

État de santé et isolement des personnes de 60 ans et plus dans les foyers SONACOTRA du Département du Rhône

Octobre 2005

Service social

Coordination médico-sociale

Sonacotra

Département du Rhône

1

Nous remercions les enquêtrices et les responsables de site qui grâce à leur rigueur et professionnalisme ,ont permis un recueil d'informations de grande qualité

Table des matières

I. Introduction

a)Rappel des objectifs

b)Rappel de la méthodologie

- i. Type d'enquête
- ii. Critères d'inclusion
- iii. Constitution de l'échantillon
- iv. Questionnaire
- v. Recrutement et formation des enquêteurs
- vi. Modalités de contact avec les personnes enquêtées
- vii. Recueil de données
- viii. Analyse statistique

II .Résultats

a)Description de la population étudiée

b)Isolement, entourage social

c)Les demandes

d)La dépendance

e)La santé

- i. La santé perçue**
- ii. La couverture médicale**
- iii. La consommation de tabac**

- iv. Les professionnels de santé**
- v. Les principales pathologies suivies et traitées**
- vi. Les déficiences déclarées**
- f)Analyse statistique**

III.Discussion

- a)Limites de la méthodologie**
 - i. Organisation des foyers**
 - ii. Absence des résidents**
 - iii. Questionnaire**
- b)Un isolement important**
- c)Pas de demande des personnes**
- d)Une dépendance précoce**
- e)Des déficiences particulières**
- f)Une santé mentale précaire**
- g)Une prévalence du diabète importante**

IV .Recommandations

- a) Recommandations pour une mise en œuvre simple au niveau des foyers**
- b) Recommandations dans le but d’informer les décideurs et professionnels**
- c) Recommandations d’actions auprès des résidents de 60 ans et plus**

V.Conclusion

VI.Bibliographie

VII.Annexes

La Santé et l'isolement des résidents de 60 ans et plus dans les foyers SONACOTRA du Rhône

I. Introduction

Les foyers de travailleurs migrants ont été créés après 1945 pour permettre l'accueil temporaire de travailleurs immigrés dont la France avait besoin lors des « Trente Glorieuses ».

La SONACOTRA¹ a été créée en 1956 initialement pour l'accueil des travailleurs algériens. En 1994 les foyers se sont progressivement transformés en résidences sociales².

La démographie des résidents en foyer Sonacotra suit la même évolution que la population générale occidentale, vers le vieillissement et la dépendance : les personnes de plus de 60 ans ont augmenté de 107 %. Dans le département du Rhône en 2004, on comptait 1 600 personnes de 60 ans et plus sur 5 145 résidents (31 %). Ce phénomène devrait culminer en 2010 – 2020.

Il s'agit essentiellement d'un public masculin, originaire du Maghreb, ayant eu des conditions de travail difficiles. Le capital santé semble dégradé et le vieillissement précoce avec une perte d'autonomie importante.

On parle volontiers de « pères portefeuilles » ; ils sont essentiellement spécifiques pour deux raisons :

L'isolement loin d'un étayage familial et culturel

Un rôle de pourvoyeur de famille : les femmes et les enfants sont souvent toujours à charge. 40 % des enfants adultes dépendent du père parce qu'ils ne trouvent pas de travail dans les pays d'origine.

Contrairement aux projets initiaux de retour et même si celui-ci est toujours présent dans le discours, cette population ne repart pas et vieillit en France.

Pour la majorité des personnes, le retour dans le pays d'origine ne se réalise pas pour plusieurs motifs d'ordre médical, financier (certaines prestations dont ils bénéficient par leurs années de cotisations professionnelles sont perdues s'ils quittent définitivement le territoire français) et surtout psychologique.

¹ Société nationale de construction de logement pour les travailleurs

² Celles-ci ont vocation à assurer le passage de leurs résidents vers un logement autonome de droit commun. La durée de séjour est limitée à deux ans, toutefois cette limitation n'est pas opposable aux vieux travailleurs migrants.

Les foyers de travailleurs se transforment donc en foyers de retraités .La vieillesse avec son cortège de perte d'autonomie et de pathologies devient plus difficile dans un contexte d'isolement , les foyers n'offrant pas des prestations de foyers logements ou de maison de retraite pour personnes âgées.

Un rapport sur les Immigrés vieillissants de l'I.G.A.S³ s'est penché en 2002 sur la situation des immigrés vieillissants et a signalé que les résidents des foyers de travailleurs migrants rencontraient des difficultés spécifiques d'accès aux soins et à la prévention, et que ces personnes accueillies présentaient des risques d'altération prématurée de leur état de santé.

Cette population déjà fragilisée par l'isolement et la précarité rencontre souvent des difficultés pour accéder aux services sociaux du fait de son peu de maîtrise du français.

Or la politique de maintien à domicile en France repose très largement sur la famille ce qui exclu d'emblée les personnes les plus isolées.

Il existe peu de données concernant l'état de santé des travailleurs migrants vivant en foyer bien que certaines actions de dépistage ciblées sur la tuberculose ou le VIH aient été conduites [1]. Nous avons recensé deux enquêtes de santé dans des foyers du Languedoc Roussillon auprès des travailleurs immigrés de plus de 50 ans⁴ [2] et dans la ville de Saint-Quentin-en-Yvelines [3] .

a) Rappel des objectifs

Cette enquête est établie à la demande du service du développement social des foyers SONACOTRA de la région Rhône-Alpes . Elle est élaborée en collaboration avec le service santé publique et PMI du Département du Rhône.

Elle vise à évaluer l'état de santé physique, psychique et social, ainsi que la dépendance par rapport à la population française .

Elle propose des recommandations pour orienter si nécessaire, la mise en œuvre d'actions en direction de ce public.

b) Rappel de la méthodologie

- i. Type d'enquête : Compte tenu des objectifs poursuivis, nous avons retenu le principe d'une enquête descriptive transversale par questionnaire administré.
- ii. Critères d'inclusion :La population cible et source est constituée de l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus vivant dans un foyer Sonacotra dans le département du Rhône .1600 résidents de 60 ans et plus sont recensés dans 33 foyers de Sonacotra du Rhône pendant la période de août 2004 à début mars 2005.

³ Inspection générale des affaires sociales

⁴ Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon
M.Sieira Antelo, V.Desmartin Belarbi, S.Ridez,B.Ledesert.

- iii. Constitution de l'échantillon : il s'agit d'un échantillonnage aléatoire dans la liste exhaustive départementale. Sur 220 personnes tirées au sort, seules 109 ont pu être interrogées. La majorité des personnes qui n'ont pu être approchées réalisent des allers et retour plus ou moins long au pays d'origine.
- iv. Le questionnaire : il est anonyme. Il a été élaboré par l'équipe gériatrique du Conseil Général du Rhône, l'équipe sociale de SONACOTRA, l'infirmier de Santé Publique de l'Association Bleu Nuit. Il a été administré en vis à vis par un enquêteur médical (médecin ou infirmière), habitué à l'évaluation médico-sociale à domicile auprès des personnes dépendantes. Il n'est pas pratiqué d'examen clinique ou para-clinique. Seule la personne enquêtée est interrogée. Aucun tiers n'intervient, sauf si la personne le demande. Les ordonnances et examens paramédicaux à la disposition de la personne peuvent être utilisés.
- v. Les enquêteurs : ce sont les infirmières et médecins du Département du Rhône spécialisés dans la santé des personnes âgées et intervenant habituellement dans le cadre de l'APA à domicile. Ils ont bénéficiés de deux séances de présentation et de formation au questionnaire.
- vi. Modalités de contact avec les personnes enquêtées : de deux façons, la première par l'intermédiaire des directeurs de foyers qui ont été informés de l'enquête et ont relayés l'information auprès des résidents et deuxièmement par courrier personnel à chaque personne enquêtée. Les listes d'enquêtes ont été réparties en foyers et distribués aux enquêteurs. Un courrier est envoyé aux responsables de sites. Chaque enquêteur prend contact avec les responsables de sites pour organiser les rendez vous.
- vii. Recueil de données

Les données recueillies concernent :

- L'isolement avec les fréquentation des amis, de la famille et des responsables de site
- la dépendance : utilisation de la grille AGGIR⁵ L'observation porte sur les actes de la vie courante effectués par la personne seule, en excluant tout ce que font les aidants ou les soignants tels que la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, le transfert, l'élimination urinaire et fécale, les déplacements à l'intérieur et à l'extérieur, et la communication à distance. Ces variables ont été utilisées pour établir le score GIR 'Groupe Iso Ressource' permettant de donner aux personnes un score de 1 à 6 et de les classer en groupes d'individus nécessitant un même niveau d'aide. Utilisation de l'échelle des 4 IADL⁶ : Les 4 items de l'échelle I.A.D.L de Lawton permettent de dépister les sujets qui présentent Une probabilité desyndrome démentiel non encore diagnostiquée, ou

⁵ Autonomie Gérontologie Groupe Iso- Ressource. Cette grille comportant 10 variables discriminantes permettant de mesurer la perte d'autonomie physique et psychique d'un sujet âgé à partir du constat des activités effectuées ou non par la personne. Six groupes iso-ressources sont alors définis du plus dépendant GIR 1 au moins dépendant GIR 6.

⁶ Instrumental Activities of Daily Living: utilisation du téléphone, utilisation des transports, prise de médicaments, gestion des finances.

qui la développeront une pathologie neuodégénérative type maladie d'Alzheimer ou apparentées dans l'année.

- Les déficiences : on compare pour chaque questionnaire les proportions de déficiences par type détaillé dans la population de Sonacotra puis on le compare à la population française prise comme population de référence, en utilisant les données de l'enquête HID 1999-insee (REF) auprès des personnes vivant dans un domicile ordinaire dans le département du Rhône,
- Les pathologies suivies et traitées : on utilise le codage par la CIM 10⁷

Afin de répondre à la question de l'impact de l'isolement de ces vieux travailleurs immigrés sur leur état de santé, nous avons divisé notre échantillon en deux sous groupes, isolé et non isolé, par rapport à deux variables déterminants le degré d'isolement.

viii. Analyse statistique

Pour la première partie descriptive de cette étude :

Après avoir calculé le score GIR deux groupes dans les deux populations ont été formés, les personnes dépendantes ayant un score inférieur à 5 et les personnes autonomes ayant un score supérieur ou égal à 5. On a utilisé un test exact de Fisher afin de mesurer s'il y a une différence significative entre la population Sonacotra 2005 et la population française dans le département du Rhône (Ref : INSEE- enquête HID).

De la même façon on a poursuivi pour comparer les proportions de déficiences par types détaillés dans les deux populations soit par un test de Khi 2 soit par un test exact de Fisher quand on a un effectif attendu inférieur à 5.

Pour la deuxième partie analytique et transversale de l'étude on a essayé de savoir si l'exposition à l'isolement, présenté par la fréquentation d'amis et de famille, ainsi que l'origine de la population de Sonacotra peut augmenter le degré de déficiences et de dépendance.

Le critère de jugement était donc le score GIR dichotomisé en 0 (<6 autonome) et 1 (>6 dépendant) et les types détaillés de déficiences de santé (motrice, sensorielle, viscérale, intellectuelle, langue et parole, douleurs et fatigue) quantifiés par un score de 0 (pas de déficiences) et 1 (au moins une déficience présente pour chaque type).

⁷ 10^{eme} codification internationale des maladies

On a effectué l'analyse par une régression logistique en prenant en compte les facteurs de confusion (l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la fréquentation d'un médecin traitant, ainsi que l'hôpital et les dispensaires) et on a calculé l'OR et l'OR ajusté sur les facteurs de confusions.

II. RESULTATS

L'enquête a eu lieu entre fin août et début octobre 2004 puis reprise de décembre 2004 à février 2005. L'enquête a été prolongée devant la difficulté d'approcher les personnes (retour au pays en particulier lors de la période du Ramadan) malgré les informations écrites relayées par les responsables de site.

Le nombre de questionnaires enregistrés est de 109

a. Description de la population étudiée

L'âge et le sexe

Age moyen est de 68.36 ans pour un âge médian de 67 ans

63 % ont de 60 à 69 ans et seulement 4.6 % ont plus de 80 ans

Ce sont tous les hommes

La nationalité

Tableau n° 1 : Répartition des différentes nationalités

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| Algérie | 57 | 52.3 |
| Tunisie | 16 | 14.7 |
| Maroc | 10 | 9.2 |
| France | 14 | 12.8 |
| Europe (hors France) | 2 | 1.8 |
| Sénégal | 3 | 2.8 |
| Autres | 7 | 6.4 |

76.2 % sont de nationalité Algérienne, Marocaine ou Tunisienne

Catégories socioprofessionnelles

Tableau n° 2 : Répartition des catégories professionnelles

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------|-----------|-------------|
| Salarié | 14 | 12.8 |
| Retraité | 81 | 74.3 |
| Chômeur | 8 | 7.3 |
| RMI | 3 | 2.8 |
| autre | 3 | 2.8 |
| | 109 | 100 |

12.8 % des personnes interrogées ont conservé une activité salariée

b. L'isolement social

Fréquentation des amis

Tableau n° 3 : Fréquentez-vous des amis ?

| | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|-----------|-------------|
| Souvent | 46 | 42.2 |
| Occasionnellement | 34 | 31.2 |
| Jamais | 28 | 25.7 |
| | 109 | 100 |

Si fréquentation des amis, ou habitent-ils ?

Tableau n° 4 : Lieu d'habitation des amis

| | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Au foyer | 62 | 4.6 |
| Dans le quartier | 12 | 5.5 |
| Dans l'agglomération, la ville | 23 | 20.2 |
| Dans la région, le département | 3 | 10.1 |
| Ailleurs en France | 3 | 9.2 |
| Au pays | 11 | 64.2 |
| Sans réponse | 24 | 7.3 |

64.2 % des amis des personnes interrogées habitant au pays

Fréquentation de la famille

Tableau n° 5 : Fréquentez vous votre famille ?

| | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|-----------|-------------|
| Souvent | 24 | 22 |
| Occasionnellement | 59 | 54.1 |
| Jamais | 26 | 23.9 |
| | 109 | 100 |

Si fréquentation de la famille ou habite-t-elle ?

Tableau n° 6 : Lieu d'habitation de la famille fréquentée

| | Fréquence | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Au foyer | 5 | 4.6 |
| Dans le quartier | 6 | 5.5 |
| Dans l'agglomération, la ville | 22 | 20.2 |
| Dans la région, le département | 11 | 10.1 |
| Ailleurs en France | 10 | 9.2 |
| Au pays | 70 | 64.2 |
| Sans réponse | 8 | 7.3 |

64.2 % des familles des personnes interrogées vivent au pays

Fréquentation du personnel Sonacotra

Tableau n° 7 :

| | Fréquence | Pourcentage |
|-------------------|-----------|-------------|
| Souvent | 27 | 24.8 |
| Occasionnellement | 45 | 41.3 |
| Jamais | 37 | 33.9 |
| | 109 | 100 |

Les professionnels d'aide à domicile

2 % ont une aide à domicile

1 % ont une infirmière

1 % ont un portage de repas

Peu de personnes interrogées bénéficient de services et d'aides extérieures

c. Les demandes des personnes

Sur le logement : avez vous besoin d'aide pour le logement ?

Tableau n° 8 : Besoin d'aide pour le logement

| | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| oui | 24 | 22 |
| non | 80 | 73.4 |
| Ne sait pas | 4 | 4 |
| Sans réponse | 1 | 1 |

Sur les équipements personnels (électroménagers, meubles, biens matériels) : avez vous besoin d'aide ?

Tableau n° 9 : Besoin déquiperment

| | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| oui | 15 | 13.8 |
| non | 87 | 79.8 |
| Ne sait pas | 6 | 5.5 |
| Sans réponse | 1 | 0.9 |

Sur le revenu : avez vous besoins d'aide financière ?

Tableau n°10 : Besoin d'aide financière

| | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| oui | 45 | 41.3 |
| non | 57 | 52.3 |
| Ne sait pas | 5 | 4.6 |
| Sans réponse | 2 | 1.8 |

Sur les aides physiques(ménages, courses, accompagnement) : avez vous besoins d'aide humaine ?

Tableau n°11 : Besoin d'aide humaine

| | Fréquence | Pourcentage |
|--------------|-----------|-------------|
| oui | 18 | 16.5 |
| non | 87 | 79.8 |
| Ne sait pas | 3 | 2.8 |
| Sans réponse | 1 | 0.9 |

d .La dépendance

Tableau 12 : Répartition des degrés de dépendance dans l'échantillon

| GIR | Fréquence | Pourcentage |
|-------|-----------|-------------|
| 3 | 1 | 0.9 |
| 4 | 8 | 7.3 |
| 5 | 9 | 8.3 |
| 6 | 91 | 83.5 |
| Total | 109 | 100 |

Tableau 13 : Incapacités dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (échelle IADL)

| | Besoins d'aucune aide | | Besoin d'aide | | Total | |
|---|-----------------------|------|---------------|------|-------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Utiliser le téléphone ⁸ | 87 | 79.8 | 13 | 20.2 | 109 | 100 |
| Faire les courses | 95 | 87 | 11 | 13 | 109 | 100 |
| Préparer les repas | 96 | 88 | 10 | 12 | 109 | 100 |
| Faire le ménage | 91 | 83 | 15 | 17 | 109 | 100 |
| Laver la linge | 96 | 88 | 10 | 12 | 109 | 100 |
| Utilisation des moyens de transport | 99 | 90 | 7 | 10 | 109 | 100 |
| Responsable à l'égard de son traitement | 100 | 91 | 2 | 9 | 109 | 100 |
| Aptitude à manipuler de l'argent | 94 | 86 | 11 | 14 | 109 | 100 |

Score IADL

.5 %(n=18) des personnes ont un score perturbé à 3 sur 4.

e .La santé

i. La santé perçue

Comment estimez- vous votre état de santé ?

- 13.8 % très bon
- 33% bon
- 34.9 % moyen
- 14.7 % mauvais
- 0.9 % franchement mauvais

⁸ Aucune personne interrogée ne possède de téléphone personnel.

ii. La couverture médicale

Tableau n° 14

| | Fréquence | Pourcentage |
|------------------|-----------|-------------|
| Sécurité sociale | 97 | 89 |
| Mutuelle | 28 | 25.7 |
| CMU | 11 | 10.1 |
| Ne sait pas | 2 | 1.8 |

iii. Consommation de tabac :

10% ne fument pas

11 % :ont une consommation évaluée à 40 Paquets-Années.(un PA équivaut à la consommation de un paquet par jour et par an)

iv. Les professionnels de santé

Médecin traitant :

75 % des personnes interrogées ont un médecin traitant

Tableau n° 15 : La dernière visite médicale :

| | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| Moins de trois mois | 43 | 39.4 |
| De trois à six mois | 14 | 12.8 |
| De six mois à un an | 11 | 10.1 |
| Plus de un an | 10 | 9.2 |
| Sans réponse | 31 | 28.4 |

Dentiste :

46 % ont un dentiste

Tableau n° 16 : la dernière visite chez le dentiste :

| | Fréquence | Pourcentage |
|---------------------|-----------|-------------|
| Moins de trois mois | 6 | 5.5 |
| De trois à six mois | 5 | 4.6 |
| De six mois à un an | 4 | 3.7 |
| Plus de un an | 19 | 17.4 |
| Sans réponse | 75 | 68.8 |

v. Les principales pathologies suivies et traitées

Tableau 17: Les principales pathologies suivies et traitées

| pathologies | Nombre | Prévalence (%) |
|--------------------------------|-----------|----------------|
| Diabète type I | 5 | 4.6 |
| Diabète type II | 12 | 11.0 |
| Hypertriglycémie | 8 | 7.3 |
| Hypercholestérolémie | 6 | 5.5 |
| Dépression | 5 | 4.5 |
| Anxiété | 3 | 2.7 |
| Troubles du sommeil | 1 | 0.9 |
| Hypertension artérielle | 27 | 24.8 |
| Angor | 5 | 4.5 |
| Cardiopathie ischémique | 3 | 2.7 |
| Insuffisance cardiaque | 6 | 5.5 |
| Varices des membres inférieurs | 2 | 1.8 |
| Asthme | 3 | 2.7 |
| RGO | 5 | 4.5 |
| Ulcère | 3 | 2.7 |
| Gastrite et duodénite | 4 | 3.6 |
| Goutte | 3 | 2.7 |
| Polyarthrose | 12 | 11.0 |
| Hyperplasie de la prostate | 5 | 4.5 |

vi. Les déficiences déclarées

Tableau 18 : Description des déficiences et leurs proportions de distribution dans la population de SONACOTRA.

| Déficiences | % |
|-----------------------------|------|
| Motrices | 24.8 |
| Sensorielles | 21.2 |
| Langues ou paroles | 1.8 |
| Viscérales ou Métaboliques | 24.8 |
| Intellectuelles ou mentales | 7.3 |
| Fatigue | 18.3 |
| Douleurs | 40.4 |

f. Analyse

Tableau 19: Description de la population de plus de 60 ans des foyers Sonacotra du département du Rhône 2004-2005. Comparaison à la population française de plus de 60 ans (source INSEE 1999)

| | Population SONACOTRA*(2005) % | Population Française**(1999) % | p |
|----------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|---------|
| Effectifs | 109 | 286 877 | |
| Age | | | <0.001 |
| 60-74 | 80.7 | 66.7 | |
| 75-84 | 15.6 | 23.9 | |
| 85 et plus | 2.8 | 9.2 | |
| Profession | | | <0.0001 |
| Salariés | 12.8 | 5 | |
| Retraités | 75.2 | 94.2 | |
| Chômeurs | 11.9 | 0.8 | |
| Origine géographique | | | <0.0001 |
| Français | 12.8% | 80.5 | |
| Autres | 87.2% | 19.5 | |

* Echantillon aléatoire des 33 foyers Sonacotra du département du Rhône

**La population française du département du Rhône selon le dernier recensement de L' INSEE en 1999

Tableau 20: Description de la dépendance et des déficiences de la population de plus de 60 ans des foyers Sonacotra du département du Rhône 2004-2005. Comparaison à la population française de plus de 60 ans (source INSEE 1999).

| | Population Sonacotra | Population Française | p |
|---|-------------------------|-------------------------|---------|
| | % | % | |
| Dépendance | | | |
| Dépendance** (score GIR<5) | 8.3 | 2.8 | 0.016 |
| Déficiences* | | | |
| Motrices | | | |
| <i>Déficience motrice des deux membres inférieurs</i> | 0.9 | 4.7 | 0.062 |
| <i>Déficience motrice d'un seul bras</i> | 1.8 | 4.0 | 0.25 |
| <i>Déficience motrice d'une seule jambe</i> | 3.7 | 6.5 | 0.231 |
| <i>Autres déficiences motrices des membres</i> | 3.7 | 7.6 | 0.235 |
| <i>Déficience du tronc (Scoliose, lombalgie...)</i> | 7.3 | 12.3 | 0.320 |
| <i>Autres déficiences motrices non classées ailleurs.</i> | 1.8 | 2.1 | 0.85 |
| Déficiences motrices non précisées | 3.7 | 1.6 | 0.085 |
| Sensorielles | | | |
| <i>Mal voyant</i> | 6.4 | 4.3 | 0.275 |
| <i>Autres troubles de la vision (champ visuel, couleurs)</i> | 8.3 | 3.6 | 0.0018 |
| <i>Sourd (surdité complète)</i> | 0.9 | 0.5 | 0.54 |
| <i>Mal entendant</i> | 6.4 | 26.4 | <0.0001 |
| Langues ou paroles | | | |
| Autre trouble de la voix et de la parole (cordes vocales, prononciation...) | 1.8 | 0.6 | 0.095 |
| Viscérales ou Métaboliques | | | |
| Déficience rénale ou urinaire | 5.5 | 3.7 | 0.31 |
| Déficience respiratoire | 3.7 | 8.2 | 0.085 |
| Déficience cardio-vasculaire | 8.3 | 22.5 | 0.001 |
| Déficience du tube ou des organes digestifs | 4.6 | 5.8 | 0.588 |

| | | | |
|---|------|-----|---------|
| Déficience endocrinienne (diabète, thyroïde...) | 9.2 | 9.7 | 0.853 |
| Déficience du sang ou de l'immunité (leucémie, Intellectuelles ou mentales | 0.9 | 0.4 | 0.39 |
| Perte des acquis intellectuels | 1.8 | 0.9 | 0.3 |
| Troubles du comportement, troubles de la personnalité | 0.9 | 0.2 | 0.094 |
| Troubles de l'humeur, dépression... | 4.6 | 1.3 | 0.0024 |
| Déficiences non précisées et Autres | | | |
| Douleurs | 40.4 | 3.3 | <0.0001 |
| Asthénie, fatigue | 18.3 | 0.6 | <0.0001 |
| Vertiges, troubles de l'équilibre | 8.3 | 0.8 | <0.0001 |
| Déficiences esthétiques | 2.8 | 0.9 | 0.04 |
| Autres déficiences | 4.6 | 1.0 | 0.0002 |

* Prévalence des déficiences par type détaillé dans la catégorie d'âge de 60 à 79 ans dans les deux populations étudiées.

**Définition Score GIR :

Mesure de l'effet de l'isolement dans la population de Sonacotra

Dans la population de Sonacotra 87.2% ne sont pas d'origine française.

56.8% ne voient pratiquement jamais d'amis. Le pourcentage s'élève à 78% en ce qui concerne la famille et à 75.2% pour le personnel de Sonacotra. (Tab 4)

Tableau 21 : Description des variables traduisant l'isolement

| VARIABLES ISOLEMENT | % |
|--|-------------|
| Origine | |
| <i>Française</i> | 12.8 |
| <i>Autres</i> | 87.2 |
| Amis | |
| <i>Souvent</i> | 42.2 |
| <i>Occasionnellement ou jamais</i> | 56.8 |
| Famille | |
| <i>Souvent</i> | 22.0 |
| <i>Occasionnellement ou jamais</i> | 78.0 |
| Personnel de Sonacotra | |
| <i>Souvent</i> | 24.8 |
| <i>Occasionnellement ou jamais</i> | 75.2 |

Dans la population de Sonacotra, la comparaison des deux groupes selon le facteur d'exposition de l'isolement en prenant la dépendance, présentée par un score GIR <6, comme critère de résultat, montre que le fait de ne jamais voir d'amis augmente 8 fois le risque de dépendance (IC95% de 0.17-4.06) et 5 fois quand il s'agit de ne jamais voir la famille (IC95% de 1.22-15.79). Ce calcul a été réalisé à partir d'un modèle de régression logistique qui prend en compte des facteurs de confusions (l'âge et la profession). (Tab 5)

Tableau 22 : Effet de l'isolement sur la dépendance

| VARIABLES ISOLEMENT | OR | IC95% |
|--------------------------------|-------|----------------|
| Origine | | |
| <i>Non français / français</i> | 0.834 | 0.171 - 4.065 |
| Amis | | |
| <i>Jamais / souvent</i> | 8,179 | 1.802 - 37.127 |
| Famille | | |
| <i>Jamais / souvent</i> | 4.394 | 1.222 - 15.798 |

La comparaison de ces deux mêmes groupes en prenant les déficiences, présentées par un score de 0 ou 1, comme critère de résultat n'a pas montré de différences significatives.

Tableau 23 : Régression logistique présentant l'effet de l'isolement sur les déficiences définies par un score*.

| | Amis (OR) | Famille (OR) | Origine |
|---------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| SCOREM | 0.662 (0.261-1.680) | 1.28 (0.447- 3.663) | 0.596 (0.15 - 2.37) |
| SCORES | 2.275 (0.743-6.966) | 3.521 (1.176 - 10.549) | 0.349 (0.87 - 1.395) |
| SCOREV | 0.449 (0.133-1.513) | 1.67 (0.65 - 4.292) | 1.767 (0.343 – 9.119) |
| SCOREI | 0.505 (0.97 – 2.638) | 2.699 (0.46 - 15.848) | 0.89 (0.13 – 0.595) |
| FATIQUE | 0.816 (0.301 - 2.212) | 1.946 (0.644 - 5.874) | 1.050 (0.238 - 4.633) |
| DOULEUR | 0.737 (0.33 - 1.646) | 1.570 (0.616 – 3.999) | 0.627 (0.189 - 2.083) |

* la présence d'une déficience ou plusieurs a pour le score 1 sinon 0

III. Discussion

a) Limites de la méthodologie

i. Organisation des foyers :

Les foyers Sonacotra du Rhône ont un accès très difficile pour des intervenants extérieurs.

Tout d'abord les accès extérieurs sont souvent fermés par une barrière qui ne peut s'actionner qu'en présence du responsable de site. Pour accéder à l'intérieur des bâtiments il est nécessaire d'avoir un passe que seul les résidents et le responsable de site possèdent. Enfin, pour rentrer dans les unités de vie, une clef est nécessaire.

Comme les résidents ne possèdent pas de téléphone en majorité et que les foyers ne disposent pas de système d'interphone, il n'existe aucun moyen de communiquer une fois arrivé devant le foyer.

Ces différentes barrières ont fait que les enquêteurs en l'absence du responsable de site n'ont pu accéder aux unités de vie pour voir des résidents.

ii. Absence des résidents

Beaucoup de résidents pratiquent les allers et retours entre la France et le pays d'origine. De ce fait beaucoup de personnes tirées au sort étaient absentes et sans dates de retour connues pendant les six mois de l'enquête. Ce sont peut être les moins dépendants et les moins isolés qui restent si longtemps au pays.

iii. Questionnaire

Le questionnaire aurait mérité d'être plus approfondis sur les variables d'isolement.

A propos de la santé perçue : elle ne semble pas très bonne mais nous ne connaissons pas les représentations de la santé chez ces personnes.

b) Une population « jeune » encore en activité

L'âge des résidents des foyers est plus jeune que l'âge moyen de la population française de plus de 60 ans. La part des 60-74 ans représente 80.7 % alors que dans la population française elle ne représente que 66.7 %.

Un pourcentage , 12.8 % important des résidents sont encore en activité contre 5 % dans la population française ($p < 0.0001$) de même que pour le chômage.

c) Un isolement important

La majorité des résidents, principalement d'origine maghrébine, de plus de 60 ans vivent une partie de l'année dans leur pays d'origine, accomplissant régulièrement le va et vient entre leur pays de naissance et leur pays d'accueil, ce qui a limité notre étude à 109 sujets au lieu des 220 initialement prévus.

En effet, il semble que malgré l'inactivité pour la majorité d'entre eux, le retour au pays reste un mythe avec une fonction psychologique forte : régler la dette contractée par le départ, le retour a été remplacé dans la pratique par d'autres formes de régulation : le va et vient régulier entre les deux pays, l'aide financière à la famille.

La perspective semble être de mourir ici sans pour autant rompre les liens avec le pays d'origine.

L'isolement social est important, seulement 24 % fréquentent régulièrement de la famille et celle-ci est proche dans près de 30 % dans l'agglomération. Or la famille reste l'élément essentiel du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie que ce soit pour des aides ponctuelle concernant des démarches administratives ou pour l'accès aux soins. De même, seulement 46 % fréquentent des amis. Mais on remarque que ces amis sont essentiellement au pays (64.2 %) et ne peuvent pas être d'une aide conséquente en cas de problèmes.

Le personnel SONACOTRA représenté essentiellement pas le responsable de site et l'ouvrier d'entretien entretient un lien avec seulement 27 % des personnes interrogées.

Il semble que ce personnel ne soit pas forcément disponible pour les attentes des résidents des foyers.

L'isolement est réel et ressenti par les résidents de façon importante. Dans la population à domicile traditionnelle, le vieillissement avec perte d'autonomie même minime nécessite un accompagnement que réalise le plus souvent les membres de la famille. Or pour ces résidents elles est majoritairement absente et aucune substitution est en place actuellement.

Le retour et l'adaptation au pays ne sont pas faciles, alors la plupart des personnes choisissent le repli en France à cause, quelquefois, d'une animosité de la famille. Ils choisissent le silence, l'effacement pour ne pas être totalement rejeté. Certains sont revenus vivre en France après un retour au pays de une ou deux années.

Le foyer peut être une stratégie de repli mais c'est aussi du lien entre le « ici » et le « là bas ». La personne retrouve en France ceux qui partagent la même réalité. Le besoin de revenir semble exister au delà du maintien des droits.

d) Peu de demandes des personnes

L'image d'une population « problème » toujours en demande de quelque chose est très forte. L'imaginaire social ne construit de l'immigré qu'une image négative et son vieillissement est moins un processus normal qu'un problème.

Or dans ces foyers SONACOTRA, la grande majorité ne demande aucune aide. L'aide financière même n'est demandée que par 45 % des personnes, 80 % se déclarent satisfaites de leur logement et 87 % ne désirent aucune aide physiques ou matérielle (équipement).

e) Une dépendance précoce

La dépendance reste significativement plus importante dans cette population (8.3% ayant score GIR < 5) que la population française (2.8%). Pourtant, nous avons vu qu'elle est plus jeune. Cette dépendance plus grande et prématurée chez les migrants est retrouvée dans l'étude du Languedoc Roussillon.¹ Elle traduit un vieillissement pathologique entraînant incapacités et désavantages.

Une usure probablement multifactorielle souvent retrouvée dans toutes les populations dites « précaires » et défavorisées, population ouvrière, population sans qualifications. De plus, nous constatons que l'isolement est un facteur favorisant supplémentaire de perte d'autonomie.

f) Des déficiences particulières

L'évaluation de l'état de santé physique et psychique, par une analyse des déficiences par types détaillés, signale une importante manifestation du syndrome du 'mal être' dans la population de Sonacotra. Ce mal être est exprimé par des troubles de l'humeur et la dépression (4.6% dans la population Sonacotra contre 1.3% dans la population française) ainsi que d'autres déficiences comme la douleur (40.6% de la population Sonacotra), la fatigue (18.3% de la population de Sonacotra) et le vertige (8.3% de la population Sonacotra). Certaines déficiences déclarées ont aussi une prévalence élevée telles que les troubles d'audition et de vision. Ces troubles sont peut être dus à des maladies professionnelles (travaux dans le bâtiment ou l'industrie pour la surdité). D'autres apparaissent paradoxalement peu importantes comme les déficiences cardio-vasculaires. Est-ce une prévalence faible ou une insuffisance de dépistage et de prise en charge ?

g) Une couverture santé déficiente

36 % des résidents seulement bénéficient d'une couverture santé complémentaire (CMU ou Mutuelle) alors qu'on estime que plus de 90 % des personnes résidant en France (hors collectivité) ont une couverture totale depuis l'instauration de la CMU [5].

Ceci est un frein évident pour un accès aux soins qui reste difficile puisque 25 % n'ont pas de médecin traitant, et seulement 46 % ont un dentiste.

h) Une santé mentale précaire

Nous ne retrouvons pas de pathologies mentales suivies et traitées de façon conséquente. La prévalence de la dépression reste même assez basse à 4.5 % (on estime que 10 % de la population âgée serait dépressiveⁱⁱ) alors que dans les déficiences déclarées, on retrouve de façon importante et très significativement différente de la population totale française, des prévalences de la douleur, fatigue et vertiges. Alors qu'aucune pathologie somatique suivie en regard ne peut expliquer ces douleurs pour 40 % de la population interrogée.

On peut faire l'hypothèse de dépressions non diagnostiquées. Les facteurs de risques ne manquent pas pour vivre dans la dépression. En effet, l'exclusion résulte de la rupture des trois liens sociaux que sont : l'emploi, le logement, la famille . Pour ces vieux migrants, il y a cumul des handicaps : conditions de logement, santé, citoyenneté et rupture progressive des liens sociaux qui vont conduire à la précarité, à l'exclusion.ⁱⁱⁱ La crise d'identité qui accompagne la perte de statut qu'engendre l'exclusion, résulte de l'effondrement du sentiment de sécurité et de la perte de l'estime de soi.^{iv} On peut considérer que ces personnes peuvent glisser très facilement dans ce phénomène d'exclusion.

Vivre loin de sa famille engendre probablement des besoins affectifs non satisfaits. Comment se négocie l'équilibre affectif de ces personnes ? La vie de couple se résume au mieux à un mois par an et ce depuis plusieurs décennies. Les aspects de la vie sexuelle sont souvent occultés. Les responsables sociaux de foyers expliquent qu'il s'est organisé des liens avec des prostituées « régulières » sur certains sites. Le Dr Pierre Maria a soulevé les risques d'atteintes physiques et psychiques dont souffrent un certain nombre de personnes longtemps soumises à une séparation, en soulignant notamment les conséquences du refoulement des désirs sur l'état physique et psychique de l'individu.^v

De plus, la maladie mentale est loin d'être perçue et vécue de la même manière en France et dans les pays du Maghreb. Elle n'est pas encore perçue par ces personnes âgées comme une maladie mais comme une honte , juste bonne à cacher et à stigmatiser. Mais quelles références culturelles a une personne de 60 ans qui a vécu 40 ans seule en France ? Probablement vivre autant de temps dans un pays n'est pas sans conséquences sur la culture (certains migrants expliquent très bien cette gêne lors du retour au pays sur certains aspects qui ne leur paraissent pas naturels).

Nous avons probablement une sous évaluation de la maladie mentale. Cette sous évaluation n'est pas d'ordre exclusivement culturel, mais aussi un problème de précarité.

Ces personnes subissent une triple représentation négative dans la société :

- De la vieillesse : on distingue le troisième âge plus ou moins valorisé selon qu'il est actif ou pas et le grand âge synonyme de vieillesse dépendante avec des images d'inutilité sociale et de solitude. « Jamais peut être une société n'aura fait autant pour ses vieux, économiquement et socialement protégés, mais le regard porté sur eux reste profondément négatif »^{vi}.
- De la migration : l'existence d'un migrant n'est matérialisée que par la force de son travail. La place du statut social du migrant est en négatif : non interlocuteur, non citoyen, non votant^{vii}. La retraite représente pour l'immigré une situation de crise qui met en cause son identité sociale⁵. Cet état peut paraître insupportable pour ces personnes car ce qui justifiait l'émigration était le travail. La perte du statut de travailleur qui justifiait la présence en France remet en cause l'identité même.
- Une absence de pensée du vieillissement possible des immigrés : le philosophe J. Derrida^{viii} cite : « Habituellement on définit l'étranger à partir de sa naissance, qu'on donne ou pas la citoyenneté à partir de la loi du sol. Ici, c'est au contraire l'expérience de la mort probable, du lieu de décès qui devient déterminant ». Il est possible donc que penser « l'autre » essentiellement à partir de sa naissance peut empêcher de le penser à partir de son vieillissement et de sa mort.

i) Une prévalence du diabète importante

Certaines prévalences de pathologies diffèrent très fortement de la population générale ;

La prévalence du diabète est de 15.5 % alors qu'il est de 8 % dans la population âgées de plus de 60 ans. Cela confirme des données de la littérature concernant la prévalence du diabète dans certaines populations.

Les données de la CNAMTS indiquent des disparités régionales de la prévalence du diabète et populationnelles ; les personnes originaires des Antilles, de la Réunion, d'Asie ou du Maghreb, ont un risque accru de diabète de type 2^{ix9}.

De plus selon le CépiDc de l'INSERM, la mortalité liée au diabète varie très fortement selon la catégorie sociale en France. Les taux de décès par diabète, en cause initiale, sont nettement plus élevés pour les « ouvriers-employés » que pour les « cadres supérieurs-professions libérales » (respectivement de 1.8 et 0.6 pour 100 000).

⁹ Rapport sur le Diabète de Dominique Simon et Bernard Charbonnel. janvier 2003. DGS.

Il n'existe pas de données concernant une éventuelle relation entre le niveau socio-économique et la prévalence et l'incidence du diabète.

Ces vieux migrants ont une double facteur de risque de part leur origine sur la prévalence et par leur catégorie sociale sur les complications et le risque de décès.

Pour notre population de référence nous nous sommes référés au dernier recensement pour la population française des personnes âgées du département du Rhône dans l'enquête Handicap Invalidité Dépendance (HID) réalisée par l'INSEE en 1999.

IV. Recommandations

a) Recommandations pour une mise en œuvre simple au niveau des foyers

Il est nécessaire de revoir **l'accessibilité des foyers**. Conscient des légitimes impératifs de sécurité, ces foyers sont de véritables « bunkers » ou y accéder relève parfois d'un parcours du combattant. Un médecin généraliste ou un service d'aide à domicile devraient pouvoir y accéder de façon pas forcément programmée. Une mise en place d'un système d'interphone par exemple pourrait pallier à ce désavantage.

Les foyers à forte proportion de personnes de 60 ans et plus doivent participer au **réseau gérontologique local** (CLIC, MDR, gérontopsychiatrie) afin d'apporter collectivement des réponses à des situations individuelles souvent complexes

La création d'un poste de **travailleur médico-social référent** qui jouerait le rôle de veille sanitaire, d'accompagnant et d'orientation en cas de problématique de santé pourrait être une alternative intéressante.

b) Recommandations dans le but d'informer les décideurs et professionnels

Sensibilisation des acteurs de santé aux problèmes spécifiques de cette population.

En effet, l'absence de pathologies mentales traitées et suivies alors que la symptomatologie dépressive est prégnante évoque une méconnaissance des effets de cet isolement sur la santé mentale. Or le médecin généraliste est présent et est souvent le référent santé de ces personnes

Former les professionnels de l'aide à domicile.

Les associations locales à proximité des foyers doivent organiser de l'information sur ces populations.

Prendre en compte le vieillissement dans le cadre de la réflexion de l'avenir des foyers SONACOTRA.

Le logement qui a convenu en période d'activité professionnelle et de bonne santé physique, n'est plus adapté à une vie de retraité sédentaire et parfois dépendant.

Une organisation en unités de vie pour des personnes de plus de 60 ans serait une alternative . Cela permettrait de rationaliser, mutualiser les aides apportés par les services d'aide à domicile entre autre.

Une amélioration des conditions sanitaires avec des sanitaires individuels pour chaque chambre pour les personnes en perte d'autonomie

Mettre en place des actions de dépistage et suivi sur des pathologies invalidantes et pourvoyeuses à long terme de dépendances certaines comme de diabète.

c)Recommandations d'actions auprès des résidents de 60 ans et plus

Il paraît difficile au premier abord de proposer des actions à des personnes pour qui ils n'existent pas de problèmes et qui ne sollicitent aucunes aides.

Une intrusion dans la vie de personne qui ne demande rien pose des problèmes éthiques et appelle des réponses la plupart du temps polies des interlocuteurs. Les recommandations des professionnels bien intentionnés sont souvent non suivies d'effet.

Il existe un décalage apparent entre notre diagnostic d'expert et le diagnostic des personnes elle même.

Il est nécessaire d'avoir une approche communautaire, partir des préoccupations immédiates des personnes pour arriver à ce que celles-ci se préoccupent mieux de leur santé. Cela nécessitait une approche plus socio-ethnologique qu'épidémiologique .

Encore une fois , l'existence d'un médiateur ou de médiateurs assurant le lien avec les différents acteurs médicaux et sociaux serait un premier lien pour un travail d'information, de prévention et d'acceptation auprès de ces personnes.

V. Conclusion

Cette étude nous permet d'illustrer de façon quantitative ce que c'est d'être âgée et immigré en terme de santé, d'isolement et de souhait dans les foyers Sonacotra du Département du Rhône.

Elle peut être un outil d'aide à la décision afin de définir une politique en direction de ces personnes.

Peu d'étude quantitatives ont été réalisées comme le reprend Rémi Gallou dans son rapport.^{x10}

Ce travail fait écho à d'autres rapports consacrés au vieillissement des immigrés.

Il semble qu'il est nécessaire de reconnaître ces conditions difficiles dans lesquelles ces personnes affrontent la vieillesse. Cette étape résulte d'une trajectoire singulière et d'un processus particulier.

Proposer des solutions adaptées relèvent d'un éthique mais aussi d'une prévention globale du vieillissement d'autres populations en particulier celles en situation actuelle de très grande précarité.

VI. Bibliographie

- ⁱ - SIEIRA ANTELO M , DESMARTIN BELARBI V, RIDEZ S, LEDSERT B , Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon.
- ⁱⁱ - Étude Paquid. Aquitaine
- ⁱⁱⁱ - Marie-Claude MUNOZ, Exclusion sociale, vieillissement et immigration, Migrations Santé 1999.
- ^{iv} - GIDDENS, A. Les conséquences de la modernité. Paris, l'Harmattan, 1994.
- ^v - Pierre MARIA, Vieillir en foyer, Migrations Santé 1991.
- ^{vi} - PUIJALON. B et TRINCAZ. J. Le sage et le fardeau. In Troisième âge : la nouvelle vague. Le courrier de l'UNESCO, janvier 1999.
- ^{vii} - A.SAYAD, Accès des migrants âgés aux services .Migrations Santé n°99-100.1999.
- ^{viii} - DERRIDA J et DUFOURMANTELLE A , De l'hospitalité .Paris, Calmann-Lévy
- ^{ix} Rapport sur le Diabète de Dominique Simon et Bernard Charbonnel. janvier 2003. DGS.
- ^{x x} Gallou R. Le Vieillissement des immigrés en France. Paris : CNAV juin 2001

