

Enquête sur la santé des migrants âgés

Sous la direction de Mohamed EL MOUBARAKI



Présentation

Le rapport de l'enquête qualitative dont nous vous présentons un résumé et dont il sera question lors de cette table ronde, sera mis à votre disposition prochainement et fera, bien entendu, partie des actes du colloque. Nous essaierons dans cette présentation de nous limiter aux axes principaux contenus dans le questionnaire qui a servi à mener l'enquête auprès des personnes âgées immigrées dans plusieurs régions de France. Cette enquête centrée sur l'état social, sanitaire et environnemental des personnes âgées immigrées a été réalisée durant l'année 2013. Une première ébauche a été exposée lors de la journée d'étude du 3 décembre 2013. Le rapport détaillé est en cours de finalisation et sera sans doute enrichi par le débat autour de la table ronde qui lui est réservée.

Concernant le questionnaire de base, il a été bâti autour de six grands axes :

- Trajectoire de vie ;
- Logement ;
- État de santé, incapacité, recours aux soins ;
- Accès aux droits et aux soins ;
- Projets de vie ;
- Caractéristiques socio démographiques.

Les entretiens ont été réalisés pour la plupart dans la langue maternelle. 300 questionnaires ont été effectués. Les questionnaires incomplets n'ont pas été comptabilisés. L'enquête d'analyse concerne un échantillon de **274 personnes âgées de 55 à 93 ans**, habitant différentes régions de France : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Ile-de-France et Loire-Atlantique. C'est un échantillon de personnes âgées immigrées majoritairement originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne. Les personnes âgées immigrées sont concentrées dans les foyers par milieu d'origine.

Les hommes représentent 69,3% et les femmes 30,3% des personnes touchées par cette enquête.

Pour appuyer et développer les résultats de cette enquête, des entretiens semi-directifs avec des personnes âgées immigrantes et des professionnels ont été effectués dans des foyers à Champigny-sur-Marne, Ivry-sur-Seine, et l'Hay-les-Roses.

Objectifs de l'enquête

Les objectifs de cette enquête sont :

- Apporter un éclairage et une contribution sur le vécu de certains migrants âgés ;
- Donner la parole aux personnes âgées immigrées et faire entendre leurs témoignages et leurs attentes ;
- Consolider des pistes de réflexion et d'actions de partenariat avec les institutions publiques en charge de cette problématique et les acteurs du terrain ;
- Réaliser un état des lieux des conditions de vie, de l'état de santé et de l'accès aux soins des immigrés ;

19 mai 2014

Sommaire :

- [Présentation de l'enquête](#)
- [Résultats et analyses](#)
- [Résumé des résultats de l'enquête](#)

Dans ce résumé d'enquête :

La santé des migrants âgés	2
Logement et migrants	2
Connaissance des services	2
L'accès aux soins	3
Perception de l'état de santé	3
Santé et trajectoire migratoire	3
Résumé des résultats d'enquête	4



« Comme la musique,
l'immigration n'est pas
entre deux cultures, mais
dans toutes les cultures ».

ELM



Dépistage du rein par le Rénif, au sein du foyer Coallia de Vitry-sur-Seine

La santé des migrants âgés

Accès aux soins

Les personnes âgées ayant un médecin traitant (53,4%) ont plus tendance que les personnes âgées n'ayant pas de médecin traitant (12,5%) à consulter un médecin spécialiste.

Les personnes âgées touchant des indemnités chômage (78,6%), le RSA (65,2%) et un salaire (63,6%) auront plus tendance que les personnes âgées touchant une allocation supplémentaire vieillesse (30,8%), pension de réversion

(22,2%), pension d'invalidité civile ou militaire (27,3%) à ne pas avoir consulté de médecin spécialiste.

Couverture médicale

La majorité des personnes ayant CMU + mutuelle complémentaire ou la CMU + CMU C sont celles touchant le RSA, pension de retraite ou pré-retraite (21%), allocation pour adulte handicapé (22,2%), allocation supplémentaire vieillesse (26,7%), pension de

réversion (46,2%)

Perception de l'état de santé

Les hommes (34,2%) ont plus tendance que les femmes (26,5%) à se déclarer être en bonne et très bonne santé.

Les personnes non scolarisées (34,4%) ont plus tendance que les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (14,3%), secondaire (24,5%), supérieur (26,7%) à se déclarer être en mauvaise ou très mauvaise santé.

La tranche d'âge des 55-65 ans (45,4%) a plus tendance que la tranche d'âge des 65-75 ans (25,9%), 75-85 ans (10%) à déclarer être en très bonne ou bonne santé.

Addiction

Il y a autant d'hommes (86%) que de femmes (90%) ne buvant jamais d'alcool.

Les femmes (87,8%) sont plus nombreuses que les hommes (57,9%) à déclarer ne jamais avoir fumé.

Logement et migrants

Arrivée en France

Les personnes arrivées en France entre 1957-1970 habitent majoritairement dans les résidences sociales (47,1%), et dans les foyers (23,5%).

Niveau de satisfaction

Les personnes habitant dans une chambre meublée d'hôtel (66,7%) et

dans les foyers (48,6%) ont plus tendance que celles habitant en HLM (35,2%), et dans une maison (12,5%) à être insatisfaites de leur logement.

Recours à une institution

Les personnes ayant eu recours à un médiateur, institution ou autres pro-

fessionnels pour le logement, l'ont fait majoritairement car elles ont trouvé que l'offre n'était pas assez adaptée (40%), parce qu'il y avait trop d'attente (42,9%) ou pour d'autres raisons (57,1%).

Les personnes ayant eu recours à un médiateur, institution ou autres professionnels pour le logement, sont majoritaire-

ment celles habitant en foyer (32,4%), et en HLM (29,2%).

Les personnes n'ayant pas eu recours à un médiateur, institution ou autres professionnels pour le logement, sont majoritairement celles habitant en chambre meublée d'hôtel (100%), résidence sociale (84,4%).

Connaissance des services destinés à faciliter la vie des personnes âgées

Connaissance et utilisation

Il y a 29,7% personnes qui déclarent connaître les services à destination des personnes âgées et qui les utilisent.

Les personnes qui déclarent connaître les services à destination des personnes âgées et qui ne les utilisent pas représentent 70,3%.

Connaissance des services selon le niveau d'instruction

Les personnes ayant un niveau d'instruction supérieur (86,7%) ont plus tendance que les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (78,2%), secondaire (57,1%), et non scolarisé (47%) à connaître les services à destination des personnes âgées.

Les personnes non scolarisées (53%) ont plus tendance que les personnes ayant un niveau d'instruction primaire (21,8%), secondaire (42,9%), supérieure (13,3%) à ne pas connaître les services à destination des personnes âgées.

Utilisation des services

Les services utilisés majoritairement par les per-

sonnes âgées sont les soins à domicile (27,7%), le portage de repas (20,2%) et l'aide ménagère (22,7%).

Les services peu utilisés par les personnes âgées sont autant le club des personnes âgées (4,2%), que le lavage du linge (4,2%).

Dépistage du rein par le Rénif, au sein du foyer Coallia de Vitry-sur-Seine

L'accès aux soins des personnes âgées immigrées

Le médecin traitant comme référence

Il ressort des entretiens semi-directifs réalisés que le médecin traitant est la première personne vers qui se tournent les personnes âgées en cas de problème de santé :

« Quand j'ai des douleurs la première personne à qui je fais appel c'est mon médecin traitant directement sinon quand c'est grave l'hôpital » (Madame L. âgée de 60 ans sans emploi Camerounaise)

Un accès aux soins inégal

Les inégalités sociales de santé sont l'aboutissement de disparités liées aux ressources, logement, alimentation, emploi et travail, qui caractérisent l'état de justice sociale dans un pays ou un territoire à un moment de son histoire et de son développement économique.

« Oui si je n'ai pas les moyens avant j'avais la CMU C quand j'étais au chômage, car on avait des problèmes pour trouver du travail. Mais là c'est trop cher pour me payer une mutuelle. Je ne peux pas aller consulter des professionnels. Plusieurs fois j'ai voulu voir

le médecin du digestif, car je ne digère pas beaucoup, mais comme c'est trop cher je ne peux pas le voir » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité marocain)

Les freins à l'accès à une couverture médicale

Concernant leur couverture médicale, souvent l'accès à la mutuelle complémentaire est difficile pour des raisons financières.

« J'ai une mutuelle qui coûte 80 euros c'est cher, mais c'est obligé » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité algérien)



Monsieur H. âgé de 65 ans retraité algérien



Monsieur M. âgé de 73 ans retraité algérien

Perception de l'état de santé des personnes âgées immigrées

Une perception variable

La perception de leur état de santé est variable. Elle n'est pas vue dans sa globalité et s'identifie à une douleur ressentie ou à une pathologie.

« Il y a un jour où la santé est bien un jour où ce n'est pas bien » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité algérien)

« Oh ça va c'est la vieillesse ! Un peu de douleur, mais ça va » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité marocain)

La « bonne santé »

En règle générale la « bonne

santé » décrite par les personnes âgées immigrées est une santé qu'on définit soi-même, en s'imposant une hygiène, de l'activité physique et un maintien des relations sociales.

« Ça dépend des personnes donc chacun pense la santé par rapport à lui » (Monsieur M. âgé de 73 ans retraité algérien)

« Pour être en bonne santé, il faut avoir une bonne hygiène, il faut que tu sois propre, il faut que tu manges bien et il faut bouger, faire du sport » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité marocain)

« Les conditions pour être en bonne

santé, ne pas être malade c'est trop demandé. Mais avoir des contacts avec les gens, parler, sortir s'amuser, se rencontrer. (Madame L. âgée de 60 ans sans emploi Camerounaise)

Une santé qui dépend de Dieu

« On attend Dieu comme on le dit inchallah peut être il va me trouver un rein où je ne sais pas tous les jours, je pense, à ça. De toute façon nous on a rien à faire c'est Dieu qui décide, il y a Dieu et il y a les soignants. » (Monsieur H. âgé de 65 ans retraité, algérien)



Madame L. âgée de 60 ans sans emploi, Camerounaise



Monsieur M. âgé de 73 ans, retraité algérien



Monsieur A. âgé de 70 ans retraité

Santé et trajectoire migratoire

Maladie et trajectoire migratoire

Certaines personnes par le biais d'une visite médicale en France apprennent qu'elles ont contracté une maladie dans leur pays d'origine.

D'autres à l'inverse par une visite médicale dans leur pays d'origine, viennent se faire soigner en France.

« À Bamako en 2011 on a su que ma douleur venait des reins et je

suis venu me faire soigner d'urgence en France » (Monsieur K. âgé de 65 ans retraité malien)

Rapport à la prévention santé

À travers l'exemple du dépistage réalisé par le Rénif en partenariat avec Migrations Santé, on peut voir les représentations de départ face au dépistage proposé dans les foyers de travailleurs migrants. L'information sur la prévention ne suffit pas, il faut mobiliser les résidents en allant les chercher dans leur logement surtout pour les personnes isolées.

« Quand on m'a proposé le dépistage on se dit toujours oh c'est rien ça (rire) on se dit ça c'est de la connerie, mais quand Meryem est venue elle nous a convaincus. Quand j'ai vu le papier du dépistage je me suis dit pff c'est de la publicité ça. » (Monsieur A. âgé de 70 ans retraité marocain)



Migrations Santé

Téléphone : 01 42 33 24 74

Fax : 01 42 33 29 73

Messagerie : migsante@wanadoo.fr

Adresse: 11 rue Sarrette 75014
Paris

RETROUVEZ BIENTÔT LE
RAPPORT D'ENQUÊTE SUR LE
SITE INTERNET.

www.migrationsante.org/

Migrations Santé mène des actions de proximité, de formation et d'information. Elle se propose de contribuer à la promotion de la santé des migrants, des réfugiés et de leur famille et à faciliter l'accès aux soins et aux droits pour une meilleure intégration

Résumé des résultats d'enquête

Les résultats quantitatifs de cette enquête ont soulevé différentes problématiques liées à l'accès aux soins et à la santé, au logement, aux relations sociales et au rapport aux institutions. Aussi, par les entretiens semi-directifs nous avons relevé les problèmes liés à l'isolement, l'autonomie, les trajectoires migratoires, le non-recours aux soins et les conditions de vie des migrants.

Le premier constat concernant l'accès aux soins est le suivant : le fait d'avoir un médecin traitant a des effets sur la consultation d'un médecin spécialiste. Ceci s'explique d'une part par le fait que le médecin traitant aura plus tendance à diriger son patient vers des médecins spécialistes avec une lettre de prescription. D'autre part, le revenu conditionne le fait de consulter ou non un médecin spécialiste. Le non-recours à un médecin spécialiste concerne les plus faibles revenus et ceux ne bénéficiant pas de couverture médicale prenant en charge certains soins.

Le niveau d'instruction influe sur la perception de l'état de santé, plus le niveau d'instruction est élevé plus la personne se déclarera être en bonne santé. Aussi, l'âge a un effet sur la perception de l'état de santé, les plus âgés ayant plus tendance à avoir une vision dégradée de leur propre santé.

Deuxième constat concernant le logement : il y a une insatisfaction du logement pour ceux résidants en foyer et en chambre meublée. Les personnes ayant fait appel à un médiateur, institution ou autres professionnels pour le logement, sont majoritairement celles habitant en foyer, en HLM. Les personnes qui se disent insatisfaites de leur logement ne sont pas celles qui ont le plus recours à des institutions pour l'aide à l'accès aux logements.

Les conditions de vie de certaines personnes âgées peuvent dégrader leur état de santé : mauvaise hygiène, nuisance sonore, logement non adapté pour des personnes âgées. Il est souvent dit que les personnes âgées ne veulent pas quitter le foyer, mais certaines souhaitent accéder à des logements privés. En effet, certaines personnes âgées immigrées ont fait des démarches de logement à la Mairie sans avoir eu de réponse alors qu'elles vivent des conditions de vie délétères à leur santé et non adaptées à leur âge.

Troisième constat, concernant le rapport aux institutions d'aide : les personnes qui déclarent connaître les services à destination des personnes âgées ne sont pas majoritairement celles qui les utilisent. Autrement dit, il ne suffit pas de connaître les dispositifs pour en profiter.

Plus leur niveau d'instruction est élevé, plus les personnes ont tendance à connaître les services à destination des personnes âgées. A contrario, plus leur niveau d'instruction est faible, plus les personnes ne possèdent pas cette connaissance

Les personnes âgées ne se sentent pas écoutées par la direction du foyer et leurs demandes ne sont, parfois, pas prises en considération.

Aussi, la barrière linguistique constitue un frein à l'accès aux droits de santé. En matière d'aide médicale, s'est-on rendu compte qu'il existait soit une méconnaissance des droits par les personnes concernées, soit, parfois, une crainte, une honte d'y avoir recours ?

Quatrième constat concernant l'autonomie et l'isolement de ces personnes : les personnes les plus âgées sont les plus dépendantes, vis-à-vis de certaines tâches de la vie quotidienne. Elles ont souvent besoin d'être accompagnées pour prendre les transports en commun par exemple, et sont un peu plus autonomes pour les petites tâches domestiques. Les femmes étant plus dépendantes que les hommes concernant les tâches ménagères.

Il a également été relevé que plus la personne est âgée plus elle aura tendance à déclarer avoir une incontinence.

La variable isolement n'a pas été posée en tant que telle dans le questionnaire. La question a été nuancée pour ce qui est en lien avec l'isolement et le fait de vivre seul ou pas. Beaucoup de personnes âgées déclarent vivre seules suite à un divorce ou un veuvage. Par le biais des entretiens semi-directifs, on constate que l'isolement touche surtout les résidents dans les foyers de travailleurs migrants aussi bien les plus âgées que les plus jeunes.

Cinquième constat relève du lien avec les proches du pays : le contact avec les proches du pays est quotidien pour certains et reste leur seul lien social. Le retraité pour la famille, restée au pays, est reconnu car il continue à être le nourricier, le soutien financier. Ce dernier se préoccupe des besoins de sa famille en premier quitte à négliger sa santé.

Par les entretiens semi-directifs au sein de foyers Adoma, il apparaît une solidarité intergénérationnelle chez les personnes âgées d'Afrique subsaharienne où le vieillard est respecté et gagne en hiérarchie. A contrario, pour les personnes âgées issues du Maghreb, il n'apparaît pas d'entraide entre les résidents qui s'identifient comme étant tous dans la même situation.

Dernier constat en rapport avec le projet d'émigration vers le pays d'origine : les personnes qui ont le projet d'aller vivre dans leur pays d'origine au cours des 12 derniers mois écoulés sont majoritairement les plus âgées. Aussi, ce sont les mêmes qui souhaitent être enterrées dans leur pays d'origine.