



Intérêt d'un « parcours santé » proposé aux résidents d'un foyer Sonacotra

ARÈS 92, Réseau ville-hôpital, Colombes

INTRODUCTION

Les foyers de travailleurs migrants ont fait leur apparition après la seconde guerre mondiale. La Sonacotra (Société nationale de construction de logement pour les travailleurs) a été créée en 1956 initialement pour l'accueil des travailleurs algériens. Dans les années 1990, ces foyers se sont progressivement transformés en résidences sociales pour publics démunis. Actuellement cohabitent des travailleurs migrants installés durablement et souvent retraités et une nouvelle population de personnes souvent en difficulté d'insertion sociale.

Le réseau Ville-Hôpital ARÈS 92 a été sollicité en avril 2004 pour une action de sensibilisation et de dépistage des principales affections pouvant concerner des résidents vivant dans un foyer des Hauts-de-Seine. ARÈS 92 est un réseau de soins créé en 1992 composé de professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Son objectif est d'améliorer les soins des patients infectés par le VIH, ayant des conduites addictives ou en situation de vulnérabilité sociale. Ce réseau anime depuis plusieurs années des soirées de prévention dans des résidences sociales. 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]. Seulement deux enquêtes de santé dans des foyers du Languedoc Roussillon auprès des travailleurs immigrés de plus de 50 ans [2] et dans la ville de Saint-Quentin-en-Yvelines [3] ont été recensées.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Un « parcours santé » gratuit a été proposé à tous les locataires d'une résidence Sonacotra invités par lettre personnelle, soirée de présentation et affichage. Ce parcours comprenait un examen clinique et dentaire, un entretien social, une radiographie thoracique et un bilan sanguin : glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides, ainsi que les sérologies : hépatites B et C, syphilis et VIH (après consentement). Les résidents pouvaient conserver l'anonymat, aucun papier d'identité ni justificatif de domicile n'était demandé. Chaque résident était libre de choisir une, plusieurs ou toutes les étapes du parcours réalisé au sein de la résidence pendant 3 jours consécutifs. L'intervention a mobilisé 17 professionnels de santé (7 médecins, 3 chirurgiens dentistes, 4 biologistes, 2 assistantes sociales, 1 manipulateur radio). L'analyse des résultats anonymisés a été réalisée sur SPSS 11.0.

RÉSULTATS

Parmi les 309 résidents du foyer, 129 (41,7 %) ont accepté de participer au « parcours santé » dont 15 ont souhaité garder l'anonymat. L'âge moyen $\pm$ IC 95 % des consultants était de 53,4 ans $\pm$ 2,7 ans, 5 consultants étaient de sexe féminin. La région de naissance des consultants était l'Afrique du Nord (A. du N.) pour 63,6 % et l'Afrique subsaharienne (A. Sub.) pour 16,3 %. Plus de la moitié vivaient dans le foyer depuis plus de 10 ans (moyenne : 15,3 $\pm$ 2,3). Les consultants d'A. du N. étaient significativement ($p < 0,01$) plus âgés (57,9 ans $\pm$ 3,0) et résidaient dans le foyer depuis plus longtemps (17,5 années $\pm$ 2,8) que les consultants originaires d'A. Sub. âgés en moyenne de 40,5 ans $\pm$ 5,2 et résidant dans le foyer depuis 8,5 années $\pm$ 4,7 et les consultants nés en France (âge moyen : 47,8 ans $\pm$ 11,3 et temps de résidence : 8,9 années $\pm$ 8,0). Par ailleurs, les consultants

étaient plus jeunes et plus souvent d'A. Sub. que les résidents non consultants. En effet, seulement un tiers des résidents nord-africains ont suivi le « parcours santé » contre 57 % des résidents originaires d'A. Sub. (tableau 1).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des résidents et des consultants

	Consultants		Total des résidents	% de consultants parmi les résidents
	Nombre	(%)	Nombre	
Age (années)	129	(100)	309	41,7
< 25	6	(4,7)	6	100
25 – 44	27	(20,9)	35	77
45 – 59	33	(25,6)	127	26
60 – 69	44	(34,1)	97	45
≥ 70	10	(7,8)	44	23
Inconnue	9	(7,0)		-
Durée dans la résidence (année)				
< 1	8	(6,2)	19	42
1 – 5	28	(21,7)	96	29
5 – 10	11	(8,5)	70	16
> 10	65	(50,4)	124	52
Inconnue	17	(13,2)		-
Pays de naissance				
Maghreb	82	(63,6)	250	33
Afrique subsaharienne	21	(16,3)	37	57
France	8	(6,2)	18	44
Autre pays	4	(3,1)	4	100
Inconnu	14	(10,9)		-

Caractéristiques sociales

La couverture sociale était connue pour environ 9 consultants sur 10 : pour 4 sur 10, la prise en charge du ticket modérateur était assurée par une mutuelle ou par d'autres aides (aide médicale d'état (AME), couverture maladie universelle (CMU) complémentaire, 44 % n'avaient pas la sécurité sociale et 4 ont déclaré ne pas avoir de couverture sociale (tableau 2). Deux-tiers des résidents ont déclaré avoir un médecin traitant et 76 % avaient consulté au moins une fois dans l'année précédente.

La majorité des consultants étaient mariés. Parmi les consultants qui ont déclaré ne pas être nés en France, plus des trois-quarts ($n = 84$) étaient en France depuis au moins 15 ans. Parmi les consultants migrants, 22 n'avaient pas d'enfant et l'information n'était pas renseignée pour 12. Parmi les autres, les enfants étaient restés au pays pour 95,4 % d'entre eux. Le nombre moyen (écart-type) d'enfants restés au pays était de 4,8 (2,9).

Adhésion au parcours santé

Cinq résidents ont limité leur parcours à la seule réalisation de la radiographie thoracique. La majorité des résidents a souhaité une consultation médicale (90 % des consultants), un examen dentaire (84 %) et une analyse sanguine (87 %). Parmi les 112 résidents ayant accepté une analyse sanguine, seuls 4 ont refusé la sérologie VIH. Une radiographie thoracique réalisée dans un camion situé à l'entrée de la résidence a été faite par 88 % des consultants. Deux patients sur trois ont réalisé le parcours complet.

Tableau 2

Caractéristiques socioculturelles des consultants (n = 129)		
	Nombre	%
Couverture sociale		
Sécurité sociale seule	57	44,2
Sécurité sociale + complémentaire	13	10,1
CMUC/100%/AMER	41	31,8
Pas de couverture sociale	4	3,1
Inconnue	14	10,8
Situation professionnelle		
Salarié	34	26,3
Chômage	29	22,5
Retraité	33	25,6
Autre	21	16,3
Inconnue	12	9,3
Statut matrimonial		
Marié	88	68,2
Célibataire	29	22,5
Inconnu	12	9,3
Maîtrise de la langue française		
Orale (n = 117)	112	95,7
Écrit (n = 115)	45	39,1
Année d'arrivée en France (n = 110)		
< 1960	16	14,5
1960 – 1974	52	47,4
1975 – 1989	16	14,5
> 1990	26	23,6
Médecin traitant (n = 111)	81	73,0
Consultation médicale au cours des 12 derniers mois (n = 117)	98	83,8
Consommation de tabac (n = 117)		
Ancienne	40	34,2
Actuelle	24	20,5
Nombre moyen de paquets-années (écart-type)	27,7 (29,3)	
Consommation d'alcool (n = 116)	19	16,4
Consommation de psychotropes (n = 116)	9	7,8

Caractéristiques médicales

L'interrogatoire a retrouvé 15 % des patients traités pour une hypertension artérielle et 18 % pour un diabète. La consommation de tabac concernait 1 patient sur 5 et 7 % déclaraient consommer des psychotropes. L'examen clinique a révélé une pathologie inconnue chez 10 % des patients, 3 ont été hospitalisés, dont 1 en urgence. Les anomalies cliniques les plus fréquentes étaient les lésions dermatologiques (mycoses sur terrain diabétique). Il existait une surcharge pondérale (indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25) chez près d'un patient sur trois et 12 % présentaient une obésité (IMC ≥ 30). L'examen dentaire a mis en évidence une nécessité de détartrage ou de soins chez plus d'un consultant sur deux. La glycémie à jeun était supérieure à 2 g/l chez 7 consultants, tous diabétiques connus. Le bilan sérologique a permis de découvrir deux infections par le VIH, une infection par le VHC, 5 porteurs de l'antigène HBs et 5 sérologies syphilitiques positives. Aucun de ces résultats n'était connu par les consultants. Chacun d'entre eux a initié une orientation pour une prise en charge spécifique.

DISCUSSION

Ce parcours santé a rencontré un vif succès en terme de fréquentation car il répondait probablement à une attente des résidents. La moindre fréquentation des résidents plus âgés semble davantage liée à une moindre présence effective de ceux-ci dans le foyer au moment du « parcours santé » plutôt qu'à un intérêt moindre. En effet, la moitié des résidents, principalement d'origine maghrébine, ont plus de 60 ans et vivent une partie de l'année dans leur pays d'origine, accomplissant régulièrement le va et vient entre leur « pays de famille et celui du travail ». L'âge des résidents de ce foyer correspond aux prévisions de la Sonacotra qui estime que plus de la moitié de ses locataires atteindront 60 ans et plus d'ici 2008 [4].

La moitié des résidents seulement bénéficiait d'une couverture sociale à 100 % 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]. Quarante-trois pour cent des consultants présentaient un surpoids, alors que cette affection touche un tiers de la population française. Cependant, cette différence disparaît si on tient compte de l'âge des consultants [5]. En revanche, on note un taux anormalement élevé de diabétiques (15 % des consultants contre 3-4 % des Français), retrouvé également chez 12,5 % des résidents dans l'enquête de Saint-Quentin-en-Yvelines [2]. Une enquête plus approfondie serait nécessaire pour comprendre cette surmorbidity, tenant compte de l'imparfaite maîtrise de la langue française, des habitudes culturelles et alimentaires dans cette population d'hommes éloignés de leur famille. La

présence d'une hypertension artérielle ne semble pas supérieure à la prévalence observée dans la population française [5]. Plus d'un consultant sur 2 a une consommation tabagique moyenne de 30 paquets années. Ces données rejoignent celles des quatre foyers de Saint-Quentin-en-Yvelines [2]. Malgré un accès aux soins non négligeable, ce bilan réalisé au sein du foyer a permis de découvrir plusieurs infections inconnues antérieurement ainsi que 3 radiographies pulmonaires témoignant d'une pathologie évolutive. Comme dans la population générale, les pathologies dentaires demeurent très fréquentes puisque 85 % des consultants nécessitaient des soins dentaires dont une réparation ou une mise en place de prothèse dans 20 % des cas. Il est probable que l'absence de couverture complémentaire ait des conséquences directes sur l'accès aux soins dentaires, comme cela a déjà été montré auparavant [6]. Par ailleurs, nous n'avons pu réaliser un bilan ophtalmologique alors qu'il avait été montré que l'accès à la lunetterie était limité par l'absence de prise en charge suffisante [6].

Tableau 3

Caractéristiques médicales des consultants (n = 129)		
Examens cliniques ou complémentaires (nombre effectué)	Nombre	%
Examen clinique (n = 116)		
Normal	67	57,8
Anormal révélant une pathologie inconnue	12	10,3
Anormal confirmant une pathologie connue	37	31,9
Indice de masse corporelle (n = 112)		
Normal < 25 kg/m ²	64	57,1
Surpoids ≥ 25 kg/m ²	34	30,4
Obésité ≥ 30 kg/m ²	14	12,5
Examen dentaire (n = 108)		
Normal	16	14,8
Nécessitant des soins, détartrage ou une prothèse	92	85,2
Analyses biologiques		
Glycémie à jeun > 2 g/l (n = 112)	7	6,3
Triglycérides > normale (n = 112)	28	25,0
Cholestérol > normale (n = 112)	9	8,0
Sérologie VIH positive non connue antérieurement (n = 108)	2	1,9
Antigène HBs non connu antérieurement (n = 109)	4	3,7
Sérologie VHC non connue antérieurement (n = 110)	1	0,9
TPHA et VDRL positifs non connus antérieurement (n = 109)	5	4,6
Radiographie thoracique (n = 113)		
Normale	98	86,7
Anormale, dont 4 nécessitant des soins urgents	15	13,2

CONCLUSION

La réalisation d'un « parcours santé » au sein d'une résidence Sonacotra par des professionnels libéraux et hospitaliers a obtenu une forte participation des résidents. Ce parcours a permis de mettre en évidence une insuffisance de couverture sociale en particulier pour la couverture complémentaire. Le diabète, le surpoids et les affections dentaires sont apparus au premier plan des problèmes de santé. Des actions concrètes tenant compte des obstacles linguistiques et culturels seraient nécessaires pour prolonger cette action de dépistage en vue d'obtenir une amélioration de l'état de santé de ces résidents.

REMERCIEMENTS

L'ensemble des membres du Réseau ARÈS 92 tiennent à remercier Mmes Catherine Vauvert, responsable de la résidence Sonacotra qui a facilité le déroulement du « parcours santé », Christine Chandemerle qui a assuré l'ensemble de la logistique et Christine Chan Chee pour l'analyse des données ainsi que la Caisse primaire assurance maladie et la Ddass des Hauts-de-Seine pour leur soutien financier.

RÉFÉRENCES

- [1] Antoun F, Valin N, Chouaid C, Renard M, Dautzenberg B, Lalande V et al. Épidémie de tuberculose dans un foyer de migrants à Paris en 2002. Bull Epidemiol Hebd 2003; 10-11:58-60.
- [2] 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. Rapport 2^e phase - Enquête en population. Cesam, migrations santé et Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, Octobre 2003, 129 p.
- [3] Billot D. Diagnostic santé : Foyers et résidence sociale Sonacotra de Saint-Quentin-en-Yvelines (78). Janvier-juin 2001. Institut de Promotion de la Santé de Saint-Quentin-en-Yvelines, 97 p.
- [4] Boyer T. Le vieillissement en foyer des résidents algériens. Champ Psychosomatique, 2001; 24:99-111.
- [5] Auvray L, Doussin A, Le Fur P. Santé, soins et protection sociale en 2002. Question d'économie de la santé. Credes, décembre 2003, 78.
- [6] Ridez S, Favier F, Colvez A. Précarité des Maghrébins vieillissant dans les foyers Sonacotra. In : Précarisation risque et santé. Questions en santé publique, Editions Inserm, Paris, 2001, 242-250.