

Santé et isolement des résidents de 60 ans et plus dans les foyers Sonacotra du Rhône

Hani Fares¹, Sandra David¹, Patrick Jullien², Fabienne Diebold³, Frédérique Chovet (frederique.chovet@rhone.fr)²

¹Hospices civils de Lyon, Lyon ²Département du Rhône, Lyon

³Direction régionale Rhône-Alpes Sonacotra, Lyon

INTRODUCTION

La Sonacotra (Société nationale de construction de logement pour les travailleurs) a été créée en 1956 pour l'accueil des travailleurs étrangers. Depuis 1994, ces foyers se sont transformés en résidences sociales et ont actuellement pour vocation d'assurer le passage de leurs résidents vers un logement autonome de droit commun.

Pour la majorité des résidents migrants de 60 ans et plus, le retour au pays d'origine ne se concrétise pas pour diverses raisons d'ordre psychologique, médical et/ou financier.

La démographie des résidents en foyer Sonacotra, comme la population générale, évolue vers le vieillissement : les personnes de 60 ans et plus ont augmenté de 107 % en 20 ans. On compte 1 600 résidents de 60 ans et plus, soit 31 % de la totalité de résidents des 33 foyers dans le département du Rhône en 2004 (Rapport d'activité Sonacotra 2004).

Les foyers de travailleurs se transforment peu à peu en foyers de retraités. La vieillesse, avec son potentiel de perte d'autonomie et de pathologies invalidantes, devient plus difficile dans un contexte d'isolement.

En 2002, un rapport sur les immigrés vieillissants de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales) [1] s'est penché 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 les personnes accueillies présentaient des risques d'altération prématurée de leur état de santé.

Cette étude a deux objectifs :

- 1 - décrire et comparer l'état de santé physique, psychique par la mesure du degré de dépendance et des déficiences des personnes de plus de 60 ans résidant en foyer Sonacotra par rapport à la population française ;
- 2 - mesurer l'effet de l'isolement sur le degré de dépendance des résidents et leur état de santé.

POPULATION ET METHODES

Population étudiée

Pour obtenir une précision de l'estimation à 5 %, le nombre de sujets nécessaires était de 200 personnes. Un tirage systématique sans remise a été réalisé de 220 résidents dans la liste exhaustive départementale comprenant les deux sexes.

Recueil de données et données recueillies

Les questionnaires soumis aux résidents ont été élaborés par l'équipe gériatrique du Conseil général du Rhône et l'équipe sociale de Sonacotra (cinq médecins et trois infirmières). L'anonymat a été respecté.

Les données recueillies concernaient la dépendance, les déficiences et l'isolement.

Pour la dépendance, les 10 variables discriminantes de la grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupe iso-ressource) ont été utilisées : cohérence, orientation, toilette, habillage, élimination, alimentation, transferts, déplacement extérieur, déplacement intérieur, communication. Ces variables permettent d'établir un score GIR (Groupe iso ressource) classant les personnes du plus dépendant (GIR 1) au moins dépendant (GIR 6) [2].

Pour les déficiences, les questionnaires de l'Enquête HID 1999-Insee [3] auprès des personnes vivant dans un domicile ordinaire en France ont été utilisés. Ces questionnaires permettant d'évaluer l'état de santé, reposent sur les déficiences motrices, sensorielles, de la parole ou du langage, viscérales ou métaboliques, intellectuelles ou mentales, ainsi qu'une évaluation psychique exprimée par les troubles de l'humeur, la dépression, la fatigue et la douleur.

Quatre variables ont été utilisées afin de traduire l'exposition à l'isolement : la fréquentation d'amis, la fréquentation de la famille, la fréquentation du personnel Sonacotra et l'origine de la personne interrogée.

Analyse statistique

Description de l'état de santé des résidents Sonacotra et comparaison à la population française du même âge et du même sexe de 1999, données les plus récentes sur le sujet [3]

Pour pouvoir comparer le degré de dépendance à la population française, un score GIR dichotomique a été utilisé selon le seuil d'éligibilité à la prestation APA (allocation personnalisée autonomie), score GIR inférieur à 5 versus score GIR supérieur ou égal à 5. Quant aux déficiences, les estimations ont porté sur chaque thématique.

Pour les comparaisons, un test du Chi2 et un test exact de Fisher a été utilisé.

Mesurer l'effet de l'isolement sur le degré de dépendance

Les critères de résultats portaient sur l'existence de dépendance. Un modèle de régression logistique a permis de prendre en compte les facteurs de confusion potentiels (l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et la fréquentation d'un médecin traitant).

RÉSULTATS

Sur la période d'inclusion d'août 2004 à mars 2005, seuls 109 hommes ont pu être interrogés, les 111 autres étant en voyage à l'étranger dans leur pays d'origine.

Caractéristiques socio-démographiques (tableau 1)

La proportion des résidents Sonacotra de 60-74 ans représentait 80,7 % contre 71,1 % dans la population française. Les taux de chômage ou d'activité étaient supérieurs à ceux de la population française.

Tableau 1

Description de la population des plus de 60 ans des foyers Sonacotra du département du Rhône 2005. Comparaison à la population française (hommes) du Rhône de plus de 60 ans (source Insee 1999)

	Résidents Sonacotra (2005)	Population française (1999)	p*
Effectifs	109	124 397	
Âge			0,027
60-74	80,7 %	71,1 %	
75-84	15,6 %	21,8 %	
85 et plus	2,8 %	7,1 %	
Activité professionnelle			<0,001
En activité	12,8 %	5,9 %	
Retraités	75,2 %	93,6 %	
Chômeurs	11,9 %	0,5 %	
Origine géographique			<0,0001
Français	12,8 %	89,8 %	
Autres**	87,2 %	10,2 %	
Dépendance			<0,0001
Dépendance (score GIR<5)	8,3 %	1,7 %	

*Test du Chi2 ou test exact de Fisher

** Algérie, Tunisie et Maroc (76 %)

État de santé de la population Sonacotra

Le degré de dépendance des résidents Sonacotra était plus élevé que celui de la population française du Rhône : 8,3 % (IC 95 % : 3,1 %-13,5 %) contre 1,7 % (IC 95 % : 1,6 %-1,8 %) (p<0,0001) (tableau 1). La prise en compte des non répondants comme personnes « non dépendantes », a fait diminuer cette proportion à 4,1 % avec une différence toujours significative par rapport à la population française (p=0,0085).

En revanche la comparaison des déficiences par thématique a mis en évidence peu de différences significatives. Les troubles de l'humeur et de la dépression se sont démarqués : 4,6 % des résidents Sonacotra contre 1,3 % de la population française ($p=0,0024$) (tableau 2). De même, les résidents Sonacotra exprimaient significativement plus de douleurs (40,4 % vs. 3,3 %), de fatigue (18,3 % vs. 0,6 %), et de vertiges (8,3 % vs. 0,8 %) que la population française.

Tableau 2

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 masculine de 60 ans et plus (source Insee 1999)			
Déficiences	Population Sonacotra %	Population Française %	p*
Motrices			
Deux membres inférieurs	0,9	4,7	0,062
Un seul bras	1,8	4,0	0,25
Une seule jambe	3,7	6,5	0,231
Autres déficiences motrices membres	3,7	7,6	0,235
Tronc (Scoliose, lombalgie...)	7,3	12,3	0,320
Autres déficiences motrices	1,8	2,1	0,85
Déficiences motrices non précisées	3,7	1,6	0,085
Sensorielles			
Malvoyance	6,4	4,3	0,275
Autres troubles de la vision (champ visuel, couleurs)	8,3	3,6	0,0018
Surdité complète	0,9	0,5	0,54
Déficit auditif	6,4	26,4	<0,0001
Parole ou Langage			
Troubles de la voix et de la parole (cordes vocales, prononciation...)	1,8	0,6	0,095
Viscérales métaboliques			
Rénale ou urinaire	5,5	3,7	0,31
Respiratoire	3,7	8,2	0,085
Cardio-vasculaire	8,3	22,5	0,001
Tube ou des organes digestifs	4,6	5,8	0,588
Endocrinienne (diabète, thyroïde...)	9,2	9,7	0,853
Sang ou de l'immunité (leucémie...)	0,9	0,4	0,39
Intellectuelles ou mentales			
Perte des acquis intellectuels	1,8	0,9	0,3
Troubles du comportement, ou de la personnalité	0,9	0,2	0,094
Troubles de l'humeur, dépression...	4,6	1,3	0,0024
Autres Déficiences			
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

*Test du Chi2 ou test exact de Fisher

Effet de l'isolement sur la dépendance

Plus de 85 % des résidents Sonacotra n'étaient pas d'origine française. Cinquante sept pour cent des résidents ne voyaient jamais d'amis, 78 % ne voyaient jamais leur famille et 75,2 % ne voyaient pas le personnel Sonacotra.

Le risque de dépendance des résidents isolés était significativement plus élevé que celui des résidents non isolés, surtout pour ceux qui ne voyaient plus les amis, OR=7,9 (IC 95 % : 1,6-36,7) ou leur famille, OR=4,4 (IC 95 % : 1,2-16,4) (tableau 3). L'analyse des déficiences n'a pas mis en évidence de différence significative.

Tableau 3

Effet de l'isolement sur la dépendance « Odds Ratio ajustés » dans les foyers de Sonacotra du département du Rhône		
Variables Isolement	Or ajusté*	IC 95 %
Origine		
Non Français / Français	0,864	0,17 - 4,33
Amis		
Occasionnellement - jamais / souvent	7,851	1,67 - 36,76
Famille		
Occasionnellement - jamais / souvent	4,496	1,23 - 16,43
Personnel sonacotra		
Occasionnellement - jamais / souvent	1,246	0,24 - 6,40

*Prise en compte des facteurs de confusion suivant : âge, catégorie socioprofessionnelle et fréquentation du médecin traitant.

DISCUSSION

Dans la population étudiée, nous avons observé plusieurs différences importantes par rapport à la population française de 60 ans et plus. La population de Sonacotra est plus jeune, plus souvent encore en activité et très largement d'origine étrangère.

Le degré de dépendance de la population Sonacotra est plus important que celui de la population de référence du Rhône. L'évaluation et la comparaison par déficiences détaillées, de l'état de santé physique et psychique par rapport à la population française, signalent une importante manifestation du syndrome de « mal-être » des résidents Sonacotra, syndrome exprimé par des troubles de l'humeur, la dépression et les douleurs. Ceci mériterait d'être étudié ultérieurement.

L'isolement social révélé par l'absence de contact avec la famille et les amis est un facteur prédictif majeur de l'état de santé des résidents de Sonacotra. Or, la famille reste l'élément essentiel du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie que ce soit pour des aides ponctuelles concernant des démarches administratives ou pour l'accès aux soins.

En ce qui concerne les non répondants de l'étude, séjournant à l'étranger, l'impact sur nos résultats reste finalement moindre. La prise en compte dans l'analyse statistique de ces non réponses montre, malgré tout, que la proportion de personnes dépendantes reste plus importante par rapport à la population française. Enfin, l'ampleur élevée de l'effet, que ce soit pour l'objectif descriptif ou étiologique, a contrebalancé la perte de puissance due à l'effectif restreint.

La littérature au sujet des migrants reste modeste, ou peu diffusée contribuant à l'isolement de cette population. Rémi Gallou [4] dans son rapport sur le vieillissement des immigrés isolés confirme deux caractéristiques importantes : un isolement important et un état de santé précaire. En effet le foyer ne semble pas permettre, comme l'affirme A. Sayad [5], une forme de sociabilité comme d'autres habitats précaires : « Le logement en foyer isole les personnes les unes des autres, à l'intérieur même du foyer, les isole des autres immigrés, plus qu'il ne contribue à les rapprocher et à les unir ».

L'isolement des résidents est réel et a un retentissement important sur leur santé et leur bien être même s'il est limité par l'insuffisance des variables traduisant cette exposition à l'isolement au sens le plus large du terme.

La dépendance, plus grande et prématurée chez les migrants, mise en évidence dans l'étude du Languedoc-Roussillon [6], a été retrouvée, ce qui semble confirmer l'hypothèse d'un vieillissement prématuré.

CONCLUSION

Cette étude donne un éclairage de la population immigrée de plus de 60 ans vivant en foyer Sonacotra dans le département Rhône.

Elle peut constituer un outil d'aide à la décision dans le but de définir des actions de santé ciblées sur cette population.

En effet, des actions concrètes en matière d'accès aux soins (couverture sociale et accompagnement) et d'aide socio-administrative (mise en place de médiateur médico-social) semblent rapidement nécessaires.

Si notre étude ne permet pas de généraliser la dépendance physique et psychique à toute population immigrée de plus de 60 ans en France, elle peut être un élément de débat. Des études complémentaires sont, bien entendu, nécessaires pour confirmer ces résultats et apporter plus de précisions à l'estimation des principales pathologies retrouvées dans cette population.

RÉFÉRENCES

- Bas-Theron F et Maurice M. Rapport d'enquête sur les immigrés vieillissants. Paris. Éditions Igas. 2002. 126 p.
- Vetel JM, Leroux R, Ducoudray JM, Prévost P. AGGIR : précisions sur sa genèse, conseils pratiques d'utilisation. La revue du généraliste et de la gérontologie 1998.
- Insee. Enquête nationale handicap invalidité dépendance (HID) auprès des personnes vivant en domicile ordinaire. Paris : éditions Insee N° 87-88. 1999.
- Gallou R. Le vieillissement des immigrés en France, état de la question. Paris : rapport Cnav. 2001. 122 p.
- Sayad A. L'immigration ou les paradoxes de l'altérité, Bruxelles : De Boeck, 1991.
- Sieira Antelo M, Desmartin Belarbi V, Ridez S, Ledesert B. Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon. 2003. 129 p.