-70 ans				8		2	10
71 ans et +				5			5
Total	1	1	1	14	1	12	30

Age et aide au logement

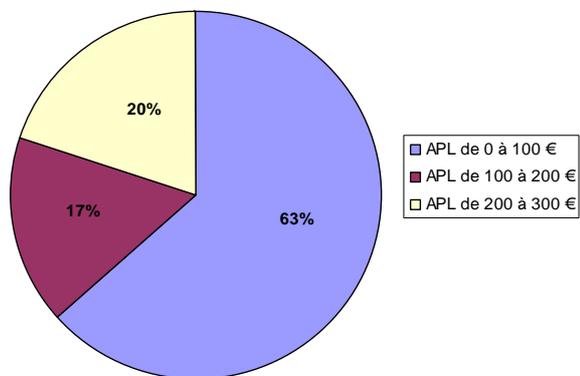
34 % des résidents de plus de 55 ans perçoivent une APL comprise entre 200 et 300 €

33 % perçoivent une APL comprise entre 100 et 200 €

77 % des résidents âgés de plus de 66 ans perçoivent une aide d'au moins 100 €



Aide perçue par les résidents de plus de 55 ans entrés en 2006 et 2007



3. Utilisation physique de l'espace et vie quotidienne

Les logements : chambres et unités de vie, studios

Dans ce foyer, aucun résidant n'a exprimé d'avis négatif sur le logement ou les services offerts. Au contraire, le jugement global est toujours positif, étayé par des comparaisons soit avec les logements antérieurs des migrants, soit avec l'ensemble de l'offre grenobloise. Le produit logement est jugé meilleur qu'à « Jules Vallès », par exemple, et la résidence est appréciée pour sa propreté, et son calme « *ici, il n'y a jamais d'histoires* »

Un élément important, car cité très fréquemment, est la taille des unités de vie : 5 chambres (montées 1,2 et 3) ou 4 chambres (montées 4 et 5) pour une cuisine commune. Il est visiblement plus facile de trouver des arrangements pour vivre ensemble quand on est peu nombreux, et ce d'autant plus que les unités de vie ne sont jamais complètes, compte tenu des allers-retours qu'effectuent les résidants entre le foyer et leur pays d'origine.

Les cuisines sont petites : 3 feux, une table qui permet de s'asseoir à 3 mais pas à 5, et des placards individualisés. De toute façon, et c'est une constante, les repas sont plutôt pris dans la chambre « devant la télé ». Il n'y a pas de règle de vie commune, chacun cuisine quand il veut et quand la cuisine est libre. Un résidant nous a fait état, comme d'un fait exceptionnel, d'une proximité avec un voisin telle que « *pendant trois ans, on a fait la cuisine pour tous les deux* ». Après son départ, ce fut le retour à la norme, chacun chez soi le plus souvent.

Un résidant résume pour nous ce que veut dire bien vivre ensemble dans une unité de vie : « *Nous, on est 5, on est ensemble depuis toujours. On est tous autour de 62 ans, sauf un qui a 70. Nous on s'entend bien, pas besoin de se battre pour nettoyer la cuisine, pas besoin de fermer les provisions à clé. Non, quand c'est bien, il faut mieux pas changer.* »

D'où, sans doute, leur difficulté à trouver une différence importante entre les chambres de 9 m² et celles de 12 m² – hormis que c'est plus grand ! Pour les migrants âgés autonomes, la priorité, celle qui détermine la qualité de vie, c'est le bon fonctionnement de l'unité de vie. Parmi eux, ils ne seront pas nombreux à mettre en avant les avantages des sanitaires individuels. Ce sont les personnes malades ou en perte d'autonomie qui en feront état.

Dans cette résidence où l'offre est réellement diversifiée, le fonctionnement des unités de vie avec chambres de 12 m² ne diffère donc pas de celles avec chambres de 9 m². De nombreux résidants souhaitent rester là où ils sont, en dépit de leurs difficultés physiques, pour ne pas mettre en cause l'équilibre trouvé au sein de l'unité de vie. Ils sont nombreux à habiter la même chambre au foyer depuis leur arrivée. Et, comme souvent dans les foyers, il existe des unités de vie « repoussoir », dont les dysfonctionnements sont abondamment cités en comparaison....

Le fonctionnement des studios est différent. Trois types de personnes y habitent :

- Un public diversifié, plutôt actif, qui trouve là un logement « normal ». La responsable de résidence souligne la banalisation de ce produit à chaque renouvellement de contrat : il est peu attractif pour le public d'origine des foyers, alors qu'il l'est beaucoup pour les autres publics.
- A l'intérieur du public traditionnel, quelques personnes ont privilégié leur autonomie et leur confort, et occupent un studio depuis leur mise en service. Ils nous ont fait sentir à quel point cette démarche n'était pas habituelle au vu de leur trajectoire, et nous ont longuement expliqué leur choix « *le studio, c'est la liberté, pas le confort. Le confort, je m'en fiche. Je veux pas de frictions, je mange ce que je veux, si je mange ou pas, personne ne le sait.* »

Deux d'entre eux ont des enfants en France et le reste de la famille en Algérie, un autre a ses enfants en France, et sa femme, qui vivait en Algérie est décédée – son studio est son seul logement.

- Enfin, des résidants malades et en perte d'autonomie, qui ont accepté ce changement sous la pression de leurs soignants et de l'équipe Adoma, et qui, pour les deux que nous avons rencontrés, en sont pleinement satisfaits.

Les espaces collectifs : salle TV, salle de prière et espaces extérieurs

La vie collective s'organise entièrement à l'intérieur du U déterminé par les bâtiments : la galerie est le cœur de l'espace public de la résidence, à la fois lieu de séjour – les résidants y installent leurs fauteuils – et d'échanges. On peut y surveiller les entrées, les allées et venues. Elle est pratiquée toute l'année, sauf conditions météorologiques très défavorables.

La salle de télévision donne sur la galerie, elle est le lieu des animations. Elle disposait d'un coin cafétéria, qui est fermé faute de personnel pour la prendre en charge. La salle est climatisée, ce qui permet une ouverture l'été aux moments de forte chaleur. Elle prend alors le relais de la galerie comme lieu collectif.

Le modeste petit jardin potager occupe un côté de cet espace central. Le « jardinier » y plante essentiellement des herbes (menthe, coriandre, persil), des salades et des tomates, qu'il distribue à ceux que cela intéresse. Dans le même esprit, un résidant a apporté des plants de framboisiers, qui s'épanouissent dans la haie, les framboises étant grappillées et volontiers offertes aux visiteurs. Trois chats ont élu domicile à la résidence. Ils ont un « père » qui les nourrit. L'achat de graines pour le potager et de nourriture pour les chats se fait avec l'aide des résidants les plus attachés à cette forme de vie commune.

La salle de culte du foyer est très fréquentée et investie par les résidants. Très bien entretenue, elle fait souvent l'objet de demandes d'amélioration de leur part.

Auparavant, c'était la seule salle de prière du quartier, elle accueillait de nombreux pratiquants de l'extérieur, et elle était le lieu de tensions entre communautés musulmanes. Dans ce contexte tendu la ville a aidé à l'ouverture d'un lieu de culte dans le quartier. Dans l'esprit des responsables de la résidence, la salle de prière redevient donc un lieu réservé aux résidants du foyer.

L'ambiance dans le foyer

Aux yeux des résidants, le foyer Normandie est « *le meilleur de Grenoble* » ; « *Il est bien, calme, propre* ». Deux éléments concourent à ce résultat :

- La gestion de la résidence. L'équipe d'abord : la responsable de résidence, à ce poste depuis 9 ans, est dite « droite » par un résidant, « carrée » par un autre, façons d'exprimer une méthode de régulation de la vie du foyer assortie d'une forte implication « *il y a un gars qui est malade, elle va le voir à l'hôpital, tu te rends compte....* ». Ensuite la présence et la disponibilité de l'ouvrier de maintenance et d'un gardien de nuit (ils logent là) « *Si on a besoin de quelque chose, chaise, table, un drap, une ampoule, on l'a* ». « *J'ai fait appel à l'ouvrier une fois pour une serrure, une fois pour une fuite à l'évier, ça a été fait en deux jours maximum* ». Les services rendus vont au-delà d'un suivi matériel, ces deux personnes apportent l'une et l'autre une aide discrète à ceux qui ont des difficultés de mobilité. Enfin, tous citent la propreté des espaces collectifs, tant intérieurs qu'extérieurs.

- L'âge et l'ancienneté dans le foyer de beaucoup de résidents : ils sont nombreux à faire le lien entre le calme de la vie au foyer et l'âge de ses habitants. « *Ici, c'est des gars qui sont un peu âgés, c'est calme* ». Cet état de fait est apprécié en référence à un passé décrit comme plus turbulent. « *Avant, beaucoup buvaient en rentrant du chantier, c'était la bagarre tous les jours. Aujourd'hui, c'est fini, la prière, elle fait beaucoup de choses, et puis l'âge...* »

Ces éléments renforcent l'attractivité du foyer pour les maghrébins âgés de l'agglomération. De fait, parmi les 43 personnes entrées en 2006 :

- 27 sont originaires du Maghreb
- 18 sont retraités, pensionnés ou au RMI
- 15 viennent d'un autre foyer Adoma et 7 d'hôtels meublés.

Pendant la même période, il y a eu 7 sorties de résidents de plus de 60 ans, dont 2 décès et 4 retours au pays.

Les attentes des résidents par rapport à la vie du foyer, à son équipement

Il n'est pas simple d'aller, dans les entretiens avec les migrants âgés, au-delà du constat que « *ça va...* ». La question d'éventuelles améliorations pour favoriser leur vie quotidienne fait référence, pour eux, aux conversations avec l'équipe Adoma, qui propose un changement de chambre, ou y incite. Leur crainte du changement est réelle, et il leur est difficile de faire la différence entre ce qui leur est proposé et ce qui leur est imposé, dans le cadre d'une réhabilitation lourde par exemple. D'où cette volonté de dire que tout va bien, qu'on a besoin de rien, qu'ici c'est bien. Les seules demandes concernent l'aménagement des escaliers et la pose d'une rampe pour la descente – les deux migrants concernés indiquent bien qu'ils ne veulent pas aller dans la montée avec ascenseur car il s'entendent bien avec leurs voisins.

Par contre, ils sont plusieurs à exprimer leur souhait de voir leur chambre repeinte.

4. Rapport à la ville, à l'espace et aux services urbains

L'ensemble des résidents rencontrés souligne la bonne intégration urbaine du foyer. Bonne situation dans le quartier d'abord : la résidence est à un jet de pierre d'un grand centre commercial régional « Grand Place », où ils trouvent une grande variété de commerces et de services. Plusieurs cabinets médicaux et infirmiers sont à proximité. Cette insertion dans le quartier favorise les allers-retours fréquents entre la résidence et le quartier, ce qui est le cas de la plupart des résidents. La sortie du matin est un rituel quotidien pour la plupart – pour une course, un café, ou pour prendre l'air.

Par ailleurs la résidence est desservie par une ligne de tram qui relie le centre de Grenoble à la mairie d'Echirolles. L'arrêt est situé exactement devant le foyer, et les trams très fréquents. Les résidents usent largement de la liberté que leur offre cette situation, en fréquentant par exemple les marchés du centre ville, ou en choisissant un médecin hors du quartier.

Le tram permet aussi l'accès facile à la gare, première étape des départs vers le pays – les résidents allant prendre l'avion à Lyon.

Il s'agit là pour eux, et massivement, d'un motif de satisfaction.

5. Ici et ailleurs : parcours résidentiels des résidents et allers-retours

Trajectoires en France

Plusieurs des résidents rencontrés, qui étaient ou sont encore ouvriers dans le bâtiment, ont connu, lors de leur arrivée en France, des conditions de logement d'une totale précarité. Pour certains, ce furent des lits superposés dans des baraques en bois sur les chantiers, des sanitaires extérieurs, la boue et le froid en hiver, les commerces très distants. Pour d'autres, des logements insalubres et surpeuplés dans le parc ancien des centres des villes, dans des hôtels meublés. *« On habitait dans les vieux quartiers, il n'y avait pas de douches. On a souffert, on était 4 dans les chambres, on allait aux douches municipales »*

Ils se souviennent encore – au point de citer la date – de leur arrivée dans le foyer, neuf, propre et chauffé, avec un espace individuel – et des douches chaudes au retour des chantiers.

Le rapport au pays et les allers-retours

Parmi les 13 résidents rencontrés, un seul n'a plus de rapports réguliers avec son pays d'origine.

Les 4 résidents encore actifs passent leurs vacances au pays, un mois par an pour 3 d'entre eux, le quatrième reste deux mois, dont un mois de congés sans solde. Pour chacun d'entre eux se pose la question de l'organisation de leur retraite. Deux d'entre eux disent vouloir s'installer définitivement au pays – ils disposeront d'une retraite complète. Cela n'empêchera pas les retours épisodiques en France *« je reviendrai parfois, quelques jours comme cela, chez un copain »*. L'un ne sait pas, et le dernier fera des allers-retours.

Tous les autres, retraités, et âgés de plus de 70 ans pour 4 d'entre eux, passent chaque année plusieurs mois au pays *« les vieux, tu sais, ils vont et viennent entre les deux, lentement... »*. Il est difficile de leur faire préciser les modalités et contraintes de l'organisation de ces voyages, au-delà d'une tendance majoritaire à être au pays pendant le ramadan.

On citera notamment :

- La législation restrictive, qui impose 9 mois de présence en France pour toucher les minima sociaux, est une contrainte forte.
- Les relations que le migrant entretient avec sa famille *« au pays, il y a des moments où cela se passe bien, et d'autres où il y a des problèmes »*.
- Les problèmes administratifs
- Mais aussi la volonté de se soigner en France.
- Les ressources *« les voyages au pays, ça dépend de l'envie, des moyens »*
- Et, bien entendu, la composition de la famille : une femme jeune, des enfants en bas âge, incitent à des retours fréquents. A contrario, ceux dont les enfants sont adultes et mariés, ceux dont une partie des enfants vit en France partent moins souvent ou moins longtemps. Certains souhaiteraient un regroupement familial, ou la venue d'autres enfants en France pour y travailler *« j'ai un fils en Alsace. Les autres enfants, ils voudraient bien venir, on leur donne pas le visa. Le bazar que ça fait en France ! »* Plusieurs d'entre eux – les Algériens essentiellement – nous ont dit leurs difficultés face à des enfants adultes qui ne trouvent pas de travail dans leur pays

Les personnes au contact des résidents, équipe Adoma, soignants et aides à domicile insistent tous sur la rapidité des décisions de départ aussi bien que de retour. Il s'agit sans aucun doute pour les migrants du principal espace de liberté, construit à partir de l'ensemble des contraintes de leur parcours personnel et professionnel. Le moment de la retraite – à égalité en cela avec l'ensemble de la population générale du même âge – voit s'effacer la contrainte du temps des congés payés, et fait place à une liberté de bouger, qu'ils utilisent pleinement tant que leur santé le leur permet. C'est dans cette

période que les contraintes administratives liées au mode de fonctionnement de leur retraite pèsent le plus lourd – et suscitent le plus de conduites de « petits arrangements ».

Le vieillissement et la maladie transforment progressivement la donne. Les séjours à l'hôpital, les traitements contraignants sont autant d'éléments qui s'ajoutent à la pénibilité accrue du voyage lui-même. Et il faut prendre en compte la capacité de la famille à prendre en charge un vieillard malade. En fonction des situations individuelles, les modalités des allers-retours changent, du retour définitif en fin de vie (fréquent) à la rupture de fait avec le pays.

B - Les actions autour de la question du vieillissement

1. Historique, état des réflexions et pratiques autour de la question du vieillissement

Prise en compte de la question du vieillissement à la résidence Normandie

Le vieillissement des résidants au sein de la résidence Normandie est un phénomène perçu de longue date. La réhabilitation du foyer en 1995, avec la création d'une offre nouvelle diversifiée (les studios adaptés au handicap, des chambres accessibles par ascenseur) était une réponse à ce besoin émergent.

Cependant, l'équipe note un accroissement actuel du vieillissement : augmentation des résidants dont l'autonomie diminue plus qu'apparition de pathologies lourdes.

Au sein de l'agence Adoma de Grenoble, il n'y a pas de projet particulier concernant la résidence Normandie. Il s'agit cependant de mieux exploiter les studios adaptés pour personnes à mobilité réduite.

La veille au sein du foyer : alerte et gestion des situations problématiques

Le gardien de nuit logé sur place rend des services : appels d'urgence (SAMU, pompiers, police...). Il s'agit d'une sécurité, d'un élément rassurant, cité comme tel par les résidents même si nombre de résidents sont en mesure d'appeler les urgences, pour eux ou un voisin.

« *Il donne de petits coups de mains le week-end, c'est humain.* » Il peut aussi ouvrir une porte en cas de perte de clés.

Une assistance est apportée à nombre de résidants fragilisés :

- La responsable de résidence est sollicitée pour le suivi des traitements médicaux. Elle assure la lecture des ordonnances, l'explication des traitements, la préparation des départs au pays avec écriture du traitement sur chaque boîte de médicaments, ...ou bien elle oriente vers la bonne personne quand c'est nécessaire, par exemple un rendez-vous avec l'assistante sociale quand il faut remplir un questionnaire préparatoire à une anesthésie.

Par ailleurs, elle suit les malades, va les voir à l'hôpital, s'informe au retour.

Ce sont les voisins d'un résidant qui bien souvent viennent la voir « *on n'a pas vu X... depuis hier* » : dans ce cas, elle se rend dans la chambre, au besoin avec son passe.

- L'ouvrier de maintenance fournit à tous des petits coups de main, déménagement ou remise en place de meuble, installation d'un petit élément pour faciliter la vie, bricolage à la demande... mais il va au-delà avec 4 ou 5 personnes qui ne peuvent pas se passer de lui : ils les aident à monter et descendre les escaliers, il fait les courses. Pour un résident dans une unité de vie avec douche commune, il lui installe une chaise dans la douche pour qu'il puisse se laver. Et « *je soutiens le moral* », dit-il.

Il reste un point noir dans cette veille : les sorties d'hôpital.

Un certain suivi des résidents isolés en difficulté est donc intégré au fonctionnement du foyer, comme un état d'esprit plus que comme des tâches à réaliser. Il semble que cette aide, qui vient en parallèle de « coups de main » que les résidents se donnent entre eux, soit efficace pour des personnes en perte de mobilité – difficultés à marcher, perte de vision, maladies chroniques. Elle est totalement insuffisante pour les pathologies lourdes et pour les résidents souffrant de troubles psychiatriques dont le maintien dans une structure de vie collective de type logement-foyer est inadapté.

Accès aux droits et aux services de droit commun des résidents vieillissants

La résidence Normandie dispose de la présence tous les matins d'une responsable adjointe en charge de l'accompagnement social – poste financé par une subvention AGLS⁵.

Elle aide les résidents dans leurs démarches administratives, en lien avec les services de droit commun, les assistantes sociales de la CRAM et du CCAS le plus souvent.

Elle mène par ailleurs des actions d'animation dans deux directions :

- Des actions d'information et de prévention, axées sur la santé. qui sont faites par les intervenants de l'association « Trait d'Union Santé » - et financées par la commune. Et un médecin généraliste du quartier vient, avant le ramadan, donner des informations sur la conduite des traitements pendant le ramadan.
- Des actions d'animation culturelle, pour lesquelles elle n'a, dit-elle, pas de succès. Après avoir proposé un accompagnement à un spectacle, avec invitations gratuites, elle va tenter de faire venir des intervenants extérieurs pour des activités. Il ne s'agit en aucun cas d'une demande des résidents, mais plutôt d'une volonté de l'équipe de lutter contre la solitude et le repli sur soi qui caractérise le mode de vie au foyer de ceux qui ne sont plus actifs.

Les partenariats : mise en place, fonctionnement

Le partenaire essentiel de la résidence en ce qui concerne la prise en charge des vieux migrants est le CCAS d'Echirolles, dans un département où les CCAS sont très impliqués sur cette thématique.

Dès les années 1975, la ville d'Echirolles s'est préoccupée du maintien à domicile des personnes âgées, et a créé une Direction des Personnes âgées au CCAS.

Le problème du vieillissement de la population étrangère de la commune a émergé il y a 7 ans environ, mais ce phénomène reste peu visible, les familles prenant le plus souvent en charge leurs personnes âgées. La situation des migrants dans le foyer Adoma est plus difficile, compte tenu à la fois de l'inadaptation des logements, du milieu totalement masculin, de leur culture et de leurs rapports avec leur famille dans le pays d'origine.

Le partenariat est maintenant installé avec la résidence Normandie. Le CCAS insiste sur la qualité de la relation établie avec l'équipe qui gère la résidence, qui permet d'agir avec pragmatisme et réactivité, pour l'accès aux services de droit commun des résidents – notamment dans la gestion des urgences ou des situations difficiles.

⁵ L'Aide à la Gestion Locative Sociale est versée aux gestionnaires de résidences sociales. Elle est destinée à financer le surcoût de gestion lié aux difficultés d'insertion que peuvent rencontrer les populations accueillies, dont les travailleurs immigrés vieillissants.

Mais la directrice du CCAS insiste sur le contexte général de cette collaboration : elle a pour objectif l'accès aux droits d'un public spécifique habitant la commune, et ne signifie en aucun cas un partenariat plus global avec Adoma, ou une participation à ses projets – d'où des réponses toujours positives quand il s'agit de débattre d'améliorations qui concernent directement la résidence, sans que le CCAS réponde pour autant à des invitations à des groupes de travail à une échelle autre que communale.

2. Prise en compte de la dépendance et des pathologies

La santé des migrants à la résidence Normandie : état des lieux

Le vieillissement de la population du foyer apparaît comme un phénomène très progressif. La plupart des plus de 60 ans ralentissent leurs activités avec l'augmentation des difficultés liées à l'âge, et l'apparition de maladies, en l'occurrence le diabète et les maladies cardio-vasculaires. La perte d'autonomie se manifeste par la forte baisse de l'acuité visuelle, la difficulté à bouger et à monter les étages, la fatigue...

Parmi les 125 résidents de plus de 56 ans, ils sont quelques-uns (entre 10 et 20 ?) à présenter un état de santé plus dégradé. Parmi eux, ceux qui sont pris en charge par l'APA, et ceux qui font appel à l'assistance de voisins ou de l'ouvrier de maintenance pour les aider dans la vie quotidienne. Ce groupe ne peut que croître à court terme.

L'adaptation du bâti

La responsable de résidence effectue régulièrement des adaptations ponctuelles, à partir d'une programmation globale d'améliorations, ou en réponse à un besoin précis d'un résident. Ont été faits récemment :

- L'adaptation de la luminosité des espaces collectifs
- La pose de sièges abattants et barres d'appui dans les douches (12 sur 30 en 2007)
- La commande de 10 lits surélevés et de 10 fauteuils pour les 10 migrants âgés qui sont les plus présents au foyer.

Compte tenu de l'importance du nombre de chambres de 9 m² (les 2/3 de l'offre), il est inéluctable qu'y habitent des migrants âgés ayant des difficultés à marcher et monter les escaliers. La pose de rampes des deux côtés apparaît comme indispensable, tant aux responsables qu'aux résidents.

Le rapprochement de l'offre de logements et des besoins

La résidence dispose a priori de logements adaptés au vieillissement. Les chambres de 12 m² ont des sanitaires intérieurs, avec une douche à l'italienne, et 24 sont accessibles par l'ascenseur. Et les studios en rez-de-chaussée sont aménagés pour personnes à mobilité réduite.

Mais la décision par le résident d'intégrer un logement adapté fait intervenir un processus de décision variable en fonction de chaque migrant. Quelques grandes lignes se dégagent :

- Les studios sont « *trop chers* ». Un résident malade et handicapé a accepté cette solution et s'en dit très satisfait, mais il faut noter qu'il n'a plus que des relations très distantes avec le pays. Il est veuf, et n'a pas de logement là-bas, même s'il va irrégulièrement chez ses grands enfants.
- Un autre résident nous a fait part de son étonnement à se voir proposer un logement confortable, mais petit, pour lui seul, alors que ses demandes de regroupement familial n'ont jamais abouti. Si c'était plus grand, et qu'il puisse faire venir sa femme, alors là oui.

Faute de pouvoir laisser vide un studio en attendant une situation d'urgence, la direction les loue à de nouveaux publics.

Le déménagement pour une chambre de 12 m² suscite trois types de réactions :

- Il se fait fréquemment à la demande d'un migrant
- Mais il peut aussi être proposé par l'équipe Adoma, et refusé à cause des liens instaurés dans l'unité de vie
- Enfin, il faut prendre en compte le coût de ce changement, différent pour chacun en fonction de ses ressources

Né en 1934, Mr M. est malade et a beaucoup de mal à marcher et bouger. Il est sorti récemment d'un séjour en maison de repos. C'est un fils qui habite l'agglomération de Grenoble qui s'occupe de lui. A son retour, il est apparu que monsieur M. ne pouvait pas réintégrer sa chambre au 4^{ème} étage. Trois propositions lui ont été faites : un studio, une chambre de 12 m² accessible par ascenseur, et une chambre dans sa cage d'escalier au 1^{er} étage. Il a refusé le studio, mais aussi la chambre de 12 m², car elle lui aurait coûté 50 euros de plus par mois.

En effet, Monsieur M. est remarié avec une femme jeune, il a de jeunes enfants – le dernier a 4 ans. Toutes ses ressources disponibles vont à l'entretien de cette famille. Donc, en dépit de difficultés évidentes – il est tombé récemment dans l'escalier et ne pouvait pas se relever seul – il a choisi la solution la moins chère, il est entré dans une petite chambre de sa cage d'escaliers au premier étage.

Compte tenu du volume important des chambres de 12 m², il est cependant plus facile de les attribuer progressivement à ceux qui en ont le plus besoin.

Actions de prévention et d'information au sein du foyer

Des partenariats ont été mis en place, certains de longue date, autour de la question de la santé des migrants :

- Plusieurs animations ont eu pour objet de présenter l'APA, avec le CCAS. La démarche de recours reste difficile – 2 résidents en auraient vraiment besoin.

- La résidence travaille régulièrement avec un médecin généraliste qui connaît bien ce public, et qui est très impliqué dans le tissu associatif. Plusieurs séances d'information ont été organisées en fonction des besoins, par exemple des informations sur les conditions d'un traitement du diabète, avant le ramadan. En effet nombre d'entre eux suspendent toute prise de médicament pendant la journée pendant cette période, ce qui peut compromettre leur état, en particulier pour les diabétiques. Certains, qui ont intégré ces recommandations médicales, ne partent plus au pays à ce moment-là, pour ne pas subir la pression de la famille et continuer à se soigner.

- l'association Trait d'Union Santé organise tous les ans une campagne de vaccination gratuite contre la grippe, financée par la mairie.

Les aides et soins à domicile au foyer

Actuellement, deux résidents ont une APA, l'un étant pour l'instant en séjour prolongé au pays. L'aide est assurée par le CCAS. La directrice du service personnes âgées souligne qu'il existe une très bonne collaboration avec la résidence pour la prise en charge des migrants âgés. Et c'est indispensable, car la mise en place de ces aides se fait toujours dans des conditions difficiles :

- Du point de vue du logement : même en studio, il n'est pas facile de prendre en charge quelqu'un en fauteuil roulant, par exemple. Et dans les unités de vie, l'aide à la toilette « *est quasi impossible* ».
- Du point de vue du migrant lui-même : ils ne se laissent convaincre que dans l'urgence, il faut une forte pression médicale, et ce sont donc des situations relativement graves.
- Du point de vue des intervenantes : « *Il faut les convaincre, c'est un milieu d'hommes, il faut des filles qui aient une bonne qualification* »(la directrice du service)

Face à ces situations, la résidence exerce une veille, la responsable est consciente des difficultés, elle prévient quand il y a urgence, mais aussi au moment des départs et retours. Le CCAS et la résidence ont adopté un fonctionnement souple. Une fois que l'intervention est calée, organisée, il n'y a plus de problème.

Les soins à domicile sont effectués par des infirmiers libéraux, choisis par les résidents.

Mais les partenaires (cabinets infirmiers, CCAS) mettent en lumière les échecs « *les cas où on n'a rien pu faire* ». Notamment deux cas récents de dépendance qui nécessitaient une prise en charge en EHPAD refusée par les intéressés. Cela a donné lieu à des errances des personnes, des retours au pays après un séjour à l'hôpital en France.

A contrario, le CCAS a pu organiser l'entrée d'un migrant en fauteuil roulant dans le foyer-logement de la ville, suite à un regroupement familial : sa femme est venue le rejoindre pour s'occuper de lui. Mais il disposait de famille en France qui a fait les démarches et organisé cette mobilité. Le couple a cependant deux enfants mineurs, dont on ne sait pas s'ils pourront les rejoindre.

3. Les besoins des résidents perçus par le personnel Adoma et les partenaires

Les limites de la prise en charge à la résidence Normandie

Les limites liées au bâti sont mises en avant par le CCAS qui souligne la difficulté d'intervenir dans les chambres, mais émet aussi des réserves sur les risques courus dans les studios par les malades en fauteuil roulant.

Les limites peuvent être liées aux pathologies ou à la perte d'autonomie : troubles psychiatriques, personnes qui ont besoin d'être entourées, personnes très dépendantes - Le foyer n'est pas un EHPAD.

Elles proviennent également des parcours de vie des migrants. Quand arrivent à la fois la dépendance et des pathologies lourdes, aussi bien l'équipe Adoma que les soignants font des récits dramatiques de fins de vie, à cheval entre le pays et le foyer, avec impossibilité de trouver quelque part une prise en charge acceptable. Les migrants refusent les EHPAD, tant pour le mode de vie collectif que pour les contraintes financières. Mais les familles ne sont pas toutes prêtes à prendre en charge un vieillard dépendant et certaines mettent le malade dans un avion pour un hôpital en France.

Mr D. était déjà dépendant dans la résidence, mais il le cachait, et se faisait aider par un voisin pour les soins. Puis il est parti « définitivement » au pays, mais il a craqué, et il est rentré en France, dans un état qui nécessitait une hospitalisation. À la sortie de l'hôpital, il n'a pas voulu intégrer un EHPAD, et il est reparti au pays. On n'a pas de nouvelles depuis.

Besoins identifiés et pistes d'action proposées

- Des aménagements (rampes, lits...) : il s'agit de pouvoir répondre aux besoins des résidents au cas par cas.
- Mieux utiliser les studios : la résidence est en capacité d'améliorer la prise en charge de la baisse d'autonomie à partir d'une meilleure utilisation des logements existants. Comment mieux accompagner les résidents, pour qu'ils soient en capacité de prendre un studio quand l'un d'eux se libère ? Outre la nécessité d'avoir des échanges réguliers avec eux, de leur faire mesurer le confort de vie de ceux qui disposent d'un tel logement, il reste pour certains le surcoût du changement. Une réflexion est à mener avec les partenaires sur des modalités ponctuelles de réduction de cette augmentation de la redevance, sachant que cette aide serait minime (quelques personnes concernées par an, moins de 5 sans doute). Des simulations de reste à payer peuvent être faites.
- L'équipe de la résidence souligne le besoin d'une médiation santé régulière (2 fois par semaine par exemple) qui serait tenue par une infirmière. Le suivi des traitements pose souvent problème : ordonnances incompréhensibles, intégration par le malade de la nécessité du suivi du protocole, préparation des voyages au pays et des séjours à l'hôpital ... C'est également dans ce cadre que pourrait être envisagée une préparation à la fin de vie, la permanence s'assurant de disposer d'éléments sur la famille au pays, par exemple.

Le partenariat départemental

Le schéma gérontologique de l'Isère, adopté en juin 2006, comporte une fiche-action « prise en charge spécifique à domicile des personnes immigrées âgées », ce domicile s'entendant aussi bien en diffus qu'en résidences sociales ou FTM. Cette fiche est l'émanation d'un groupe de travail partenarial impulsé par le Conseil Général et dans lequel Adoma s'est impliqué.

Les actions proposées ont pour objectif d'améliorer l'accès aux soins, en liaison avec le droit commun, de soutenir le maintien à domicile par l'adaptation des logements, y compris dans les résidences sociales et les FTM, de réfléchir à des unités de vie adaptées, de développer des actions de prévention, de former les professionnels pour aider à la prise en charge de ces publics.

Mais l'écriture de cette fiche n'a pas eu de suite pour l'instant, car il manque au service Personnes Agées du Conseil Général une personne ressource sur ce sujet, dans un service saturé où, au dire de la responsable « on gère l'urgence ». Il s'agit pourtant d'une volonté politique. Pour l'instant, le Conseil Général finance des actions en fonction des projets présentés, il veut aller plus loin et des aides sont à l'étude.

PERSONNES RENCONTREES

12 résidents

Equipe Adoma :

- Francis Blanc, directeur d'agence
- Elisabeth Piskorz, responsable d'établissement
- Peguy Werhlé, responsable adjointe chargée de la gestion sociale
- Djamel Benhamed, ouvrier de maintenance
- A. Bennamar, gardien de nuit

Partenaires

- Mme Briot, CCAS, responsable du service personnes âgées
- Mme Roy, CCAS, responsable du service aides à domicile
- Mme Bourdat, CCAS, coordinatrice personnes âgées
- Mme Chevaux, CG de l'Isère, responsable personnes âgées
- Mrs Ahaye et Clairat, infirmiers

RESIDENCE « ESSO » **2, boulevard Louise Michel – 92230 GENNEVILLIERS**

Localisation du foyer dans la ville

La résidence Esso est l'un des quatre foyers que compte Adoma à Gennevilliers.

Elle se situe dans la zone industrielle de Gennevilliers, à environ 15-20 min à pied du terminus de la ligne 13. Le bus 177, dont un arrêt se trouve juste devant la résidence, dessert la station de métro ainsi que le centre de Gennevilliers.



A - La vie des personnes vieillissantes a la résidence Esso

1. Descriptif du foyer et de son occupation

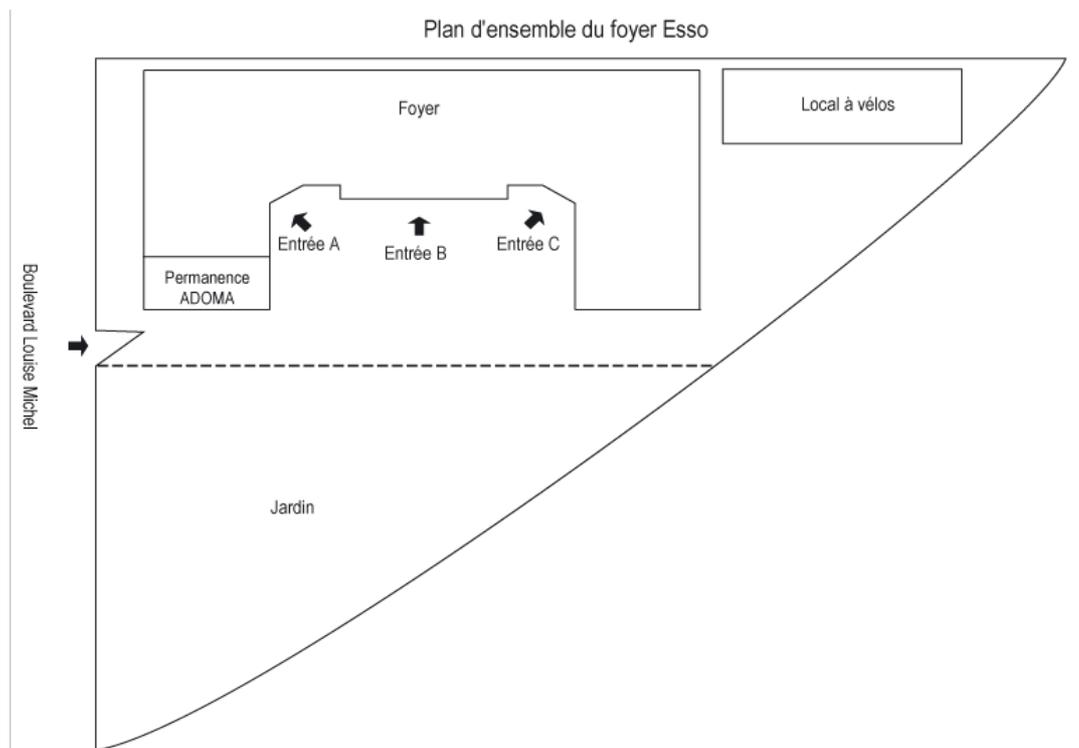
L'équipe Adoma au foyer

- Une responsable de résidence (en poste depuis avril 2007) est présente sur le foyer à mi-temps. Ses missions sont principalement axées sur la gestion locative (recouvrement des redevances, prévention des impayés...); elle a également un rôle de veille et d'orientation vers des partenaires extérieurs. Le bureau est ouvert aux résidents 3 jours par semaine (lundi, mercredi, vendredi après-midi); ils s'y rendent pour payer le loyer, pour faire part d'un problème d'entretien, pour obtenir un conseil sur des démarches administratives...
- Intervient également sur le foyer une responsable de résidence en charge des questions liées au vieillissement sur les 4 foyers de Gennevilliers.
- Un ouvrier de maintenance et un technicien de maintenance assurent les tâches d'entretien des locaux collectifs et des habitations.
- Le ménage des parties communes est sous-traité à une entreprise extérieure, ainsi que le lavage des draps (tous les 15 jours).
- A noter qu'aucune personne n'est à temps plein sur le foyer, aussi bien les responsables que les ouvriers de maintenance travaillent sur plusieurs résidences à la fois.

Description physique de l'espace

L'immeuble, construit dans les années 1920/30, se compose de trois cages d'escalier (deux de 5 étages et une de 6 étages). Le foyer, mis en service en 1979 et réhabilité en 2000 (date de son passage en résidence sociale), comprend 91 logements au total.

On accède aux entrées des cages d'escalier avec un digicode. Dans chacun des halls, sont installées les boîtes aux lettres au nom de chacun des résidents. L'un des halls dispose d'un téléphone à carte.



Il n'y a pas de logements de plain-pied, les logements au rez-de-chaussée se trouvent en fait à la hauteur d'un demi-étage.

Les étages sont desservis par une cage d'escalier assez étroite. Il n'y a pas d'ascenseur.

Sur chaque palier, il y a trois portes donnant accès soit à une unité de vie, soit à un studio.

Les unités de vie et les studios

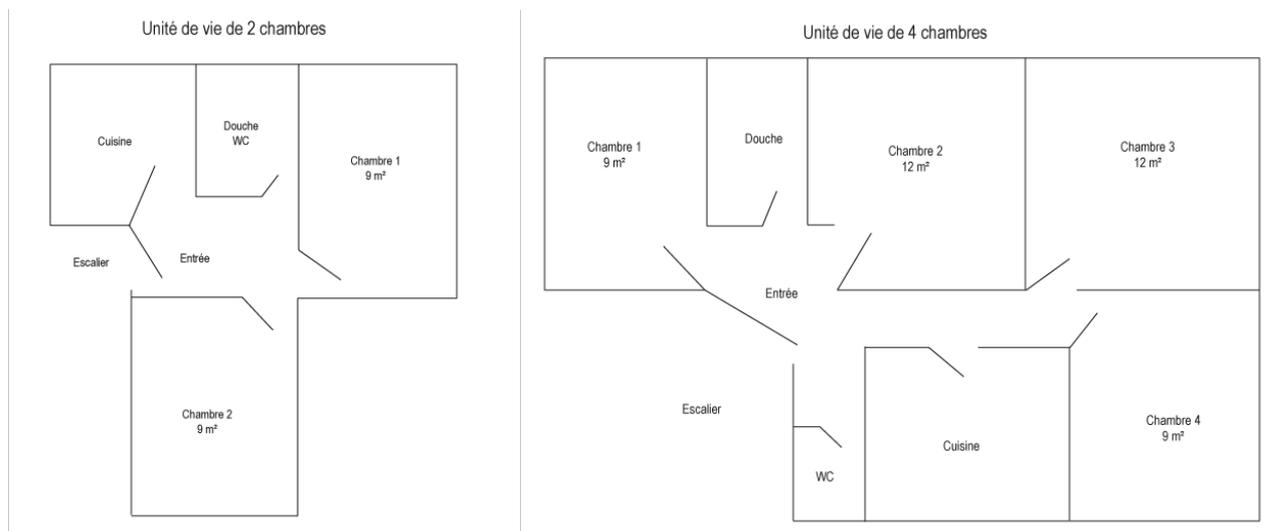
Les 91 logements sont ainsi répartis :

- 22 unités de vie de 2 chambres (9 m²)
- 8 unités de vie de 3 chambres (9 m²) dont une chambre en location alternée pour 3 résidents retraités
- 3 unités de vie de 4 chambres (9 m² et 12 m²)
- 11 T1 (15 m²)

Les unités de vie sont composées d'une cuisine commune (équipée d'une gazinière, d'une table et de chaises), d'une salle de douche avec WC, de toilettes séparées et d'un couloir qui dessert 2, 3 ou 4 chambres selon les unités de vie. Chaque chambre dispose d'un lavabo, d'un lit, d'une table, de deux chaises, d'une commode et d'un réfrigérateur ainsi que de branchements pour la télévision et le téléphone.

Les studios se composent d'une entrée, d'une cuisine séparée (équipée d'un réfrigérateur, d'une gazinière, d'une table et de chaises), d'une salle de douche avec lavabo et WC et d'une petite chambre meublée d'un lit, d'une table et d'une armoire.

Toutes les douches sont surélevées d'une marche.



Les espaces collectifs

Le seul local collectif de la résidence est une petite salle d'environ 16 m² avec une table et quelques chaises, pas très conviviale. Le président du comité de concertation en a la clé. Il se trouve devant le bureau où le gestionnaire tient ses permanences.

Le foyer compte également une salle de prière installée en sous-sol.

Il dispose aussi d'un jardin peu aménagé, avec trois bancs, où les résidents ont installé une table.

Il n'y a pas de salle de télévision ni de cafétéria.

Comité de concertation

Les résidents élisent un comité de concertation constitué de deux représentants et de deux suppléants. La responsable de résidence a souvent recours à eux en cas de litige ou de questionnement par rapport à un ou plusieurs résidents. Ils assurent également un relais fondamental par rapport à l'organisation d'activités collectives (fête des voisins, etc).

Modalités d'attribution

Les chambres sont attribuées par Adoma sur proposition de la mairie de Gennevilliers. En effet, dans le cadre d'une convention, Adoma relogé dans la résidence « Esso » des personnes venant de logements insalubres.

Les redevances

Depuis le 1^{er} juillet 2007, la redevance est de 289 € pour une chambre et de 473 € pour un studio. Elle comprend le loyer, les charges, le mobilier et les prestations (ménage des parties communes, changement des draps tous les 15 jours).

Pour les résidents qui perçoivent l'APL, celle-ci est versée directement à Adoma. Son montant maximum est de 270 € pour une chambre et de 451 € pour un studio. Les résidents paient le résiduel (calculé en fonction de leurs ressources par la CAF), le 6 de chaque mois.

A noter le très faible taux d'impayés (1,62% du budget de la résidence au 31/12/06).

Coût du logement pour une personne isolée avec abattement forfaitaire pour double résidence ou charges de famille, allocations logement déduites (reste à payer).

Type logement et redevance	Pour un revenu égal au RMI, à l'AAH ou l'ASPA		Pour un revenu égal à un demi SMIC		Pour un revenu égal à 75 % du SMIC		Pour un revenu égal à un SMIC	
	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre	Reste à payer	Reste à vivre
Chambre 100,40 €	32,02 €	de 362,14 € à 596,08 €	40,68 €	462,01 €	72,24 €	681,79 €	100,40 €	904,97 €
Chambre 289 €	46,90 €	347,26 € à 581,20 €	98,11 €	404,57 €	132,28 €	621,75 €	201,11 €	804,26 €
T1' 474 €	-	-	-	-	218,31 €	535,72 €	-	-

Compte tenu des exigences quant au reste à vivre et au taux d'effort, le T1' dont la redevance est de 474 euros n'est accessible qu'à une personne dont le revenu est équivalent à 75 % du SMIC.

Profils des résidents

Les plus de 55 ans dans la résidence

Les statistiques dont nous disposons portent sur 89 résidents présents au 31/06/07.

Il s'agit d'une population composée quasi exclusivement d'hommes seuls, d'origine d'Afrique du Nord (Maroc principalement), essentiellement retraités ou pré-retraités. Une grande majorité étaient ouvriers dans les usines de Gennevilliers (principalement l'industrie automobile) dont la plupart ont fermé depuis.

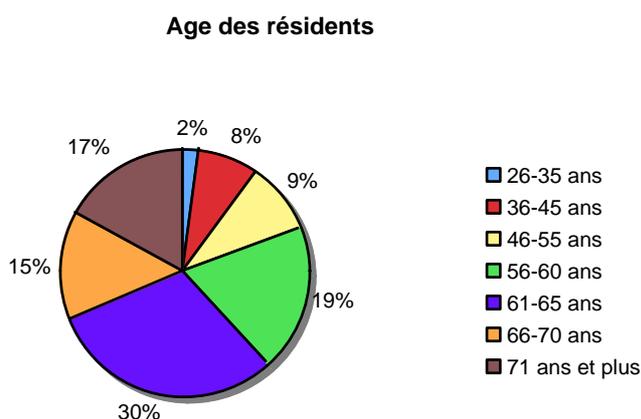
Faible turn over : 6 sorties (dont 2 retours définitifs au pays et 2 décès) et 3 entrées en 2006

Au moment de la réalisation de notre enquête, 87 chambres sur les 91 sont attribuées. A noter également qu'un couple occupe un studio, il s'agit d'un cas exceptionnel lié à la maladie du mari (maladie psychiatrique).

La plus grande partie des résidents a entre 61 et 65 ans (30%).

Au total, 62% des résidents ont plus de 60 ans et 81% ont plus de 55 ans.

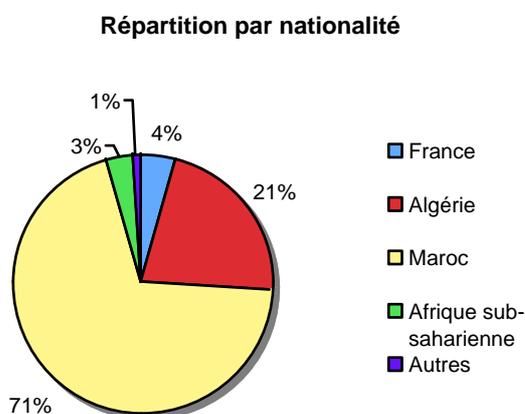
17% des résidents ont plus de 70 ans.



Près des trois quarts (71%) des résidents sont marocains.

Au total, ce sont 91% des résidents qui sont maghrébins.

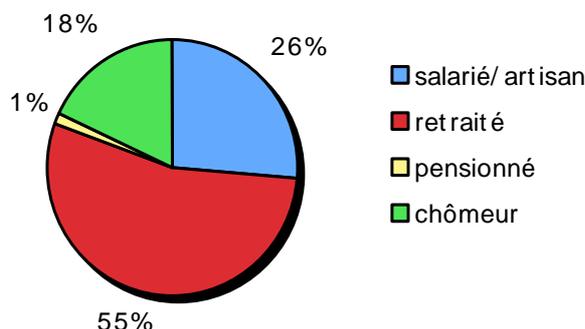
Les proportions sont identiques pour les plus de 55 ans : 71% de Marocains, 26% d'Algériens, 3% autres.



Situation par rapport à l'emploi Plus de 55 ans

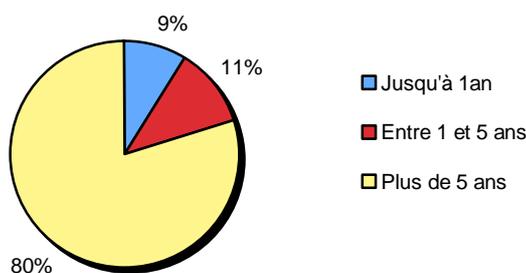
Plus de la moitié des plus de 55 ans est retraitée (39 résidents).

26% (19 résidents) sont salariés et 18% (13 résidents) sont au chômage.



Ancienneté de l'occupation

	Jusqu'à un an		Entre 1 et 5 ans		Plus de 5 ans	
Plus de 55 ans	6	75 %	7	40%	62	87%



Les plus de 55 ans sont 86% à avoir plus de 5 ans d'ancienneté dans la résidence (il sont 8% à être résidents depuis moins d'un an et 6% entre 1 et 5 ans).

Soulignons que, même s'il ne s'agit que d'un petit nombre, les plus de 55 ans représentent les $\frac{3}{4}$ des résidents présents depuis moins d'un an dans la résidence. On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit de travailleurs migrants jusque-là logés dans le parc insalubre de la Ville.

** Nous ne disposons pas du détail pour les personnes présentes depuis plus de 5 ans, les statistiques ne prenant en compte les données que depuis le passage en résidence sociale.*

Situation familiale des plus de 55 ans

La quasi totalité des résidents de plus de 55 ans sont mariés.

	Nb	% (sur le total renseigné)
Marié	64	97%
Célibataire	1	1,5%
Divorcé	1	1,5%
Non renseigné	6	

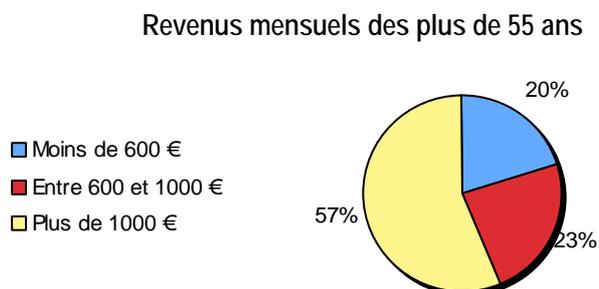
Revenus des plus de 55 ans

Adoma nous a fourni une estimation des revenus mensuels calculés à partir de l'APL pour les plus de 55 ans. Les données portent sur 69 résidents parmi les 72 concernés, étant donné qu'il n'a pas été possible d'estimer le montant des ressources pour les 3 résidents en chambre à location alternée. Les revenus ainsi calculés se répartissent comme suit :

Plus de la moitié des résidents de plus de 55 ans, soit 39 personnes, a des revenus mensuels supérieurs à 1000 €.

31 d'entre eux ne perçoivent pas d'APL.

Soulignons également que 20% des résidents (14 personnes) disposent de revenus inférieurs à 600 € par mois.



2. Utilisation physique de l'espace et vie quotidienne

Au regard de sa taille, de sa configuration et du peu d'espaces collectifs, la résidence Esso se caractérise par une assez forte « banalisation » : la résidence se présente comme un immeuble ordinaire. La vie des résidents dans le foyer se déroule principalement dans les chambres, et –dans une moindre mesure– dans les unités de vie dans leur ensemble. En outre, eu égard à la taille des chambres notamment, la vie quotidienne des résidents est tournée sur l'extérieur : sorties au marché, au foyer des Grésillons...

A l'heure où la grande majorité des résidents a plus de 55 ans, la résidence montre ses limites en terme de bâti (absence d'ascenseur, d'espaces collectifs...) et sa localisation urbaine excentrée contribue à un certain repli des résidents, même si ceux-ci continuent à valoriser leur habitat à taille humaine, « tranquille ». On peut ainsi rapporter les propos d'un résident comparant la résidence Esso à celle des Grésillons : « *C'est calme ici. Là-bas, il y a toujours la police, toujours des Noirs...* » (résident de 63 ans, marocain).

Les logements : chambres et unités de vie

Au sein du foyer, la vie des résidents est principalement centrée sur leur chambre, bien plus que vers les unités de vie dans leur ensemble. On constate en effet une faible appropriation des locaux collectifs, alors même que les unités de vie sont de petite taille. Les résidents préparent leurs repas à tour de rôle dans la cuisine collective, et mangent soit dans leur chambre soit dans la cuisine, si elle n'est pas occupée. Il n'arrive qu'assez rarement que des repas soient pris en commun. Chacun a l'habitude de faire soi-même, les résidents font état de peu de pratiques d'entraide et d'habitudes communes. A titre illustratif, on peut ainsi rapporter les propos de deux des résidents que nous avons rencontrés.

- Monsieur est marocain. Il a 58 ans et vit à la résidence Esso depuis 7 ans. Il est actuellement au rez-de-chaussée ; auparavant, il était au 6ème étage, c'est lui qui a demandé à changer. Son unité de vie comprend 3 chambres et une cuisine. Il déclare s'occuper lui-même du

ménage et de ses repas ; *« ce n'est pas difficile »*. Quand on l'interroge par rapport à ses relations avec les autres résidents, il dit ne connaître personne ici ; *« chacun est de son côté »*.

- Monsieur est né en 1935 au Maroc. Il est arrivé en France en 1969 dans le Nord pour travailler dans les mines puis a déménagé à Puteaux après avoir trouvé un travail en usine à Gennevilliers et s'est ensuite installé au foyer. Il est actuellement à la retraite. Il fait ses courses et ses repas ; la cuisine de son UV est aussi utilisée par les deux autres résidents *« chacun son tour »*.

Au regard de la problématique du vieillissement, ces conditions et modes de vie posent deux problèmes principaux :

- D'une part, par rapport à l'accompagnement des personnes : les résidents, habitués à ne compter que sur eux-mêmes, ont tendance à adopter une position de repli en vieillissant ; il devient de plus en plus difficile d'entrer en contact avec eux pour identifier leurs difficultés et besoins ;

Une des intervenantes Adoma sur le foyer note *« qu'ils se sont toujours débrouillés seuls, pour ceux qui deviennent dépendants, ils ont dû mal à l'accepter »*.

- D'autre part, par rapport à l'accessibilité et à l'adaptation des chambres : il n'y a pas d'ascenseur pour y accéder, la taille des chambres ne permet pas d'y effectuer des soins dans de bonnes conditions ; les sanitaires (marche dans les douches...) ne sont pas adaptés au vieillissement...

Monsieur, marocain, est âgé de 63 ans. Vivant au 5^{ème} étage, il témoigne de difficulté par rapport aux escaliers ; il nous explique devoir s'arrêter trois fois pour la montée ; *« c'est difficile, surtout quand je reviens chargé du marché »*.

Les espaces collectifs

Les espaces collectifs sont peu investis par les résidents, d'une part parce qu'ils sont peu nombreux, d'autre part parce qu'ils ne sont pas adaptés.

La salle commune n'est pas adaptée pour y développer des activités du fait de sa taille et de sa configuration. Aujourd'hui, elle n'est utilisée que de façon ponctuelle ; ce n'est pas un lieu de vie et de sociabilité. Des travaux sont prévus pour en optimiser l'organisation de l'espace mais elle restera exigüe.

Les espaces extérieurs sont un peu plus fréquentés, en particulier par exemple à l'occasion de l'Aid où des repas sont organisés dehors ; mais étant peu aménagés (à ciel ouvert, table bricolée par les résidents...), l'utilisation qui en est faite reste insatisfaisante.

La salle de prière installée en sous-sol est appréciée par les pratiquants que nous avons rencontrés. La plupart d'entre eux se rendent au foyer Grésillons pour la prière du vendredi.

En comparaison du foyer Grésillons dont la capacité est 3 fois plus importante et qui dispose d'une cafétéria et d'un jardin, la résidence Esso paraît bien mal lotie en termes de lieux de vie collectifs. L'un des partenaires que nous avons rencontrés dit que *« c'est un lieu dépressif, les résidents savent que ce sont les oubliés »*. Ceci renforce la situation d'isolement des résidents ; *« parfois j'ai l'impression qu'ils ne se connaissent pas »* (Adoma).

Les attentes des résidents par rapport à la vie du foyer

Un représentant du comité de concertation a fait part de la nécessité d'une salle commune type salle de télévision. Mais lors des entretiens que nous avons réalisés, les résidents ont fait part de peu d'attentes, si ce n'est par rapport aux ascenseurs. Ce constat fait écho au peu d'habitudes communes existant entre les résidents et à leur difficulté à accepter de se faire aider.

3. Rapport à la ville et aux services urbains

Au niveau institutionnel, il semble que la résidence Esso souffre d'un manque d'intégration dans l'ensemble des dispositifs publics. On notera ainsi que les assistantes sociales de secteur et la coordination gérontologique n'interviennent pas ou de façon très ponctuelle. Ceci n'est pas propre à la résidence Esso mais caractérise l'ensemble des foyers de travailleurs migrants de la commune sachant que leur implantation avait été plus subie que voulue par celle-ci (cf. infra la partie consacrée au partenariat).

Par contre, cette forme d'« extra-territorialité » institutionnelle ne se retrouve pas du tout dans les pratiques que les résidents ont des espaces urbains. Leur vie quotidienne est très tournée vers l'extérieur, même si la plupart de leurs déplacements ont lieu dans une relative proximité.

Les résidents sortent quotidiennement pour aller faire des courses (le marché est à 10 minutes à pied) ou bien encore se rendre au foyer des Grésillons (10 minutes également). « *En général, ils aiment bien aller aux Grésillons car il y a de la vie, il y a la cafétéria* » (Adoma). On peut citer l'exemple d'un résident marocain à la retraite qui se rend au foyer des Grésillons au moins une fois par semaine pour la prière du vendredi ou bien encore celui d'un résident marocain de 60 ans, vivant en France depuis 1971 et au foyer depuis 1979, qui rend visite régulièrement à un cousin au foyer Brenu, et qui a des amis à celui des Grésillons.

Cependant, avec le vieillissement (mobilité réduite, réseau de connaissance qui diminue...), cet atout de l'environnement du foyer perd de son importance. Et quand les résidents sont de moins en moins en capacité d'aller chercher des contacts, des distractions, de l'entraide à l'extérieur, alors l'exiguïté des locaux collectifs du foyer est fortement ressentie.

Les résidents de la résidence Esso sont actuellement presque tous valides, ce qui limite encore l'impact de cette question dont on sait qu'elle va se poser avec de plus en plus d'acuité dans le temps.

Monsieur est marocain. Il est âgé de 60 ans. Il marche difficilement en raison de problèmes veineux, il trouve que les commerces sont loin malgré une bonne desserte du foyer en bus.

4. Lien entre la pratique des allers-retours et le vieillissement

Aux dires de la responsable de résidence, quasiment tous les résidents font des allers-retours entre la France et leur pays d'origine, ici le Maroc. Selon l'un des partenaires que nous avons rencontrés, la pratique des allers-retours vers le pays d'origine est partagée par tous les résidents et s'intensifie au moment de la retraite. Ils partent en général pour 2 ou 3 mois consécutifs et ce plusieurs fois dans l'année.

Selon l'ATMF, la contrainte principale à une libre pratique de ces allers-retours tient notamment aux obligations pour de nombreuses administrations (Impôts, Sécurité sociale ...) de résider plus de 6 mois et un jour sur le territoire français. Il est également souligné la nécessité de rester sur le territoire français dans les périodes de renouvellement de carte de séjour.

En pratique, les problèmes de santé et les problèmes administratifs sont les freins aux allers-retours entraînant des départs retardés ou des annulations.

Il est important de souligner, comme le fait le médecin-directeur du CMS, que les résidents ne constituent « pas un bloc homogène » et qu'on ne peut établir de règles générales sur le lien entre

vieillessement et pratiques des allers-retours. *« Certains font le choix de rester là-bas auprès de leur famille mais c'est rare. Pour d'autres, au contraire, le choix se porte sur le fait de rester ici car là-bas ce n'est plus chez eux. Souvent, quand ils tombent gravement malades, ils restent et meurent là où il sont à ce moment là ; il n'y a pas d'anticipation ».*

Entretien avec un élu du conseil de concertation

Monsieur est originaire d'Agadir au Maroc. Il y a une femme et trois enfants de 24, 19 et 17 ans.

Arrivé en France à 22 ans, en 1968, il a d'abord travaillé en tant que mineur puis a travaillé en 1970 chez Chausson (Gennevilliers) comme cariste. Il y a fini sa carrière comme soudeur. Depuis 2000, il est en pré-retraite, l'usine ayant fermé. Il sera en retraite en janvier 2009.

Il habite depuis 1981 dans le foyer Esso de Gennevilliers. Son installation dans le foyer s'est faite en raison du coût du loyer et de la proximité du lieu de travail.

Depuis son arrivée, il a changé une fois de chambre car il ne s'entendait pas avec son voisin d'unité de vie. Il est actuellement dans une unité de vie qui comporte deux chambres au premier étage. L'autre occupant est un retraité de 70 ans, avec qui il s'entend bien sans pour autant qu'il s'agisse d'un ami. Ils prennent parfois les repas ensemble mais c'est rare, environ 1 ou 2 fois par mois.

Ses journées sont occupées par les courses qu'il fait en bus depuis qu'il n'a plus de voiture, les visites aux amis (anciens collègues) sur Gennevilliers ou Clichy, et les repas souvent pris à l'extérieur.

Il est élu du comité de concertation et, à ce titre, dispose de la clé de l'espace collectif mais le trouve trop petit pour organiser quoi que ce soit dedans. Il regrette qu'il n'y ait pas dans le foyer un espace suffisamment grand pour accueillir une trentaine de personnes. Les fêtes religieuses de l'Aïd, qui regroupent à peu près ce nombre de personnes, se déroulent dans le jardin même pendant l'hiver. Il a formulé auprès d'Adoma au nom de tous les résidents des demandes concernant une salle commune assez grande et une salle de télévision.

Il souligne également qu'un vrai problème est posé par l'absence d'ascenseur, tous les résidents souhaiteraient une chambre au rez-de-chaussée ou dans les 2 premiers étages.

Certains résidents se font aider pour les tâches quotidiennes par la famille quand elle réside à proximité mais la plupart se débrouillent seuls. Aucun résident ne fait appel à une aide ménagère. Il n'envisage pas ce cas pour lui-même. La venue des femmes pour aider est d'après lui une gêne : *« c'est un foyer d'hommes ici ».*

B - Les actions autour de la question du vieillissement

La population est vieillissante à Esso et présente les caractéristiques propres à ces tranches d'âge (fréquence des problèmes de santé et de l'isolement), renforcées par les conditions de vie des travailleurs migrants.

Historiquement, Adoma et les résidents ont développé assez peu de relations avec les institutions et dispositifs locaux. L'émergence de questions nouvelles dans les foyers, en particulier le vieillissement des résidents, implique aujourd'hui de repenser et renforcer ces partenariats.

Outre les partenariats « traditionnels » avec, par exemple, l'association ATMF qui tient une permanence sociale et juridique, des partenariats nouveaux ont été mis en place pour le suivi et l'accompagnement des résidents.

1. Historique et état des lieux des partenariats

L'ensemble des partenaires rencontrés a tendance à porter un regard assez dur sur le positionnement antérieur de la Sonacotra qui ne se préoccupait que peu de l'intégration urbaine et sociale de ses foyers et résidents. Inversement, Adoma se sent souvent démunie face à des collectivités ou institutions qui ne répondent pas à ses sollicitations, alors même qu'il s'agit de leurs compétences propres.

« Prévoir le vieillissement, Adoma n'a jamais rien fait dans ce sens jusqu'à présent ». Et de déplorer globalement l'absence de partenariat qui résultait de *« résistances de tous les côtés, résistances institutionnelles de la ville et de la Sonacotra ».* *« Globalement, on peut parler de démission des*

services sociaux de la commune sur la question ; idem pour le conseil général. Jusqu'à récemment, aucun dossier APA n'avait été monté pour des résidents Adoma sur Gennevilliers » (CMS).

Adoma de son côté insiste sur les difficultés à mobiliser ses partenaires : le CMP est insuffisamment réactif, la coordination gérontologique ne se montre pas assez disponible pour réaliser les évaluations des résidents. Adoma fait l'hypothèse que le public des foyers ne fait pas partie de la population âgée générale que les partenaires ont l'habitude de prendre en charge. Face à des problématiques lourdes combinées aux spécificités de vie des résidents des foyers, les partenaires n'ont pas de réponse adéquate, et ne savent pas quoi faire.

Les entretiens ont cependant mis en avant que ces difficultés avaient aujourd'hui tendance à être levées. **Le partenariat prend véritablement forme** dans une approche globale des 4 foyers Adoma de Gennevilliers. La résidence Esso bénéficie des acquis inscrits dans ce cadre sans bénéficier pour autant d'une approche spécifique. Le changement d'approche est particulièrement bien perçu. On citera par exemple, à l'initiative d'Adoma, les actions de formation de tout le personnel de l'agence de Gennevilliers : des interventions du CMS, du secteur psychiatrique, de la CRAMIF ayant pour objectif de donner des informations pratiques sur le réseau gérontologique local et son mode d'interpellation. A noter également les interventions du CMS et de la CRAMIF dans les foyers pour des séances d'informations des résidents sur des sujets administratifs ou sanitaires. Les partenaires insistent sur la nécessité de veiller à utiliser les ressources locales, la complémentarité des interventions étant un facteur de leur continuité dans le temps.

Malgré les efforts faits, les partenaires rencontrés partagent cependant des inquiétudes sur les modalités et les moyens de la prise en compte du vieillissement dans les foyers de travailleurs migrants. A propos de l'adaptation des logements prévue à Brenu, le médecin-directeur du CMS souligne ainsi qu'il faut « *être conscient qu'on n'est pas à la hauteur des besoins, c'est une petite goutte d'eau* ».

2. L'adaptation du bâti au foyer Brenu de Gennevilliers

Su la résidence Esso, aujourd'hui rien n'est prévu en terme d'adaptation du bâti au vieillissement. Par contre, il existe un projet d'adaptation de logements sur le foyer Brenu où pourront être relogés des résidents des autres résidences de Gennevilliers et en particulier d'Esso.

Le comité de pilotage de cette expérimentation travaille à la mise en place d'un partenariat local effectif pour l'accompagnement des résidents âgés qui intégreront les unités de vie adaptées.

Le foyer Brenu, construit en 1978, réhabilité à l'identique en 1995, est constitué de 396 chambres de 7,5 m² et de 4 chambres de 10 m², organisées en unités de vie réparties entre deux bâtiments. Chaque bâtiment présente 6 étages desservis par un ascenseur. On y trouve des espaces collectifs : hall d'entrée et de distribution, cafétéria, salle de télévision.

Le projet architectural comprend plusieurs aménagements :

Au niveau des espaces extérieurs :

- Des rampes à faible pente (3%) et des mains courantes aux deux entrées les plus utilisées pour faciliter l'accès aux personnes âgées ou à mobilité réduite
- La remise en état du revêtement de sol
- Un salon extérieur dans le jardin de la résidence
- L'amélioration de l'éclairage
- Le remplacement des portes du hall difficiles par des portes coulissantes automatiques.

Au niveau des espaces communs :

Dans le hall, un petit salon sera aménagé, des mains courantes mises en place, la hauteur des boîtes aux lettres sera revue en conséquence.

Au niveau des deux unités de vie concernées (soit 2 x 10 chambres) :

- Circulations : installation de mains courantes, d'une signalétique et d'un éclairage de meilleure qualité
- Sanitaires communs : une salle d'eau (lavabo, douche, wc) aux normes handicapées, 2 douches avec siphons de sol et barres d'appui, 2 wc surélevés avec barres d'appui, un espace buanderie avec machine à laver et sèche linge
- Un salon / salle à manger avec tables, chaises et fauteuils
- La cuisine sera équipée de four électrique, four à micro-ondes, feux gaz sécurisés, réfrigérateurs et placards individuels, plans de travail à hauteur adaptée.
- Aménagement des 7 chambres de 7,50 m² avec coin lavabo équipé d'un plan vasque avec mitigeur, d'un miroir descendant jusqu'au plan vasque. Le mobilier sera intégré avec lit surélevé et rangements permettant d'optimiser l'espace (bagagerie, tiroirs sous le lit, penderie, étagères).
- Création de 3 chambres de 15 m² avec salles d'eau individuelles adaptées aux personnes à mobilité réduite permettant l'intervention d'un aidant.

Le projet est actuellement en cours de réalisation.

Un repérage a été réalisé pour identifier les personnes du foyer, et éventuellement des autres foyers Adoma de Gennevilliers, susceptibles d'intégrer ces unités de vie.

Le travail partenarial mené doit permettre aux personnes qui en auront besoin de bénéficier des aides servies dans le cadre des dispositifs de droit commun (APA, action sociale des caisses de retraite, aide sociale).

Si tous les partenaires rencontrés s'accordent sur la nécessité de ce type de projet, les inquiétudes sont nombreuses. Le projet est-il à la hauteur des besoins ? Quels vont être les coûts supplémentaires induits pour les résidents ? Se pose également la question de faire accepter l'idée aux résidents de payer pour une aide à domicile.

A cet égard, le médecin-directeur du CMS insiste sur le « *nécessaire travail sur les mentalités* ». Les résidents des FTM ont toujours tendance à vouloir dépenser moins, même pour leur santé et dans ce cadre, « *si Adoma ne fait un projet que sur les murs {sans les partenaires sociaux et médico-sociaux}, ça ne marchera pas. Il faut que les vieux migrants aient confiance, sinon ils ont juste peur qu'on les mette ailleurs* ».

3. Les aides à domicile

Aujourd'hui, il n'y a pas d'aide à domicile intervenant au foyer Esso. Parmi les raisons invoquées, on notera en premier lieu les réticences des résidents, déjà évoquées. Par ailleurs, l'ATMF souligne qu'il s'agit de dossiers compliqués à monter.

La coordination gérontologique de Gennevilliers, créée en juin 2003, compte aujourd'hui 3 salariés au total. Elle assure des missions concernant la prise en charge de la dépendance : accueil, information, évaluation des besoins, aide à la constitution des dossiers de demande d'APA, suivi des plans d'aide.

La coordination gérontologique a étudié depuis son ouverture une vingtaine de situations sur les foyers Adoma de Gennevilliers. Selon le responsable, c'est peu au regard des besoins, mais la coordination

n'aurait pas les moyens d'en faire plus car il s'agit généralement de dossiers difficiles. « *Les résidents ne sont pas en demande, ils ne viennent pas spontanément. Quand on intervient, c'est que la situation est déjà très dégradée. Ce sont souvent des cas extrêmement difficiles, dont certains relevant de problèmes psychiatriques, avec en général, des soucis importants au niveau administratif* ».

4. Les actions de santé

Les actions de santé concernent les séances d'information du CMS.

Elles sont financées dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique depuis 2003.

Parmi les thèmes traités, on peut citer :

- Le diabète et le cholestérol, qui sont des pathologies multi-factorielles permettant d'aborder le comportement alimentaire, l'activité physique, le vieillissement et les aspects génétiques
- Les maladies cardio-vasculaires et l'hypertension
- Les maladies articulaires
- Les maladies infectieuses, dont les MST

Les séances d'information sont l'occasion de mesurer la glycémie sur le doigt ou de prendre la tension.

Le CMS note que les résidents consultent à la suite de ces séances.

Les thèmes et les dates sont choisis en lien avec Adoma, et les responsables de résidence sont chargés de prévenir les résidents.

Le foyer Esso ne disposant pas de salle pour ce genre de réunion, une séance a été organisée dans une salle municipale à proximité, mais la mobilisation a été moins forte que dans les autres foyers de Genevilliers.

5. Accès aux droits

L'ATMF (Association des Travailleurs Maghrébins de France) assure des permanences à la résidence Esso tous les lundi après-midi pour aider les résidents dans leurs démarches administratives : impôts, sécurité sociale, demande HLM, caisse d'allocations familiales, etc. Son intervention est financée par l'Acisé.

Le champ des problématiques sur lesquelles l'association est amenée à intervenir illustre bien les difficultés et points de blocages rencontrés par les travailleurs migrants :

- Au niveau des retraites (régime général et complémentaire), l'ATMF est amenée à donner de l'information et peut aller jusqu'à la constitution des dossiers.
- Concernant l'APL, des suspensions peuvent intervenir, en général car un document (déclaration de ressources...) n'a pas été renvoyé.
- Au niveau de la sécurité sociale, il s'agit surtout d'aider les personnes à remplir les formulaires pour les remboursements de soins (réalisés en France ou à l'étranger). L'association intervient parfois sur des litiges, par exemple par rapport à des refus de remboursement.
- Concernant les impôts, se pose la question des allers-retours. Le centre des impôts vérifie parfois la durée des séjours à l'étranger en demandant leur passeport aux résidents. L'ATMF considère cette mesure comme discriminatoire et a saisi la Halde.

Nous avons par ailleurs rencontré la CRAMIF qui participe aux séances d'information dans le cadre du PRSP. Le but de la CRAMIF est de créer le lien pour que les résidents aillent vers l'extérieur, vers le droit commun. Les questions à la CRAMIF portent essentiellement sur les accidents de travail, les pensions d'invalidité. Généralement, au niveau administratif, tout est déjà fait, il s'agit surtout

« d'expliquer pourquoi la rente est si petite à des personnes touchées physiquement, ceci crée une fragilité psychique, on aboutit à un point de sinistrose » (CRAMIF).

PERSONNES RENCONTREES

5 résidants

Equipe Adoma

- Angélique CHARPENTIER, responsable de résidence adjointe sur Esso
- Annie SILVA MONTEIRO, responsable de résidence (mission transversale sur le vieillissement)
- Denet DESTIN, ouvrier de maintenance (contrat avenir) résidence Esso

Partenaires

- Mohamed AABOU, ATMF – association des travailleurs maghrébins de France
- Docteur TYRODE, médecin-directeur du Centre Municipal de Santé de Gennevilliers
- Marc GUICHARD, Coordinateur Atelier Santé Ville, Gennevilliers
- Sylvain ANDRE, Coordination gériatrique, Gennevilliers
- Nicole GUIR, CRAMIF

DOCUMENTS

- Plans de la résidence avant et après réhabilitation
- Bilan 2006 de la résidence sociale
- Bilan 2006 de l'AGLS (Aide à la gestion locative sociale)
- Données clientèle pour les 55 ans et plus
- Coordination gériatrique, Rapport d'activité 2006-2007
- Schéma gériatrique des Hauts-de-Seine, 2005-2010
- Document de présentation du projet d'adaptation au vieillissement du bâti sur deux unités de vie du foyer Brenu

1. Entre ici et là-bas : la vie en foyer et les séjours fréquents dans le pays d'origine

LA TRANSMIGRATION COMME MODE DE VIE

La pratique de la transmigration entre la France et le pays d'origine, souvent dite « allers-retours », est caractéristique de la trajectoire résidentielle des « célibataires géographiques », vivant en FTM⁶ et mariés au pays.

Pour mieux cerner cette pratique, nous citerons l'ouvrage réalisé par le centre de recherche sur le vieillissement de la CNAV⁷ en 2006 dans lequel Claudine Attias-Donfut donne une définition des transmigrants : « Sont considérés comme transmigrants ceux qui effectuent plusieurs voyages annuels au pays natal, ou au moins un voyage annuel avec une durée de résidence supérieure à un mois ».

Dans l'enquête de la CNAV, parmi les 6200 personnes d'origine étrangère de 45 à 70 ans vivant en ménage ordinaire en France, le taux de transmigrants est de 30,7% (de 32,2% chez les personnes originaires du Maghreb).

Il est difficile de quantifier l'importance de ce mode de vie au sein des foyers. Une enquête de 2005 auprès de ses résidants, réalisée par Adoma sur une cinquantaine de sites particulièrement concernés par le vieillissement, estime à 70% les transmigrants chez les plus de 60 ans, une proportion qui croît jusqu'à 75 ans, pour régresser un peu après.

- Pour mieux percevoir la portée de cette forme particulière de double résidence, **il est intéressant de regarder ceux qui ne partent pas**. Deux types de personnes ne pratiquent pas les navettes régulières :
 - Des isolés ayant perdu le lien avec leur pays d'origine. Ils sont célibataires et leurs parents sont décédés ou leurs vies sont traversées de ruptures familiales (veuvage ou divorce) ou d'échecs professionnels qui empêchent matériellement et moralement les voyages au pays. La rupture est aussi fonction de la personnalité du migrant, et de sa santé. Enfin, des facteurs politiques ont pu intervenir (en particulier dans le cas des Algériens). Dans ce groupe se trouve ceux qui ne font plus jamais de voyages dans le pays natal – une rupture laissant le plus souvent les migrants rencontrés dans la solitude et la souffrance morale.
 - Des migrants dont le réseau familial et social est majoritairement en France. À l'inverse, si ces résidants vont peu ou pas dans leur pays d'origine, c'est parce que l'essentiel de leur famille est ici, leurs enfants en particulier. Veufs, séparés ou divorcés d'une femme vivant en France, ils ont enfants et petits-enfants en France. Ceux que nous avons rencontrés reçoivent des visites de leur famille vivant en France, et font des séjours chez eux. Les voyages occasionnels au pays ont alors pour but la visite aux vieux parents ou à la famille élargie.
- Pour les transmigrants, un mode de vie subi, le célibat géographique, semble s'être transformé en choix d'une forme spécifique de parcours résidentiel, caractérisé par la **double résidence**. Au cours des entretiens, et en évoquant les conditions de leur logement en foyer, plusieurs résidants ont fait état d'un moment de leur vie où ils ont envisagé le regroupement familial – pour ne pas le choisir. La plupart n'ont pas non plus mené à bout la demande d'un logement social pour eux-

⁶ Nous appellerons indifféremment « FTM », ou « foyers » les établissements logeant encore majoritairement des travailleurs ou retraités migrants, que ces lieux aient acquis ou non le statut de résidence sociale. À cela deux raisons : l'usage des résidants eux-mêmes, qui parlent de foyer pour leur logement ; et la persistance de l'essentiel de la fonction d'origine (« foyers » pour travailleurs « migrants ») en dépit de la sortie progressive du monde du travail des résidants de plus de 55 ans.

⁷Claudine Attias-Donfut « *L'enracinement. Enquête sur le vieillissement des immigrés en France* », Armand Colin, 2006, page 275

mêmes, même si parfois une telle démarche a pu leur être proposée. Au fil du temps, la double résidence et les navettes se sont imposées comme mode de vie, et une stratégie a été mise en œuvre pour le rendre possible.

Les 3 rythmes de la double résidence :

- Pendant la période d'activité, le voyage dans le pays d'origine a lieu pendant les vacances, le plus souvent l'été. Les modalités en sont souvent aménagées : des vacances longues (2 mois) une année sur deux, ou un séjour annuel long, dont une partie en congés sans solde. Les migrants proches de la retraite que nous avons rencontrés, bien installés dans ce rythme, apparaissent souvent comme certains de leur avenir immédiat, qu'ils envisagent comme le prolongement de la vie actuelle, avec simplement un allongement de la durée du séjour à l'étranger.

- La période d'inactivité (chômage ou pré-retraite) qui précède fréquemment la retraite est au contraire une période de grande incertitude : les revenus du migrant ont diminué, le montant de la retraite n'est connu qu'après la période de reconstitution de carrière et il suscite souvent une forte désillusion. Les navettes se font moins régulières, elles sont dépendantes de la baisse de revenus, des transformations dans l'équilibre familial qui peuvent naître du changement de statut du migrant ... Deux tendances se dessinent : soit l'allongement du séjour dans le pays d'origine, les retours étant alors liés aux contraintes administratives, soit au contraire des voyages moins fréquents.

- Le passage à la retraite est théoriquement celui du choix. Les migrants encore actifs sont les plus sûrs de ce qu'ils feront après. Une minorité se dit certaine de repartir « définitivement », les autres envisageant une double résidence plus équilibrée dans le temps entre les deux lieux de vie. Les entretiens avec les retraités révèlent à quel point il s'agit plutôt d'un impossible choix : confrontés aux difficultés matérielles et aux problèmes de santé, la plupart laissent les projets en suspens, et disent évoluer d'un lieu à l'autre en fonction des aléas et des opportunités.
Pour certains, des deuils sont à faire : ceux qui souhaitent un regroupement familial, tout en sachant que « il est trop tard ». Ceux qui partent « définitivement » et reviennent quelques mois ou années après, pour se réinstaller dans l'alternance.
Mais, quand la retraite s'accompagne d'une santé acceptable, s'instaure cependant une période « de liberté » : les allers-retours sont fréquents mais irréguliers, selon les variations des deux contraintes principales : les rapports que le migrant entretient avec les siens et sa situation administrative en France (en y incluant la prise en charge de la santé). Ils font place à une certaine improvisation : les acteurs rencontrés font tous état de cette capacité des résidents à partir « du jour au lendemain » et à revenir de même.
Le vieillissement et ses aléas signifient fréquemment la rupture de l'équilibre précédent. Avec l'âge, c'est l'état de santé qui vient modifier les pratiques installées, avec des constantes : la fréquence des voyages diminue, les conditions des voyages se détériorent (départs précipités en sortie d'hôpital, retours anticipés pour des urgences). Le mauvais suivi des traitements et les conditions de la prise en charge dans le pays d'origine contribuent à l'aggravation de l'état de santé – en particulier pour tous ceux, nombreux, dont le domicile familial est situé loin des villes, rendant impossible l'accès régulier au médecin, kinésithérapeute, infirmier.
L'accès aux soins médicaux, le droit de se faire soigner en France, joue un rôle très important dans l'organisation de la vie du résident âgé et dans ses mouvements : la différence de qualité des soins entre la France et le pays d'origine est un constat qu'a pu faire le migrant au long de sa vie, par ailleurs c'est le plus souvent en France que sa prise en charge est assurée⁸. Mais cette réalité objective a également, nous semble-t-il, une portée symbolique : l'accès à un système

⁸ Des accords bilatéraux existent entre certains pays et la France permettant, sous certaines conditions, la prise en charge par l'assurance sociale de soins médicaux reçus dans le pays d'origine.

médical de qualité est l'acquis principal des années laborieuses en France – en particulier pour ceux pour lesquels vieillesse rime avec pauvreté. Face au décalage entre les bénéfices attendus de la migration et le bilan à l'heure de la retraite, le droit à une médecine de qualité vient rétablir, à ses yeux et à ceux de sa famille, une forme de dignité du migrant.

Les membres des professions médicales qui soignent les résidants font état de la fréquence de situations douloureuses en fin de vie : désorientation fréquente et perte du français après des interventions chirurgicales, accroissement des tensions au sein de la famille, incertitudes dans la prise en charge. Ce sont alors les dernières certitudes du migrant quant à son mode de vie qui s'écroulent. Tous souhaitent être inhumé dans leur pays. Mais si certains sont en mesure d'organiser une fin de vie au pays, la plupart meurent ici ou là-bas, en fonction des circonstances.

La double résidence : deux logements, une forte contrainte budgétaire

La pratique des allers-retours est indissociable de l'existence d'une famille au pays, et d'un domicile où vit celle-ci, et qui est aussi celui du migrant – 6 résidants sur 10 sont mariés, 1 sur 2 est père d'au moins 4 enfants.⁹

La première obligation du migrant est de loger sa famille. La situation majoritaire chez ceux que nous avons interrogés est la propriété d'une maison en milieu rural, maison dont le migrant dit souvent avec fierté qu'il l'a construite (particulièrement au Maroc et en Tunisie). Les Algériens habitant dans les villes sont fréquemment locataires du parc social. L'existence de ce domicile fonde la légitimité des navettes. Nous faisons l'hypothèse qu'il contribue fortement au positionnement du migrant au moment de la retraite : la possession du logement familial peut contrebalancer l'échec (aux yeux du migrant et de sa famille) que constitue la baisse des revenus lors de la fin de la période d'activité, et créer les conditions de la légitimité de la prise en charge du père âgé et malade par la famille.

Mais ce logement est aussi la matérialisation de l'obligation morale qu'a le migrant envers sa famille. L'engagement financier du migrant est lié à la composition de la famille : très fort avec de jeunes enfants, variable quand les enfants sont grands, faible quand le migrant est veuf. Les rapports institués avec la famille à partir de l'apport financier du migrant sont toujours complexes. Très difficiles à appréhender par l'enquêteur - les réponses sont ici particulièrement opaques ou évasives – ils sont constitutifs des modalités de la double résidence et de son évolution avec le vieillissement du migrant : les voyages fréquents de certains pères de famille leur permettent de garder la main sur la gestion d'un budget dont ils contrôlent ainsi l'utilisation.

Ces contraintes acceptées ont installé de longue date le migrant dans un mode de vie ascétique, qui conditionne sa vie en France, et qui fait du foyer un choix stratégique.

LE FOYER COMME DOMICILE

Un logement bon marché avant tout

Le foyer s'inscrit dans la trajectoire de vie du migrant, en lien direct avec sa vie professionnelle. Les résidants rencontrés n'ont pas tous vécu en foyer dès leur arrivée en France. Le lien d'origine entre une entreprise et un foyer est surtout présent, dans notre échantillon, à Gennevilliers, où les migrants sont venus travailler dans l'industrie automobile locale.

Pour beaucoup, la chambre dans le foyer actuel s'inscrit dans une trajectoire résidentielle. Certains ont connu les campements sur les chantiers, les hôtels meublés surpeuplés. D'autres ont déménagé de foyers en foyers en fonction des emplois, mais aussi de leurs choix. Plusieurs nous ont fait part du progrès que fut pour eux l'arrivée en foyer après les logements insalubres du parc privé.

⁹ Enquête RGP et EHF 1999, exploitation CNAV dans Rémi Gallou « *la vieillesse des immigrés, isolés ou inactifs en France* » La Documentation française, 2007

Car si la chambre en foyer est avant tout un logement peu coûteux, le foyer lui-même s'inscrit dans un marché, celui des logements possibles localement. La plupart des résidents rencontrés ont exprimé leur choix de ce foyer-là, et donc une relative satisfaction par rapport à leur chambre. Cette valorisation du FTM se fait en le situant par rapport au reste de l'offre locale.

Trois éléments sont omniprésents dans les arguments avec lesquels les résidents justifient leur choix actuel :

- « L'ambiance » du foyer, son calme - en particulier l'absence de bagarres dues à l'alcool - sa bonne tenue, qui est parfois expliquée par la présence de l'équipe de gestion du foyer qui sait se faire respecter si nécessaire.
- La localisation urbaine du foyer, son accès à la ville. Cet atout est cité par les résidents de Montpellier, Gennevilliers et Echirolles dont les foyers sont bien situés. A contrario, la localisation de Massy-Ampère fait l'objet de plaintes des résidents, soulignant la valeur que revêt à leurs yeux l'insertion urbaine.
- Enfin, c'est bien la chambre en foyer traditionnel qui est recherchée - certains résidents ont quitté une résidence au moment d'une réhabilitation pour retrouver un foyer traditionnel, dont les atouts sont en premier lieu le faible coût de la redevance, mais aussi le peuplement ; le partage d'une histoire commune, le vieillissement de concert, apparaissent comme des éléments stabilisants.

L'unité de vie : la solitude sans l'isolement

Les 4 FTM sont organisés en unités de vie, de 6 à 20 chambres individuelles de petite taille autour des espaces partagés, cuisine et sanitaires¹⁰.

- Le domicile du résident, c'est sa chambre, et la plupart du temps les voisins n'entrent pas dans cet espace privé. Au cours des entretiens, nous entendons très peu de critiques sur ce lieu, au contraire, il est approprié, et les contraintes qu'il impose par sa surface sont à leurs yeux les conséquences d'un faible coût revendiqué. Et il est symptomatique de noter que les premières revendications des résidents, quand on leur parle d'améliorations, concernent leur chambre, rafraîchissement de la peinture ou réfection des placards par exemple.
- Il y a par contre une faible appropriation des cuisines et sanitaires, sauf exception. La pratique est plutôt celle de l'usage « chacun son tour ». La plupart des migrants rencontrés mangent dans leur chambre. Cette organisation des chambres autour d'espaces partagés leur apparaît le plus souvent comme une contrainte, et ce d'autant plus que la taille de l'unité de vie est importante. Il y a des exceptions, des résidents soulignent la bonne entente qui règne entre eux autour d'un modus vivendi, certains font part de services rendus réciproques. Mais l'ensemble des propos tenus sur les unités de vie met en lumière la fragilité des équilibres, leur remise en cause à l'occasion de l'arrivée de nouveaux, de la dégradation de la santé de voisins. Beaucoup tiennent à souligner la « chance » qu'ils ont de partager cette unité de vie là, et citent en contre-exemple des unités de vie repoussoirs à leurs yeux. La propreté est l'argument le plus souvent cité : il y a, semble-t-il, une réelle difficulté à adopter des règles communes d'entretien des espaces partagés, et ces règles sont celles qui résistent le moins bien aux changements. A noter que la pratique des allers-retours vide en permanence les unités de vie d'une partie de leurs résidents. Cette soupape est vécue comme un atout important par les personnes rencontrées.

¹⁰ Nous ne prenons pour l'instant pas en compte les studios et chambres adaptées, présentes minoritairement dans les 4 résidences

Les espaces collectifs du foyer

Un foyer comprend deux types d'espaces collectifs, intérieurs et extérieurs.

- Les espaces intérieurs : salle de prière, cafétéria, salle de télévision et d'animation

Avec le vieillissement de la population du foyer, les gestionnaires et intervenants extérieurs notent tous une forte baisse de la fréquentation des espaces intérieurs, à l'exception de la salle de prière. La fréquentation de ces espaces est dépendante des projets mis en place par des accompagnateurs internes ou externes au foyer (depuis le repas de rupture de jeûn jusqu'aux animations santé...). Une réelle sollicitation est chaque fois nécessaire pour mobiliser une partie des résidents.

La désaffection progressive de la cafétéria de la résidence Le Lavandin à Montpellier est un bon exemple de cette tendance lourde : Le Lavandin dispose d'une agréable cafétéria, avec une petite épicerie. Une permanence y est assurée tous les après-midi. Et pourtant, la fréquentation de ce lieu apparaît faible compte tenu de la présence de l'agent de cafétéria. Située à proximité immédiate de la salle de prière, elle est traversée par les résidents lors de leur venue à la prière, ils s'appuient au comptoir, font leurs achats, mais s'y attardent peu.

Tous les foyers comptent quelques groupes de joueurs de cartes ou dominos qui se retrouvent régulièrement, mais ils sont toujours très minoritaires. La télévision n'est plus une activité partagée ; tous les résidents disposent d'un téléviseur dans leur chambre et les tentatives d'installation d'antennes collectives ont fréquemment suscité des divergences, chaque migrant souhaitant recevoir les programmes de son pays d'origine. Avec le vieillissement de la population résidente, les gestionnaires et les partenaires notent une vacuité croissante des espaces collectifs – et le regrettent fortement.

- Les espaces extérieurs : cours, jardins, parkings

D'une taille et d'une qualité très différentes selon les résidences, ils sont très utilisés, et ce quelque soit leur niveau d'aménagement. Deux types d'usage se retrouvent partout :

- Le premier est une appropriation de certaines parties des cours et jardins par de petits groupes, avec une installation de tables et sièges le plus souvent dépareillés. Les secteurs abrités et galeries couvertes sont particulièrement appréciés et occupés une grande partie de l'année, y compris par des résidents ayant des difficultés à se mouvoir. Dans plusieurs foyers, des résidents jardinent : ce sont des activités modestes qui consistent à occuper un endroit où semer ou repiquer des plantes, souvent rapportées du pays.
- Le second usage est une occupation informelle des espaces de circulation, à proximité des entrées du foyer. Ils permettent de se croiser sans s'attarder, de suivre les allées et venues, en particulier le retour des actifs le soir – porteurs d'un peu de la vie extérieure. C'est le lieu où interpellier un gestionnaire du foyer à propos d'une démarche administrative ou proposer à un résident qui a du mal à bouger de lui faire quelques achats au marché ou s'informer de la vie locale auprès de migrants de passage, venant d'autres résidences ou de meublés en ville... A Echirolles, nous avons pu constater que circulaient ainsi des renseignements sur les chambres disponibles dans le foyer et ailleurs... et que la demande d'information sur les travaux de réhabilitation du plus gros foyer de l'agence de Grenoble était pressante.

Le foyer dans la ville

À l'exception de Massy-Ampère, éloignée du centre de la ville, et desservie de manière irrégulière par les transports en commun (pas de bus le dimanche), les résidences qui constituent notre échantillon sont bien insérées dans le tissu urbain. Elles disposent à la fois de commerces et services à proximité, et d'un accès facile au centre ville (station de tram proche à Montpellier et Echirolles, métro à Gennevilliers).

Les résidents que nous avons rencontrés – exception faite de la minorité qui ne peut se déplacer - font des sorties quotidiennes, voire biquotidiennes dans le quartier : le marché ou le supermarché sont des

lieux de promenade et d'approvisionnement et ils sont nombreux à fréquenter les cabinets médicaux locaux.

La plupart d'entre eux fréquentent des lieux particuliers dans l'agglomération : autres FTM, quartiers où habitent des immigrés et dans lesquels se trouvent des commerces spécialisés, marchés, épiceries, cafés, coiffeurs. Ils fréquentent aussi les hôpitaux pour des consultations.

L'ensemble des migrants rencontrés insiste sur ce qui constitue leurs deux attentes, être tranquille et être libre. Si la chambre et l'unité de vie se doivent d'être des lieux calmes, les espaces extérieurs (dans ou hors la résidence) leur procurent une liberté de mouvement sans contraintes à laquelle ils sont très attachés. Absence de contrainte horaire – à l'exception des horaires de prière, pour la plupart - et liberté d'aller et venir - tant que leur santé le leur permet. Beaucoup continuent à faire au moins une partie de leurs courses alimentaires, à aller en consultation chez le médecin, en dépit de difficultés à se mouvoir. Ces pratiques font partie intégrante de la vie en foyer, et ne sont abandonnées que malgré soi.

2. Accompagnement du vieillissement

Les réactions, les choix des migrants vivant dans les foyers et résidences sociales par rapport à l'ensemble des actions d'accompagnement qui sont mises en place à leur intention ne peuvent être compris que dans le cadre de leur choix d'un domicile au moindre coût en rapport avec leurs obligations familiales et dans le contexte global d'incertitude qui caractérise les conditions matérielles et morales de leur vieillissement.

L'INADAPTATION DU LOGEMENT

La chambre : le lieu de repli avec la diminution des capacités

Le périmètre des gestes de la vie quotidienne se rétrécit avec l'âge et la maladie. Le repli est double : physique et moral. Il s'accompagne fréquemment d'une volonté de discrétion - à la fois « ne pas déranger » et « être tranquille » - qui sert aussi à camoufler la réalité de l'état de santé ou l'extrême pauvreté. Les différences de santé et de revenus entre résidents s'accroissent à la retraite. Le fonctionnement des unités de vie se dégrade avec les problèmes rencontrés, chacun cherchant à disposer des espaces communs à des moments où il y sera seul, alors même que la présence des résidents dans la journée y est de plus en plus importante.

Des difficultés croissantes

- Le point de vue des résidents :

Quand ils évoquent leurs difficultés à venir, mais plus encore celles qui concernent déjà d'autres résidents du foyer, malades ou en perte d'autonomie, deux éléments se dégagent :

- La difficulté la plus citée par les résidents est la montée des escaliers. Ils citent des résidents pour lesquels c'est un obstacle majeur et font état des aides qui sont apportées pour monter les courses, ou soutenir la personne. Ces aides sont relativement faciles, il suffit « de passer par là ».
- L'autre problème du vieillissement à leurs yeux est la baisse de vigilance sur la propreté : négligence dans l'entretien de la cuisine et des sanitaires collectifs, manque de soins d'hygiène de la personne sur elle-même. Ici les exemples cités concernent toujours d'autres résidents que celui qui parle.

- Le point de vue des intervenants dans l'établissement :

Il est sensiblement différent, car axé sur les contraintes du bâti. L'exiguïté de la chambre et la promiscuité des espaces collectifs de l'unité de vie, l'inadaptation des sanitaires rendent quasi impossible à leurs yeux de vieillir dignement en foyer. Si toute la vie quotidienne d'un résidant en perte d'autonomie est difficile, ce sont les soins d'hygiène corporelle qui sont les plus difficiles : l'usage de sanitaires collectifs exigus, sans aucun des aménagements nécessaires rend tout usage impossible dans de bonnes conditions. Atteint dans son intimité, le résidant en difficulté souffre au regard des autres et il devient de plus en plus une gêne pour eux.

La crainte du changement

Les foyers de notre échantillon disposent tous d'au moins un ascenseur et de quelques chambres ou studios mieux adaptés au vieillissement que la chambre de base – chambres plus grandes, quelques éléments de confort à l'intérieur – Il est donc possible de proposer à un résidant en perte d'autonomie, ayant notamment des difficultés à se mouvoir, de changer de logement à la faveur de la libération d'une chambre. Aux dires des équipes de gestion des résidences, cette offre suscite le plus souvent de fortes réticences de la part de la personne à qui elle est faite.

Lors de notre entretien avec les résidents, la proposition d'un logement plus adapté leur a systématiquement été posée, comme une possibilité en cas de besoin. La grande majorité dit ne pas souhaiter de changement.

Trois éléments entrent en ligne de compte pour justifier ce choix :

- Le fonctionnement de l'unité de vie en premier lieu. La plupart ont trouvé une forme d'équilibre au sein de leur unité de vie - parfois après des changements de chambre ou d'étage. Cet équilibre affiché va de la coexistence « sans gêner l'autre », à des niveaux divers de pratiques communes de l'espace, et à des systèmes d'entraide. Il n'a pas été facile à mettre en place. Dans la conversation s'exprime le sentiment que cela pourrait être pire dans une autre unité de vie, avec exemples à l'appui. D'où des refus de chambre mieux située (au rez-de-chaussée ou desservie par ascenseur).
- Le coût de la chambre ensuite. Qu'elle soit justifiée ou non – en fonction du prix du logement proposé, et des revenus du résidant – la crainte d'une augmentation de la redevance est très forte.
- Enfin, les résidents expriment une crainte envers une réhabilitation qui les obligerait à quitter le foyer pour un autre établissement – crainte plus ou moins étayée selon leur connaissance des projets en cours dans leur environnement.

La question posée entraîne la plupart du temps les résidents dans un exercice de valorisation de leur chambre, jugée « bien »¹¹. Elle les amène aussi à une défense de leur foyer. Nous ne disposons pas de suffisamment d'éléments pour dire si ces « choix » résultent effectivement d'un parcours résidentiel du migrant vers le meilleur établissement possible à ses yeux ou s'ils sont une justification a posteriori visant à éviter le changement.

¹¹ Mais les 40 migrants interrogés vivent dans des chambres de 9 m² ou plus - cette apparente satisfaction ne serait sans doute pas la même dans les chambres de 4,50 m².

Des demandes d'amélioration qui restent très modestes

Quels aménagements les résidents souhaiteraient-ils ? Leurs demandes portent essentiellement sur des améliorations pratiques et de confort :

- Dans les parties communes : installation de rampes symétriques dans les cages d'escaliers, barres d'appui dans les sanitaires, sièges dans les douches, renouvellement de matériel dans les cuisines, éclairage plus intense. Une demande revient fréquemment, et n'est pas de l'ordre de l'amélioration matérielle : les résidents souhaiteraient un nettoyage plus fréquent des espaces communs de l'unité de vie.
- Dans les chambres : remise en peinture, réfection des placards, parfois mise à disposition de fauteuils.

Ces éléments sont présents ou en voie d'installation, au moins partiellement, dans les résidences de l'échantillon. Les demandes portent sur les unités de vie où ces équipements ne sont pas présents. La plupart du temps, les résidents restent dans le champ du possible, et ne font aucune demande qui supposerait des transformations importantes.

Prendre un logement plus adapté

Tous les professionnels le disent : il faut du temps pour convaincre un résident en perte d'autonomie, en situation de souffrance dans son unité de vie ou sujet de gêne pour les autres, d'accepter un logement plus adapté au sein de la résidence. Mais il existe une contradiction entre le temps nécessaire à un résident pour mûrir son projet et parvenir à une décision, et les exigences du gestionnaire qui ne peut laisser longtemps un logement vide. Le rôle d'un médiateur est ici fondamental, ainsi que la pression exercée par les autres résidents. Et un déménagement réussi a un effet d'exemple qui facilite d'autres déménagements.

La question du coût est essentielle à leurs yeux :

- Ceux dont les attaches avec le pays sont les plus faibles et ceux qui ont une APL maximale acceptent plus facilement ce changement - observation faite dans tous les sites.
- Et une partie de ceux qui ont le plus financièrement à craindre d'un changement vers un logement confortable mais plus cher lors des réhabilitations partent pour un FTM traditionnel, s'il en reste dans l'agglomération, ou « disparaissent » dans le parc privé.
- Il reste que les différences du « reste à charge » entre une chambre et un studio semblent souvent faibles aux gestionnaires et intervenants extérieurs : par exemple un coût de 20€ supplémentaires semble a priori supportable pour un changement aussi important de confort de vie. La réaction du résident face à ce surcoût semble procéder de deux facteurs différents : pour certains, cette augmentation fragilise un équilibre budgétaire déjà atteint au prix de privations sévères. Mais s'y ajoute un doute quant à la véracité du calcul de coût annoncé par le gestionnaire lors de la proposition de changement – et, dans le cas d'un « reste à payer » inférieur, la crainte de coûts non annoncés, maintenant ou ultérieurement.

LA MISE EN PLACE DE L'ACCOMPAGNEMENT

Des fonctionnements différents des équipes Adoma selon les établissements

Notre échantillon est constitué de deux foyers de taille intermédiaire (Le Lavandin à Montpellier - 282 logements, et Normandie à Echirolles - 214 logements), d'un très gros foyer (Ampère à Massy - 410 logements) et d'un petit établissement (Esso à Gennevilliers - 91 logements). Ces différences ont des

conséquences évidentes sur la composition de l'équipe qui gère le foyer et sur l'organisation de ses missions. Il apparaît que ces différences ont des répercussions importantes sur la qualité de la prise en charge des migrants âgés, telle qu'elle est ressentie par les résidants d'un côté, par les partenaires de l'autre.

Les deux établissements de taille intermédiaire disposent d'une équipe « idéale » : un responsable de résidence qui assure la gestion locative, un adjoint à mi-temps qui assure la mission d'accompagnement social, et dont le poste est financé en partie par une subvention AGLS¹², et au moins un ouvrier de maintenance à plein temps.

Nous faisons l'hypothèse que le mode de fonctionnement des foyers influe sur « l'ambiance » générale, tel qu'elle est décrite par les résidants rencontrés et sur leur bien-être.

Nous avons été frappées par le climat général de tristesse qui émane des entretiens avec ces travailleurs vieillissants. Dans ce contexte, la pauvreté est un facteur aggravant : ses conséquences sont matérielles mais aussi morales. A la résignation s'ajoute le sentiment de ne pas être « reconnu » pour une vie de labeur en France. A titre d'exemple, on peut citer l'incompréhension et la révolte de ceux qui souffrent d'un handicap du fait de leur activité professionnelle quand ils sont confrontés à la faiblesse de leur allocation. Gennevilliers en est l'exemple a contrario : les anciens ouvriers de l'automobile qui habitent le foyer ont des revenus moyens nettement supérieurs à ceux des autres établissements, et apparaissent plus autonomes : plus grande latitude de mouvement dans les navettes, vie quotidienne tournée vers l'extérieur, moindres attentes vis à vis des gestionnaires du foyer.

Les jugements exprimés par les résidants quant aux équipes Adoma – qu'ils soient positifs ou négatifs – se font toujours par rapport au critère de « la considération » qui leur est apportée ou non. L'observation de la vie dans les foyers incite à penser que cette « considération » est d'abord faite d'écoute et de disponibilité.

Accès aux droits et actions autour de la santé

C'est en référence aux éléments précédents qu'il faut analyser les actions menées.

- A Montpellier et Echirrolles, c'est le responsable de résidence adjoint qui assure les permanences d'accès aux droits (2 ou 3 par semaine). Ce suivi administratif concerne divers aspects de la vie des résidants : retraite, santé, droit de la famille et du séjour. Il permet une connaissance approfondie de la situation de chacun – à noter que certains ne font jamais appel à ce service et peuvent rester « inconnus ». Il constitue le fondement de la politique d'accompagnement. Cela permet l'organisation, avec les partenaires, d'informations et d'actions sur la santé adaptées aux besoins, en même temps que cela autorise d'amicales pressions sur les résidants pour les inciter à y être présent. Ces permanences sont aussi le lieu d'échanges sur l'état de santé physique et mental de résidants fragiles, permettant les interventions nécessaires et favorisant la mise en place des aides à domicile et des soins. Il faut rappeler ce qui apparaît aux professionnels comme une évidence : dans ces permanences, le responsable de résidence adjoint s'exprime à la fois en français et dans la langue du migrant.
- A Massy, la permanence d'accès aux droits, assurée par une association, est inconnue de la majorité des résidants rencontrés. En dépit d'un partenariat constitué et très actif, les actions menées dans le domaine de la santé souffrent aux yeux des résidants d'une absence de visibilité. A tel point que, pour les résidants, la personne citée comme assurant un accompagnement du vieillissement est un infirmier libéral, très présent et investi auprès d'eux.

¹² aide apportée au cas par cas, et qui est dédiée à l'insertion de populations « spécifiques » - les travailleurs migrants vieillissants sont à ce titre un public parmi d'autres.

- A Gennevilliers, le foyer ne dispose d'aucun personnel permanent, tous les membres de l'équipe Adoma travaillent sur plusieurs foyers de l'agence. C'est une association qui assure une permanence hebdomadaire d'accès aux droits. Faute de local approprié, les actions santé sont menées à l'extérieur. Mais c'est aux Grésillons, autre établissement de Gennevilliers qu'ils fréquentent assidûment, que les résidants vont chercher les informations dont ils ont besoin.

Il faut insister sur l'importance d'une circulation orale fiable de l'information. Nous avons pu constater, lors des entretiens avec les résidants, les effets pervers des rumeurs et informations tronquées ou erronées. La présence de personnes susceptibles de rappeler régulièrement les informations exactes, au besoin dans la langue du migrant, est un facteur-clé de la réussite de l'accompagnement.

Aides à domicile : un repérage des besoins nécessaire et une faible utilisation des services

Avec l'arrivée de réelles difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, les aides de la famille ou du voisinage, quand elles existent, atteignent leurs limites : l'aide à l'approvisionnement est très répandue dans les unités de vie, l'aide aux repas ou aux travaux ménagers existe aussi mais de façon aléatoire. La prise en charge plus globale de la personne (entretien du linge, aide à la toilette, ...) par un tiers, membre de la famille ou proche, est exceptionnelle et ne saurait être instituée en règle.

Avec la perte d'autonomie, un double mécanisme se met en place : le résidant reste davantage dans sa chambre et, cependant, sa présence pèse de plus en plus sur les autres.

Le repérage des besoins est une tâche en soi qui suppose la mise au point de mécanismes de veille au sein de la résidence, et la perception des priorités - par rapport au migrant lui-même, par rapport à son voisinage.

Proposer une aide suppose de convaincre à la fois le résidant et ses voisins.

Au-delà de l'accord de principe, le montage du dossier administratif de demande d'aide est particulièrement complexe et nécessite une évaluation médico-sociale qu'il faut faire accepter au résidant.

Enfin, les services à domicile ont souvent des a priori sur les foyers, leurs interventions ne sont pas faciles en habitat semi-collectif et ils manquent de la connaissance de la spécificité des migrants, de leur culture et de leur mode de vie.

De fait, les aides à domicile sont encore totalement marginales dans les foyers : ce sont 687 migrants de 55 ans et plus qui sont hébergés dans les quatre foyers de l'échantillon. A Gennevilliers, aucun ne dispose d'une aide à domicile, et ils sont une douzaine 12 en tout dans les trois autres. Or, les équipes Adoma estiment à 10 personnes au moins dans chaque foyer les résidants ayant un besoin aigu de ce type de prise en charge.

Un service hors des références culturelles du migrant âgé

Au-delà de la difficulté courante qu'éprouvent les personnes âgées à se faire aider, prenant ainsi acte de leur faiblesse, les entretiens avec les équipes Adoma et les services d'aide ont souligné des difficultés spécifiques à cette population :

- La première naît de la situation particulière de ces célibataires géographiques : se faire aider ravive le sentiment d'éloignement de la famille. De plus, le fait que les tâches domestiques soient assumées par d'autres femmes que celles de la famille n'est a priori pas envisageable culturellement. D'où l'importance de faire accepter le principe de l'aide assumée par des professionnels non seulement au résidant mais à ses voisins, faute de quoi le regard porté par eux sur cette transgression peut rendre impossible la présence de l'aidant.
- La deuxième a trait au type de service rendu. Si le ménage et l'entretien du linge peuvent être acceptés, il n'en est pas de même de la préparation des repas, pour deux raisons différentes : d'un côté, la crainte d'une alimentation non conforme aux principes religieux, ou tout simplement trop différente ; de l'autre le fait que « faire les courses » reste très longtemps

l'occasion de sorties et de contacts - les faire faire par un autre, c'est donc se priver d'un des derniers espaces de liberté.

- Par ailleurs, l'organisation du service suppose un accord sur des horaires : mais se plier à une discipline horaire est contraire aux pratiques de vie des résidents retraités, très attachés à la liberté de leurs allées et venues.
- Enfin, le coût peut être un obstacle.

Une tâche difficile pour les services d'aide à domicile

S'il existe de nombreux freins chez le résident âgé, les services d'aide à domicile rencontrent aussi un certain nombre de difficultés dans l'exercice de leur mission :

- Les conditions de travail dans les unités de vie sont difficiles : absence de confort de travail et d'intimité. La situation est plus facile dans les chambres adaptées et les studios.
- Travailler en foyers, dans un milieu exclusivement masculin, au sein d'unités de vie où cohabitent plusieurs personnes qui peuvent porter un jugement négatif sur la présence d'un intervenant extérieur, suppose une préparation des aidants.
- Les voyages des résidents dans le pays d'origine créent une contrainte supplémentaire : en raison d'une demande supérieure à l'offre, il est souvent très difficile d'obtenir la mise en place d'une aide. Les navettes la remettent à chaque départ. Et l'absence d'informations données par les résidents sur les moments de leur départ et de leur retour est une difficulté de plus.

Les services rencontrés signalent l'importance du travail à effectuer pour un ajustement des pratiques à ce public spécifique, dans les directions suivantes :

- La formation des aidants à la culture des migrants – en prenant en compte la spécificité de chaque pays d'origine – ainsi qu'à leur histoire migratoire spécifique : aider des célibataires géographiques suppose une autre approche qu'apporter son aide à des migrants installés en famille dans le parc banal.
- L'amélioration des logements eux-mêmes. Les services qui, dans une approche réaliste de la capacité financière des migrants, ne remettent pas en cause l'existence des unités de vie, font tous état du besoin d'espace : cuisines collectives permettant de se déplacer à plusieurs, buanderies attenantes pour s'occuper du linge, sanitaires de plain-pied adaptés aux personnes à mobilité réduite, etc.
- La présence d'une personne au sein du foyer pouvant assurer une fonction de médiation : suite au repérage des besoins, sensibilisation du résident à la demande d'aide (dossier, évaluation des besoins) jusqu'à la mise en place de l'aide, avec intermédiation si nécessaire dans la langue du migrant. L'ajustement de l'aide se fait progressivement, au travers de la mise au point de nombreux détails. Le médiateur peut entendre à la fois les attentes et plaintes du résident et celles de l'aide à domicile, permettre la discussion et trouver une solution.
- Enfin, une adaptation de la réglementation est réclamée par les services d'aide, sur deux points particuliers, l'adaptation de la grille d'évaluation au type de besoins des migrants âgés d'une part, et la définition du service d'autre part.

Soins infirmiers à domicile

La mise en place des soins à domicile est beaucoup plus facile et acceptée par le résidant : le soin est bien perçu comme un acte professionnel technique prescrit par le médecin, une simple ordonnance étant suffisante pour faire intervenir un infirmier (il n'y a pas de constitution de dossier administratif et d'évaluation préalable).

Les conditions d'intervention dans les unités de vie suscitent cependant des réactions négatives fortes de la part des soignants. Les aides à la toilette et les soins sont difficiles, tant pour le migrant que pour le soignant : les infirmiers rencontrés parlent tous d'atteinte à la dignité de la personne. La situation est très différente dans les studios - et variable en fonction des aménagements qui ont été réalisés.

Une prise en charge globale, de nombreux partenaires

Le vieillissement des migrants isolés commence à être pris en compte dans les politiques publiques. Cela se traduit par la mobilisation de partenariats très différents d'un site à l'autre, impliquant de toute façon le Conseil Général, le CCAS de la commune, le tissu associatif, les infirmiers.

3. Des pistes de travail

L'accompagnement du vieillissement des résidents d'origine étrangère dans les foyers suppose de s'adapter à deux contraintes fortes, qui sont constitutives de leur parcours : la pratique des navettes et le mode de vie ascétique choisi pour subvenir à la prise en charge financière de la famille au pays.

Prise en compte de la transmigration

Des réponses différenciées en fonction des parcours résidentiels des migrants :

- Mise en place de la location alternée pour les personnes touchant une retraite contributive
- Des logements adaptés pour ceux qui ne partent pas, ou peu (contraintes liées à la perception de minima sociaux)

Un bâti adapté

- Principes :
 - o Minimiser le coût (reste à payer)
 - o Privilégier la localisation urbaine
 - o Maintenir le principe de petits groupes de migrants âgés
- Réflexion sur unités de vie / logements autonomes et localisation des espaces de regroupement
- Recommandations / préconisations pour les adaptations

L'accompagnement du vieillissement

- Un personnel dédié à l'accompagnement (repérage, médiation)
- Un travail partenarial pour la mise en place des aides à domicile :
 - o Montage des dossiers, évaluation des besoins, plans d'aide individualisés
 - o Réponse adaptée des services, regroupement des aides

ENTRETIENS AVEC LES RESPONSABLES DE RESIDENCE

1. **La population hébergée de + de 50 ans**
 - Qui sont les migrants vieillissants chez lui ? pays d'origine et histoire, dont professionnelle, état de santé et degré d'autonomie, présence de résidents dont l'état de santé pose la question d'un autre logement
 - Le nombre d'aides et leur nature
 - Évaluation de l'importance des absences (allers-retours) et des périodes privilégiées
2. **Le foyer**
 - Espace physique du foyer, son histoire, réhabilitations passées et leurs conséquences
 - Les migrants dans l'espace physique du foyer : usages, contraintes.
 - Besoins : travaux, réhabilitations, projets
3. **Les partenariats**
 - Partenariats mis en place, quelles expériences, quelles réalisations, pour quels besoins ciblés ?
 - Configuration du partenariat : d'où viennent les initiatives ?
 - Besoins identifiés
4. **Y a-t-il des demandes de chambres de la part de migrants logés dans le parc diffus ?**

ENTRETIENS AVEC LES AUTRES INTERVENANTS DANS LE FOYER :

1. **Le personnel du foyer**, responsable adjoint, ouvrier de maintenance
2. **Les intervenants en provenance de l'extérieur**
 - Description précise de leurs interventions : que font-ils, auprès de qui ?
 - Insuffisances ou difficultés dans l'exercice professionnel
 - Besoins rencontrés en général dans le foyer

ENTRETIENS AVEC LES RESIDANTS

1. **Qui êtes-vous ? Le migrant se décrit comme il le souhaite**
 - Age
 - Histoire résidentielle : depuis quand habitez-vous ici ? étapes précédentes, conditions des déménagements (liens avec la vie professionnelle, ...)
 - Pays d'origine, aller retour et famille, pratiques de ces voyages, évolutions avec le temps,
 - Situation par rapport à l'activité ou à la retraite
 - Histoire professionnelle
 - Ressources
2. **Approche générale**
 - L'espace de vie du migrant : *description physique et matérielle de la chambre ou du studio, de la cuisine, des sanitaires, des espaces communs*
 - o taille et organisation de l'espace privé du migrant
 - o espaces semi-collectifs (unités de vie)
 - o espaces collectifs
 - La vie quotidienne et l'usage de l'espace. *Comment se passe une journée ?*
 - o besoins primaires (toilette, repas et approvisionnement, sommeil,...)
 - o activités quotidiennes : promenade, jeux, échanges, prière, ...
 - o activités hebdomadaires ou ponctuelles : marché...
 - La vie sociale
 - o dans le foyer :
 - affinités, activités partagées, et participation aux activités proposées dans le foyer

- Point de vue sur ce qui existe et ce qu'ils souhaiteraient en termes d'organisation de l'espace et d'activités
- Avis sur les améliorations apportées à l'espace du foyer
- hors foyers : dans la ville (réseau social), ailleurs,
- pratiques des allers-retours et répercussions sur leurs modes de vie (chambre partagée...)

3. Le vieillissement du migrant dans le foyer

La troisième partie de l'entretien est à moduler en fonction de l'interlocuteur : informations recueillies auprès du gestionnaire (âge, état de santé visible, vie sociale...), observations des enquêteurs, dires du migrant depuis le début de l'entretien

- Les difficultés rencontrées :
 - Problèmes liés au vieillissement
 - état de santé (maladies, traitements...)
 - En quoi l'organisation physique de l'espace aggrave les difficultés ou au contraire, y a-t'il eu des améliorations ?
- Les aides sollicitées :
 - Aides à la vie quotidienne (repas, toilette, ménage, courses...): par qui est-il aidé : (autre résident, proche n'habitant pas le foyer, personnel du foyer, prestataire) ? / Apportez-vous une aide à d'autres résidents ? Laquelle ? A qui ?...
 - Médecin : fréquence des visites à domicile (où ?) ou au cabinet, traitements éventuels
 - Soins infirmiers à domicile : fréquence, dans quel espace ?
 - Degré de satisfaction sur les aides utilisées
 - Besoins exprimés spontanément
- Relances à partir de l'entretien :
 - Y a-t'il ici des migrants âgés pour qui la vie au foyer est difficile et pénible ? Pourquoi ? : difficultés liés à l'espace, aux revenus, à l'état de santé...
 - En cas d'état général ne posant pas de difficultés majeures : comment voyez-vous les prochaines années (lieu de vie et services éventuels, aller-retour) ?
 - En cas de difficultés exprimées : relance à partir d'une liste des aides disponibles localement (éventuellement avec exemple), pourquoi pas vous ? Relancer sur les freins

4. Propositions d'amélioration

- Éléments prioritaires à leurs yeux pour accompagner le vieillissement dans le foyer :
 - le bâtiment
 - les services internes
 - les aides en provenance de l'extérieur
- Ouverture du foyer à d'autres populations : qu'en pensez-vous ?

DEUXIEME PARTIE :

GUIDE-ACTIONS

INTRODUCTION

Ce guide-action a **deux objectifs** :

- **Faciliter les projets d'adaptation au vieillissement dans les résidences Adoma, et leur mise en œuvre**, et ce dans deux types de cas :
 - Réhabilitation lourde d'une résidence, et/ou construction neuve – deux démarches souvent concomitantes, la réhabilitation ayant pour corollaire une baisse de l'offre pouvant être compensée par la construction d'une résidence sociale neuve.
 - Adaptation transitoire au vieillissement du public de résidences dont la réhabilitation n'est pas prévue dans l'immédiat. Compte tenu de l'importance du parc Adoma, et du rythme de financement des réhabilitations, beaucoup d'anciens foyers ne seront pas réhabilités avant de nombreuses années. En effet, si les foyers comprenant des chambres de 4,5 m² sont tous inscrits au plan de traitement concerné par l'actuel contrat d'objectifs, il reste encore beaucoup de résidences avec des chambres de 7,5 m².

- **Donner des clés pour la définition et la mise en oeuvre d'un projet d'accompagnement des résidents vieillissants**, en prenant en compte le contexte local dans toutes ses composantes :
 - Proportion de résidents âgés, et perspective d'augmentation de la part des résidents en perte d'autonomie
 - État du bâti, taille des logements, existence ou non d'adaptations effectuées lors de précédentes réhabilitations
 - Partenariats locaux autour du vieillissement

Il s'organise en **deux parties** :

1. Des données de cadrage statistiques et juridiques

- Des fiches replacent les migrants vivant en foyer dans le contexte général de l'immigration en France
- Des fiches apportent un éclairage régional sur la population immigrée vieillissante au sein des résidences Adoma, en croisant les données sur les résidents (âge, origine) et sur les résidences elles-mêmes (nombre et taille des chambres, ...)
- Des fiches rappellent le contexte juridique et les droits de l'immigration en France, pour les retraités en particulier

2. Constats, pistes de réflexion et fiches-actions

Cette partie s'appuie sur les études de cas constituant la phase recherche de cette recherche-action et sur les expérimentations en cours dans trois résidences Adoma pour analyser les pratiques en terme d'accompagnement du vieillissement. Elle dégage des pistes de réflexion de ces constats.

Des fiches-actions accompagnent les pistes de réflexion pour proposer une « boîtes à outils », un mode de faire, pour la mise en place de l'ensemble des actions qui constituent un « projet global d'accompagnement du vieillissement ».

Les fiches-actions constituent un guide proposant des solutions pragmatiques et souples, pour s'adapter à la diversité des situations locales, et à des mécanismes de vieillissement en évolution permanente. Comment prendre en charge à l'avenir des personnes de plus en plus âgées, donc de plus en plus dépendantes, dans l'espace de vie des résidences sociales ?

Au-delà des obligations du logeur, il s'agit de travailler, avec les dispositifs et les services pour le maintien à domicile des personnes âgées, à la mise en place de formules innovantes répondant aux besoins à venir de ces migrants vieillissant à leur domicile, le foyer.

Ce guide est donc par définition évolutif, il est l'outil d'une politique d'entreprise pour l'accompagnement des migrants âgés, sa mise à jour s'enrichira des actions menées localement, en agences et sur sites.

Des pistes de réflexion stratégique peuvent être examinées avec les partenaires au regard des constats et du travail mené en interne :

- La problématique du vieillissement est le défi de tous les bailleurs sociaux pour les années à venir. Chez Adoma la population traditionnelle originaire du Maghreb culminera dans les années 2020 et on voit déjà arriver une population vieillissante sub-saharienne et française précarisée. **La poursuite du plan de traitement des foyers** devra tenir compte de la problématique vieillissement et prévoir aussi des réhabilitations partielles de foyers particulièrement concernés.
- L'accompagnement des équipes de gestion des résidences par des **coordinateurs sociaux** parfaitement reconnus par les partenaires serait garant de l'efficacité des projets d'accompagnement des résidents âgés qui nécessitent méthode, évaluation, bilan et recherche de financement. Leur présence dans chacune des régions doit être recherchée et permise par des soutiens financiers des différents partenaires (Etat, Conseil général, Ville...)
- **Une médiation santé-vieillesse** venant en soutien des équipes pour assurer leur fonction de veille et d'alerte, reconnue par les partenaires sanitaires et gérontologiques, permettrait une meilleure gestion des situations compliquées rencontrées quotidiennement sur les sites. Cette action doit s'inscrire dans les objectifs départementaux des acteurs œuvrant dans le domaine de la santé.
- La complexité des financements (co-financements, réduction des enveloppes) pour l'accompagnement des résidents dans les foyers mais aussi leurs orientations spécifiques (migrants, problématique sociale, prévention santé...) rend le montage des projets très compliqué. **La mobilisation des instances nationales et territoriales en charge des personnes âgées** s'impose dorénavant au vu du nombre de personnes de plus de 60 ans concernées. Une contractualisation autour d'actions spécifiques doit être recherchée.
- Les modes d'habitat et de vie des résidents actuels imposent une prise en charge spécifique du vieillissement qui nécessite **une adaptation des services** répondant aux besoins et aux attentes des bénéficiaires. Des informations et des formations doivent être faites avec les têtes de réseau, les fédérations des services d'aide à domicile et les services de proximité.
- Au-delà du strict maintien à domicile, le manque de places dans les établissements médicalisés et le souhait des personnes de rester sur place imposent une prise en charge par les services d'aide et de soins de personnes de plus en plus dépendantes. Un projet de vie spécifique sur de petites structures d'habitat serait une chance pour les bénéficiaires et représenterait une nouvelle façon de travailler dans des structures dédiées pour les services. La mise en place de tels projets impose une réflexion des bailleurs, des financeurs de l'aide et des soins aux personnes âgées et des services de proximité pour **une prise en charge de la dépendance innovante, facilitée et harmonieuse**. Adoma doit être force de proposition pour faciliter l'élaboration de projets adaptés.

DONNEES DE CADRAGE

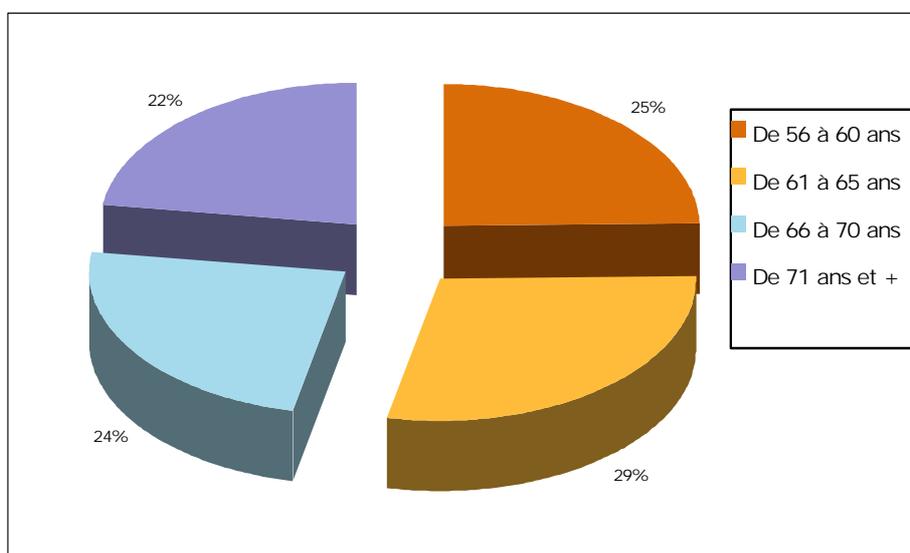
A – Eléments statistiques sur la clientèle vieillissante d'Adoma et ses conditions de logement au 31/12/2008

Au 31/12/2008, 50% de la population d'Adoma a plus de 55 ans, soit 29 636 résidents (sur un total de 59140 personnes).

On estime que la population vieillissante d'Adoma représente au moins les deux tiers de la population vieillissante hébergée en foyer et résidence sociale.

(estimation d'après le modèle de projection Adoma et les données du RGP de 1999)

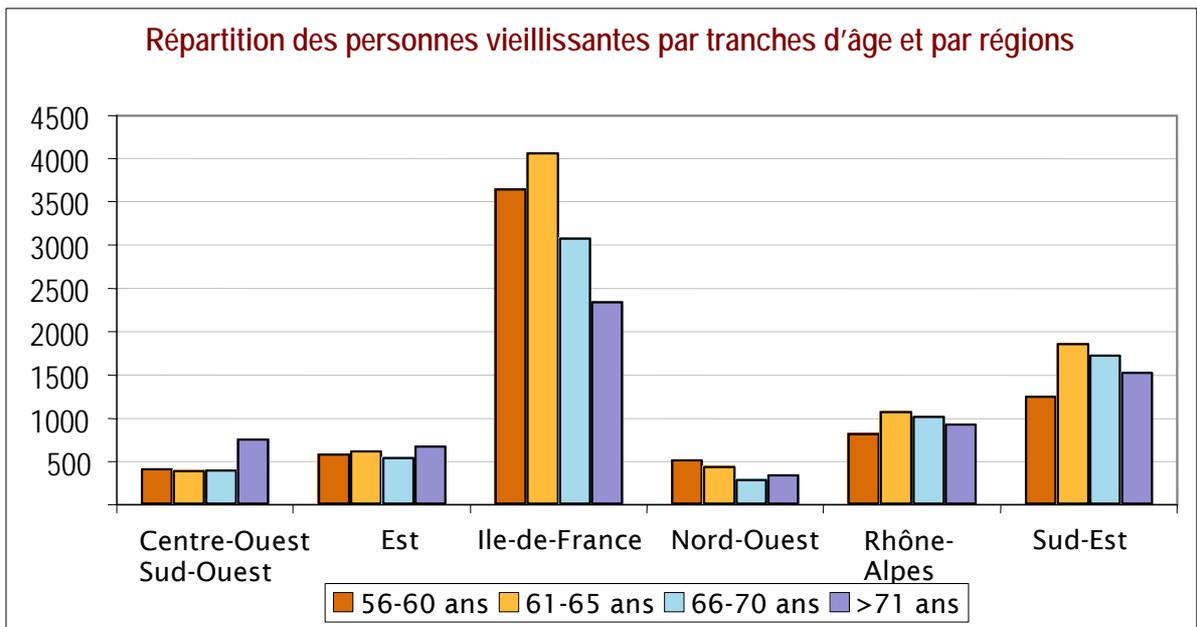
Répartition de la population vieillissante par tranches d'âge



Analyse régionale

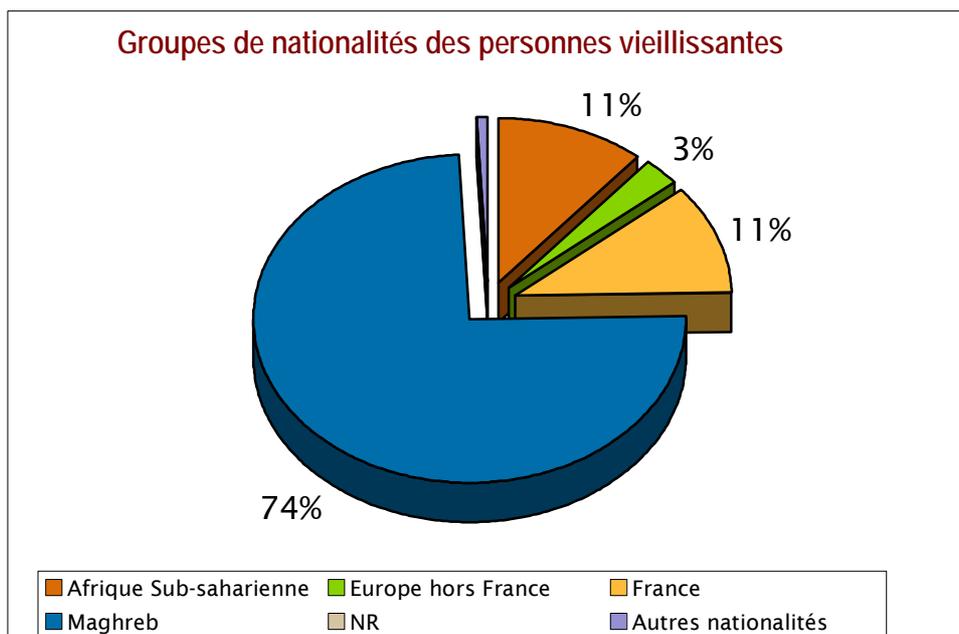
Nombre de personnes vieillissantes par tranches d'âge et par régions

	56-60 ans		61-65 ans		66-70 ans		>71 ans		Total
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
CO-SO	428	21%	407	20%	411	20%	769	38%	2015
EST	597	24%	635	26%	555	22%	688	28%	2475
IDF	3657	28%	4082	31%	3091	23%	2353	18%	13183
NO	530	32%	451	27%	306	19%	357	22%	1644
RA	836	21%	1085	28%	1030	26%	944	24%	3895
SE	1268	20%	1872	29%	1741	27%	1543	24%	6424
Total	7316	25%	8532	29%	7134	24%	6654	22%	29636



- Les trois régions les plus concernées par le vieillissement des résidents sont l'Ile-de-France, le Sud-Est et dans une moindre mesure Rhône-Alpes
- Le Centre-Ouest / Sud-Ouest se signale par l'importance des très âgés, mais les effectifs de cette région sont par ailleurs relativement faibles (769 résidents de plus de 70 ans)
- l'Ile-de-France se différencie du profil national, avec une prédominance des moins de 66 ans, et une part plus faible qu'ailleurs des plus de 70 ans (qui représente tout de même 2353 résidents)
- Les autres régions se rapprochent de la moyenne nationale

Analyse par nationalités



Population vieillissante par groupes de nationalités et par tranches d'âge

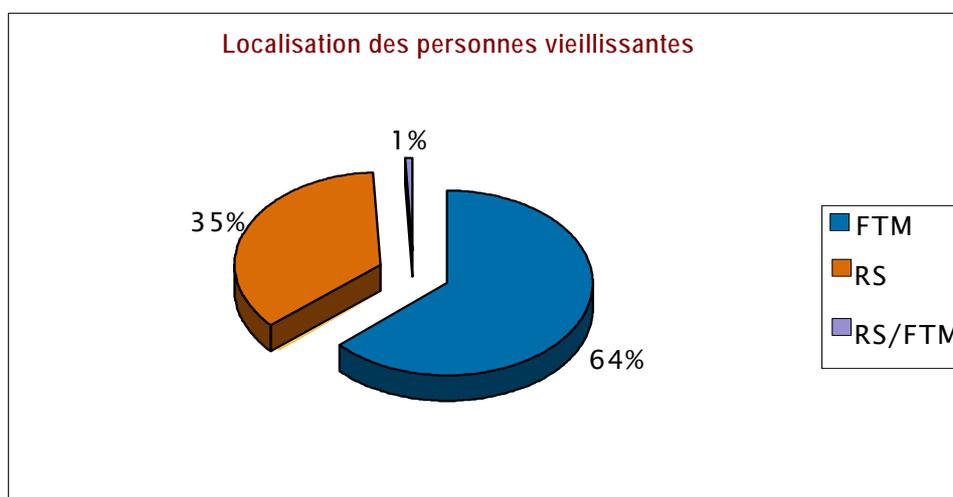
Groupes de nationalités	56-60 ans	61-65 ans	66-70 ans	>71 ans	Total
Maghreb	3746	6388	5978	5940	22052
Afrique sub-saharienne	1590	936	497	257	3280
France	1582	857	468	335	3242
Europe hors France	305	282	156	90	833
Autres nationalités	93	69	35	32	229
Total	7316	8532	7134	6654	29636

Les Maghrébins constituent de très loin le groupe le plus important :

- Ils représentent les trois quarts de la population vieillissante
- et ceux de plus de 65 ans représentent à eux seuls 40% des résidents vieillissants.

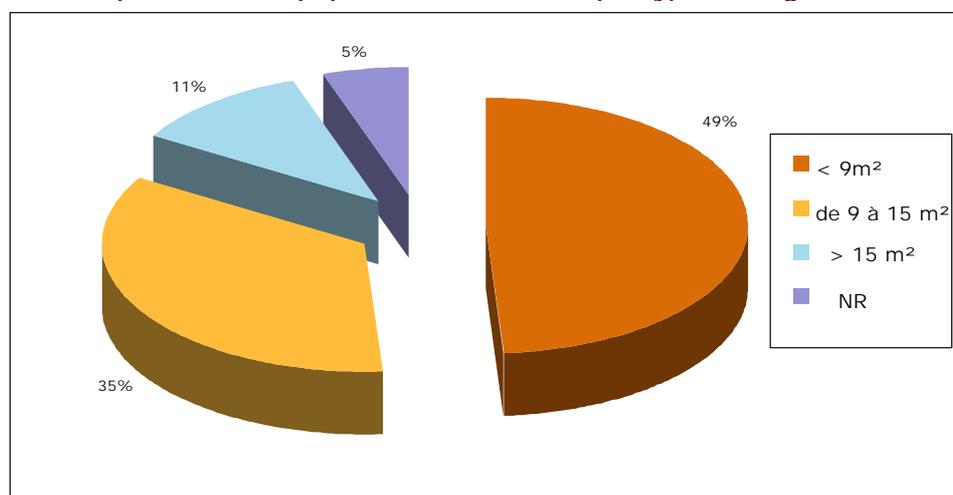
La nationalité française et celles des pays d'Afrique sub-saharienne représentent chacune 11% de la population vieillissante.

Conditions de logement de la population vieillissante



- 18 776 personnes vieillissantes résident en FTM
- Parmi elles, 8790 personnes ont plus de 65 ans, soit presque 1 sur deux

Répartition de la population vieillissante par types de logements



14 169 personnes vieillissantes logent dans des chambres de moins de 9 m² parmi lesquelles :

- 8506 migrants de plus de 55 ans occupent des logements de 7,5 m² ou moins
- 4020 d'entre eux, soit 47,2% ont plus de 65 ans

Taille des logements par régions

	- de 9m ²		de 9 à 15m ²		+ de 15m ²		NR
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Centre-Ouest Sud-Ouest	733	36,40%	747	37,00%	218	11,00%	317
Ile-de-France	6926	54,80%	3446	27,20%	1445	11,40%	821
Est	933	37,70%	1056	42,60%	484	19,50%	2
Nord-Ouest	942	57,30%	488	29,70%	83	5,00%	131
Rhône-Alpes	1791	46,20%	1658	42,70%	289	7,40%	157
Sud-Est	2844	46,70%	2572	42,20%	640	10,50%	27
Total	14169	49,00%	9967	34,60%	3159	11,00%	1455

Des différences notables selon les régions :

- Les personnes vieillissantes logeant dans moins de 9 m² sont nettement sur-représentées :
 - o en Ile-de-France, ou elles représentent le groupe le plus important
 - o Dans le Nord-Ouest
- Les personnes vieillissantes occupant des logements de taille intermédiaire (9 à 15 m²) sont sur-représentées :
 - o dans le Sud-Est
 - o en Rhône-Alpes
 - o dans l'Est
- Les migrants vieillissants occupant des logements de plus de 15 m² sont sur-représentés dans l'Est

Les établissements comprenant plus de 100 personnes de plus de 60 ans

Région	Agence	Ville	Résidence	Type	Total rés.	61-65 ans	66-70 ans	>71 ans	pers > 60 ans	pop > 60 ans
									Nb	%
Sud-Ouest / Centre-Ouest	Gironde	Bordeaux	Médoc	RS	175	3	12	90	105	60%
	Haute-Garonne	Toulouse	Le Fronton	RS	197	36	33	49	118	60%
	Hérault	Montpellier	Le Lavandin	FTM	274	59	58	54	171	62%
	Hérault	Montpellier	Le Bosquet	FTM	176	33	49	43	125	71%
Sud Est	Aix	Aubagne	Petit Canedel	FTM	223	53	45	53	151	68%
	Aix	Aix en Prov.	Petit-Barthél.	RS	305	86	67	55	208	68%
	Aix	Salon de Prov.	Les Arcades	FTM	214	46	50	29	125	58%
	Cannes	Grasse	Saint Exupéry	FTM	199	51	42	43	136	68%
	Cannes	Le Cannet	Font Marie	FTM	234	48	49	53	150	64%
	Etang-de-Berre	Martiques	Boudème	FTM	210	56	50	27	133	63%
	Etang-de-Berre	Port de Bouc	Saint Jean	RS	210	32	28	54	114	54%
	Etang-de-Berre	Martiques	Coudoulière	FTM	201	46	33	45	124	62%
	Etang-de-Berre	Miramas	Les Molières	RS	254	43	45	52	140	55%
	Etang-de-Berre	Berre l'Etang	Les Salins	RS	294	73	68	44	185	63%
	Marseille	Marseille	Barnière	FTM	293	68	66	53	187	64%
	Marseille	Marseille	Felix Pyat	FTM	316	54	44	46	144	46%
	Marseille	Marseille	Pierre Leca	RS	310	69	54	43	166	54%
	Nice	St André	Eucalyptus	FTM	175	31	53	47	131	75%
	Nice	Nice	Riquier	FTM	287	66	72	45	183	64%
	Nice	Nice	Primevères	FTM	311	65	70	45	180	58%
	Nice	Nice	Stadium	FTM	325	72	62	66	200	62%
	Nice	Nice	Les Bleuets	FTM	376	67	83	76	226	60%
	Var	La Garde	Les Savels	FTM	156	36	34	31	101	65%
	Var	Toulon	Lesseps	RS	284	48	51	44	143	50%
Vaucluse	Cavaillon	Le Lubéron	FTM	276	88	48	29	165	60%	
Vaucluse	Le Pontet	A. Daudet	RS	232	57	44	29	130	56%	
Est	Bas-Rhin	Strasbourg	Metzgerau	RS	195	45	35	50	130	67%
	Meurthe-et-Moselle	Nancy	Phalsbourg	RS	253	32	28	40	100	40%
	Moselle	Thionville	Sarrelouis	FTM	176	28	48	31	107	61%
IDF	Bobigny	Bobigny	Berlioz	FTM	200	60	50	55	165	83%
	Bobigny	Aulnay ss Bois	L.C Berthollet	FTM	337	53	41	35	129	38%
	Boulogne	Boulogne	Dôme	FTM	183	52	42	29	123	67%
	Champigny	Fontenay/Bois	L'Auxerrois	FTM	289	36	44	31	111	38%
	Champigny	Champigny	Gaité	RS	405	52	30	27	109	27%
	Créteil	Villejuif	Alex. Dumas	FTM	284	38	42	33	113	40%
	Evry	Montgeron	L'Yerres	FTM	293	34	44	28	106	36%
	Gennevilliers/Clichy	Gennevilliers	Les Grésillons	FTM	306	55	65	57	177	58%
	Gennevilliers/Clichy	Clichy	Victor Hugo	RS	262	50	36	24	110	42%
	Gennevilliers/Clichy	Gennevilliers	Brenu	FTM	365	101	100	58	259	71%
	Gennevilliers/Clichy	Asnières	Les Bas	RS	312	66	68	67	201	64%
	La Courneuve	La Courneuve	Nvelle France	FTM	306	56	41	35	132	43%
	Massy	Massy	Ampère	FTM	403	68	81	49	198	49%
	Massy	Massy	Basch	FTM	298	48	35	32	115	39%
	Nanterre/Colombes	Nanterre	Primevères	FTM	217	42	36	26	104	48%
	Nanterre/Colombes	Nanterre	Les Sorbiers	FTM	500	82	64	57	203	41%
	Nanterre/Colombes	Colombes	Colbert	RS	344	76	62	40	178	52%

Région	Agence	Ville	Résidence	Type	Total rés.	61-65 ans	66-70 ans	>71 ans	pers > 60 ans	pop > 60 ans
									Nb	%
Ile-de-France	Nanterre/Colombes	Colombes	Stalingrad	FTM	271	67	40	33	140	52%
	Romainville	Neuilly/Seine	Bossuet	FTM	232	40	42	28	110	47%
	Romainville	Montreuil	La Noue	FTM	351	73	29	24	126	36%
	Romainville	Bagnolet	Robespierre	FTM	388	76	50	36	162	42%
	Romainville	Romainville	Paul de Kock	FTM	294	44	43	37	124	42%
	Saint-Denis	St-Denis	Romain Rolland	FTM	302	65	48	25	138	46%
	Saint-Denis	St-Denis	David Siqueiros	FTM	301	44	32	24	100	33%
	Val-de-Seine	Bezons	Jean Carasso	FTM	237	38	34	34	106	45%
	Val-de-Seine	Argenteuil	Butte Blanche	FTM	369	62	69	61	192	52%
	Val-de-Seine	Argenteuil	Les Remparts	FTM	334	83	90	70	243	73%
	Versailles	Trappes	Les Alizés	RS	284	36	34	37	107	38%
	Paris	Paris	Gergovie	FTM	299	41	39	34	114	38%
	Paris	Paris	Procession	FTM	243	42	50	29	121	50%
	Paris	Paris	L.S. Senghor	FTM	410	46	41	33	120	29%
Rhône-Alpes	Grand Lyon Centre	Lyon	Debourg	FTM	276	49	28	24	101	37%
	Grand Lyon Est	St-Priest	Revaion	RS	222	49	31	31	111	50%
	Gd Lyon Sud et Ouest	Vénissieux	Billon	RS	197	36	41	30	107	54%
	Grenoble	Grenoble	F. Jammes	FTM	319	85	87	90	262	82%
	Grenoble	Echirrolles	Normandie	RS	203	34	36	33	103	51%
	Haute-Savoie	Annecy	Le Salève	RS	197	43	33	32	108	55%

On constate :

- Des situations très contrastées en Rhône-Alpes et Ile-de-France : de grandes résidences, avec une mixité d'âges où les moins de 60 ans sont au moins à égalité avec les plus de 60 ans, et quelques résidences très marquées par le vieillissement, avec notamment un nombre important de plus de 70 ans
- Dans le Sud-Est, un nombre très important de résidences où plus de 60% de la population a plus de 60 ans
- Dans les autres régions, quelques résidences marquées par le vieillissement des résidents

B - Fiches de cadrage

Ces fiches présentent de façon synthétique les principaux éléments de constats établis au travers de l'approche bibliographique.

Fiche de cadrage n°1
Données de cadrage sur la population étrangère vieillissante

Source : - *Rapport sur les immigrés vieillissants*, IGAS, novembre 2002
- *Le vieillissement des hommes immigrés isolés en foyer*, Rémi Gallou, CNAV, juin 2005
- *Le logement des personnes immigrées*, HCI décembre 2007

Un cadrage statistique se heurtant à certaines difficultés (IGAS – 2002) :

- Selon les sources, on recourt à la notion « d'étranger » (qui n'a pas la nationalité française) ou à celle d'« immigré » (qui est né étranger à l'étranger, qu'il ait ou non acquis la nationalité française)
- Certaines sources marquent l'entrée dans le vieillissement à 55, 60 ou 65 ans
- Enfin, les statisticiens eux-mêmes doutent de l'entière fiabilité du RGP¹³ et des autres enquêtes (par exemple celle du Ministère de la Santé) pour appréhender cette population

En 2004, selon les estimations de l'INSEE, la France compte 3,5 millions d'étrangers et 4,9 millions d'immigrés (+1 million en 5 ans) soit 8,1% de la population.

Le nombre d'immigrés a augmenté de 18% depuis 1990 contre 7% pour l'ensemble de la population métropolitaine. Une fraction importante de cette hausse est intervenue entre 1999 et 2004 venant pour un quart d'un pays de l'Union Européenne.

7% des personnes âgées de 75 ans et plus sont immigrées (contre 8,1% tous âges confondus).

Les populations immigrées se différencient sensiblement par leur âge selon leurs origines, ce qui reflète l'ancienneté des courants migratoires.

Les immigrés natifs du Maghreb sont au nombre de 1,5 million en 2004-2005, soit 220 000 de plus qu'en 1999 (+ 17 %). Ce sont les personnes originaires d'Algérie ou du Maroc qui sont à l'origine de cette croissance (+ 100 000 pour chaque pays).

Le HCI précise que les foyers de travailleurs migrants sont emblématiques de la question du logement des immigrés même si seuls 1,9% des immigrés vivent dans ces foyers. En effet, vivent en foyer :

- 4% des hommes immigrés
- 24% des hommes immigrés vivant seuls
- 34% des hommes immigrés vivant seuls de plus de 50 ans

D'après l'IGAS, en 1999, **73 700 étrangers résidaient en foyer**, dont 28,6% de plus de 60 ans (soit 21 000 personnes).

On évalue à environ 80 000 le nombre d'immigrés isolés vivant en habitat précaire (meublés,...) dont la moitié serait vieillissants.

¹³ RGP : recensement général de la population

Fiche de cadrage n°2 Caractéristiques de logement de la population des immigrés isolés

Source : - *Le vieillissement des hommes immigrés isolés en foyer*, Rémi Gallou, CNAV, juin 2005
- *Le logement des personnes immigrées*, HCI décembre 2007

- En 1999, parmi la population immigrée (4,3 millions), la population des isolés comprend :
 - o 510 000 personnes occupant seuls un logement ordinaire,
 - o 190 000 personnes hébergées dans un habitat collectif (foyers, maisons de retraite, hôpitaux...)
- Le type d'habitat est contrasté entre les hommes et les femmes immigrés vivant seuls :

Les immigrés isolés selon 3 parcs de logements en 1999

	Hommes immigrés vivant seuls	Femmes immigrées vivant seules
Parc classique ¹⁴	58%	88%
Parc diffus ¹⁵	14%	11%
Foyers de travailleurs migrants	24%	< 1%
Autres (hôpitaux, maison de retraite, cité universitaire...)	4%	< 0,4%
Total	100%	100%

⇒ *N'hébergeant que 2% de la population immigrée totale, les FTM représentent un mode d'hébergement très significatif pour les hommes immigrés isolés (population totale hommes immigrés isolés : 308 400).*

- Un des enjeux du plan de traitement des FTM est de prendre en compte les effets du vieillissement de la population concernée. Le HCI souligne l'urgence d'accélérer le rythme des transformations en résidences sociales au regard de l'isolement dramatique des travailleurs migrants vieillissants.
- Les femmes immigrées vivant seules sont plus âgées (en moyenne 61,6 ans) que les hommes (en moyenne 47,5 ans). Elles sont veuves dans 44% des cas (7% pour les hommes) et les deux tiers sont originaires d'un pays d'Europe (39% pour les hommes).
- Les femmes immigrées âgées présentent des caractéristiques qui aggravent leur situation à l'heure de la retraite : moindre taux d'activité, emplois précaires ou à temps partiel en cas d'activité, fréquence des pensions de réversion (Rapport HCI 2005)
- Les hommes immigrés vivant seuls sont fortement confrontés à l'inconfort des logements, notamment dans le parc diffus :

Eléments comparés de confort des logements

	Hommes immigrés vivant seuls		Ensemble hommes vivant seuls	Femmes immigrées vivant seules
	Diffus	Banal	Tous logements	Tous logements
Logement d'une seule pièce	68%	29%	21%	18%
WC à l'extérieur	29%	7%	6%	8%
Ni baignoire ni douche	19%	5%	5%	5%

Exemple de lecture : 68% des hommes immigrés isolés vivant dans le diffus occupent des logements d'une seule pièce

- Quelques experts, notamment de la CILPI, estiment à 80 000 la population immigrée isolée en habitat diffus (IGAS 2002)

¹⁴ Le parc classique est constitué des logements locatifs privés et HLM avec bail

¹⁵ Le parc « diffus » comprend les meublés, garnis, chambres d'hôtel, habitations de fortune et pièces indépendantes telles que baraques....

Fiche de cadrage n°3
Spécificités de la population immigrée hébergée en foyer
parmi celle des hommes immigrés vivant seuls

Source : - *Le vieillissement des hommes immigrés isolés en foyer*, Rémi Gallou, CNAV, juin 2005

- Une forte sur-représentation des immigrés en provenance du Maghreb ou de l'Afrique subsaharienne dans les foyers
- La population des foyers est plus âgée avec notamment une part des 50-65 ans nettement plus importante que dans les deux autres parcs
- 70% des résidents des foyers sont arrivés en France entre 1960 et 1979. Dans le diffus, ce sont les arrivées récentes qui se démarquent (53% occupants après 80). C'est dans le parc classique qu'on trouve le plus de personnes arrivées avant 1960 (25%).

Caractéristiques des hommes immigrés isolés selon les segments de parc

	FTM	Diffus	Banal
Part de la population issue du Maghreb et de l'Afrique sub-saharienne	90%	60%	44%
Age moyen	54,8 ans	43,3 ans	48,3 ans
Part de la population occupant le même logement en 1999 qu'en 1990	60%	28%	41%
Part de la population n'ayant pas dépassé le niveau de l'école primaire	70%	24%	28%
Statuts d'activité des plus de 35 ans :			
- part d'actifs ayant un emploi	24%	47%	49%
- part de retraités	36%	21%	36%
Part d'ouvriers dans la population	70%	40%	40%
Part d'hommes mariés	59%	15%	18%
Part population n'ayant pas d'enfants	28%	65%	53%
Part population ayant 4 enfants et plus	50%	12%	12%
Nombre moyen d'enfants	3,8	1,17	1,36
Part de la population ayant déjà vécu en couple avant immigration	54%	29%	26%
Déclarent vouloir retourner vivre dans la région d'origine « un jour »	53%	38%	26%
Ont acquis la nationalité française	6%	26%	33%

⇒ Le parc diffus semble jouer le rôle de « refuge », de première étape résidentielle, avant de pouvoir entrer dans les autres segments plus difficiles d'accès (une population plutôt jeune, arrivée récemment)

⇒ *Quelle mobilité entre ces segments de parcs des personnes vieillissantes ? Existe-t-il une demande d'accès à un logement « classique » de la part des résidents de foyers lorsqu'ils avancent en âge, par exemple dans une perspective de regroupement familial ? Comment est-elle prise en compte ? A contrario, des immigrés vieillissants logés dans le diffus cherchent-ils à entrer en foyer lorsque les premières difficultés liées à l'âge se font sentir (rupture d'isolement, recherche d'une sociabilité) ?*

Fiche de cadrage n° 4
La population immigrée hébergée en foyer et son évolution

Source : - *Le vieillissement des hommes immigrés isolés en foyer*, Rémi Gallou, CNAV, juin 2005

- La population vieillissante en foyer est essentiellement masculine : ultra minoritaires, les femmes résidant en foyer sont jeunes (en 1999, 46% d'entre elles avaient moins de 25 ans contre 4% pour les hommes).
- 9 hommes sur 10 sont nés dans 7 pays (pays du Maghreb, Mali, Sénégal, Turquie et Portugal) et plus de 6 sur 10 sont maghrébins.
- La population vieillissante présente en foyer aujourd'hui est une « résultante de sélections successives » (M. Bernardot) : parmi les entrants des années 50 et 60 :
 - o un premier tiers est parti pour effectuer un regroupement familial en France,
 - o un autre tiers s'est réinstallé dans son pays d'origine,
 - o et un tiers est resté en foyer, fait révélateur « d'une forme d'indécision personnelle du parcours migratoire » ou de l'échec économique du projet migratoire.

Evolution des effectifs et de l'âge moyen entre 1990 et 1999 des hommes immigrés hébergés en foyer et part des vieillissants en fonction du pays de naissance

	Eff. 1990	Eff. 1999	Variation effectif	Age moyen 90	Age moyen 99	En 1999	
						Part des 55 -64 ans	Part des + de 65 ans
Algérie	35 992	29 947	- 17%	51.4	58.4	47.5%	29.0%
Maroc	17 660	12 101	- 31%	44.9	51.7	38.0%	12.2%
Tunisie	7 052	6 725	- 5%	47.0	52.5	35.3%	11.7%
Mali	9 728	9 993	+ 3%	38.2	44.3	15.7%	3.0%
Sénégal	6 368	6 236	+ 2%	41.4	47.6	24.7%	5.4%
TOTAL résid. FTM	96 256	77 200	- 20%	46	51.7	34.7%	16.0%

Source : RGP 1990-1999 exploitation CNAV

Dans un contexte de baisse générale des effectifs entre 1990 et 1999 (~ 20%), la diminution des effectifs est plus sensible pour les marocains (baisse de 31%) que pour les algériens (baisse de 17%).

⇒ *La perte plus marquée d'effectifs chez les Marocains est-elle révélatrice d'un phénomène plus fréquent de retour au pays ? Ou bien de sorties plus fréquentes vers le parc classique, voire regroupement familial ?*

Le vieillissement des maghrébins, et plus particulièrement des algériens, arrivés plus tôt en France, est plus marqué

⇒ *Le phénomène de vieillissement dans les foyers sub-sahariens s'observera-t-il de la même façon avec un décalage dans le temps ?*

- Une population pour laquelle le foyer constitue majoritairement l'unique étape résidentielle : parmi les hommes immigrés en foyer, 6/10 y résidaient déjà en 74, proportion atteignant 80% dans la population maghrébine.

- La part des 55 ans et plus a plus que doublé entre 1990 et 1999, passant d'un quart de la population en 1990 à plus de la moitié en 1999. Près de 40 000 résidants ont plus de 55 ans et environ 12 000 ont plus de 65 ans. Sur ces tranches d'âge, 32 000 hommes sont maghrébins.

⇒ *L'importance du phénomène de vieillissement observé révèle le maintien au sein des foyers de la population vieillissante et questionne l'idée du « retour définitif au pays » des immigrés retraités.*

Fiche de cadrage n°5
Le lien au pays d'origine : retour au pays et aller-retour

- Partagés entre deux Etats, les communautés trans-nationales sont nées de migrations de travailleurs qui conservent leurs bases familiales dans l'Etat-nation d'origine et circulent entre cette base et leur pays d'installation. Le transmigrant est trop dépendant de son Etat-nation d'origine et de son pays d'accueil pour s'autonomiser. Le groupe social auquel il appartient se limite souvent à sa communauté (L'atlas des migrations, Le Monde, La Vie, 2008)
- **45% des paiements des droits directs du régime général à des hommes nés au Maghreb sont versés à l'étranger et 55% en France**, (IGAS-2002)
- Une enquête menée auprès d'immigrés vieillissants (résidant ou non en foyer) a montré que **moins de 20% avait l'intention de retourner définitivement au pays** (Migrations & Développement pour Adoma, Diagnostic pour la création d'une maison de retraite adaptée aux immigrés à Marseille, 2006). Il est probable que cette proportion est légèrement supérieure chez les résidants en foyer.
- Pour la population âgée présente en foyer, le **non retour est un constat a priori paradoxal**, la sortie de la vie active ne légitimant plus le maintien en France. Plusieurs explications :
 - o **L'attachement à la vie en France**, parfois sous estimé par les acteurs extérieurs : ancienneté de la migration, habitudes de vie,.... Comme pour toute personne âgée, les ruptures radicales dans le mode de vie sont problématiques
 - o **Les conditions de résidence pour les prestations sociales non contributives** (minimum vieillesse...): facteur d'autant plus important que nombre d'immigrés vieillissants restent l'unique soutien de la famille au pays, avec parfois encore des enfants à charge
 - o **L'attachement au système de soins français** et la crainte de la perte des droits à la santé
 - o **Les difficultés de réinsertion dans le tissu familial et social** : vies construites en parallèle, rôle de père et d'époux troublé par cette vie à distance, décalage par rapport aux évolutions de la société d'origine....

LES ALLERS-RETOURS

- **La part de personnes dans l'aller-retour progresse régulièrement avec l'avancée en âge jusqu'à 75 ans et décroît au delà**, peut-être avec la venue de problèmes de santé ou de locomotion. L'aller-retour concerne :
 - o 23% des personnes de moins de 60 ans
 - o près de 69% des plus de 60 ans (73% des 66-70 ans et près de 80% des 70-75 ans pour repasser à 73% pour les plus de 75 ans) - (Enquête aides à domicile Adoma 2005)
- Au moins 35% des résidants retournent au pays plus d'une fois par an pour une durée supérieure à 2 mois (enquête Adoma sur Amiens et Chelles)
- Distinction entre les **navettes « administratives »** (retour en France motivé par le maintien des droits) et les **navettes « mode de vie »** (une vie entre ici et là-bas, période plus longue de résidence en France) (Unafo, 2002)
- **Facteurs influençant la fréquence des navettes** :
 - o niveau de ressources,
 - o situation familiale (célibataire / marié / divorcé),
 - o état de santé,
 - o région d'implantation en France,
 - o situation politique du pays (rupture pour certains Algériens)
- Un temps moyen de présence en France difficile à estimer : environ 100 jours dans le cadre d'une expérimentation en ALT de l'ALAP à Annecy
- Des **périodes** pendant lesquelles les **résidants** sont « **au pays** » : le ramadan et dans une moindre mesure la période d'été. A contrario, présence en France pour les formalités administratives : déclaration d'impôts, assurance maladie (CRAM Rhône-Alpes, documents Adoma)

Fiche de cadrage n°6
Santé de la population immigrée vieillissante résidant en foyer

Sources : - *Migrants, isolement et vieillissement : quelle aide à domicile possible ?*, Etude CRAM Rhône-Alpes, 2000

- *La santé en France*, rapport du Haut Comité de Santé Publique, janvier 2002
- *Rapport d'observation sur le vieillissement*, Sonacotra 2004
- *Condition sociale des travailleurs immigrés âgés*, rapport du HCI, mars 2005
- *Les migrants âgés en foyers : une approche gériatrique*, Thèse de médecine, Linda Hadjiat, 2006
- *Enquêtes vieillissement Adoma 2005 et 2007*
- *L'accueil des immigrés vieillissants en institution*, Bartkowiak N., Presses de l'EHESP Rennes, 2008

- **Les travailleurs étrangers connaissent une fréquence supérieure d'accidents du travail** (Rapport HCI, 2005) :
 - o En 1991, 13,1% des étrangers victimes d'accidents du travail (6,8% dans la population totale)
 - o Dans le BTP, 30% des salariés victimes d'accidents entraînant une incapacité permanente sont étrangers (alors qu'ils ne représentent que 20% des salariés).

ETAT DE SANTE DES IMMIGRES VIEILLISSANTS RESIDANT EN FOYER

- **Un vieillissement prématuré** traduisant une « usure » physique accélérée probablement multifactorielle (conditions de travail et de vie difficiles, mauvaise hygiène de vie, difficultés psychologiques propres au « déraciné »)
- **Un vieillissement clairement ressenti** (les immigrés en foyer se considèrent comme âgés plus tôt que les français) même si les difficultés sont peu exprimées spontanément
- **Les pathologies les plus fréquentes** :
 - o **Le diabète et les facteurs de risque cardio-vasculaires** : la prévalence du diabète est presque deux fois plus importante dans la population immigrée que dans la population générale. Le rôle de l'ethnicité est rapporté mais la précarité semble significativement liée au manque de contrôle glycémique et aux complications micro-vasculaires
 - o **Les pathologies ophtalmiques, ORL et dentaires** sont fréquentes par manque de prévention et de correction des troubles
 - o **La dépression**, souvent exprimée par une plainte somatique, serait en partie due à l'isolement socio-affectif. Il faut noter aussi la faible prise en charge des troubles vécus comme tabous
 - o Rhumatismes, problèmes gastriques, problèmes respiratoires...

Ces éléments sont de l'ordre de l'observation et du ressenti mais comme le signale le HCSP dans son rapport de janvier 2002 sur « La santé en France », les connaissances scientifiques sont quasi nulles dans le domaine de la santé des immigrés.

LES PRATIQUES DE SANTE

- **Une absence de suivi médical et de pratiques de prévention**
- **Méconnaissance des droits / complexité des démarches**
- **Des pratiques de santé organisées autour du généraliste et de l'hôpital, via les Urgences.**

Plusieurs explications :

- mauvaise maîtrise de la langue et illettrisme rendant difficiles la prise de rendez-vous, la compréhension du langage médical et le suivi des prescriptions,
 - une faiblesse de revenus (achat de médicaments et de prothèses),
 - parfois problèmes administratifs (mise à jour de papiers),
 - un accès aux soins souvent limité : si la majorité des immigrants vieillissants est couverte par l'Assurance Maladie pour les soins, ils seraient moins de la moitié à bénéficier d'une complémentaire santé
- Des soins infirmiers à domicile possibles, souvent via le médecin ou l'hôpital (enquête Adoma 2007)
 - Un possible « brouillage culturel » des symptômes pouvant rendre le diagnostic plus difficile
 - Une distorsion entre la représentation par le corps médical des possibilités d'aide aux résidents malades dans le foyer et la réalité.

LA QUESTION DE LA DEPENDANCE

- L'enquête HID menée par l'INSEE entre 1998 et 2001 révèle que :
 - La proportion de personnes dépendantes parmi les plus de 60 ans nées au Maghreb est de 5,3% (6,9% avec prise en compte de la dépendance psychique). Elle est proche de celle observée parmi les personnes nées en France (respectivement 5,2% et 7,1%).
 - **L'âge moyen des personnes dépendantes nées au Maghreb** est de 75,3 ans (73,7 ans avec dépendance psychique). Il est **sensiblement inférieur à celui des personnes nées en France** (82 et 80,6 ans).
 - La **proportion de dépendants parmi les 60-69 ans est également supérieure pour les personnes nées au Maghreb** (4,5%) par rapport aux personnes nées en France (1,3%).

D'après ces éléments, l'IGAS en 2002 pose comme estimation basse le chiffre de 2 100 hommes étrangers maghrébins vieillissants isolés en France en situation de dépendance physique lourde (en foyer et en habitat diffus) (2 800 en incluant la dépendance psychique).

Il est souligné que l'on ne peut dire dans quel type de logements vivent ces personnes dépendantes, ni même si elles résident toujours en France.

- Une enquête interne Adoma a montré en 2005 que **5% des résidents** Adoma de plus de 60 ans sont repérés par les responsables de résidence comme ayant des difficultés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne...

... et que **seule une personne sur 10** bénéficie des aides auxquelles elle peut prétendre.

- **Un accès limité aux structures d'hébergement pour personnes âgées**

⇒ *Etant donné l'absence de connaissances scientifiques sur la santé des immigrants soulignée par le HCSP, une étude épidémiologique apporterait des éléments de connaissance sur cette population fragilisée que représentent les migrants vieillissants isolés vivant en foyer. Une telle étude permettrait aussi d'orienter la politique d'accompagnement à mettre en place en partenariat avec les services pour le maintien à domicile des personnes âgées.*

Fiche de cadrage n° 7 :
Ressources, mode de vie et pratiques de solidarité

Sources : - *Migrants, isolement et vieillissement : quelle aide à domicile possible ?*, Etude CRAM Rhône-Alpes, 2000

- Rapport d'observation sur le vieillissement, Adoma, 2004
- *Condition sociale des travailleurs immigrés âgés*, rapport du HCI, mars 2005
- *Le vieillissement des hommes immigrés isolés en foyer*, Rémi Gallou, CNAV, juin 2005

- **Une retraite s'accompagnant d'une baisse des revenus** : les immigrés ont cotisé moins longtemps que les autres salariés (parcours professionnels hachés, périodes de chômage) et ont eu une rémunération moyenne moins élevée, d'où de très faibles pensions
- **Une pré-affectation des ressources** (envoi d'argent au pays pour des hommes fréquemment seul soutien de famille et ayant encore des enfants à charge) générant :
 - o pour ceux ayant un emploi, un passage à la retraite le plus tardif possible,
 - o une résistance forte aux services d'accompagnement ayant un coût, même modique.
- **Une difficile adaptation à la retraite** :
 - o Elle pose avec force le choix entre le maintien en France et le retour au pays et rend contradictoire leur présence en France
 - o Le temps disponible génère des besoins supplémentaires (déplacements, loisirs, fréquence accrue des retours au pays) qui induisent des dépenses
 - o Les « loisirs » ne font pas partie de leur éducation
- **Un risque accru d'isolement affectif et social** : le maintien des liens avec la famille et la culture d'origine (courriers, téléphones, TV en langue arabe) revêt de ce fait une importance particulière.

MODE DE VIE ET REPONSES DE SOLIDARITE A L'HEURE DU VIEILLISSEMENT

- **Plusieurs activités occupent à l'heure de la retraite une place prépondérante** :
 - o Le bavardage, les échanges, entre personnes âgées ou avec les salariés (R. Gallou évoque l'attente du retour des salariés, ces échanges permettant de conserver un lien avec l'extérieur)
 - o Les parties de cartes, de dominos
 - o Les sorties en ville (marché, PMU...) généralement effectuées à pied (d'où une vie qui se limite au foyer en cas de difficultés physiques)
 - o Les pratiques religieuses : la vieillesse est dans l'islam un « moment de retour à Dieu », les pratiques religieuses alimentent la sociabilité entre résidents, basée sur des rites communs. Du fait de l'impossibilité pour ces migrants de transmettre leur expérience à leurs descendants, la religion deviendrait « le seul apport de la vieillesse ».
- **Les foyers présentent en leur sein des formes de solidarité bien qu'ils ne soient pas un lieu naturel de convivialité et de solidarité systématique** (A. Sayad in *L'immigration et les paradoxes de l'altérité* : « le logement en foyer isole les résidents les uns des autres.(...). Ils ne forment, somme toute, qu'un amalgame d'individus ou groupe d'individus que sépare (...) toute une série de différences dans les itinéraires. »). Les foyers « africains » sont communément perçus comme présentant des formes de solidarité plus prégnantes.
- **Des pratiques d'entraide et de solidarité existent** : courses, financement des aller-retour (tontine) ou du rapatriement du corps, ...
 - o Elles se concrétisent plus facilement en unités de vie et dans les résidences comportant des espaces communs de convivialité (salle TV ou espace services, lieux extérieurs avec bancs...)
 - o Elles trouvent leurs limites lorsque qu'il y a une trop grande dépendance ou une marginalisation liée à l'alcoolisme ou à des problèmes psychologiques.
 - o Une forme d'entraide existe aussi avec le personnel du foyer.

Fiche de cadrage n° 8 Les services d'aide à domicile en foyer

Sources : - *Migrants, isolement et vieillissement : quelle aide à domicile possible ?*, CRAM Rhône-Alpes, 2000

- *Condition sociale des travailleurs immigrés âgés*, rapport du HCI, mars 2005

- *Enquête sur l'utilisation des services d'aide à domicile dans les résidences*, Adoma, 2005

- **Seul un résidant de plus de 60 ans sur 10 bénéficie d'aide à domicile...**
- **...alors que 5% d'entre eux sont repérés** par les responsables de résidence comme ayant **des difficultés pour accomplir les actes quotidiens**.
- La mise en place des aides à domicile nécessite une fonction de veille et d'alerte effective sur les sites, un partenariat identifié et une médiation entre les résidants et les intervenants extérieurs.
- Lorsqu'ils existent, ces services consistent essentiellement en des prestations d'aide-ménagère (courses, entretien de la chambre ou du linge)

- Il existe **des freins** pour l'acceptation des aides à domicile par les résidants :
 - o **à la fois pour des raisons financières**, notamment lorsque les migrants soutiennent financièrement une famille au pays,
 - o **et pour des raisons culturelles** : tâches traditionnellement accomplies par la femme maghrébine et relevant de la sphère privée et non pas sociale
 - o **D'autres freins sont évoqués** par les responsables de résidences pour expliquer l'absence de mise en place de ces services :
 - La pratique des aller-retour
 - La lourdeur administrative des démarches
 - La réticence des services à venir dans les foyers

- Il existe des **facteurs facilitants** pour la mise en place des services d'aide à domicile :
 - o **L'intervention du responsable de résidence**, ...
 - o ... éventuellement combinée avec celle d'une autre personne en interne (responsable d'agence, d'un médiateur ou d'un espace ressource...) ou provenant d'une structure externe (travailleurs sociaux de droit commun, association) : bien que toujours peu nombreuses, il apparaît toutefois que **les aides mises en place sont 8 fois plus importantes si le responsable de résidence est secondé par un autre intervenant, interne ou externe**
 - o **La rencontre avec les intervenants du maintien à domicile** pour une connaissance mutuelle et une adaptation des services à **la spécificité du public et du mode d'habitat en foyer**
 - o **Le travail partenarial qui existe dans la moitié des résidences** où un service d'aide à domicile intervient

- **Les CCAS¹⁶ et les CLIC¹⁷ constituent les partenaires « naturels »** des responsables de résidence.

- **Les schémas gérontologiques et les CLIC** ne ciblent pas encore suffisamment la population des immigrés vieillissants, avec ses spécificités qu'il convient de connaître et de prendre en compte.

¹⁶ CCAS : centre communal d'action sociale

¹⁷ CLIC : centre local d'information et de coordination pour les personnes âgées

Fiche de cadrage n° 9 Accès aux droits

Sources : - *Rapport sur les immigrés vieillissants*, IGAS, novembre 2002

- *Lille face à ses immigrés âgés, la difficile réparation d'un oubli national*, Mémoire Institut supérieur de l'action sociale, 2005

- *Condition sociale des travailleurs immigrés âgés*, rapport HCI, 2005

- **Un accès aux droits particulièrement problématique pour une population fréquemment analphabète et/ou maîtrisant mal le français.** En particulier, le droit à la retraite nécessite une demande de liquidation faite par l'assuré et n'est pas rétroactif. Parfois, le non respect de certaines conditions entraîne la suspension des droits, réclamant pour leur rétablissement des démarches complexes.

- **Une constitution du dossier de retraite représentant une étape sensible :**

- Manque d'information,
- Perte des justificatifs,
- Difficulté de reconstituer des carrières parfois chaotiques et morcelées,
- Impossibilité de justifier certaines périodes de travail du fait du travail non déclaré

- **Un besoin d'aide important pour ces démarches :** plus de la moitié des immigrés vieillissants interrogés par la CNAV se sont fait aider dans leurs démarches administratives.

- **Un cadre juridique modifié par la Loi Chevènement de 1998**, dite loi RESEDA (loi relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile) :

- suppression de la condition de nationalité française pour le bénéfice des minima sociaux (minimum vieillesse et AAH),
- création de « la carte de retraité » légitimant la pratique des aller-retour :
 - fin de l'obligation de résidence au moment de la demande de liquidation de la pension contributive pour tous les ressortissants étrangers (les algériens et les tunisiens en bénéficiaient déjà car leur pays était lié à la France par une convention de sécurité sociale)
 - et facilitation des séjours inférieurs à un an en France pour les bénéficiaires et leur conjoint.

Elle lève la contrainte de la péremption de la carte de résident (périmée si absence supérieure à trois années consécutives)...

... **mais elle présente des contraintes** : séjour en France inférieur à un an, restriction de l'accès à l'assurance maladie limitée aux soins immédiats pour les personnes justifiant de 15 ans de cotisations vieillesse et perte de droit à l'allocation logement et aux prestations non contributives.

- **Un risque de perte de droits induit par les obligations de résidence liées à certaines prestations sociales :**

- Le décret n° 2007-354 du 14 mars 2007, complété par la circulaire du 22 juillet 2008, a organisé le contrôle de l'effectivité de la condition de résidence en France requise pour le versement de certaines prestations sociales (**CMU, CMU-C, ASPA, allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)**) en donnant une définition de la résidence stable et régulière :

Sont réputés avoir en France le lieu de leur séjour principal les personnes qui y séjournent pendant plus de 6 mois par an.

- Certaines prestations relèvent d'une condition spécifique de résidence :
 - **L'APL** nécessite une condition d'occupation du logement d'une durée au moins égale à 8 mois (CSS)
 - **L'AAH et le RMI** nécessite une résidence permanente en France avec une tolérance de séjour hors de France n'excédant pas 3 mois au cours de l'année civile (CSS et CASF)

- **L'ordonnance n° 2004-605 du 24/06/2004 qui a simplifié le minimum vieillesse** pour les nouveaux retraités à compter du 01/01/2006 en créant l'ASPA a prévu une prestation distincte, **le complément de retraite**, pour les personnes qui ne résident plus dans un département français mais qui ont par le passé résidé en France « pendant une durée et dans des conditions » devant être définies par décret en attente.

- **La loi instituant le droit au logement opposable a prévu une aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine** (art. 58 et 59) qui ne verra pas le jour par absence de décret d'application.

➔ **Complexité, instabilité et flou administratif se traduisant par :**

- Des tracasseries administratives,
- Un obstacle financier au choix du retour définitif,
- Des pratiques de contournement (notamment logement « boîte aux lettres »)

CONSTATS, PISTES DE REFLEXION ET FICHES-ACTIONS

Cette partie a pour objectifs de dégager des **pistes de réflexion** à partir d'une synthèse des observations réalisées sur sept sites :

- **Les 4 études de cas menées par Ville et Habitat**
 - Résidence Ampère à Massy
 - Résidence Normandie à Echirolles
 - Résidence Esso à Gennevilliers
 - Résidence le Lavandin à Montpellier

- **Les expérimentations d'accompagnement du vieillissement en cours à Adoma** (cf annexe 1 : trois expérimentations d'adaptation du bâti et d'accompagnement des résidents âgés)
 - Résidence Brenu à Gennevilliers
 - Résidence Butte Blanche à Argenteuil
 - Résidence Petit-Barthélémy à Aix-en-Provence

Deux grands thèmes structurent cette partie : **l'accompagnement du vieillissement** , les modalités dans lesquelles se met un place un projet pour le maintien à domicile des migrants vieillissants et **l'amélioration du bâti** . Bien que ces deux volets soient indissociables pour construire un « projet d'établissement », ils constituent deux approches différentes tant par les compétences mobilisées que par les actions à mettre en place.

Les constats mettent en lumière les différentes pratiques des résidences Adoma en matière d'accompagnement du vieillissement. Les pistes de réflexions systématisent ces approches parfois empiriques et visent à les organiser en projet, à leur donner de la cohérence pour plus d'efficacité.

De façon plus ou moins étendue, plus ou moins organisée, toutes les actions d'accompagnement au vieillissement s'appuient sur des partenariats entre la résidence et son environnement. Le développement des partenariats, la mobilisation des réseaux gérontologiques, d'acteurs sociaux et des instances territoriales sont au fondement de toute démarche d'accompagnement des migrants vieillissants. Les enseignements de cette partie sont donc essentiels aux préconisations développées dans les fiches actions.

Les fiches-actions de ce guide sont des préconisations thématiques qui se sont imposées comme la suite logique des pistes de réflexion face aux constats faits sur sites.

Cette « boîte à outils » permet de mettre en place des actions constitutives d'un véritable projet d'accompagnement du vieillissement.

A – Un projet d'accompagnement du vieillissement

**Un projet d'établissement
pour le maintien à domicile des migrants vieillissants**

Constats

Sur les sites des études de cas, l'ensemble des missions qui contribuent à l'accompagnement du vieillissement des migrants n'est pas pensé sous forme d'un projet. Les solutions trouvées sont fonction de l'organisation locale, et peuvent être relativement dissociées.

Les propositions de changement de chambre en fonction des difficultés des résidants sont plutôt intégrées aux tâches de gestion locative.

L'animation des résidences est le fait des responsables adjoints, et cela intègre aussi bien les actions culturelles ou de sociabilité que les actions santé.

Les partenariats qui se construisent avec l'extérieur sont le fruit des opportunités plus que d'une approche systématique.

Sur les sites expérimentaux, la démarche de projet a abouti, suite à un diagnostic partagé avec les partenaires, à l'élaboration d'un projet architectural et d'un projet de vie spécifique dans les unités de vie adaptées. Sur chaque site, un comité de pilotage suit le projet et sa mise en œuvre.

Pistes de réflexion

L'accompagnement du vieillissement des migrants doit s'inscrire dans **une démarche de projet**. Il nécessite :

- le repérage des difficultés des résidants dans la réalisation des actes de la vie quotidienne
- la recherche pour le public concerné d'un confort d'usage des logements
- la mise en place de partenariats pour un accès des résidants aux services de droit commun
- le pilotage de l'ensemble des missions précédentes
- et la recherche de financements

La dimension du projet et sa mise en œuvre doivent être définies selon une **stratégie de territoire** (département, agence, résidence) variable selon les conditions locales (besoins repérés dans la clientèle, partenariat mobilisable et possibilités d'intervention sur le bâti – contraintes architecturales, techniques et financières).

Pour mener à bien un tel projet, il est essentiel d'identifier :

- **un porteur de projet,**

qui mobilise les personnes et assure la coordination des actions. Il assure aussi la coordination politique du projet à l'échelle départementale et régionale avec les partenaires institutionnels

- **un référent local,**

personne-clé pour les résidants et coordinateur des différentes interventions au sein du foyer avec les partenaires opérationnels.

➔ **Fiche A1 : Méthodologie de projet**

Expériences de terrain

Résidence Ampère – Massy

Le fonctionnement partenarial observé sur la résidence est le fruit de la rencontre et du travail volontariste du responsable de résidence avec quelques partenaires il y a quelques années. Avec les déplacements de personnels, les contacts se perdent et le projet a du mal à vivre d'autant qu'il n'est pas valorisé et qu'il n'existe pas de convention de partenariat.

Résidence Brenu – Gennevilliers

Dès le début du projet, les partenaires ont été repérés, informés et sollicités pour participer à l'élaboration du projet de vie des unités de vie adaptées au vieillissement. Parallèlement, le projet architectural était suivi et orienté par les personnes du « technique » mais aussi du « social ». Les équipes des autres établissements de l'agence ont participé à une réunion partenariale et sont informés régulièrement du projet qui se met en place à Brenu.

Fiche-action A1 : Méthodologie de projet

Objectifs

Décliner une **démarche de projet global**, de façon stratégique au niveau des agences, sur des sites où la problématique vieillissement est prégnante.

Dans cette démarche, le maintien à domicile des personnes âgées est conditionné :

- d'une part, par la possibilité d'accéder aux services d'aide au maintien à domicile,
- et d'autre part, si besoin, en étudiant la faisabilité, par l'adaptation du bâti.

Action

Elle s'organise selon les étapes suivantes :

1. Etudes pré-opérationnelles et détermination des objectifs :

- un état des lieux de l'environnement et du bâti pour identifier les obstacles à la vie quotidienne des résidents
- un diagnostic social pour recueillir les attentes et les besoins des résidents
- un diagnostic de l'environnement médico-social pour identifier les partenaires locaux

→ synthèse des éléments recueillis dans une **note d'opportunité** avec :

- ⇒ les atouts et les faiblesses de l'existant
- ⇒ les points critiques du projet et les actions prioritaires
- ⇒ les différentes orientations possibles
- ⇒ un planning prévisionnel

2. Phase programme

- élaboration, avec les partenaires, des **grandes lignes du projet de vie** :
 - o l'aide à la vie quotidienne
 - o l'accès aux soins
 - o la vie sociale, les loisirs
- détermination du **programme des travaux et/ou des aménagements**
- recherche de **financements**
- organisation des relogements (si besoin), anticipation budgétaire, réflexion sur les redevances

3. Phase conception : conduite et validation des projets

- études architecturales, appels d'offres
- montage des dossiers de financement
- relogements (si besoin)
- élaboration des conventions de partenariat pour le maintien à domicile des résidents âgés

4. Phase exécution des travaux (si besoin)

5. Phase exploitation et suivi de l'opération

- Peuplement
- Suivi des commissions d'attribution
- Suivi des indicateurs d'évaluation définis préalablement dans les conventions
- Bilans réguliers avec les partenaires

Partenaires

Nécessité d'un travail en pluridisciplinarité tant en interne qu'avec les partenaires extérieurs et, en particulier, le réseau gérontologique institutionnel et local.

1. En interne

Un groupe de travail doit être constitué pour monter le projet. Il intègre les personnes travaillant sur le site (et en particulier le référent local) et les personnes ressource spécifiquement repérées :

- **le porteur de projet** mobilise les personnes impliquées, coordonne les actions et met en place un comité de pilotage. Le plus souvent, c'est le directeur d'agence, responsable de la stratégie des actions sur le territoire (ville, agglomération, département)
- **le référent social** a en charge le montage et le suivi du dossier administratif, financier, partenarial et opérationnel du projet de vie en relation avec le projet social de l'établissement. Le responsable études et développement régional ou le coordinateur social (quand il existe) sont les personnes ressource
- **le référent architectural** a en charge le montage et le suivi du dossier architectural, technique et financier ainsi que sa planification. Selon l'ampleur du programme des aménagements, adaptations ou travaux prévus, c'est soit le conducteur d'opération, soit le responsable programme qui prennent en charge ce dossier selon les directives de la direction régionale

2. Partenaires de proximité

- CLIC¹ ou organisme assimilé (coordination gérontologique, Point Paris Emeraude à Paris, PAIS - point accueil information services en Meurthe-et-Moselle...)
- CCAS²
- Services d'aide à domicile
- Association intervenant pour l'accompagnement social des résidents

et éventuellement :

- Service de soins infirmiers à domicile
- Infirmiers libéraux
- Médecins
- Centre municipal de santé
- Service social du centre hospitalier

3. Partenaires institutionnels

- Conseil Général
- Ville
- CRAM / CNAV
- Caisses de retraite complémentaires
- DDE

¹ CLIC : comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées

² CCAS : centre communal d'action sociale

Accompagnement en interne

Un référent

Constats	Pistes de réflexion
<p>Dans la plupart des foyers, les résidants identifient une ou plusieurs personnes vers lesquelles se tourner en cas de besoins – celles qu'ils citent spontanément. Selon les établissements, ce peut être le responsable de résidence, son adjoint s'il en a un, ou l'ensemble de l'équipe incluant un ouvrier de maintenance, un gardien...</p> <p>A contrario les responsables accaparés par les tâches de gestion se voient reprocher leur manque de disponibilité.</p>	<p>Chaque membre du personnel doit exercer une fonction de veille. Toutefois, vis-à-vis des actions à mener et des partenaires, c'est un seul référent qui doit être identifié.</p> <p>Nécessité de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir la fonction de référent - identifier la personne assumant cette mission - organiser la coordination entre les membres de l'équipe pour faire remonter les informations de la veille <p>➔ <i>Fiche A2: La formation du personnel au vieillissement de la clientèle</i></p>

Expériences de terrain

Résidence Ampère – Massy

La personne citée spontanément par les résidants comme la personne recours pour leurs difficultés n'est pas quelqu'un de l'équipe Adoma. Il s'agit d'un infirmier libéral d'origine égyptienne, parlant arabe, et passant matin et soir au foyer pour assurer des soins à quelques malades. Très investi dans la résidence, il fait de l'information, de l'aide aux démarches...

Résidence Brenu – Gennevilliers

Le directeur d'agence a missionné un responsable de résidence à mi-temps pour la fonction de veille et d'alerte et l'accompagnement des résidants vers les unités de vie adaptées.

Cette personne a aussi une mission transversale sur les établissements de l'agence pour aider ses collègues dans le repérage des résidants en difficulté, l'alerte aux partenaires et éventuellement l'orientation sur les unités de vie adaptées de la résidence Brenu.

Se pose la question de la pérennité non acquise de ce poste après la mise en service des unités de vie adaptées.

Résidence Petit-Barthélémy – Aix en Provence

La responsable de résidence adjointe est repérée par les résidants pour accompagner les démarches administratives concernant l'accès aux droits et à la santé. Elle assure le lien entre les résidants et les partenaires extérieurs. C'est la personne ressource qui connaît les dispositifs d'aide et sans qui les résidants ne sauraient pas à qui s'adresser.

Fiche-action A2 :
La formation du personnel au vieillissement de la clientèle

Objectifs

- Apporter une information systématique au personnel d'Adoma sur le vieillissement de la clientèle puisque le vieillissement est une réalité qui concerne pratiquement toutes les résidences Adoma (37% des résidents ont plus de 60ans)
- Donner aux différents métiers impliqués dans la mise en œuvre des projets spécifiques vieillissement une culture commune sur la question du vieillissement et sur la méthodologie de travail.

Actions

1. Formation des responsables de résidence

- Qu'est ce que la vieillesse ? qu'est-ce qui caractérise les personnes âgées ?
- La place du bailleur social dans la prise en charge du vieillissement des résidents :
 - o la fonction de veille et d'alerte : rôle du responsable de résidence
 - o l'adaptation du bâti
- Une information sur les dispositifs pour les personnes âgées
- Les missions des partenaires gérontologiques

2. Formation des directeurs d'agence

= La stratégie d'agence pour la prise en charge du vieillissement de la clientèle

- L'adaptation du bâti
- L'accès des résidents âgés aux dispositifs de droit commun
 - o organisation de la veille et de l'alerte
 - o constitution du réseau de partenaires
 - o les actions collectives et individuelles à mettre en place en fonction des besoins des résidents et des ressources locales

3. Formation des porteurs de projet

= La méthodologie de projet

- Une démarche globale
 - o la connaissance du public
 - o le diagnostic de l'environnement et du bâti
 - o l'identification du partenariat gérontologique et de ses missions
- Un projet partenarial
 - o un diagnostic partagé sur le public et sur les missions des protagonistes
 - o le projet social dans son versant « personnes âgées »
 - o la définition des actions d'accompagnement
 - o la définition des adaptations ou aménagements du bâti

4. Formation-action des équipes projet et des personnes concernées par sa mise en œuvre

- Identification des personnes en relation avec les résidents, des personnes en charge du programme et des travaux ou aménagements à réaliser et des personnes ressource en terme d'accompagnement social
- Implication du directeur d'agence mais aussi des responsables des résidences qui pourront tirer parti du projet vieillissement
- Organisation du programme de formation en fonction des besoins
- Recherche des formateurs en interne ou à l'extérieur
- Principes de base : la formation doit immédiatement être appliquée au projet vieillissement et faire en sorte que les participants visualisent le projet, ses enjeux et les pistes d'actions à mettre en œuvre
- Les formations ciblées en fonction des métiers doivent permettre des temps d'échanges

La fonction de veille	
Constats	Pistes de réflexion
<ul style="list-style-type: none"> - La veille au sens strict - une personne pouvant être contactée jour et nuit en cas d'urgence – n'existe pas. De fait, il existe une astreinte interne pour les problèmes techniques et tous les problèmes graves peuvent être pris en charge par les pompiers ou le SAMU. Ce sont les petits désordres qui sont le plus angoissants pour les résidants (la perte de clé le week-end, ...) - La veille socio-sanitaire, au sens de suivi des difficultés liées au vieillissement, est présente de façon plus ou moins formalisée 	<p>Un projet d'accompagnement nécessite la mise au point d'une méthode d'observation et de suivi de l'évolution des résidants en difficulté.</p> <p>Cette veille suppose la mobilisation, en interne, de l'équipe et des résidants eux-mêmes.</p> <p>Une formation du personnel est nécessaire.</p> <p>La veille n'a d'intérêt que si le référent peut faire remonter l'information auprès d'intervenants extérieurs réguliers afin de rechercher des solutions aux difficultés repérées.</p> <p>➔ <i>Fiche A3 : La fonction de veille et d'alerte</i></p>
Expériences de terrain	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p style="text-align: center;">Résidence Le Lavandin - Montpellier</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cas d'urgence, les résidants appellent le SAMU ou les pompiers. Sur ce site, le RR adjoint dispose d'un portable professionnel sur lequel il est joignable à tout moment. Il a reçu 3 appels en 18 mois. - Le repérage des difficultés et le suivi des résidants. L'équipe Adoma a mené une action de sensibilisation des résidants autour des personnes les plus vulnérables et des malades déclarés. Ainsi les voisins signalent les résidants qui ne vont pas bien, ou ne sortent pas de leur chambre. </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #f0f0f0;"> <p style="text-align: center;">Résidence Ampère - Massy</p> <p>Dans cette très grande résidence, les vieux migrants se plaignent de l'absence de gardiens, d'autant plus qu'à leurs yeux les heures d'ouverture des bureaux sont insuffisantes. Ils expriment une anxiété diffuse face à « ce qui pourrait arriver »</p> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0f0ff; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">Résidence Petit-Barthélémy – Aix en Provence</p> <p>Accompagné par les coordinateurs sociaux - lien gérontologique, se généralise régionalement l'établissement de fiches de veille et d'alerte pour les personnes en difficulté qui l'acceptent. Ces fiches permettent de suivre les actions menées et les résultats obtenus.</p> </div>	

**Fiche-action A3 :
La fonction de veille et d'alerte**

Objectifs

- Organiser ou améliorer la fonction de veille et d'alerte dans l'ensemble des résidences en décrivant le contenu et la mise en œuvre.
- Repérer les résidents âgés en difficulté et les mettre en relation avec les professionnels susceptibles d'apporter des solutions ou des compensations à leurs problèmes.

Actions

1. Définir la fonction de veille

C'est **observer** les résidents pour repérer les signes de désadaptation dans la vie courante

C'est aussi **écouter** la personne et/ou son entourage

Dans l'idéal, avec une bonne connaissance des personnes dans leur quotidien, il s'agit d'**anticiper et de prévenir les risques de rupture**.

2. Qui fait quoi ?

Le **responsable de résidence** ou son adjoint est le premier interlocuteur des résidents et gère la veille socio-sanitaire parallèlement à la gestion purement locative de sa mission.

Pour exercer cette veille, il s'appuie sur le **travail de l'équipe** présente sur le site et sur la **solidarité communautaire**.

Eventuellement, si un **partenaire** travaille déjà à la mise en œuvre du projet social de la résidence, il participe alors aussi à la fonction de veille.

Un seul **référent** dans l'équipe regroupe les informations et gère l'alerte aux professionnels concernés.

Nota : Légitimité du personnel à participer à la fonction de veille

Cette veille, qui relève à la fois du devoir de citoyen et de l'obligation d'assistance, fait partie de la mission des responsables de résidence. Elle s'exerce toujours dans l'intérêt du résident, avec son accord, en respectant la confidentialité à laquelle il a droit, ce qui n'exclut pas le partage d'informations à caractère confidentiel entre professionnels concourant à la recherche de solutions d'aide adaptées.

3. Les deux niveaux de la veille socio-sanitaire

- **La veille collective**

Son objectif : connaître la population pour apporter des informations ciblées sur les problématiques qui les concernent.

Cela permet en outre de mettre en confiance les résidents et de faire se connaître les partenaires et les résidents.

Les indicateurs :

- les statistiques concernant la clientèle (par tranches d'âge, nationalités, catégories socio-professionnelles...),
- l'observation partagée avec les partenaires,
- le répertoire des ressources locales,
- le diagnostic social...

- **La veille individuelle**

Son objectif : repérer les signes de désadaptation des personnes dans la vie courante

Les indicateurs :

- Les indicateurs somatiques (troubles sensoriels, amaigrissement, essoufflement, problème d'hygiène...)
- Les indicateurs psychiques (perte de mémoire, trouble du comportement, repli sur soi...)

Un outil de recueil des données de la veille et de l'alerte :

C'est le support local du suivi et de la coordination des actions pour aider la personne âgée en difficulté. Il est élaboré par les personnes qui en ont l'usage. C'est un outil dynamique qui doit être complété si besoin et réactualisé régulièrement.

Il peut participer à la connaissance globale des difficultés des personnes âgées sur un site - son traitement est alors anonymisé.

Partenaires

1. Partenaires internes :

Le **responsable études et développement social** et le **coordinateur social** sont des personnes ressource au niveau régional pour l'élaboration de la fiche de veille et d'alerte, avec les responsables de résidence et les partenaires.

2. Partenaires extérieurs :

Quand ils sont repérés et impliqués, il est essentiel d'élaborer la fiche de veille et d'alerte avec les partenaires du **CLIC**¹ ou organisme assimilé (coordination gérontologique, Point Paris Emeraude à Paris, PAIS - point accueil information services en Meurthe-et-Moselle...), les **travailleurs sociaux** et d'une façon générale, les partenaires du **réseau gérontologique**. En effet, l'outil ne vivra que s'il est partagé par l'ensemble des personnes gravitant autour des résidents âgés pour les aider dans leur quotidien.

¹ CLIC : comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées

L'accès aux droits	
Constats	Pistes de réflexion
<p>Ce service indispensable est apporté :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit par un membre de l'équipe Adoma (en général il tient 2 permanences par semaine), - soit par un partenaire extérieur, une association. <p>Souvent assuré dans les résidences sociales par les responsables de résidence adjoints dans le cadre des financements AGLS (aide à la gestion locative sociale), l'accompagnement pour l'accès aux droits repose dans les FTM sur des associations locales.</p> <p>Les permanences peuvent être un élément important de la veille dans le cas d'un projet d'accompagnement du vieillissement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une source de connaissance de la situation et des difficultés des personnes qui viennent se faire aider - un lieu d'échanges autour de la vie du foyer, et des difficultés, souvent peu visibles, des uns et des autres 	<p>La fonction sociale du responsable de résidence est complémentaire de la gestion purement locative qu'il exerce. Elle doit être valorisée d'autant que, bien menée, elle facilite la gestion locative.</p> <p>Quelles missions, quel soutien, quels outils, quelle évaluation pour améliorer les services rendus ?</p> <p>Quel financement de l'accompagnement social dans les FTM ? car actuellement cet accompagnement n'est pas systématique et, quand il existe, il n'est pas pérenne (ré-orientation des missions de l'ACSE, co-financements, appels à projets...). De nouveaux partenaires à solliciter ?</p> <p>➔ <i>fiche A4 : Accompagnement individualisé des personnes vieillissantes</i></p>
Expériences de terrain	
<div style="border: 1px solid black; background-color: #f0f0f0; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Résidence Esso - Gennevilliers</p> <p>L'ATMF (Association des Travailleurs Maghrébins de France) assure une demi-journée de permanence par semaine pour une aide aux démarches administratives. Son intervention est financée par l'ACSE.</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; background-color: #f0f0f0; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Résidence Normandie - Echirolles</p> <p>Une responsable de résidence adjointe est présente à mi-temps. Parallèlement aux actions collectives qu'elle met en place, elle aide les résidants dans leurs démarches administratives en lien avec les assistantes sociales de la CRAM et du CCAS.</p> </div>

**Fiche-action A4 :
Accompagnement individualisé des personnes vieillissantes**

Objectifs

La fonction de veille sociale fait partie intégrante de la mission du responsable de résidence et de son adjoint.

Les personnes âgées ont des droits et peuvent solliciter des dispositifs différents de ceux dont ils pouvaient disposer pendant leur période active. Pour cela, ils ont besoin de conseils, d'aide et d'orientation vers les partenaires qui pourront répondre à leurs nouvelles problématiques.

Les responsables de résidence et leurs adjoints doivent être en mesure d'accompagner les personnes dans leurs demandes.

Actions

1. Pré-requis :

- Assurer la fonction de veille
- Connaître les partenaires et les dispositifs spécifiques pour le public âgé

2. L'accompagnement individuel

- **Aide aux démarches administratives :**

Aide pour lire, expliquer, écrire ou trier les documents administratifs

- **Orientation** vers les partenaires extérieurs compétents :

Disposer d'un répertoire des partenaires précisant les missions et les coordonnées des personnes référentes

- **Assurer la médiation** entre les résidents et les partenaires

⇒ Il s'agit d'apporter une aide personnalisée pour aider les résidents âgés à faire valoir leurs droits

⇒ Il ne s'agit pas de faire à la place des résidents ou des partenaires mais d'être facilitateur dans la mise en œuvre des solutions envisagées pour améliorer la vie des résidents

Partenaires

1. Partenaires internes :

Le responsable études et développement social et le coordinateur social sont des personnes ressource au niveau régional pour les relations avec les partenaires.

2. Partenaires extérieurs :

- CRAM, Caisses de retraite complémentaire
- CPAM
- CAF
- Associations d'aide aux migrants
- Associations de bénévoles
- Tribunal

Faciliter les mobilités internes

Constats

Toutes les résidences essaient de trouver des réponses aux difficultés de mobilité et à la perte d'autonomie de leurs résidants, notamment en proposant un déménagement en rez-de-chaussée, ou dans une cage d'escalier avec ascenseur.

Mais elles se heurtent aux réticences de personnes fragiles auxquelles le changement fait peur, et la logique gestionnaire (ne pas laisser un lit vide) s'oppose parfois à une logique d'accompagnement qui nécessite du temps pour convaincre.

Pistes de réflexion

Intégrer une double réflexion :

- une analyse des possibilités de mettre en adéquation les logements et les personnes : réserver des studios aux personnes en perte d'autonomie, tirer parti des rez-de-chaussée et des ascenseurs
- une méthode d'accompagnement de la mobilité qui prennent en compte les équilibres au sein des unités de vie, ainsi que le temps nécessaire à l'acceptation du projet par le résidant.

➔ **Fiche A5 : Recensement des logements adaptés aux résidants âgés**

Expériences de terrain

Résidence Le Lavandin - Montpellier

La résidence a créé un logement adapté dans l'objectif d'en faire un « logement témoin ». L'attribution était programmée : il s'agissait de convaincre un résidant très dépendant de s'y installer. Ce déménagement a nécessité un long travail de sensibilisation de la personne concernée. Mais il a produit l'effet recherché : 5 personnes ont demandé un logement adapté.

Résidence Petit-Barthélémy – Aix en Provence

Malgré le nombre de personnes repérées comme ayant des difficultés pour les actes de la vie quotidienne, les unités de vie ont connu des difficultés de remplissage, certains résidants ne voulant pas quitter leur logement ou souhaitant voir comment ça marchait avant d'y entrer eux-mêmes.

L'équipe a permis aux résidants de faire un passage « en douceur » dans les unités de vie adaptées en les aidant à transporter leurs affaires, en leur permettant de faire la transition sur plusieurs jours et en leur donnant la possibilité de revenir dans leur chambre initiale si l'essai n'était pas concluant.

Résidence Ampère - Massy

Des résidants, évoquant leur demande de changement de chambre, font en même temps surgir les difficultés de ces mutations :

- Il n'y a pas forcément de place disponible dans les unités de vie en rez-de-chaussée
- De plus, quand une unité de vie « marche bien », les résidants veulent rester ensemble même si cette unité de vie est en étage-
- La demande de changement peut s'accompagner d'un souhait de retrouver certains résidants, où d'en éviter d'autres...

Fiche-action A5 :
Recensement des logements adaptés aux personnes âgées

Objectifs

- Améliorer les conditions de logement des résidents en difficulté grâce à une bonne connaissance, au sein de chaque agence, des logements adaptés au vieillissement. Dans cette optique, effectuer un recensement des logements et de leurs caractéristiques
- Donner des préconisations pour faciliter les mobilités des résidents âgés
- Au sein des agences, grâce au recensement des logements adaptés aux personnes âgées, anticiper les besoins d'adaptation dans la programmation budgétaire

Actions

1. Recenser, par sites et par agences, les possibilités de logement pouvant répondre aux besoins des personnes âgées

-Les studios dont ceux adaptés au vieillissement

Certains studios présentent des caractéristiques techniques et architecturales adaptées au vieillissement (voir fiche B8 : le logement autonome adapté au vieillissement). Ils doivent pouvoir être prioritairement proposés aux personnes âgées en difficulté.

Au-delà, même sans adaptation particulière, de par leur surface, les studios permettent souvent une meilleure qualité de vie des résidents âgés en difficulté que les petites chambres. De plus, l'intervention des services d'aide à la personne et des soignants y est souvent plus aisée.

-Les chambres en rez-de-chaussée ou accessibles par ascenseur

La première difficulté rencontrée chez les résidents âgés est la montée des escaliers due à des problèmes de mobilité liés au vieillissement, à des séquelles d'accident ou à des problèmes de santé comme l'insuffisance respiratoire ou les maladies cardio-vasculaires.

Les responsables de résidence doivent pouvoir proposer une chambre en rez-de-chaussée aux personnes âgées dans les établissements sans ascenseur.

-Les grandes chambres

Les établissements, même anciens, peuvent comporter quelques chambres décroisées. Leur recensement, complété par les aménagements qui ont pu y être faits, permettra de compléter les propositions qui peuvent être faites aux résidents en difficulté.

2. Anticiper les relogements par un accompagnement en amont des personnes concernées

-Pour les personnes souhaitant un logement adapté, plus grand ou situé en rdc :

Les responsables de résidence donnent régulièrement une information des possibilités et des échéances aux personnes pour leur permettre de se préparer au changement et d'anticiper pratiquement le déménagement lors d'une vacance.

-Pour les personnes qui n'envisagent pas de changement malgré les difficultés :

Les responsables de résidence informent sur les possibilités de changement de logement et proposent une visite des lieux. Ainsi les résidents se projettent progressivement dans un nouvel environnement, avec de nouveaux voisins.

Une simulation de la nouvelle redevance doit être clairement présentée.

Un accompagnement social doit aider la prise de décision du résident.

3. Au niveau des agences, anticiper les adaptations dans la programmation budgétaire

La connaissance des logements susceptibles d'être proposés aux personnes âgées permet d'envisager la programmation budgétaire pour de nouvelles adaptations répondant aux besoins repérés sur les sites.

Mise en œuvre et animation d'un partenariat externe

Animer le projet, faire vivre les partenariats

Constats	Pistes de réflexion
<p>Études de cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les 4 résidences visitées ont toutes le souci de mettre en œuvre une animation de la résidence en faisant appel à des partenariats extérieurs - associatifs pour les animations culturelles, et médico-sociales pour la santé - Mais ces animations sont irrégulières, presque conjoncturelles. Les aléas proviennent tant des changements de personnes (équipes Adoma et personnel associatif) que des sources de financement. <p>Sur les expérimentations, le partenariat a été repéré et participe de bon gré aux projets, mais cela ne suffit pas à faire avancer les projets d'animation et d'aide aux personnes âgées.</p>	<p>Comment mettre en place des actions d'accompagnement en lien avec les besoins du public concerné et tenant compte de leurs attentes ?</p> <p>La mise en place des actions passe par un référent social qui doit être reconnu par les partenaires et les responsables de résidence.</p> <p>Ce sont les responsables de résidence qui, au quotidien, font vivre les projets et rencontrent les partenaires sur les actions concrètes auprès des résidents.</p> <p>➔ Fiche A6 : La coordination sociale</p>

Expériences de terrain

Résidence Ampère – Massy

C'est l'organisation d'un forum « accès aux droits » en 2002 dans les 2 résidences de Massy qui a été le catalyseur de la politique d'accompagnement du vieillissement sur ce site. Ce forum a permis à l'équipe Adoma d'élargir et conforter les partenariats extérieurs, et il a permis de mobiliser les résidents dans un climat très ouvert. Mais il est difficile de maintenir une dynamique sur le long terme, et le foyer souffre aujourd'hui d'une certaine atonie.

Résidence Petit-Barthélémy – Aix en Provence

En interne, les initiatives ont été portées par la coordinatrice sociale - lien gérontologique connaissant bien à la fois la résidence et les partenaires. C'est elle qui a permis la rencontre des deux « mondes » de la gérontologie et de l'immigration par des échanges réguliers sur différentes thématiques.

**Fiche-action A6 :
La coordination sociale**

Objectifs

- Créer et maintenir les liens entre les résidences et les partenaires gérontologiques et sanitaires
- Créer les conditions de la prise en charge des résidents par les professionnels

Actions

La mise en place des actions à destination des personnes âgées par un **coordinateur social** :

- garantit l'inscription de la démarche dans une méthodologie de travail impulsée par l'agence ou la région
- assure un soutien des équipes sur un champ de compétences spécifique
- permet l'affichage de la volonté de l'entreprise d'inscrire les résidents âgés des foyers dans les politiques publiques à destination des personnes âgées

1. Pré-requis

- Connaissance des dispositifs réservés aux personnes âgées
- Connaissance des partenaires gérontologiques et de leurs missions
- Connaissance des politiques publiques territorialisées (cf schéma gérontologique, PDALPD¹...)

2. Organisation et soutien de la fonction de veille des responsables de résidence

3. Organisation d'un diagnostic partagé des difficultés repérées chez les résidents avec les équipes et les partenaires

4. Mise en œuvre de l'alerte des partenaires avec les responsables de résidence

5. Recherche de financements et mise en place des actions collectives et individuelles en rapport avec les besoins repérés

6. Production des évaluations et bilans des actions menées

Partenaires

1. Partenaires internes :

Le responsable études et développement social est une personnes ressource au niveau régional.

2. Partenaires extérieurs :

- **Partenaires institutionnels** :

- o Conseil Général
- o Service social de la CRAM
- o éventuellement service social des caisses de retraite des résidents âgés

- **Partenaires locaux opérationnels** :

- o CLIC² ou organisme assimilé (coordination gérontologique, Point Paris Emeraude à Paris, PAIS - point accueil information services en Meurthe-et-Moselle...)
- o CCAS
- o Services d'aide à domicile

¹ PDALPD : plan départemental pour le logement des personnes défavorisées

² CLIC : comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées

Actions collectives pour l'accès aux droits, à la vie sociale et aux loisirs

Constats

Faire vivre la résidence, mettre en place des activités avec les associations extérieures est avant tout une lutte contre l'isolement.
 Les actions menées dans ce sens ont des effets positifs directs et facilitent par ailleurs l'organisation des actions santé.
 Mais elles demandent une énergie sans cesse renouvelée, car souvent les résidants « ne sont pas demandeurs ».

Pistes de réflexion

Les actions d'accompagnement se déclinent collectivement et individuellement. Les actions collectives sont importantes pour apporter des informations ciblées à un large public mais aussi pour faciliter l'approche individuelle quand elle sera nécessaire.

Différents types d'actions peuvent être menés : de l'aide aux démarches administratives à la prévention sanitaire jusqu'à la lutte contre l'isolement par des activités de loisirs.

➔ *Fiche A7 : Actions collectives pour l'accès aux droits, à la vie sociale et aux loisirs*

Expériences de terrain

Résidence Le Lavandin – Montpellier

La résidence a de longue date fait le choix de proposer des animations, à l'initiative des responsables de résidence adjoints successifs travaillant en réseau avec des associations locales.

En dépit de la nécessité toujours renouvelée de convaincre les résidants, l'équipe fait état du succès des repas de fête et des animations.

Deux nécessités pour réussir : il faut que les animations soient gratuites et qu'elles ne soient pas ressenties comme des obligations.

Fiche-action A7 :
Actions collectives pour l'accès aux droits, à la vie sociale et aux loisirs

Objectifs

L'accompagnement des personnes vieillissantes est une des composantes de l'accompagnement social sur chaque site. Outre l'aide personnalisée apportée à chaque résidant (cf fiche A3 Accompagnement individualisé des personnes vieillissantes), il s'agit de :

- mettre en place des actions collectives en partenariat avec les professionnels concernés pour apporter aux résidants vieillissants des informations utiles
- mettre en œuvre des projets spécifiques pour les aider à accéder aux droits et dispositifs existants pour les personnes âgées

Actions

1. Pré-requis :

- Bonne connaissance du public et de ses besoins
- Identification des partenaires concernés
- Diagnostic partagé avec les partenaires

2. Les actions à développer concernent différents axes :

- **L'accès aux droits** : la retraite, le minimum vieillesse, les conditions d'accès aux prestations sociales non contributives pour les personnes s'inscrivant dans l'aller retour à la retraite, la carte de retraité, la protection juridique
- **La prise en charge de la dépendance** : l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), l'action sociale des caisses de retraite
- **Les complémentaires maladie**, la CMU-C
- **Le logement** : le dispositif de location alternée, l'accès à un logement adapté, les alternatives pour les personnes âgées dépendantes (EHPA¹, EHPAD²)
- **Les loisirs**, les animations dans la résidence et à l'extérieur

3. Les modalités des actions collectives

- **Réunions** d'information animées par les professionnels
- **Ateliers** : par exemple tri des papiers
- **Causeries, petits-déjeuners**
- **Café social**

⇒ Les actions sont élaborées et mises en œuvre par le responsable de résidence ou son adjoint.

⇒ Les intervenants sont les partenaires spécialistes des sujets traités

⇒ Il s'agit d'apporter aux résidants la connaissance :

- des dispositifs et structures d'aide en direction des personnes âgées
- des effets du mauvais vieillissement et des actions pour les éviter ou les atténuer

¹ EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées. Les logements-foyers pour personnes âgées en font partie

² EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

⇒ L'implication des partenaires concernés est importante à double titre :
-pour qu'ils soient repérés par les résidents comme personnes ressource
-pour qu'ils connaissent les résidents et leurs conditions de vie et de logement

⇒ L'information doit être adaptée au public, au plus près de ses préoccupations, sans culpabiliser, sous une forme la plus conviviale et ludique possible

Partenaires

1. Partenaires internes :

Le **responsable études et développement régional** ou le **coordinateur social** peuvent aider l'équipe locale dans les contacts avec les partenaires et la recherche de financement

2. Partenaires extérieurs :

- Partenaires institutionnels :

- Conseil Général : service de l'APA, service équipements médico-sociaux
- Service social de la CRAM
- éventuellement service social des caisses de retraite des résidents âgés

- Partenaires financeurs :

- DDASS dans le cadre de l'AGLS³ destinée à mettre en œuvre les projets sociaux dans les résidences sociales
- Ville, agglomération dans le cadre du CUCS⁴

- Partenaires locaux opérationnels :

- CRAM, caisses de retraite complémentaires
- CPAM
- CLIC⁵ ou organisme assimilé (coordination gérontologique, Point Paris Emeraude à Paris, PAIS - point accueil information services en Meurthe-et-Moselle...)
- CCAS⁶
- Service senior de la commune
- Représentants des clubs de retraités
- Associations de bénévoles
- Associations communautaires
- Responsables d'EHPA et EHPAD

³ AGLS : aide à la gestion locative et sociale (circulaire du 31 août 2000)

⁴ CUCS : contrats urbains de cohésion sociale

⁵ CLIC : comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées

⁶ CCAS : centre communal d'action sociale

Des actions santé à l'intérieur du foyer

Constats	Pistes de réflexion
<p>Bilan des 4 études de cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toutes les résidences rencontrées mettent en place des actions santé, ponctuellement ou régulièrement - Le besoin d'une veille sanitaire, sous la forme d'une véritable permanence santé, est ressenti partout - On peut noter l'intérêt particulier des animations à la frontière de la sociabilité et de l'éducation sanitaire : du repas équilibré pris en commun aux repas de fête. 	<p>C'est à partir des actions collectives concernant la santé et le vieillissement qu'il est plus facile de persuader un résidant âgé d'accepter une prise en charge individuelle.</p> <p>La mise en place d'une médiation santé / vieillissement dans les établissements est un gage de la bonne prise en charge des résidents par les services de droit commun.</p> <p>Quelle médiation ? Par qui ? Comment et jusqu'où ? Quel financement ?</p> <p>→ Fiche A8 : Actions santé / vieillissement</p>

Expériences de terrain

Résidence Ampère - Massy

Un infirmier intervient matin et soir auprès des malades qu'il suit, mais la mission qu'il remplit va bien au-delà : il est le référent des résidents pour toutes les questions de santé, et participe aux animations (dépistage et traitement du diabète, alimentation et hygiène, ...)

Résidence Brenu - Gennevilliers

Le centre municipal de santé propose régulièrement aux résidents des foyers de Gennevilliers des informations santé faites par le médecin directeur parfaitement repéré localement par les immigrés.

**Fiche-action A8 :
Actions santé / vieillissement**

Objectifs

- Donner une information adaptée, claire et ludique sur les sujets de santé intéressant les personnes vieillissantes
- Sensibiliser les personnes à la prise en charge de leur santé
- Organiser le bon accès des résidants aux soins et aux services
- Faire le lien entre le résidant et les professionnels de la santé et de la gérontologie

Actions

1. Les actions santé / vieillissement collectives

- **L'éducation à la santé :**
 - Les pathologies fréquentes avec l'âge : les maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies rhumatismales, les problèmes de prostate...
 - L'équilibre, le sommeil, l'alimentation, l'activité physique, la mémoire...
- **Les services à la personne :** les services d'aide pour le maintien à domicile, le portage de repas, la téléalarme, les transports pour personnes âgées
- **Les bilans de santé**
 - Information sur les bilans de santé
 - Accompagnement au centre de bilan de santé

2. Médiation santé / vieillissement

Le médiateur participe à la fonction de veille exercée par le personnel Adoma

Il connaît les partenaires des réseaux sanitaire et gérontologique

Il fait le lien avec les partenaires pouvant répondre aux problèmes repérés

Il aide si besoin le résidant dans sa démarche de soins

Quand le médiateur est infirmier, il a toute légitimité à s'adresser aux professionnels médicaux et médico-sociaux.

Partenaires

1. Partenaires internes

Le responsable études et développement régional ou le coordinateur social peut aider l'équipe locale dans la méthodologie de projet et la recherche de financement

2. Partenaires extérieurs :

- Partenaires institutionnels :

- Conseil Général : service de l'APA¹
- Service social de la CRAM²
- éventuellement service social des caisses de retraite des résidants âgés

¹ APA : allocation personnalisée pour l'autonomie

² CRAM : caisse régionale d'assurance maladie

- Partenaires financeurs :

- de l'AGLS³ destinée à mettre en œuvre les projets sociaux dans les résidences sociales : DDASS
- des actions du GRSP⁴ : DDASS, CPAM, collectivités territoriales (selon territoire)
- du CUCS⁵ : ville, agglomération
- CRAM (pour les personnes en GIR 5 et 6)
- CG
- CNSA⁶
- Fondations

- Partenaires locaux opérationnels :

- CODES (comité départemental d'éducation pour la santé)
- CLIC⁷ ou organisme assimilé (coordination gérontologique, Point Paris Emeraude à Paris, PAIS - point accueil information services en Meurthe-et-Moselle...)
- CCAS⁸
- SSIAD⁹
- Service de transport pour les personnes âgées de la commune ou du département (s'il existe)
- Service social de l'hôpital
- Centre municipal de santé
- Centre de bilan de santé

³ AGLS : aide à la gestion locative et sociale (circulaire du 31 août 2000)

⁴ GRSP : groupement régional de santé publique

⁵ CUCS : contrats urbains de cohésion sociale

⁶ CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

⁷ CLIC : comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées

⁸ CCAS : centre communal d'action sociale

⁹ SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

Des aides pour le maintien à domicile des personnes âgées

Constats	Pistes de réflexion
<p>3 sur 4 des résidences rencontrées lors des études de cas ont mis sur pied des aides à domicile. Cela a impliqué de dépasser deux types de difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les difficultés de prise en charge de ce public spécifique par les associations - Les nombreuses réticences des migrants eux-mêmes. <p>Les avancées sont lentes, mais réelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un partenariat se met progressivement en place avec les services d'aide, qui délèguent « les bonnes personnes » - Du côté des migrants, l'exemplarité est déterminante <p>Les fonctionnements mis en place sur les sites tiennent beaucoup à la personnalité et à la ténacité de quelques personnes. Le manque de formalisation des actions fragilise leur pérennité.</p> <p>Sur les sites expérimentaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur un site, deux conventions de partenariat ont été signées, l'une avec le service prestataire d'aide à domicile et l'autre avec les financeurs de cette aide à domicile. - Sur les deux autres sites, les services d'aide à domicile ont été approchés : ils sont demandeurs de travailler dans les foyers du fait des adaptations réalisées et du regroupement possible des heures pour des personnes habitant au même endroit. <p>Toutefois, les partenaires institutionnels ne sont pas prêts à adapter les dispositifs de droit commun à la spécificité du public et de l'habitat en foyers-résidences. Cela signifie que l'application stricte du droit commun complexifie l'accès des résidents aux aides pour le maintien à domicile.</p>	<p>Proposer une trame de projet de vie pour le maintien à domicile des résidents âgés qui peuvent toutefois nécessiter l'intervention des services d'aide ou de soins à domicile.</p> <p>Proposer une convention type pour l'intervention d'un service d'aide à domicile s'inscrivant dans le cadre du projet d'établissement pour l'accompagnement des résidents âgés.</p> <p>Proposer une convention type pour le financement mutualisé des aides à domicile.</p> <p>➔ Fiche A9 : Des aides à domicile pour les résidents âgés dans les foyers / Conventions de partenariat</p>

Expériences de terrain

Résidence Ampère – Massy

L'identification d'une unité de vie adaptée (avec quelques aménagements ergonomiques sans pour autant être aux normes handicapés) a permis :

- d'améliorer l'intervention des professionnels de santé et du maintien à domicile
- de diminuer les hospitalisations d'un résidant ayant eu un AVC
- de donner aux résidants une image précise du service apporté par les aides à domicile

Résidence Butte Blanche – Argenteuil

Le CLIC a une mission de repérage et d'évaluation des personnes âgées vulnérables sur l'ensemble des foyers d'Argenteuil. Dans ce cadre, il participe avec l'équipe de la résidence au repérage des personnes susceptibles d'entrer dans les unités de vie adaptées et à la présentation des dossiers en commission d'admission. Il déterminera les plans d'aide pour les personnes relevant des GIR 5 et 6.

A ce jour, un service d'aide à domicile a été approché mais il n'est pas prévu un financement mutualisé des aides.

Résidence Petit-Barthélémy – Aix en Provence

Le service d'aide à domicile du CCAS intervient quotidiennement pour l'ensemble des résidants des unités de vie adaptées selon des modalités précisées par convention.

Les deux derniers bilans présentés aux membres du comité de pilotage montrent un double intérêt de l'aide mutualisée :

- qualitatif :
 - une vie sociale qui profite à tous les résidants fragilisés des unités de vie
 - une prévention de la perte d'autonomie et de l'isolement grâce à la présence sur site des intervenants
- financier : une économie de moyens par la répartition des heures sur la semaine et par la possibilité d'aides cumulées (pour les courses par exemple)

Fiche-action A9 :
Des aides à domicile pour les résidents âgés / Conventions de partenariat

Objectifs

- Apporter une aide aux résidents âgés pour la réalisation des actes de la vie quotidienne dans le cadre des dispositifs de droit commun pour le maintien à domicile des personnes âgées
- Faciliter la prise en charge sanitaire en améliorant l'échange et l'information avec les professionnels de santé
- Prévenir la perte d'autonomie en favorisant le lien social

Actions

1. Pré-requis :

- Bonne connaissance du public et de ses besoins
- Etat des lieux du bâti / identification des éléments non adaptés au public âgé
- Identification des partenaires concernés
- Qualification des salariés des services d'aide à domicile partenaires
- Diagnostic partagé avec les partenaires
- Mise en place d'un comité de pilotage

2. Projet de vie :

Il est élaboré avec les partenaires impliqués dans les actions à mettre en œuvre. Il est donné en référence dans les conventions de partenariat.

Il comprend :

- **Les principes de base du maintien à domicile** des résidents âgés de la résidence
- **Les modalités d'accompagnement** des personnes par les services extérieurs : qui fait quoi ? Comment ?
- **La formation du personnel aux spécificités du public**

Cf annexe 2 : trame de projet de vie pour l'accompagnement des résidents âgés en foyers-résidences

3. Conventions de partenariat :

- **Avec le service d'aide à domicile**

Cf annexe 3 : la convention partenariale pour l'intervention d'Auxiliaires de Vie Sociale sur les unités de vie adaptées de la résidence Adoma du Petit-Barthélémy à Aix-en-Provence

- **Avec les financeurs de l'aide à domicile**

Cf annexe 4 : la convention de financement pour l'aide au maintien à domicile mutualisée sur les UV adaptées de la résidence Adoma du Petit-Barthélémy à Aix-en-Provence

⇒ Les actions sont élaborées par un groupe projet impliquant selon les territoires le responsable études et développement, le directeur d'agence et le coordinateur social là où il existe.

⇒ Le responsable de résidence et/ou son adjoint, en étroite relation avec le coordinateur social, mettront en œuvre le projet au quotidien.

⇒ Le suivi de l'action et l'évaluation sont indispensables pour en faire le bilan et ainsi apporter les corrections éventuelles et les modalités de sa poursuite.

Partenaires

1. Partenaires internes :

Le responsable études et développement régional peut aider l'équipe locale dans la méthodologie de projet et la recherche de financement

Le médecin gériatre du siège peut apporter son expertise

2. Partenaires extérieurs :

- **Partenaires institutionnels gérant les dispositifs d'aide pour les personnes âgées et finançant les aides pour le maintien à domicile des personnes âgées :**

- Conseil Général : service de l'APA¹ (pour les personnes en GIR 1 à 4)
- Service social de la CRAM (pour les personnes en GIR 5 et 6)
- éventuellement service social des caisses de retraite des résidents âgés

- **Eventuellement dans le cadre du démarrage d'une action innovante :**

- CNSA²
- Réseaux des services pour le maintien à domicile des personnes âgées
- Fondations

- **Partenaires locaux opérationnels :**

- CLIC³ ou organisme assimilé (coordination gérontologique, PAIS - point accueil information services en Meurthe-et-Moselle...)
- CCAS : service d'aide à domicile
- Services prestataires d'aide et de soins à domicile

¹ APA : allocation pour l'autonomie

² CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

³ CLIC : comité local d'information et de coordination pour les personnes âgées

B - Le bâti

Les fiches-actions qui suivent concernent des adaptations pour augmenter le confort d'usage dans des bâtiments existants occupés par des résidents âgés.

En construction neuve, on appliquera strictement la réglementation pour l'accessibilité des bâtiments aux personnes handicapées.

En fonction des programmes de travaux envisagés, il faudra s'adjoindre des compétences spécifiques tels que maître d'œuvre, bureau technique, ergothérapeute...

Ciruler	
Accès à la ville	
Constats	Pistes de réflexion
Sortir de la résidence est la liberté essentielle à laquelle tient le migrant âgé, celle à laquelle il ne renonce qu'à l'extrême limite. Cela va de pair avec un attachement à son environnement immédiat, à ses repères dans le quartier – le marché ou le centre commercial, le médecin traitant, le café...	- Comment améliorer les circulations à la périphérie immédiate du foyer quand cela s'avère nécessaire ? ➔ <i>Fiche B1 : Accès à la ville</i>
Expériences de terrain	
Résidence Normandie - Echirolles L'insertion urbaine du foyer est bonne, il est relié à Grenoble et au centre ville d'Echirolles par un tram situé juste devant la porte de la résidence. Il est aussi à proximité immédiate du plus grand centre commercial régional – pour lequel l'accès est moins aisé : pour aller au plus direct, les résidents empruntent d'abord un sentier piéton qui traverse un espace vert, puis ils franchissent une voie à grande circulation avant d'entrer dans le centre par les parkings.	Résidence Butte Blanche – Argenteuil La résidence est éloignée du centre ville. Il n'y a pas de transport en commun à proximité immédiate. Le sol des trottoirs situés devant la résidence est détérioré.

Fiche-action B1 : Accès à la ville

Objectifs

Définir les conditions de l'accessibilité d'une résidence à son environnement urbain
Faciliter la réalisation d'un diagnostic puis d'un programme d'actions en sollicitant les collectivités locales

Actions

1. **Repérer des difficultés d'accessibilité au niveau des entrées de la résidence** : revêtement de trottoir endommagé, obstacles et ressauts gênants les personnes âgées, pentes ou mobilier urbain inadaptés, transport en commun inexistant...
2. **Se rapprocher des services communaux** pour une inscription de ces difficultés au « plan de mise en accessibilité de la voirie ». Ces plans doivent préciser conditions et délais de réalisation des équipements et aménagements d'amélioration de l'accessibilité sur la commune.

Aspect réglementaire et obligation des collectivités locales

Plan de mise en accessibilité de la voirie

« Chaque commune doit établir un plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics. Ce plan vise notamment à rendre accessible l'ensemble des circulations piétonnes et des aires de stationnement automobile de la commune, et doit être intégré dans le plan de déplacement urbain (PDU) quand il existe ».

Commission communale pour l'accessibilité

« Les communes de 5000 habitants et plus doivent créer une commission communale pour l'accessibilité des personnes handicapées (article L.2143-3 du code général des collectivités territoriales).

Cette commission doit être composée de représentant de la commune, d'association d'usagers et d'association représentant les personnes handicapées.

Elle dresse le constat de l'état d'accessibilité du cadre bâti, de la voirie, des espaces publics et des transports.

Elle établit un rapport annuel présenté en conseil municipal.

Elle peut faire des propositions de nature à améliorer l'accessibilité de l'existant.

Références

Textes généraux

- décret n°2006-555 du 17 mai 2006
- décret n°2007-436 du 25 mars 2007
- arrêté du 22 mars 2007 modifié par arrêté du 3 décembre 2007
- circulaire interministérielle DGUHC n°2007/53 du 30 novembre 2007

CCDSA (Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité) :

- décret n°2006-1089 du 30 août 2006
- circulaire interministérielle DGUHC n°2006-96 du 21 décembre 2006.

Voirie

- décret n°2006-1657 et 2006-1658 du 21 décembre 2006
- arrêté du 15 janvier 2007 portant application du décret n°2006-1658 du 21 décembre 2006

Accès à la résidence	
Constats	Pistes de réflexion
<p>Parfois les accès aux résidences sont compliqués : escaliers extérieurs, fortes pentes, sols accidentés. L'éclairage n'est pas toujours suffisant pour repérer les obstacles.</p> <p>Les portes d'entrée des résidences sont souvent lourdes.</p>	<p>Rendre accessible l'espace allant de la rue jusqu'au hall de la résidence</p> <p>➔ <i>ficheB2 : Accessibilité</i></p>
Expériences de terrain	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Résidence Butte Blanche – Argenteuil Le niveau de la rue étant nettement plus bas, une rampe avec main courante et un ascenseur reliant le rez-de-jardin au hall d'entrée permettent un accès facilité au bâtiment.</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e6f2ff;"> <p>Résidence Brenu – Gennevilliers L'accessibilité de la résidence est facilitée par l'existence de rampes d'accès avec mains courantes et portes automatiques, y compris sur l'entrée secondaire car celle-ci est très utilisée par les résidents pour se rendre au centre ville.</p> </div>

**Fiche-action B2 :
Accessibilité de la résidence**

Objectifs

Faciliter l'accessibilité de la résidence aux personnes âgées depuis l'espace public

Actions

1. Diagnostic :

Selon les items suivants, analyser et déterminer les points critiques des aménagements existants pour une population âgée

Cheminement

- Dimensions
- Pentes : transversales / longitudinales / paliers de repos/ espaces de manœuvre / espace d'usage / protections (main courante, garde-corps)
- Nature du revêtement : sols naturels / dallages
- Obstacles : trous et fentes / éléments au sol (obstacles, ressauts) / mobilier urbain (dimensions, éclairages, porte à faux)
- Zones de repos : bancs / appuis ischiatiques
- Escaliers : dimensions / main courante / repérage (éveil de vigilance, contremarche, nez de marche)
- Eclairage : niveaux d'éclairément

Stationnement :

dimensions / signalisation / nombre et emplacement

Signalétique et dispositif d'information :

contrastes / information textuelle (lisible, visible, compréhensible) / pictogrammes

2. Actions correctives :

- Tout bâtiment présentant des parties classées ERP¹ doit respecter la réglementation handicapés.
- Dans le cas de bâtiment de logement collectif existant, ne présentant pas de parties classées ERP : Il n'y a pas d'obligation réglementaire exceptée celle de ne pas dégrader la situation existante. Il est toutefois souhaitable de respecter au plus près la réglementation handicapés.

Références

- loi n°2005-102 du 11 février 2005
- décret n°2006-1657 du 21 décembre 2006
- décret n°2006-1658 du 21 décembre 2006
- arrêté du 15 janvier 2007 portant application du décret n°2006-1658 du 21 décembre 2006
- circulaire interministérielle DGUHC n°2007/53 du 30 novembre 2007

¹ ERP : établissement recevant du public

Circuler dans la résidence	
Constats	Pistes de réflexion
<p>La principale difficulté de circulation – et parfois la seule - est l'usage des escaliers.</p> <p>Beaucoup de résidents âgés ont des problèmes de mobilité liés à l'âge ou à des pathologies rhumatismales. D'autres souffrent de problèmes cardio-respiratoires qui limitent les efforts qu'ils peuvent fournir.</p> <p>Dans bien des cas, les résidents, très attachés à leur unité de vie, sont contraints de limiter leurs sorties, risquant l'isolement et le repli sur soi plutôt que d'accepter un relogement en rez-de-chaussée ou en étage bas qui leur est parfois proposé en fonction des disponibilités.</p>	<p>L'installation d'un ascenseur peut être une partie de la réponse aux difficultés de mobilité des résidents.</p> <p>Toutefois une réflexion globale doit être menée sur chaque site pour apporter une réponse exhaustive aux obstacles de circulation tant verticale qu'horizontale.</p> <p>Il s'agit de penser les déplacements : de la porte de la résidence jusqu'à l'entrée dans l'espace logement (studio ou unité de vie) vers les espaces collectifs de la résidence (pôle accueil, pôle services)</p> <p>➔ <i>fiche B3 : Confort des déplacements dans la résidence</i></p>
Expériences de terrain	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>Résidence Butte Blanche – Argenteuil</p> <p>Le bâtiment se présente sous forme de 2 ailes reliées par le hall d'entrée. Tous les espaces administratifs et collectifs sont accessibles du hall par des demi-paliers avec escaliers.</p> </div>	

Fiche-action B3 :
Confort des déplacements dans la résidence

Objectifs

Favoriser l'accessibilité des différents espaces de la résidence aux personnes âgées
Assurer le confort des déplacements des résidents

Actions

1. **Pré-requis** : Déterminer les obligations réglementaires :

• **En cas de travaux dans les parties communes sur des bâtiment existants :**

- Deux cas sont concernés par la réglementation handicapés :
 - « les travaux de modifications ou d'extension (création de surfaces ou de volumes nouveaux) portant sur tout ou partie du bâtiment
 - ou les travaux de création de logement dans un bâtiment existant par changement de destination »
- En dehors de ces 2 cas, les travaux doivent au minimum maintenir les conditions d'accessibilité existantes

• **En cas de rénovation d'un ascenseur existant**, l'obligation réglementaire précise qu'il faut intervenir sur la signalisation palière et le panneau de commande en cabine

2. **Diagnostic** :

Analyser et déterminer les points critiques pour une population âgée dans les aménagements existants

Entrée : caractéristiques dimensionnelles / repérage / dispositif de commande d'ouverture

Ascenseur : caractéristiques dimensionnelles / repérage de la cabine / transmission des informations (signalisation palière / panneau de commande en cabine)

Escalier : caractéristiques dimensionnelles / repérage (éveil de vigilance, contremarche, nez de marche) / main courante / éclairage

Circulation horizontale : caractéristiques dimensionnelles / repérage / éclairage / main courante

Portes et sas : caractéristiques dimensionnelles / espace de manœuvre / dispositifs de commande d'ouverture (forme et position de la poignée, force à exercer, ouverture automatique) / repérage

Signalétique : caractéristiques / positionnement / dimensions (visible, lisible, compréhensible)

Sols, murs et plafonds : sécurité (surfaces non glissantes) / gêne acoustique / gêne visuelle

Equipements et dispositifs de commande : position / repérage

Eclairage : type / qualité

3. Actions correctives :

Il sera fait le maximum pour augmenter le confort d'usage des différents espaces utilisés par les personnes âgées.

Quand il n'y a pas obligation de répondre à la réglementation handicapés, il est pertinent malgré tout de tendre à la respecter au plus près.

Entrée

Caractéristiques dimensionnelles : en fonction du type de porte (battante ou coulissante), dégager un espace de manœuvre devant la porte, chercher des largeurs de passage de 83cm minimum, le ressaut de seuil doit être inférieur à 2cm, faciliter le repérage de la porte par des dispositifs architecturaux, des couleurs, des contrastes, des changement de matériaux, faciliter le repérage des parties vitrées de grande surface par la mise en place de deux bandes de 5cm de largeur, de couleur contrastée, respectivement placées à 1m10 et 1m60 de hauteur, faciliter le repérage des dispositifs des commandes d'ouverture par des couleurs contrastées et une pose à une hauteur appropriée ente 90cm et 1m30, les portes doivent pouvoir être manipulées sans effort excessif, en cas de porte automatique il faudra veiller à laisser le temps de passage nécessaire à une personne se déplaçant lentement...

Escalier

Faciliter le repérage par des éléments signalétiques, mettre en place un dispositif d'éveil de vigilance en haut des marches permettant un contraste visuel et tactile positionné à 50cm de la première marche, installer des contremarches de couleur contrastée. Le nez de marche ne doit dépasser 10mm et doit être non glissant et bien identifié visuellement.

Les mains courantes sont positionnées entre 80cm et 1m du sol, elles se prolongent d'environ 30cm au-delà de la première et dernière marche d'une volée (si possible), elles sont continues au niveau des paliers, visibles par rapport à la paroi de support, rigides et facilement préhensibles (diam.~4cm), décollées du mur de 5cm. L'éclairage doit être suffisant en tout point de l'escalier, prévoir l'extinction progressive ou un détecteur de présence sans rupture entre les zones de recouvrement

Circulation horizontale

Si les dimensions ne peuvent être d'1m20, il faudra dégager des espaces de manœuvre à certains endroits, faciliter le repérage par la signalétique et être attentif aux abords des dessous d'escalier, un éclairage suffisant doit être assuré en tout point, prévoir extinction progressive ou détecteur de présence sans rupture entre les zones de recouvrement, les mains courantes sont positionnées entre 90cm et 1m, bien visibles par rapport à la paroi de support, rigides et facilement préhensibles (diam.~4cm), décollées du mur de 5cm.

Portes

De préférence, les dimensions de passage sont de 83cm minimum, seuil inférieur à 2cm, les espace de manœuvre sont adaptés selon que la porte est tirante ou poussante, en approche frontale ou latérale, la poignée de porte est de type béquille ou bec de cane, située à 90cm de haut et à 40cm d'un angle rentrant, la force à exercer ne doit être trop importante, veiller à ce que la fermeture ne soit pas brutale et permette à une personne se déplaçant lentement de passer (idem pour les portes automatiques), veiller également au repérage des portes vitrées en les dotant d'éléments visuels contrastés installés à des hauteurs de 1m10 et 1m60.

Signalétique

Prévoir le positionnement des équipements entre 90cm et 1m30 et à plus de 40cm d'un angle rentrant. La signalétique doit être visible, lisible et compréhensible (contrastée, non éblouissante, accessible à moins d'1m assis ou debout, hauteur des lettres adaptée à la distance de lecture-15mm minimum, icônes et pictogrammes accessibles à tous)

Sols, murs et plafonds

Pour la sécurité, les sols seront non glissants. Des matériaux à fort pouvoir d'absorption limiteront la gêne acoustique. Des revêtements non réfléchissants et non éblouissants limiteront la gêne visuelle. Des effets de contraste participeront au repérage.

Equipements et dispositif de commande

Les boîtes aux lettres, corbeilles à papier, commandes d'éclairage, systèmes d'information et d'alerte, dispositifs de contrôle d'accès seront positionnés entre 90cm et 1m30 du sol et à 40cm minimum d'un angle rentrant, bénéficieront d'un espace d'usage suffisant au droit de leur approche. Leur repérage sera facilité par des couleurs contrastées et un bon éclairage.

Eclairage

Favoriser au maximum l'éclairage naturel. Les emplacements tels que boîtes aux lettres, escaliers, ascenseur doivent faire l'objet d'un renforcement si nécessaire. Préférer les détecteurs de présence en veillant à la superposition des zones de détection, l'extinction des éclairages doit être progressive.

Ascenseur /

Cas des ascenseurs existants (référence à la norme NF EN 81-70) :

Le repérage de l'ascenseur est facilité par la signalétique et un bon éclairage de la zone d'accès, la signalisation palière présente une transmission des informations par signal sonore (si pas de logement sur le palier) et des flèches lumineuse d'une hauteur de 40mm minimum indiquent le sens de déplacement de la cabine.

Le panneau de commande en cabine doit présenter des boutons de commande d'étage en relief, un indicateur visuel doit fournir la position de la cabine, le numéro d'étage doit avoir une hauteur de 30 à 60mm, à chaque arrêt un message vocal doit indiquer l'étage atteint. Le dispositif de demande de secours doit comporter des indicateurs visuels et sonores, ainsi qu'une boucle magnétique. Les signaux sonores et messages vocaux doivent avoir un niveau réglable entre 35 et 65 décibels).

Références

- loi n°2005-102 du 11 février 2005
- décret n°2006-555 du 17 mai 2006
- arrêté du 1^{er} août 2006 modifié par arrêté du 30 novembre 2007
- arrêté du 26 février 2007
- décret n°2007-436 du 25 mars 2007
- arrêté du 22 mars 2007 modifié par arrêté du 3 décembre 2007
- circulaire interministérielle DGUHC n°2007/53 du 30 novembre 2007

Habiter les espaces communs

Cours, espaces verts, jardins

Constats	Pistes de réflexion
<p>Dans toutes les résidences visitées existe une forte appropriation des espaces extérieurs, qui se révèlent à l'usage comme des lieux de sociabilité essentiels. Ils permettent en effet la circulation de l'information, tout en atténuant les contraintes liées à la vie en collectivité, chacun ayant ici toute liberté d'aller et venir, de passer ou s'installer.</p> <p>Même quand elle est rendue possible par la disposition des lieux, la mise en culture d'un véritable potager est exceptionnelle, et plutôt le fait de migrants encore actifs.</p> <p>Mais l'aspiration à cultiver quelques plantes, en particulier issues des traditions du pays d'origine, est fréquente.</p>	<p>L'aménagement des espaces extérieurs est un des éléments de la qualité de vie au sein des résidences. Il doit être pensé en fonction des habitudes des résidents en privilégiant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les lieux de passage plutôt que les lieux trop isolés (ce n'est pas le calme qui est recherché ici, mais la possibilité d'échanges plus ou moins longs au gré des passages des uns et des autres) - la convivialité et le confort - une utilisation maximale en prévoyant une protection de la pluie et du vent : kiosque, galerie couverte, ...- <p>La mise à disposition de mini-parcelles à des résidents volontaires participe de l'animation des espaces extérieurs.</p> <p>Sa mise en place peut s'insérer dans un projet d'établissement.</p> <p>→ fiche B4 : Occuper les espaces extérieurs</p>

Expériences de terrain

Résidence Ampère - Massy

Un espace extérieur a été aménagé avec de nombreux bancs, à proximité de deux bâtiments, et sur le chemin de la salle de prière. Il s'agit d'un des principaux lieux de vie du foyer, dès que le temps le permet. Il s'agrandit de résidents s'installant avec leurs chaises ou fauteuils.

Résidence Petit-Barthélémy – Aix en Provence

Le boulodrome est accessible par une rampe d'accès < 5%, des bancs ont été installés à côté du boulodrome à l'abri des arbres, les espaces collectifs de la résidence ouvrent sur une terrasse dallée et il existe des places de parking « handicapés » devant l'entrée principale de la résidence.

Résidence Normandie-Echirolles

2 petits carrés de potager ont été aménagés, ils participent de l'animation de l'espace extérieur et regroupent quelques résidents : si seuls deux cultivent, ils sont plusieurs à acheter les graines et plants en commun, à arroser et partager les récoltes.

**Fiche-action B4 :
Occuper les espaces extérieurs**

Objectifs

Prendre en compte l'importance des espaces extérieurs s'ils sont utilisés comme espaces de convivialité par les résidents
Proposer des aménagements et des modes de fonctionnement adaptés au public vieillissant

Actions

1. Diagnostic :

- les aménagements existants : les points critiques pour la population âgée ?
- quelle utilisation est faite de ces aménagements ?
- quels sont les souhaits des résidents ?

Pour favoriser l'accessibilité aux espaces extérieurs, il est préconisé de respecter au plus près la réglementation handicapés.

2. Actions correctives :

Aménagement des espaces extérieurs :

• **Salons d'extérieur :**

situés au droit des cheminements ou des espaces polyvalents de la résidence (caféterie, boîtes aux lettres...) / accessibles de plain pied / cheminements adaptés / mobilier type banc avec accoudoirs et dossier haut / main courante / éclairage conséquent / protégés de la pluie et du soleil / pas d'implantation sous des fenêtres d'habitation...

• **Jardins potagers :**

accessibles de plain pied / cheminements adaptés / éclairage conséquent / nature des revêtements / zone de repos

Espaces collectifs dans la résidence	
Constats	Pistes de réflexion
<p>Leur fonctionnement est très différent selon les résidences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'usage spontané par les résidants aurait tendance à diminuer avec le vieillissement, d'autant que chacun a un poste de télévision dans sa chambre - le confort, la localisation, les activités qui s'y tiennent, entrent en jeu pour expliquer la fréquentation ou au contraire l'abandon de l'usage des espaces communs - et pourtant, là où il n'y a rien, ce « vide » est le premier regret des résidants. 	<p>Des conditions sont nécessaires à une utilisation des espaces collectifs qui soit un élément de qualité de vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une localisation centrale à proximité visuelle des lieux de circulation - une accessibilité facilitée - une animation du lieu. Toutes les programmations sont possibles, rencontres (thé.), animations culturelles et autour de la santé, activités diverses. L'important est de créer et entretenir une dynamique. La fréquentation habituelle du lieu, ne fut-ce que par un petit groupe, est la condition minimum du succès des actions d'information autour du vieillissement <p>→ <i>fiche B5 : Espaces résidentiels</i></p>
Expériences de terrain	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%; border: 1px solid gray; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> <p style="text-align: center;">Résidence Le Lavandin – Montpellier</p> <p>Les espaces collectifs sont situés au cœur de la résidence, au rez-de-chaussée, avec de grandes baies vitrées donnant sur l'extérieur. La grande salle est polyvalente – un coin TV, un coin plutôt réservé aux joueurs de cartes, et la cafétéria-épicerie au fond. C'est aussi un lieu de passage, car elle est un des modes d'accès aux boîtes aux lettres et à la salle de prière. Cela fait d'elle, l'après-midi surtout, avant et après la prière du soir, un lieu de vie et d'échanges.</p> </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid gray; padding: 10px; background-color: #e0f0ff;"> <p style="text-align: center;">Résidence Brenu – Gennevilliers</p> <p>Un coin salon est implanté dans le hall devant l'espace « boîtes aux lettres ».</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px; border: 1px solid gray; padding: 10px; background-color: #f0f0f0; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p style="text-align: center;">Résidence Ampère – Massy</p> <p>La salle de télévision est une pièce sombre, située à l'entresol. Surnommée « la cave » par les résidants, elle est très peu utilisée.</p> </div>	

Guide-actions : Fiche B5
Espaces résidentiels

Objectifs

Proposer des aménagements et des modes de fonctionnement des espaces résidentiels adaptés au public vieillissant
Favoriser la convivialité et les actions d'accompagnement des résidents vieillissants

Actions

1. Diagnostic :

Selon les items suivants, analyser et déterminer les points critiques des aménagements existants pour une population âgée :

Généralités : idem fiche B3

Circulation horizontale : toutes zones accessibles de plain-pied / caractéristiques dimensionnelles / repérage / éclairage / main courante

Situation des espaces par rapport aux habitudes de vie des résidents : éloignement par rapport à l'entrée, aux logements, aux bureaux / quelle utilisation des espaces existants par les résidents ? / quels souhaits des résidents ?

Agencement des espaces

2. Actions correctives si nécessaire (et si possible) :

En terme d'accessibilité aux espaces résidentiels, il est souhaitable de respecter au plus près la réglementation handicapés.

Généralités : idem fiche B3

Bureau social :

proximité de la zone attente / fauteuils confortables

Salle polyvalente :

confort acoustique (matériaux absorbants, zone TV séparée) / confort thermique (chauffage, pare-soleil, système de rafraîchissement) / mobilier confortable

Création d'un salon dédié aux personnes âgées si la salle polyvalente est mal située ou n'assure pas un confort suffisant

Laverie :

zone d'attente attenante avec fauteuils confortables / confort acoustique

Lingerie :

attenante à la laverie pour bénéficier de la zone d'attente

Espace boîtes aux lettres :

abrité des intempéries si extérieur / bon éclairage / hauteur de pose adaptée / diversité de coloris / bancs de repos à proximité...

Cabine téléphonique :

espace d'usage 80x130cm devant l'appareil / hauteur du cadran entre 90cm et 1m30 / gros caractères

Habiter les espaces privés

Les espaces partagés des unités de vie

Constats

Dans cet espace semi-privatif se met en place un co-usage qui est le plus souvent une co-existence où chacun se garde de gêner l'autre.

Les repas ne sont pas pris en commun, ils sont pris dans la cuisine ou dans la chambre selon l'humeur des résidents et le nombre de personnes présentes (la diminution des présents du fait des séjours au pays facilite la vie commune).

La fréquente dégradation de l'hygiène dans les unités de vie logeant une ou plusieurs personnes en perte d'autonomie ne vient que mettre en lumière les difficultés liées à des équipements non adaptés (exiguïté, marches, portes ouvrant à l'intérieur des sanitaires, absence de siège)

Pistes de réflexion

Des éléments apparaissent déterminants dans une amélioration minimum des conditions de vie des migrants âgés :

- la taille des unités de vie
- le nombre et l'adaptation des équipements sanitaires au vieillissement
- la surface et l'aménagement de l'espace cuisine-salle à manger-salon

Mais comment prendre en compte l'élément essentiel qu'est la composition sociale de l'unité de vie ?

➔ *fiche B6 : Adaptation des espaces partagés de l'unité de vie*

Expériences de terrain

Résidence Le lavandin – Montpellier

Des unités de vie de 20 chambres

Des résidents globalement insatisfaits de leurs espaces communs : installations des cuisines et sanitaires vétustes, problèmes permanents de propreté. Les difficultés d'un ou deux résidents en perte d'autonomie rejaillissent sur l'ensemble des résidents, eux-mêmes âgés dans leur majorité.

Résidence Ampère - Massy

Des unités de vie de 6 chambres

Des fonctionnements très différents d'une unité de vie à l'autre

L'origine géographique commune des résidents (du même village) ou l'ancienneté dans l'unité de vie sont des facteurs explicatifs possibles d'une appropriation collective de l'espace, et d'un fonctionnement incluant des services rendus entre résidents. On peut parler aussi parfois de la présence d'une personne au sein du groupe assurant de façon informelle une fonction de liaison, d'animation.

Résidence Petit-Barthélémy – Aix en Provence

Des unités de vie de 8 chambres (dont deux grandes chambres avec sanitaires individuels) avec une cuisine-salle à manger et un salon de part et d'autre du couloir et reliés visuellement par des cloisons vitrées.

Les réfrigérateurs remis dans les cuisines sont sensés favoriser la préparation et la prise des repas sur place (avec parfois l'aide d'une aide ménagère).

Le salon comprend tables, fauteuils confortables et télévision.

Les sanitaires collectifs (pour 6 personnes) comprennent un bloc sanitaire lavabo-douche-wc aux normes handicapés permettant l'intervention d'un aidant, ainsi que deux wc et une douche ergonomiques.

Guide-actions : Fiche B6
Adaptation des espaces partagés de l'unité de vie

Objectifs

Repenser les espaces partagés pour des personnes vieillissantes pouvant vivre toute la journée dans l'unité de vie

Actions

1. **Pré-requis** : Déterminer les obligations réglementaires :

En cas de travaux dans les logements d'habitation collectifs existants :

- Deux cas sont concernés par la réglementation handicapés :
 - « les travaux de modification ou d'extension (création de surfaces ou de volumes nouveaux) portant sur tout ou partie du bâtiment
 - ou les travaux de création de logement dans un bâtiment existant par changement de destination »
- En dehors de ces 2 cas, les travaux doivent au minimum maintenir les conditions d'accessibilité existantes

En rénovation partielle, dans le cas de travaux d'un montant inférieur au seuil (art.R.111-18-8 du CCH), la réglementation handicapés ne concerne pas la création de surfaces ou volumes nouveaux à l'intérieur des logements existants.

2. **Diagnostic** :

Selon les items suivants, analyser et déterminer les points critiques des aménagements existants pour une population âgée :

Généralités : idem fiche B3

Cuisine-salle à manger : surface / configuration / agencement et mobilier / utilisation par les résidents

Circulations : surface et configuration

Sanitaires partagés : nombre / situation / aménagement

3. **Actions correctives** :

On cherchera donc à améliorer au maximum le niveau de confort d'usage pour les personnes âgées en se rapprochant de la réglementations handicapés.

Cuisine

Sécurité gaz thermocouple / hauteur de pose des fours entre 75 et 85cm + boutons de commandes simples et faciles à utiliser : boutons de grande taille, voyant lumineux, pictogrammes / hauteurs des plans de travail (préparation, cuisson, évier) entre 75 et 85cm / bonne ventilation (hotte)

Salle à manger

Espace si possible contigu à la cuisine / mobilier confortable

Salon

Proche de la cuisine-salle à manger / relation visuelle (porte et châssis vitré) / isolation acoustique / protection solaire ou système de rafraîchissement / grand écran TV / rangements (buffet, étagères, bibliothèque) / mobilier confortable (fauteuil, banquettes) / tables de jeux

Sanitaires

- *Au minimum, aménagements ergonomiques*

Wc : 1 cabine pour 4 personnes / largeur = 90cm / wc suspendu ou surélevé / 2 barres de maintien droite et gauche / patères / éventuellement un siège de douche rabattable / porte ouvrant à l'extérieur facilement décondamnable

Douche : 1 cabine pour 4 personnes / 90x90cm mini / siphon de sol / 1 zone de déshabillage avec banc et patères / barre d'appui continue / douchette sur barre coulissante / porte ouvrant à l'extérieur facilement décondamnable

- *Aménagement Handicapés*

Bloc LDW¹ : on recherchera à installer au moins 1 bloc sanitaire aux normes handicapés par UV

Buanderie

Ventilation / lave linge et sèche linge à chargement frontal à commandes simples : boutons de grande taille, voyant lumineux, pictogrammes / hauteur plans de travail entre 75 et 85cm / bac de lavage / rangements

Couloir

Dégager des zones de manœuvre si possible / recherche de lumière naturelle / éclairage permanent / détecteur de présence / main courante gauche et droite

Références

- loi n°2005-102 du 11 février 2005
- arrêté du 1^{er} août 2006 modifié par arrêté du 30 novembre 2007
- arrêté du 26 février 2007
- circulaire interministérielle DGUHC n°2007/53 du 30 novembre 2007

¹ LDW : lavabo douche wc

La chambre dans l'unité de vie	
Constats	Pistes de réflexion
<p>Aux yeux des résidants, leur logement, c'est leur chambre, et cet attachement se traduit notamment dans leurs demandes d'amélioration qui portent sur l'espace même de la chambre (réfection des peintures, amélioration des rangements).</p> <p>L'habitude d'y prendre ses repas seul est fréquente. Mais avec l'âge la discrétion fait place au repli, à la volonté de soustraire ses faiblesses physiques au regard des autres.</p> <p>Peu de demandes des résidants en ce qui concerne l'adaptation de l'unité de vie et de leur chambre sans doute fortement liées au fait qu'ils ne souhaitent pas payer plus cher.</p>	<p>L'entretien et les améliorations de la chambre participent d'une façon importante à la qualité de vie des résidants et à leur estime d'eux-mêmes.</p> <p>Quelles sont les préconisations ergonomiques à mettre en œuvre pour améliorer sensiblement le confort d'usage des chambres par les résidants âgés ?</p> <p>→ <i>FicheB7 : Adaptation des chambres en unité de vie</i></p>
Expériences de terrain	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">Résidence Brenu - Gennevilliers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des petites chambres avec : <ul style="list-style-type: none"> - un mobilier intégré qui optimise les capacités de rangement - la possibilité de mettre la tête du lit d'un côté ou de l'autre - un éclairage suffisant avec des commandes visibles en différents endroits - un coin lavabo ergonomique qui permet la toilette en position assise • Des grandes chambres avec sanitaires individuels adaptés permettent de mettre si besoin un lit médicalisé </div>	

Guide-actions : Fiche B7
Adaptation des chambres en unité de vie

Objectifs

Penser l'espace des chambres et leur agencement en fonction des difficultés des résidents vieillissants et en fonction des espaces collectifs de l'unité de vie à leur disposition.

Actions

1. **Pré-requis** : Déterminer les obligations réglementaires : idem fiche B6

2. **Diagnostic** :

Selon les items suivants, analyser et déterminer les points critiques des aménagements existants pour une population âgée :

Généralités : idem fiche B3

Coin lavabo : situation dans la chambre / éclairage / état du lavabo / hauteur du lavabo / état de la plomberie / éclairage / miroir...

Coin lit : situation / éclairage

Agencement de la chambre : rangements / mobilier / bagagerie / emplacement TV...

3. **Actions correctives** :

On cherchera à améliorer au maximum le niveau de confort d'usage pour les personnes âgées en se rapprochant de la réglementation handicapés.

Généralités : idem fiche B3

Lit

Il est surélevé et à une hauteur d'assise finie de 47 à 50cm. En cas de tiroirs intégrés sous le lit, ils doivent être faciles à manœuvrer (roulettes, patins téflons) avec des prises de main, les façades de tiroirs seront en retrait de 5cm afin de faciliter les mouvement de transfert (assis-debout), les matelas seront fermes pour éviter les risques d'affaissement. La tête de lit doit pouvoir être indifféremment d'un côté ou de l'autre du lit. Il doit être possible de regarder la TV depuis le lit.

Mobilier

Les chevets sont sans roulettes et accessibles en position couchée.

Les fauteuils sont confortables, avec accoudoirs et d'une hauteur d'assise de 47 à 50cm, avec un dossier haut de préférence. Le tissu est de type enduit, d'entretien facile.

Les rangements sont à une hauteur d'atteinte comprise entre 40cm et 1m60. Les tringles des armoires sont à 1m50 maxi.

Coin lavabo

Il est constitué d'un plan lavabo permettant de prendre appui et dont la hauteur se situe entre 80 et 85cm. Il doit permettre une toilette en position assise : son bord inférieur est à 70cm du sol minimum et le dessous est libre de tout obstacle. Il présente un mitigeur à manette longue déporté sur le côté de

préférence. Le siphon d'évacuation est lui aussi déporté si possible.

Des rangements sont à prévoir à portée de main.

Le plan lavabo est surmonté d'un miroir permettant une toilette tant en position assise que debout : il est d'une hauteur suffisante et descend à moins de 10cm du plan lavabo. Les miroirs inclinables sont à proscrire.

Le luminaire doit éviter tout éblouissement. L'interrupteur et la prise électrique sont indépendants du luminaire et implantés à portée de main.

Sanitaire LDW¹ individuel

Au minimum, aménagements ergonomiques

wc suspendu ou surélevé / 2 barres de maintien droite et gauche / douche 90x90cm mini / siphon de sol barre d'appui continue / douchette sur barre coulissante / le coin lavabo est constitué d'un « plan lavabo » permettant de prendre appui et dont la hauteur se situe entre 80 et 85cm. Il doit permettre une toilette en position assise : son bord inférieur est à 70cm du sol minimum et le dessous est libre de tout obstacle. Il présente un mitigeur à manette longue déporté sur le côté de préférence. Le siphon d'évacuation est lui aussi déporté si possible. Des rangements sont à prévoir à portée de main.

Le plan lavabo est surmonté d'un miroir permettant une toilette tant en position assise que debout : il est d'une hauteur suffisante et descend à moins de 10cm du plan lavabo. Les miroirs inclinables sont à proscrire. Le luminaire doit éviter tout éblouissement. L'interrupteur et la prise électrique sont indépendants du luminaire et implantés à portée de main. La porte ouvre à l'extérieur, elle est facilement décondamnable.

Dans un sanitaire individuel, on préconise plutôt un siège de douche mobile plutôt que fixe et rabattable.

Références

- loi n°2005-102 du 11 février 2005
- arrêté du 1^{er} août 2006 modifié par arrêté du 30 novembre 2007
- arrêté du 26 février 2007
- circulaire interministérielle DGUHC n°2007/53 du 30 novembre 2007

¹ LDW : lavabo douche wc

Le logement autonome	
Constats	Pistes de réflexion
<p>Fonctionnement des studios dans les études de cas : 3 résidences disposent de studios (de 8 à 16), mais ils ne sont pas occupés en priorité par des migrants âgés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à l'origine, les migrants sont logés « naturellement » dans les unités de vie, ceux qui demandent un studio ont souvent rompu avec le mode de vie traditionnel et la pratique des allers-retours. - les demandeurs de studios sont le plus souvent des jeunes, et maintenant également des femmes - cependant, les responsables de résidence et les soignants incitent des résidents malades ou en perte d'autonomie à s'y installer. <p>- Une fois installés, ils sont très satisfaits</p> <p>Données de l'enquête studios dans 33 établissements très concernés par le vieillissement des résidents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 19 établissements comprennent des studios - 3 établissements récemment réhabilités comprennent une majorité de studios - sur l'ensemble des logements des 16 autres établissements, il y a seulement 5.4% de studios - 28% de personnes de plus de 60 ans dans les studios <p>Les studios conviennent aux personnes âgées quand les « reste à payer » (redevance déduction faite de l'APL) sont sensiblement équivalents à ce qu'ils étaient dans les chambres en unités de vie.</p>	<p>Le logement autonome est-il un produit qui répond aux besoins des immigrants âgés ?</p> <p>En construction neuve, la réglementation « handicapés » doit dorénavant être respectée (loi...)</p> <p>Quelles sont les préconisations ergonomiques minimales à appliquer dans des locaux existants qu'il s'agisse d'une intervention ponctuelle ou d'une réhabilitation ?</p> <p>➔ <i>fiche B8 : Le logement autonome adapté au vieillissement</i></p>
Expériences de terrain	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f0f0f0;"> <p style="text-align: center;">Les studios à Massy, Echirolles et Gennevilliers</p> <p>A Gennevilliers, on y accède par un escalier, ils n'ont aucune vocation particulière à accueillir des résidents en perte d'autonomie.</p> <p>A Massy, 5 studios sont adaptés au handicap. Ils sont situés en rez de chaussée (avec 5 marches). 3 résidents handicapés, pas nécessairement âgés.</p> <p>A Echirolles, 3 des 16 studios sont occupés par des résidents âgés et malades, suite à des incitations d'Adoma. Ils sont très satisfaits.</p> </div>	

Guide-actions : Fiche B8
Le logement autonome adapté au vieillissement

Objectifs

Repenser le logement autonome pour des personnes vieillissantes

Actions

1. **Pré-requis** : Déterminer les obligations réglementaires : idem fiche B6

2. **Diagnostic** :

Selon les items suivants, analyser et déterminer les points critiques des aménagements existants pour une population âgée :

Généralités idem fiche B3

Coin cuisine : surface / configuration / agencement / équipement

Coin lit : surface et configuration

Sanitaire individuel : agencement / équipement

Mobilier : hauteur / confort

3. **Actions correctives** :

En dessous du seuil imposé par la réglementation, on cherchera à améliorer au maximum le niveau de confort d'usage pour les personnes âgées en se rapprochant de la réglementation handicapés.

Généralités idem fiche B3

Coin cuisine

Plans de travail (préparation, cuisson, évier) entre 75 et 85cm libre de tout obstacle permettant la préparation en position assise / hauteur de pose des fours entre 75 et 85cm + boutons de commandes simples et faciles à utiliser : boutons de grande taille, voyant lumineux, pictogrammes / bonne ventilation (hotte)

Lit et mobilier

Idem fiche B7

Sanitaire individuel LDW

Au minimum, aménagements ergonomiques

Idem fiche B7

Références

- loi n°2005-102 du 11 février 2005
- arrêté du 1^{er} août 2006 modifié par arrêté du 30 novembre 2007
- arrêté du 26 février 2007
- circulaire interministérielle DGUHC n°2007/53 du 30 novembre 2007