

VULNÉRABILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES IMMIGRÉES EN FOYER ET DES PROFESSIONNELS QUI LES ACCOMPAGNENT

[Isabelle Dury](#)

in Colette Eynard, *Les vieux sont-ils forcément fragiles et vulnérables ?*

ERES | « L'âge et la vie - Prendre soin des personnes âgées et des autres »

2019 | pages 153 à 176

ISBN 9782749262536

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/les-vieux-sont-ils-forcement-fragiles---page-153.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Isabelle Dury

*Vulnérabilité des personnes âgées
immigrées en foyer
et des professionnels
qui les accompagnent*

De qui parle-t-on lorsqu'on évoque le vieillissement des personnes immigrées ? La réponse est aussi complexe et polymorphe que lorsque nous nous interrogeons sur les caractéristiques des personnes âgées. Elle devient sujet de polémiques lorsqu'on évoque des mots-clés, tels qu'immigration, travail, pays d'origine, terre d'accueil, droit à la retraite, accès aux soins... L'inconscient collectif dirait que la présence de l'étranger est toujours davantage légitime en tant que force de travail utile. Mais, selon Abdelmalek Sayad, sociologue, l'inconscient collectif évoque aussi à quel

Isabelle Dury, ingénieure sociale en action gérontologique, responsable du pôle lien social et accompagnement, consultante formatrice, Office villeurbannais des personnes âgées et des retraités, membre de l'ARCG.

point le vieux migrant, devenu improductif, peut alors être perçu comme une « incongruité totale ». Parallèlement, cette absurdité stigmatisante ne vaut pas mieux que l'image non nuancée du retraité français dont la prise en charge engendre un poids économique lourd pour une population active de plus en plus minoritaire. Évoquer le vieillissement des personnes immigrées a pour ambition première de tenter de dépasser les représentations négatives sur ces vieux. Ces personnes aux parcours de vie différents témoignent de vieillesse plurielles mais invisibles, où la notion de l'étranger est de mise quel que soit le lieu où ils se trouvent. Pour Omar Samaoli, en effet, « certains vieux immigrés se sentent davantage comme des étrangers dans leur pays d'origine, qu'ils ont quitté depuis longtemps, qu'en terre de France devenue plus familière et peut-être plus légitime aussi¹ ».

QUI SONT CES PERSONNES ?

Notre réflexion concerne les personnes étrangères et immigrées, notamment âgées, essentiellement des hommes qu'on nomme parfois « chibanis », provenant d'une communauté maghrébine cependant minoritaire dans la population immigrée âgée.

Pour Nadège Bartkowiak, « ces immigrés n'existent que par les problèmes qu'ils posent² ». Bien souvent

1. O. Samaoli, *Retraite et vieillesse. Des immigrés en France*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 65.

2. N. Bartkowiak, *L'accueil des immigrés vieillissants en institution*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2008, p. 33.

confrontés à une dépendance physique et psychique, ils préoccupent les pouvoirs publics, dans la mesure où ils sont regroupés dans d'anciens foyers de travailleurs migrants et donc plus facilement repérables. Ils deviennent ainsi potentiellement l'objet de mesures ciblées par les institutions et les pouvoirs publics, contrairement aux immigrés isolés dans l'habitat diffus, plus difficiles à localiser.

Cependant, pour Brigitte Dherbey et Christine Jurdan, l'accompagnement social de ces personnes devient problématique lorsqu'il représente un enjeu majeur de requestionnement de leurs demandes et de leurs attentes, qui sont « silencieuses et très peu exprimées³ ». Nous analyserons d'abord en quoi la prise en compte de ce public est caractéristique d'un système institutionnel qui peut renforcer des situations de vulnérabilité ; ensuite, en quoi l'accompagnement social de ces personnes nécessite une articulation indispensable entre le champ de la gérontologie et celui de l'habitat accompagné.

DU DÉFINITIF DANS LE PROVISOIRE : CARACTÉRISTIQUES DU VIEUX MIGRANT EN FOYER

« Le logement de l'immigré ne peut être que ce qu'est l'immigré : un logement exceptionnel comme est *exceptionnelle* la présence de l'immigré [...], un logement provisoire, parce que les occupants ne s'y logent que provisoirement et parce qu'il est lui-même une

3. B. Dherbey, C. Jurdan, « Les enjeux de l'accompagnement des immigrés isolés vieillissants », *Vieillesse et immigration*, 2002, p. 55.

réponse à une situation tenue pour être provisoire pour un résident provisoire⁴. »

Un lieu de vie qui ne serait plus provisoire

Une personne immigrée est une personne née à l'étranger qui peut avoir acquis la nationalité française au cours de sa vie. Selon le recensement 2008, la population immigrée âgée résidait à 2,7 % dans un foyer de travailleurs, contre 0,3 % pour l'ensemble de la population. Cela permet d'estimer à quarante-cinq mille le nombre d'immigrés âgés vivant en 2008 dans un foyer de travailleurs migrants. Ces personnes issues de l'immigration dans les années 1960 et 1970 sont encore largement présentes. Entrées en France il y a plus de quarante ans, leur lieu de vie est le foyer de travailleurs migrants (FTM), l'hôtel meublé, ou l'appartement souvent insalubre partagé à plusieurs. Elles ont travaillé dur, puis ont été frappées par le reflux de l'industrie et du chômage. Les FTM ont été conçus et implantés comme des lieux à l'écart pour un *passage* consacré essentiellement au travail et qui aurait dû se dérouler sur quelques années. La journée, les résidents allaient à l'usine et au chantier, puis dormaient dans les FTM, sans se faire remarquer, et y vivaient entre eux.

Pour autant, au regard du contexte socio-économique, culturel et familial, certains vieux migrants ont vu les années défilier, caractérisées par des « allers et retours » entre la terre de France et le pays d'origine. Ils ont dû se

4. A. Sayad, *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Bruxelles, De Boeck, p. 82.

résigner à vivre la période de la retraite en demeurant en France pour différentes raisons, que nous évoquerons par ailleurs. La problématique du vieillissement de ces personnes s'identifie alors, non plus par la prise en compte d'un logement provisoire, mais par un lieu de vie non adapté qui leur devient définitif.

Isolement et invisibilité sociale

S'ils sont seuls ici en France, certains ont une famille au pays, à laquelle ils apportent un soutien économique. Mais par la précarité et la baisse de leurs revenus (chômage, retraite), leur utilité sociale est mise à mal et ils ne savent plus culturellement où ils sont, entre leur pays d'origine et la société française. Malgré leurs âges parfois avancés, ils peuvent avoir encore des enfants mineurs à charge.

Certains d'entre eux sont célibataires, n'ayant plus d'attaches avec leur pays d'origine, ou encore isolés, en rupture du fait de l'échec du regroupement familial.

Un vieillissement prématuré : une santé très fragile

Au regard d'une *usure prématurée* par des conditions de vie et de travail pénibles, les problèmes de santé apparaissent souvent chez les hommes plutôt jeunes, dès 45-50 ans. Les difficultés peuvent survenir avant l'âge de la retraite. Cette population est fragile sur le plan de la santé et ces personnes sont plus nombreuses que le reste de la population à souffrir de pathologies lourdes : diabète, problèmes respiratoires, rhumatismes

invalidants liés aux conditions de travail en France, ainsi que les accidents de travail et d'invalidité peu reconnus et mal considérés (amputations, perte d'un œil, maux de dos et d'épaules...). L'alcoolisme et le tabagisme sont également relativement répandus. À ce tableau, s'ajoutent des problèmes dentaires, oculaires et de surdité, parce que les frais pour ces pathologies ne sont pas ou très peu pris en compte par la Sécurité sociale et la précarité financière de ces patients immigrés ne leur permet pas de les couvrir.

Brigitte Dherbey et Christine Jurdan relèvent trois grands types de problèmes.

« Le premier concerne toutes les difficultés liées à la mobilité réduite [...]. C'est au niveau de la vie quotidienne et de la vie sociale que cette mobilité réduite, cette grande fatigabilité vont avoir des conséquences importantes et générer un besoin d'aide et de soin.

« Le deuxième [...] est moins classique. Il y a un nombre non négligeable de personnes souffrant de pathologies nécessitant le suivi quotidien d'un traitement (diabétique insulino-dépendant par exemple) ou tout ou moins un suivi médical régulier. Or ce suivi ne va pas toujours de soi.

« Le troisième [...] apparaît comme inquiétant et le plus difficile à traiter. Il concerne la souffrance psychique, souffrance qui conduit certaines personnes à un repli sur soi, à une désorientation, à un comportement agressif, déviant⁵. »

5. B. Dherbey, C. Jurdan, *op. cit.*, p. 53,

Une paupérisation accrue

Les vieux migrants ont été les premiers licenciés dans les restructurations industrielles des années 1980. Aujourd'hui, du fait de carrières à faibles salaires et incomplètes, beaucoup vivent du minimum vieillesse (« allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse » ou « allocation de solidarité aux personnes âgées »), un revenu minimum garanti aux plus pauvres. Dans leurs relevés de carrière, il manque souvent de nombreuses années non déclarées par les employeurs. Le temps ayant passé, il n'est plus possible d'y revenir et ces vieux retraités, de façon massive, paient au prix fort les pratiques illégales de certains employeurs peu scrupuleux. Les vieux migrants vivent une double peine : être pauvre et ne pas pouvoir recourir à ses droits. En effet, les réformes des retraites, en exigeant toujours plus d'années de cotisation, pénalisent déjà et vont pénaliser encore plus ces vieux migrants qui ne peuvent plus justifier d'années de travail pourtant effectuées.

Un choix kafkaïen sur leur régime de retraite et une complexité pour un recours au droit

Nadège Bartkowiak⁶ démontre que si la personne immigrée âgée décide de rester en France, elle peut soit bénéficier d'une carte de résident, dont la durée est de dix ans à condition de ne pas sortir du territoire pendant plus de trois ans, soit prétendre à une carte de visiteur valable un an.

6. N. Bartkowiak, *op. cit.*, p. 51-53.

Ce retraité peut bénéficier d'un régime français ou étranger. Dans le premier cas, il bénéficie des prestations en nature de la Sécurité sociale, notamment de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. Il peut demander de l'aide à domicile et toutes aides favorisant son soutien à domicile financées par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Dans le second cas, il bénéficie d'une prestation vieillesse versée par le régime étranger, mais il n'est plus pris en charge par la Sécurité sociale, sauf si le pays d'origine a conclu une convention avec la France.

Si l'immigré âgé décide de rejoindre son pays d'origine, il devra faire le choix entre un titre de séjour touristique de trois mois, une carte de séjour de trois ans, ou une carte de séjour retraité de dix ans. Il est à noter que cette carte de résident retraité ne lui permet pas de séjourner plus d'un an en France. L'accès aux soins est plus restrictif, tel que la prise en compte de soins immédiats et non la prise en compte de soins liés aux maladies chroniques ou de longue durée.

Par ailleurs, les difficultés au moment du passage à la retraite sont multiples et décourageantes pour certains. En effet, 55,6 % d'immigrés âgés ont du mal, lors du passage à la retraite, à retrouver les pièces de dossier pour reconstituer leur carrière, et plus de 20 % ont des problèmes de validation des périodes travaillées.

Tout cela explique le découragement de certains immigrants âgés à avoir recours au minimum vieillesse. Cette situation démontre ainsi que devant la complexité administrative française, des personnes préfèrent ne pas avoir recours à leurs droits, et sont dans l'obligation de refuser

toute l'aide suggérée par les professionnels de l'habitat accompagné en partenariat avec ceux du champ de la gérontologie.

La réalité gérontologique telle qu'elle apparaît dans la population immigrée en France illustre bien une situation sociale et politique très préoccupante de par un système administratif complexe. Nous avons vu que celui-ci a en effet de la difficulté à prendre en compte la singularité de cette vieillesse dont la pratique de l'aller et retour a été essentielle dans leur parcours migratoire. Et lorsque cette pratique ne s'opère plus, la singularité de cette vieillesse s'identifie au travers d'un lieu de vie qui tentera de faire passerelle avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires du champ de la gérontologie, voire de la géronto-psychiatrie.

Or, la passerelle reste à construire et/ou à consolider en fonction des initiatives locales et partenariales, mais aussi d'une reconnaissance des pouvoirs publics qui permettrait de professionnaliser les acteurs de proximité, d'informer les résidents, de communiquer avec eux, et enfin de décroisonner les secteurs de la gérontologie et de l'habitat.

L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES VIEUX MIGRANTS EN FOYER AU CŒUR DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET TRANSVERSALES

Nous aborderons essentiellement, dans cette seconde partie, la vulnérabilité des professionnels du champ de l'habitat accompagné face à la complexité et à la

méconnaissance des dispositifs d'information et d'aides gérontologiques ainsi que des divers métiers qui s'y associent. Nous tenterons de démontrer l'intérêt de construire une *culture gérontologique commune* entre ces différents acteurs au bénéfice des vieux migrants en foyer pour un accompagnement social de qualité.

Vieillir avant tout chez soi

« Si nous voulons tenter d'apprécier les effets de la cohabitation sur les personnes qui la vivent, il nous faut nous demander si, au-delà des bonnes intentions affichées, elles la vivent comme une rupture par rapport à ce qu'elles ont vécu précédemment, ou comme un moyen de briser leur isolement et de conjurer la solitude⁷. »

Quel que soit le parcours des personnes immigrées âgées, vieillir dans son chez-soi est une aspiration universelle pour le maintien de son bien-être. Mais face à une dépendance physique installée, la question du maintien à domicile des vieux migrants dans leur foyer peut être remise en cause par les gestionnaires de ces lieux de vie. Certains organismes tels que l'association Rhône-Alpes pour le logement et l'insertion sociale (ARALIS), ADOMA (ex. Sonacotra) se sont saisis de l'opportunité du décret n° 94-1129 du 23 décembre 1994, relatif au statut des résidences sociales, ce décret permettant de construire des lieux de vie « adaptés » aux résidents âgés isolés, dont l'état de santé devenait très fragile. Cependant, ils étaient loin d'imaginer

7. C. Eynard, *Le parcours résidentiel au grand âge : de l'utopie à l'expérience*, Paris, L'Harmattan, 2016, p. 81.

combien ils allaient être démunis devant le refus de ces chibanis d'y entrer.

Loin de la dynamique de « l'appropriation à la cohabitation⁸ », les gestionnaires locataires n'ont pas forcément mesuré que les chibanis ont sacrifié bien des choses pour *s'approprier* ce foyer qui ne devait être que provisoire, pour finalement *cohabiter* avec leurs pairs communautaires et non leur proche famille.

Leur demander au nom d'une dépendance physique et/ou psychique non reconnue par eux-mêmes, de changer de chambre, voire d'étage, ou bien même d'immeuble, pour in fine intégrer une « unité de vie spécialisée » était de l'ordre de l'utopie. Ces personnes certes vivaient des souffrances mais restaient autonomes dans leur décision !

Savoir écouter les signes de fragilité chez l'adulte âgé : observer pour alerter

Que veut nous dire le chibani lorsqu'il exprime un refus d'aide, ou bien encore lorsqu'un mutisme s'installe ? Que signifie ce dialogue interrompu par l'adulte âgé avec le professionnel, le bénévole ou sa famille ? Est-ce le début d'une fragilité qui s'installe, insidieuse, discrète mais pesante ? Est-ce le signe qu'à travers son refus, il maîtrise encore ses possibilités de dire *non* et donc d'exister ?

Savoir écouter les signes de fragilité, c'est peut-être dans un premier temps savoir observer, accompagner le chibani dans ses difficultés qu'il va tenter de masquer.

8. *Ibid.*

C'est aussi pouvoir reconnaître et *oser* dire qu'on n'y arrive plus, que la relation avec lui questionne et interroge le sens de sa pratique professionnelle en se *confrontant* avec d'autres professionnels concernés.

*Les professionnels confrontés à la manifestation
du refus de l'aide*

La manifestation du refus est difficile à prendre en compte lorsque le vieux migrant n'exprime aucune demande et qu'il peut souffrir de troubles psychiques, voire psychiatriques. Les professionnels de l'accompagnement issus du champ de l'habitat et ceux qui sont issus du champ de la gérontologie se retrouvent démunis pour partager la situation auprès d'autres partenaires. Il leur devient difficile de rester objectifs et d'éviter de projeter leurs propres craintes face à une situation qui peut se dégrader suite à l'absence de demande et de refus de l'aide. Aussi, ces professionnels formulent :

- le besoin de pouvoir déposer la situation auprès d'un tiers extérieur, pour travailler la distanciation ;
- l'intérêt d'identifier un repère qui peut ne pas être fondateur de la situation, mais qui permet de faire avancer la réflexion.

La manifestation du refus engendre également une difficulté à rester dans une démarche préventive, lorsque la personne est dans la non-adhésion aux aides proposées. Le temps d'observation devient long et le professionnel se trouve dans l'obligation d'attendre la crise pour enclencher un accompagnement et retrouver un équilibre. Diverses manifestations en rapport avec l'état psychique de la personne sont à mettre en perspective.

<i>Manifestations du refus en lien avec la souffrance psychique</i>	
• Troubles démentiels • Troubles délirants • La dépression grave, la mélancolie	<i>Domaine psychiatrique</i> Démarche curative
• Mise en danger de la personne ou d'autrui • Conduites addictives • Passage à l'acte (violence)	<i>Domaine de l'habitat social</i> Démarche d'accompagnement au domicile

La posture professionnelle en lien avec le refus de l'aide et la souffrance psychique du vieux migrant

Le professionnel de l'action sociale du champ gérontologique et de l'accompagnement social de l'habitat est confronté majoritairement à une non-formulation de demande des chibanis ou à un refus d'aide, la barrière de la langue (illettrisme des migrants) étant un frein à la demande face la complexité d'une organisation administrative précédemment évoquée. De plus, l'acceptation d'une aide gérontologique (aide à domicile, portage de repas, services de soins infirmiers...) renforce pour ces vieux migrants une angoisse de ne plus pouvoir subvenir aux besoins économiques de leur famille du pays d'origine, une difficulté de maintenir leur habitude de l'aller et retour pour entretenir le lien avec elle, et même la peur de l'intrusion d'un professionnel intervenant dans leur intimité.

L'adaptation de la posture professionnelle peut ainsi faire évoluer le degré de manifestation du refus. Cependant, cette posture est différente si l'on est dans la souffrance psychique ou la pathologie psychiatrique. Face à la non-adhésion et/ou la non-demande, le professionnel peut entrer dans un *rapport de négociation*, qui peut permettre à la personne d'adhérer aux aides suggérées. Cette posture est essentiellement évoquée auprès des personnes manifestant une souffrance psychique ou inscrites dans des conduites addictives. Le professionnel se retrouve confronté à entrer dans un *rapport d'obligation*, limitant le choix de la personne, lorsque celle-ci présente des troubles d'ordre psychiatrique mettant en danger soit elle-même soit autrui.

<i>Une posture différente</i>	
• La démarche d'accompagnement de la personne pour la faire adhérer – Le choix de l'individu persiste	<i>Souffrance psychique</i>
• La notion du danger vital, le choix appartient au professionnel et limite le choix de l'individu – Le choix est difficile quand le professionnel est seul – Le choix doit être éclairé de manière collégiale	<i>Troubles psychiatriques</i>

Au regard de ces différentes postures, on mesure bien la difficulté du professionnel à les appréhender et à prendre le risque d'accroître sa propre vulnérabilité s'il ne la partage pas.

– Quel sens pour le vieux migrant de refuser l'accompagnement du professionnel ?

– Quel sens pour le professionnel d'être dans l'acceptation ou la non-acceptation du refus de l'individu ? Est-ce que l'identification de la souffrance psychique ou des troubles d'ordre psychiatrique de la personne impose une stratégie d'actions différentes ?

– Comment le regard du professionnel peut-il être éclairé, voire objectivé, par ses pairs ?

– Est-ce que la négociation est un bon moyen pour faire avancer la situation ?

– Comment le professionnel peut-il apprendre à dire non ?

– En quoi l'équilibre précaire que la personne a mis en place peut-il devenir pénalisant ? Et quels en sont les repères et les limites ?

LES PERSPECTIVES

« Le savoir gérontologique ne peut se confondre avec un savoir-faire. Celui-ci doit être dit, analysé et synthétisé pour être transmis, et c'est ce passage qui constitue l'essence de la formation. Une pratique a besoin d'être formulée pour exister autrement que dans le pur instant du faire, et pour entrer en concurrence avec d'autres pratiques elles-mêmes formulées. Le savoir-dire est un moyen précieux pour éclairer le magma des pratiques,

y discerner les chemins de vérité, remettre en cause tel engagement, prendre conscience des possibles ; c'est le savoir-dire qui donne à l'action son unité, du moins se vérifie-t-il sur le terrain dans l'unité de l'action qu'il constitue⁹. »

*La formation intersectorielle des professionnels :
d'un savoir-faire à un savoir-dire*

La relation qui s'opère entre le professionnel et l'adulte âgé vivant en foyer ou en habitat diffus est bien souvent une relation duelle et de proximité. Il peut arriver que le professionnel puisse devenir *l'él*u de l'adulte âgé. Une relation de confiance s'établit alors et ce rôle pivot devient un levier dans l'accompagnement. Il est essentiel de soutenir et d'épauler le professionnel, afin qu'il ne soit pas seul et vulnérable quand la situation se complexifie.

Ce soutien passe par des temps de formation et d'échanges de pratiques intra et/ou interinstitutionnelles.

Pouvoir déposer sa parole sans le jugement des autres et requestionner le sens de son travail deviennent des principes éthiques de la formation en gérontologie. Plus les personnels sont sensibilisés aux problématiques d'accompagnement des adultes âgés, aux spécificités du vieillissement des personnes migrantes, plus ils pourront transmettre de l'information pertinente à la personne concernée. L'enjeu est qu'ils puissent soutenir la personne dans une adhésion aux aides proposées

9. B. Puijalon, J. Trincaz, dans P. Pitaud (sous la direction de), *Gérontologie sociale : pour une éthique de la formation*, Toulouse, érès, 1999, p. 52.

et qu'ils puissent être à l'écoute de l'émergence de nouveaux besoins ou de l'évolution d'une situation, pour pouvoir alerter leur référent.

Nous identifions deux catégories de professionnels issus du champ de l'habitat accompagné et de la gérontologie.

1. *Le personnel de proximité* : professionnels et bénévoles ayant une relation d'aide directe au domicile de la personne accompagnée (aides à domicile, auxiliaires de vie, aides-soignant(e)s, bénévoles, infirmier(e)s, gardien(ne)s d'immeubles, agents de proximité, agents de propreté...).

2. *Le personnel intermédiaire* : professionnels de l'encadrement ayant pour mission de soutenir et d'accompagner les salariés et les bénévoles dans l'exercice de leurs fonctions (responsable de secteur, coordinatrice sociale, infirmier(e)-coordinateur(trice), responsable de la gestion sociale locative...).

Former ces deux catégories de professionnels pourrait répondre aux ambitions suivantes :

- donner la légitimité aux professionnels de faire remonter l'information à leurs référents ;
- être en mesure d'entendre et de répondre aux difficultés des personnels de proximité ;
- assurer une veille permanente en étant à l'écoute des signes de fragilité, afin d'anticiper la dégradation de la situation et de rester vigilant sur l'accompagnement ;
- définir un cadre sécurisant pour les personnels et les adultes âgés.

Illustration

Une formation-action (2012-2014) auprès du personnel d'ARALIS, pour *renforcer le rôle de veille sociale et gérontologique auprès des résidents vieillissants dans une dynamique de proximité*, s'est engagée avec des acteurs de la gérontologie, animée par l'Office villeurbannais des personnes âgées et des retraités (OVPAR). L'ensemble des professionnels (cent quarante personnes) de divers corps de métier (travailleurs sociaux, agents de propreté, cadres dirigeants) ont été formés. L'enjeu de cette formation-action était de répondre aux ambitions suivantes :

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

La démarche identifiait comme objectifs généraux un besoin de construire un *regard partagé* et un mode opératoire concerté pour tous les professionnels d'ARALIS. Dès lors, les objectifs étaient les suivants :

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

Le bilan des stagiaires :

- la fédération d'une pensée collective, une appartenance à un secteur et à un site ;
- la richesse d'engager collectivement une démarche d'anticipation professionnelle auprès d'un public, qui réinterroge chacun, quels qu'en soient son corps de métier et la place qu'il occupe ;
- une découverte pour certains, une réaffirmation pour d'autres, sur la connaissance réciproque des champs d'intervention de leurs pairs et de leurs collègues ayant des fonctions différentes.

Le bilan du comité de pilotage d'ARALIS :

- une évolution du regard des professionnels sur la prise en charge du résident migrant vieillissant vers la prise en compte globale de l'adulte âgé ;
- une confirmation de leur nouvelle organisation et une formalisation des modes opératoires sur la prise en compte de ce public et à l'échelle de l'ensemble de leurs établissements ;
- une meilleure fluidité avec les services transversaux, une meilleure efficacité de l'intervention pluridisciplinaire et interservices au bénéfice du résident ;
- une démarche innovante, une implication à l'échelle de tous les opérationnels de terrain qui permet une meilleure connaissance des champs d'intervention de chaque corps de métier, en délimitant les périmètres d'actions ;
- cette implication a facilité la démarche pluridisciplinaire et a donné tout son sens à la dynamique d'équipe.

Le bilan de la direction générale à l'égard de l'OVPAR :

- la force du partenariat entre ARALIS et l'OVPAR sur plusieurs années a permis d'aboutir à un *chantier* de formation-action sur mesure ;

– la dynamique de coconstruction et de collaboration s'est ajustée et enrichie tout au long de la formation par l'apport des compétences croisées des formatrices, en charge également des missions partenariales des dispositifs d'aide aux aidants de l'OVPAR.

La concertation partenariale entre acteurs du domicile issus de l'habitat accompagné et de la gérontologie

Les professionnels ne peuvent pas considérer l'expression de l'adulte âgé comme une remise en cause de leur expertise, mais ils devraient plutôt l'identifier comme un gage de pertinence et de qualité des décisions qui seront prises par ailleurs avec lui.

Pour que l'enrichissement des points de vue et la remise en question des certitudes puissent avoir lieu et caractériser une concertation partenariale avec l'adulte âgé, il convient que les *règles du jeu* soient clairement exposées et partagées, que les professionnels et les personnes concernées soient accompagnés dans l'évolution de leur posture et rassurés.

La participation des personnes aux décisions qui les concernent permet un apprentissage mutuel des difficultés rencontrées et une meilleure compréhension des enjeux individuels de chacun dans la décision. La réception bienveillante et l'acceptation par les professionnels de la parole de l'adulte âgé sont la condition d'une parole libre, non soumise à des craintes de représailles et à l'autocensure. La concertation partenariale devient le levier indispensable pour permettre à l'adulte âgé d'exprimer ses attentes et mieux en comprendre ses refus.

Il convient alors d'identifier des lieux d'expression pour favoriser la décision collégiale en prenant en compte la parole de l'adulte âgé.

Prenons l'exemple d'un dispositif d'aide aux aidants proposé par l'Office villeurbannais des personnes âgées et des retraités et nommé *Temps de médiation entre l'adulte âgé, les aidants professionnels et bénévoles et la famille*. L'adulte âgé participe aux décisions pour garantir et préserver son autonomie. Ce dispositif participatif constitue un levier important pour corriger un certain déséquilibre des pouvoirs et des savoirs au domicile de la personne.

La présence du tiers neutre à travers le psychologue clinicien favorise un recours accru aux droits de l'adulte âgé. Le psychologue garantit les conditions d'interventions et les interactions des aidants bénévoles et professionnels et parfois même familiaux, lorsque les chibanis ont pu faire venir leur famille en terre de France. Il garantit également le repositionnement de chacun et offre une reconnaissance de la place et du rôle de chaque acteur. Il favorise la parole de l'ensemble des protagonistes et les conditions d'échanges afin que la situation se déroule de manière bienveillante et bien-traitante. Il éclaire enfin les degrés d'implication et de responsabilité de chacun.

L'acte de médiation des dispositifs d'aide aux aidants organise ainsi le pouvoir d'agir de l'adulte âgé en se référant au concept d'*empowerment*. Celui-ci désigne les processus par lesquels, dans une relation sociale donnée, le pouvoir des individus ou des groupes peut s'exercer sur leur environnement dans l'ensemble des processus décisionnels, formels ou non, dès lors que ces derniers engagent leur intérêt matériel ou moral.

Illustration¹⁰ :



NE PAS SE SENTIR SEUL(E) DANS UNE SITUATION DE REFUS DE L'AIDE

Monsieur B, 71 ans vit seul en résidence sociale dans un logement adapté et a 3 filles. Le bailleur est interpellé par le centre de rééducation qu'il fréquente 1 fois par semaine, pour une entrée en établissement. Le bailleur a pour seul aidant familial interlocuteur, 1 enfant qui vit une pression et un épuisement dans l'accompagnement.

Les difficultés pour le résident ○ Une non acceptation de sa perte d'autonomie, un refus de partir de son lieu de vie Les difficultés pour la famille ○ Chaque fille ressent une charge lourde dans son accompagnement ○ Absence de dialogue entre elles ○ Une culpabilité face à une entrée en établissement Les difficultés pour les professionnels ○ Des désaccords avec les enfants sur l'accompagnement ○ Une emprise dans les enjeux relationnels familiaux	Les besoins du professionnel (bailleur) ☞ Rencontrer les 3 enfants en même temps pour avoir une cohérence dans l'accompagnement ☞ Rencontrer les autres partenaires et la famille, pour redonner à chacun une place dans la prise en compte Les besoins de l'équipe ☞ Évaluer la pertinence du maintien à domicile ou de l'entrée en EHPAD Les besoins des aidants familiaux ☞ Pouvoir poser l'épuisement de chacun et ses inquiétudes auprès de la psychologue ☞ Se sentir épaulé par les professionnels du domicile et le bailleur Les besoins de la personne concernée ☞ Être entendue par tous dans ses choix et ses capacités à rester chez lui
--	--

« Permettre à l'adulte âgé de Trouver ou retrouver une place dans l'accompagnement » - Stéphanie Plasse, Responsable de coordination des Interventions sociales à ARALLIS

10. Actes de la journée de l'OVPAR (Office villeurbannais des personnes âgées et des retraités) du 18 juin 2014, www.ovpar.fr sur *Savoir écouter les signes de fragilités de l'adulte âgé*.



NE PAS SE SENTIR SEUL(E) DANS UNE SITUATION DE REFUS DE L'AIDE

Adhésion mutuelle
nécessaire au préalable

Exemples de motifs :

- * Désaccord et/ou incompréhension
- * Difficultés relationnelles
- * Sentiment de solitude et d'isolement
- * Problèmes organisationnels sur les aides apportées
- * Souffrance psychologique liée au stress et à la culpabilité ressentie face à l'adulte âgé...

Temps de MEDIATION

L'adulte âgé

Sa famille

Les bénévoles

Les professionnels

Visée pour l'adulte âgé :

- * Faire entendre sa parole auprès des différents intervenants

Visées pour la famille, les bénévoles et professionnels :

- * Favoriser la circulation de la parole
- * Améliorer les relations entre aidants
- * Pour chacun, clarifier sa place, ses responsabilités, ses limites,
- * Rechercher une cohérence du projet d'accompagnement de l'adulte âgé

La **psychologue clinicienne** est **garante** du dispositif et facilite la circulation de la parole.

Principe éthique : repositionner l'adulte âgé au centre des échanges même s'il peut ne pas être présent.

Donner la parole au vieux migrant en foyer suppose qu'on ne craigne pas de l'écouter, en vue de construire la décision collégiale. Cette posture garantit in fine sa liberté de choix et sa liberté d'agir.

La notion de dépendance de la personne ne s'oppose pas finalement à la notion d'autonomie de l'individu. Ces notions se complètent mutuellement. Elles placent la relation d'accompagnement des professionnels au cœur des propos, des échanges et des savoir-dire. Ainsi, cette articulation dépendance-autonomie met les professionnels du champ de la gérontologie et de l'habitat dans l'obligation de travailler une relation avec l'adulte âgé quel que soit son statut : migrant/non-migrant.

Les lieux d'expression, la valorisation de la parole des personnes concernées, l'innovation pour entendre et soulager les professionnels, la formation pour faire évoluer leur savoir-être et valoriser leur savoir-dire, deviennent des conditions incontournables pour affirmer la citoyenneté de tous, et construire une décision concertée et collégiale.

La question de la vulnérabilité est différente selon qu'on se place du point de vue de l'aidant ou de l'aidé. Qui est plus vulnérable que l'autre ? Cette vulnérabilité renvoie à la nécessité d'une part de destigmatiser les idées que l'on se fait de la personne que l'on accompagne, et d'autre part de reconnaître sa propre vulnérabilité *professionnelle* face à la réticence de l'aidé.

La vulnérabilité est une étiquette, un *mot* de plus dans le jargon administratif et politique. Ne serait-il pas plus pertinent de mieux comprendre ce que nous renvoie la personne dite fragile, comprendre son parcours, afin de lui apporter des solutions individuelles ?