

CONDITIONS DE VIE ET ETAT DE SANTE DES IMMIGRES ISOLES DE 50 ANS ET PLUS EN LANGUEDOC-ROUSSILLON



Rapport 2^{ème} phase

Enquête en population

M. SIEIRA ANTELO (1), V. DESMARTIN BELARBI (2), S. RIDEZ (1), B. LEDESERT (2)

Octobre 2003

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien logistique ou financier de :

- ◆ **ARCMSA** (*Association régionale des caisses de mutualités sociales agricoles Languedoc-Roussillon*)
- ◆ **Caf** (*Caisses d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon*)
- ◆ **Cnam** (*Caisse nationale d'assurance maladie*)
- ◆ **Conseil général de l'Hérault**
- ◆ **Cram LR** (*Caisse régionale d'assurance maladie du Languedoc-Roussillon*)
- ◆ **Drass** (*Direction régionale des affaires sanitaires et sociales*)
- ◆ **DRE LR** (*Direction régionale de l'équipement Languedoc-Roussillon*)
- ◆ **Fasild** (*Fonds d'action et de soutien pour l'intégration et la lutte contre les discriminations*)
- ◆ **Fondation de France**
- ◆ **Insee LR** (*Institut national de la statistique et des études économiques*)

Nous remercions les structures (associations et institutions) qui se sont associées au repérage de la population à enquêter :

Montpellier/Lunel

Mutualité sociale agricole
CLIC, Coordination gérontologique
SSAE, Service Social d'aide aux émigrants
Agence de la solidarité départementale
Consulat du Maroc
ASTM
C.C.A.S.
Consulat d'Algérie
Consulat d'Espagne
Consulat d'Espagne Oficina Laboral Española
Club du troisième âge
Médiateur culturel Lunel
Casa de España

Béziers

FACEEF, Colonie Espagnole
As. Solidarité Marocains du Biterrois
Mutualité sociale agricole
Association catholique
Amicale des Algériens du Biterrois
CCAS
Amicale des Tunisiens du Biterrois

Perpignan/Argelès sur mer

Centres sociaux de la ville
Mutualité sociale agricole
Centro español de los Pirineos Orientales
IBERIA CULTURA
*A.A.C.V.G.R.E**
Ecrivain public, conseiller en formalités
Association sportive

Nîmes/Beaucaire/St Gilles

Service Migrants Insertion
Centre d'action sociale et de santé
Amicale des Tunisiens du Gard
Mutualité sociale agricole Saint Gilles
Centre socioculturel

* Association des Anciens Combattants et Veuves de Guerre de la République Espagnole

Nous remercions enfin les enquêtrices et enquêteurs qui grâce à leur rigueur, ont permis un recueil d'informations de grande qualité :

Montpellier

Laurie DE LA FUENTE, Nezha NICH, Brahim DAHAK, Fatiha NEFZAOUI

Béziers

Mohamed BAKI, Carole DELFOND

Nîmes

Mourad ABSLAMA, Selma BEN HADJ KHELIFA, Rajâa NOUALI

Perpignan

Corinne BAYECOLA, Marie DURO, Hafida SOUHAIL, Alia HASSANI GUETACHE

Le travail de technicien d'études a été assuré par Hafid BOULAHTOUF (ORS) et la documentation par Catherine Casu (ORS) et Marcos SIEIRA ANTELO (Cesam).

La mise en page de ce rapport a été réalisée par Jackie CAUSSIDIER (ORS).

Nous remercions Sylvie EMSELLEM, chargée de missions à l'Oriv (Observatoire régional de l'intégration et de la ville Alsace) pour l'échange d'expériences qui a permis d'enrichir notre réflexion.

Ce travail de plus de 3 années a été porté par les membres du comité de pilotage qui ont amené très régulièrement leurs réflexions, leurs contributions et leurs expériences professionnelles. Qu'ils soient ici individuellement cités et remerciés :

Françoise Auzeby, *Insee L-R*

Christine Bonnard, *Drass*

Véronique Breton, *Cram – Service social*

Dominique Carrière, *Cram-Eras L-R*

Martine Faixo, *MSA 34*

Elisabeth Feyrerros, *DSD – Conseil général Hérault*

Fadila Mehal, *Fasild*

Johanne Mongrain, *Fasild L-R*

Roger Rabier, *Caf*

Jean-Frédéric Tran, *DRE*

TABLE DES MATIERES



I. INTRODUCTION	1
I. 1. Rappel des objectifs	3
I. 2. Rappel de la méthodologie d'enquête	3
I. 2. 1. Type d'enquête	3
I. 2. 2. Critères d'inclusion	3
I. 2. 3. Constitution de l'échantillon	3
I. 2. 4. Questionnaire	4
I. 2. 5. Recrutement et formation des enquêteurs	4
I. 2. 6. Modalités de contacts avec les personnes enquêtées	4
II. RESULTATS	5
II. 1. Description de la population étudiée	5
II. 2. Caractéristiques sociodémographiques	7
II. 2. 1. Trajectoire de vie	7
II. 2. 2. Situation administrative	9
II. 2. 3. La famille	9
II. 2. 4. Etudes et connaissance du français	12
II. 2. 5. Nature des revenus	14
II. 3. Conditions d'habitat	18
II. 3. 1. Statut vis-à-vis du logement	18
II. 3. 2. Coût du logement	18
II. 3. 3. Type de logement occupé	18
II. 3. 4. Logement précédent	19
II. 3. 5. Difficultés rencontrées dans la recherche d'un logement	19
II. 3. 6. Confort	20
II. 3. 7. Satisfaction concernant le logement et souhaits de changements	21
II. 4. Isolement, entourage social	24
II. 4. 1. Durée de l'isolement	24
II. 4. 2. Activités pratiquées	24
II. 4. 3. Fréquentation des proches	26
II. 5. L'avenir	30
II. 5. 1. Les aller-retour entre la France et le pays d'origine	30
II. 5. 2. Le lieu de résidence	30
II. 5. 3. L'enterrement	31
II. 5. 4. Dispositions financières pour l'enterrement au pays	31
II. 6. Synthèse intermédiaire : conditions de vie	32
II. 7. Comparaisons avec d'autres études : conditions de vie	34
II. 8. Extrapolation en région : conditions de vie	36
II. 9. Etat de santé général	37
II. 9. 1. Pathologies déclarées	37
II. 9. 2. Traitement médicamenteux	39
II. 9. 3. Suivi médical	39
II. 9. 4. Hospitalisation	41

II. 10. Incapacités	42
II. 10. 1. Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne	42
II. 10. 2. Besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne	43
II. 10. 3. Utilisation d'une canne	44
II. 10. 4. Chutes	44
II. 10. 5. Confinement	44
II. 10. 6. Handicap	45
II. 11. Santé perçue et échelle de dépression	46
II. 11. 1. Santé perçue	46
II. 11. 2. Echelle de dépression	47
II. 12. Information, accès et renoncement aux soins	50
II.12. 1. Niveau d'information médicale	50
II.12. 2. Couverture médicale de base	50
II.12. 3. La complémentaire santé	51
II. 13. Aide fournie par les professionnels	54
II. 13. 1. Connaissance de ces services	54
II. 13. 2. Utilisation de ces services	54
II. 14. Synthèse intermédiaire : état de santé	56
II. 15. Comparaisons avec d'autres études : état de santé	58
II. 15. 1. Incapacités	58
II. 15. 2. Utilisation des services pour personnes âgées	60
II. 16. Extrapolation en région : état de santé	61
II. 17. Eléments interférant avec la santé et la dépendance	62
II. 17. 1. Les personnes malades	62
II. 17. 2. Les personnes dépendantes	66
III. DISCUSSION	72
III. 1. Une démarche utile	73
III. 2. Un champ d'intervention peu exploré	74
III. 3. Une méthodologie novatrice	74
III. 4. La caractérisation d'une population	75
III. 4. 1. Dans sa dimension humaine	75
III. 4. 2. Dans sa diversité régionale	76
III. 5. Des possibilités de comparaisons avec la population générale	76
IV. RECOMMANDATIONS	78
IV. 1. Recommandations pour une mise en œuvre simple et rapide au niveau local ou local/régional	78
IV. 1. 1. Simplifier l'information et l'accompagnement dans les démarches d'accès aux droits et aux soins	788
IV. 1. 2. Développer la solidarité sur les territoires de la politique de la ville	79
IV. 1. 3. Favoriser le maintien à domicile pour la prise en charge de la dépendance	79
IV. 1. 4. S'appuyer sur les Permanences d'accès aux soins de santé, en milieu hospitalier	80

IV. 2. Recommandations dans le but d'informer et sensibiliser des décideurs et des professionnels	81
IV. 2. 1. Introduire la thématique du vieillissement des migrants à chaque niveau de l'action à destination des personnes âgées (ou des migrants)	81
IV. 2. 2. Sensibiliser les médecins généralistes aux problèmes spécifiques du vieillissement des immigrés isolés avec un possible retentissement de cet isolement en terme de santé mentale	82
IV. 2. 3. Former les professionnels de l'aide à domicile	82
IV. 2. 4. Prendre en compte le vieillissement de la population immigrée dans le cadre de l'action sur l'habitat social	82
IV. 3. Recommandations qui relèvent de politiques nationales	83
IV. 3. 1. Encourager l'accès à une complémentaire santé	83
IV. 3. 2. Assouplir les conditions de résidence en France qui déterminent l'accès à certains droits	84
IV. 4. Une réflexion inévitable face au vieillissement de cette population	84
IV. 4. 1. Permettre l'intégration des immigrés dans les établissements pour personnes âgées	84
IV. 4. 2. Anticiper pour mieux prévenir	85
 V. CONCLUSION	 86
 VI. BIBLIOGRAPHIE	 87
 VII. TABLE DES ILLUSTRATIONS	 88
 VIII. ANNEXES	 89
Annexe 1 : résultats détaillés des besoins d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne	89
Annexe 2 : scores obtenus dans l'échantillon aux échelles d'incapacité	90
Annexe 3 : un risque accru de perte de droits pour les immigrés	91
Annexe 4 : fiches 12, 38, 39, 40 et 46 du programme d'actions du Comité interministériel à l'intégration du 10 avril 2003	92
Annexe 5 : glossaire	95
Annexe 6 : le dispositif des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)	97
cartographie des CLIC au 31/07/03 par bassin gérontologique en Languedoc-Roussillon	98
centres locaux d'information et de coordination (CLIC) - Région Languedoc-Roussillon	99
Annexe 7 : les immigrés en Languedoc-Roussillon	101
Annexe 8 : questionnaire	102

I. INTRODUCTION

En France, si le vieillissement de la population et les difficultés qui l'accompagnent constituent un problème repéré depuis longtemps, le vieillissement des immigrés reste encore un phénomène social méconnu.

Les immigrés sont venus travailler en France, dans leur jeunesse, par vagues successives. Les premières ont concerné des Européens de pays situés au sud de la France et aussi des Polonais. Puis ce fut le tour des Maghrébins. Tous ont longtemps été considérés comme ayant vocation au retour. Ils sont, en fait, nombreux à être restés en France. Certains, par l'intermédiaire du regroupement familial, ont fait venir leur famille. D'autres, n'ayant pas fait ce choix, vivent et vieillissent seuls en France.

De nombreux travaux, réalisés sur les migrants âgés vivant en foyers de travailleurs migrants, ont permis de faire le constat qu'un certain nombre d'indicateurs, qui, en général, affectent de façon négative les conditions de vie et l'état de santé des personnes au-delà de 50 ans, peuvent se trouver accentuées par les caractéristiques des migrants.

Si l'on a pu approcher la nature des difficultés que rencontrent les immigrés hébergés dans des foyers, on ne dispose pas, par absence d'approche statistique quantitative et d'appréciation qualitative, d'informations concernant les difficultés des migrants qui résident hors structures d'hébergement.

Aussi, afin de mieux connaître leur situation, Cesam migrations santé (Cesam) et l'Observatoire régional de la santé Languedoc-Roussillon (ORS-LR) ont initié, fin 1999, en région Languedoc-Roussillon, avec le soutien logistique et financier des organismes en charge de la politique gérontologique, une enquête qui s'est déroulée en deux temps : un premier temps de recensement de cette population et un second temps d'enquête sur ses conditions de vie et son état de santé.

Le présent document présente les résultats de l'enquête en population. Il se situe en complément de deux rapports : un premier réalisé sur le recensement de la population cible¹ et un second sur la méthodologie utilisée pour mener à bien cette enquête².

Après un rappel des objectifs et de la méthodologie de l'étude, ce document décrit la composition de l'échantillon obtenu.

Sont ensuite présentées les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée, des données de base sur sa santé ainsi qu'une caractérisation des malades et dépendants en analyse multivariée, à partir d'éléments interférant habituellement avec l'état de santé.

Suit une discussion qui met en perspective ce travail avec les avancées actuelles de la réflexion nationale sur le vieillissement des immigrés et plus largement de l'immigration.

Enfin une série de recommandations sur la réponse sociale qu'il semble pertinent d'apporter aux difficultés identifiées dans notre population d'enquête parachève ce travail.

¹ DESMARTIN V, RIDEZ S, LEDESERT B. Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon - Recensement de la population d'enquête - Décembre 2001

² RIDEZ S, SIEIRA ANTELO M. LEDESERT B. DESMARTIN BELARBI V. Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon - Méthodologie d'enquête - Octobre 2002

I. 1. Rappel des objectifs

Réaliser un état des lieux des conditions de vie, de l'état de santé et de l'accès aux soins des immigrés isolés vieillissant en Languedoc-Roussillon et proposer des recommandations pour orienter, si nécessaire, la mise en œuvre d'actions en direction de ce public.

I. 2. Rappel de la méthodologie d'enquête

I. 2. 1. Type d'enquête

Compte tenu des objectifs poursuivis, nous avons retenu le principe d'une enquête descriptive transversale par questionnaire administré.

I. 2. 2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour l'enquête étaient les suivants : l'enquêté doit être né avant 1950, à l'étranger, de nationalité étrangère (algérienne, espagnole, marocaine ou tunisienne), vivre seul hors foyer ou institution hébergeant des personnes âgées.

I. 2. 3. Constitution de l'échantillon

C'est la méthode des quotas qui a été choisie, avec un contrôle de leur constitution sur quatre variables : le sexe, l'âge, le groupe de nationalités et la zone géographique (bassin gérontologique³).

Tableau 1 : quotas par sexe, âge, groupe de nationalités et bassins gérontologiques

	Bassin de Nîmes		Bassins de Béziers, Agde et Pézenas		Bassins de Montpellier et Lunel		Bassin de Perpignan	
	Espagnols	Maghrébins	Espagnols	Maghrébins	Espagnols	Maghrébins	Espagnols	Maghrébins
Hommes 50 à 64 ans	-	33	9	9	14	14	10	10
65 à 74 ans	-	19	8	8	8	8	8	8
75 ans et plus	-	18	12	12	10	10	11	11
Femmes 50 à 64 ans	-	24	10	10	12	12	11	11
65 à 74 ans	-	13	8	8	7	7	8	8
75 ans et plus	-	13	13	13	9	9	12	12
TOTAL	-	120	60	60	60	60	60	60

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

³ voir glossaire

I. 2. 4. Questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de la connaissance que nous avons des publics migrants vivant dans les foyers et de certains déterminants influençant leurs conditions de vie : déterminants d'ordre environnemental (logement), économique (niveau de revenus), réglementaire (connaissance des droits), sanitaire (état de santé et accès aux soins) et sociologique (relations sociales).

I. 2. 5. Recrutement et formation des enquêteurs

Le test des questionnaires a confirmé la pertinence d'un recrutement d'enquêteurs bilingues issus des groupes définis au moment du recensement : Espagnol ou Maghrébin.

Les enquêtrices et enquêteurs recrutés et formés à la passation du questionnaire, 18 au total, résidaient sur les lieux d'enquête. Treize ont effectivement mené l'enquête à son terme en plus des 2 porteurs du projet de Césam migrations santé.

I. 2. 6. Modalités de contact avec les personnes enquêtées

En l'absence de listes, pour localiser les personnes correspondant aux critères, un réseau de partenaires a été mobilisé à partir de la pratique de travail du Cesam avec ces publics et ces partenaires. Outre la possibilité de résoudre les difficultés de contact avec la population cible, il était indispensable d'associer ces structures à la production de connaissances sur une population méconnue, pour une meilleure prise en compte ultérieure des difficultés liées à son vieillissement.

II. RESULTATS

II. 1. Description de la population étudiée

Au cours de l'étude, un total de 395 personnes ont pu être enquêtées. Le tableau 2 donne une description de cet échantillon par sexe, âge, nationalité et bassin de résidence.

Tableau 2 : répartition de l'échantillon par sexe, âge, groupe de nationalités et bassins gérontologiques

	Bassin de Nîmes		Bassins de Béziers, Agde et Pézenas		Bassins de Montpellier et Lunel		Bassin de Perpignan		TOTAL
	Espagnols	Maghrébins	Espagnols	Maghrébins	Espagnols	Maghrébins	Espagnols	Maghrébins	
Hommes 50 à 64 ans	-	33	1	24	9	15	5	9	96
65 à 74 ans	-	20	3	10	8	6	4	8	59
75 ans et plus	-	17	3	13	10	3	5	12	63
Femmes 50 à 64 ans	-	19	3	10	11	13	6	12	74
65 à 74 ans	-	14	1	6	11	7	4	9	52
75 ans et plus	-	5	1	15	10	5	6	9	51
TOTAL	-	108	12	78	59	49	30	59	395

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Cette population est constituée d'un peu plus d'hommes (55 %) que de femmes (45 %). Le groupe des Maghrébins en constitue les trois quarts (74 % pour 26 % d'Espagnols). La répartition entre bassins gérontologiques de cette population est assez équilibrée : les bassins autour de Béziers et le bassin de Perpignan regroupent chacun 23 % de l'effectif alors que les bassins de Nîmes d'une part, de Montpellier et Lunel d'autre part en regroupent chacun 27 %. Les personnes âgées de 50 à 64 ans forment une petite moitié de la population enquêtée (43 %) alors que les deux groupes des personnes de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus sont en proportion équivalente (respectivement 28 et 29 %). L'ensemble de ces éléments correspond aux caractéristiques fixées par la méthode des quotas au niveau de la constitution de l'échantillon pour l'enquête.

Indications pour la lecture des résultats

Dans ce rapport, sont distingués :

- ✓ L'**échantillon** qui désigne l'ensemble des personnes enquêtées, désignées également par l'effectif enquêté.
- ✓ La **population** qui désigne la population cible : les Espagnols et Maghrébins âgés de 50 ans et plus, vivant seuls, en Languedoc Roussillon.
- ✓ La **population générale**, qui désigne les personnes âgées de 50 ans et plus, isolées ou non, qui seront évoquées dans les comparaisons.

Les termes suivants (**immigré, étranger, migrant**) sont utilisés également pour caractériser les populations prises en compte dans ce rapport et correspondent à des personnes nées à l'étranger et de nationalité étrangère, vivant en France⁴.

Le terme « bassin » désigne le bassin gérontologique, unité territoriale retenue comme zone d'enquête pertinente pour le thème d'investigation.

Les résultats de l'enquête sont présentés pour l'ensemble de l'échantillon. La significativité du lien est mesurée par le test du Khi-2. Le degré de significativité est indiqué par la valeur de p . Le lien est significatif pour $p < 0,05$ et très significatif pour $p < 0,0001$.

La présentation des résultats par bassin gérontologique n'a été possible que pour la population maghrébine (aucun Espagnol sur Nîmes et peu sur Béziers). Ces données sont livrées systématiquement en fin de chapitre.

Des études antérieures ont été utilisées pour comparer les données recueillies :

- ✓ L'étude de l'Inserm-ORS⁵ effectuée en 1994 et 1998 sur les bassins de Lunel et de Pézenas (Hérault) a permis des comparaisons intéressantes avec un échantillon de la population générale sur des questions identiques pour les mêmes classes d'âge (65 ans et plus) et pour des personnes isolées, qui sont 449 dans notre enquête.
- ✓ L'enquête de l'ORS-LR⁶ sur Narbonne (11) en mars-avril 1995 pour connaître leurs besoins et analyser la situation des personnes âgées de 60 ans et plus, résidant à Narbonne (enquête transversale par questionnaire administré auprès d'un échantillon de 1 000 personnes de 60 ans et plus).
- ✓ L'enquête sur le logement des étrangers en France, menée par l'Insee avec les données de l'enquête logement de 1996⁷. Elle offre l'intérêt de son étendue (nationale) et de ne concerner que les immigrés de nationalité étrangère, en distinguant de surcroît les ressortissants maghrébins et ceux de l'Union Européenne.
- ✓ L'annuaire statistique Statis 2003, édité par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Languedoc-Roussillon, fournit des données sanitaires et sociales récentes en région.

⁴ DECOUFLE AC. Les mots de l'immigration et de l'intégration : éléments de vocabulaire, 1998. Commission générale de terminologie et de néologie. www.social.gouv.fr.

⁵ Inserm Unité 500. Epidémiologie des maladies chroniques invalidantes et du vieillissement – ORS L-R-Prévention de la dépendance des personnes âgées. Situation des personnes âgées vivant à domicile dans les bassins gérontologiques de LUNEL et PEZENAS. 1994 – 1998.

⁶ ORS LR. Etude sur les besoins et comportements des personnes âgées à Narbonne. Octobre 1995.

⁷ THAVE S. L'enquête Insee sur le logement des immigrés, INSEE première, N° 689 – décembre 1999.

II. 2. Caractéristiques sociodémographiques

II. 2. 1. Trajectoire de vie

II. 2. 1. 1. Nationalité et lieu de naissance

Le groupe des Maghrébins est composé majoritairement de Marocains (51 %) alors que les Algériens représentent 39 % de ce groupe et les Tunisiens, seulement 10 %⁸.

Avec une moyenne d'âge de 70 ans (± 11 ans), les Espagnols sont plus âgés que les Algériens ou les Tunisiens (67 ans ± 10 ans) ou que les Marocains (64 ans ± 9 ans). Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

65 % des personnes constituant notre échantillon sont nées en zone rurale. Cette proportion est plus importante chez les hommes que chez les femmes : respectivement 70 % et 57 % ($p < 0,05$).

II. 2. 1. 2. Arrivée et temps de présence en France

68 % des personnes interrogées sont arrivées en France directement en Languedoc-Roussillon. Les autres sont arrivées le plus souvent par la région PACA (10 %), puis par Rhône-Alpes (5 %) et enfin par la région parisienne (4 %).

Les femmes sont plus nombreuses (80 %) que les hommes (59 %) à être arrivées en France par le Languedoc-Roussillon ($p < 0,0001$). Ceci est également vrai des Espagnols (81 %) par rapport aux Maghrébins (36 %) ($p < 0,05$).

Les personnes enquêtées sont en France depuis en moyenne 33 ans (± 13 ans). Cette durée moyenne est supérieure chez les hommes : 35 ans (± 12 ans) contre 31 ans (± 13 ans) pour les femmes ($p < 0,05$). Les Espagnols sont en France depuis plus longtemps que les Maghrébins : respectivement 44 ans (± 10 ans) contre 30 ans (± 11 ans) ($p < 0,0001$). Enfin, d'une façon un peu naturelle, les plus âgés sont en France depuis plus longtemps : 39 ans (± 15 ans) pour les 75 ans et plus, 34 ans (± 11 ans) pour les 65-74 ans et 28 ans (± 10 ans) pour les plus jeunes ($p < 0,0001$).

⁸ La complexité de certaines trajectoires personnelles est rappelée par quelques cas marginaux d'Espagnols nés au Maghreb ou en Argentine.

II. 2. 1. 3. *Les raisons de l'émigration*

Dans plus de la moitié des cas (57 % des personnes), les raisons de la venue en France sont d'ordre économique (tableau 3). Les raisons évoquées qui viennent ensuite sont le regroupement familial dans 29 % des cas et la situation politique au pays d'origine au moment du départ (9 %). Cette dernière raison est avancée principalement par les Espagnols. Pour les 5 % restant, il s'agit de personnes venues soit pour combattre sous le drapeau français, soit pour faire des études ou en vacances.

Tableau 3 : raisons de l'émigration : répartition par sexe, âge et groupe de nationalités

	Raison économique		Regroupement familial		Situation politique au pays d'origine		Autres		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hommes	182	85	5	2	20	9	2	4	p < 0,0001
Femmes	40	23	107	62	16	9	9	6	
Espagnols	47	47	29	29	19	19	5	5	p < 0,05
Maghrébins	175	61	83	29	17	6	12	4	

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 2. 1. 4. *Les conditions de la venue en France*

Dans six cas sur 10 (61 %), les personnes interrogées ont déclaré être arrivées en France seules, sans qu'un membre de la famille proche (conjoint, enfant) soit déjà sur place. Dans près d'un cas sur cinq (19 %), elles sont venues pour rejoindre la famille dans le cadre du regroupement familial. Dans 12 % des cas, elles sont arrivées en famille, c'est-à-dire avec le conjoint et un ou plusieurs enfants. Enfin, elles disent être arrivées avec uniquement leur conjoint dans 8 % des cas. La répartition de ces différents modes d'arrivée (tableau 4) varie peu avec l'âge. Par contre, elle varie fortement suivant le sexe de la personne, un peu moins selon le groupe de nationalités.

Tableau 4 : conditions de la venue en France : répartition par sexe et groupe de nationalités

	Seul(e)		Venu(e) rejoindre la famille		Venu(e) avec le(la) conjoint(e) et 1 ou plusieurs enfants		Venu(e) avec le(la) conjoint(e) seul(e)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hommes	185	85	10	1	20	9	2	5	p < 0,0001
Femmes	51	30	23	42	26	15	71	13	
Espagnols	49	52	8	24	23	8	15	16	p < 0,05
Maghrébins	187	54	25	8	23	8	58	20	

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 2. 2. Situation administrative

La grande majorité des personnes rencontrées au cours de l'étude (90 %) disposent d'une carte de résident d'une durée de validité de 10 ans. 3 % ont le statut de réfugiés et 7 % sont titulaires d'une carte de séjour temporaire (d'une durée de validité d'un an).

Les Maghrébins sont 82 % à avoir une carte de résident et représentent l'ensemble des réfugiés⁹. Quant aux Espagnols, ils sont tous titulaires d'une carte de résident (délivrée automatiquement aux ressortissants de l'Union Européenne séjournant en France¹⁰).

II. 2. 3. La famille

II. 2. 3. 1. Le statut matrimonial

Au cours de l'étude, 7 % de célibataires ont été dénombrés. Les veufs représentent près d'une personne sur deux (46 %). La proportion de personnes mariées est de 30 % et celle des personnes divorcées ou séparées de 17 % (tableau 5).

⁹ Il convient de rappeler « la fin officielle du statut de réfugiés pour les Espagnols, en 1981 », Geneviève Dreyfus-Armand, *Multiplicité des associations d'exilés républicains espagnols*. Actes du colloque 1901-2001 Migrations et vie associative : entre mobilisations et participation Institut du monde arabe, 8 octobre 2001.

¹⁰ Décret n°94-211 du 11 novembre 1994 réglementant les conditions d'entrée et de séjour en France des ressortissants des Etats membres de la CEE, bénéficiaires de la libre circulation des personnes : articles 1 à 9

Les mariés, divorcés et séparés sont plus nombreux dans les tranches d'âge les plus jeunes et, naturellement, les veufs chez les plus âgés. Les personnes mariées sont presque exclusivement des hommes maghrébins.

Tableau 5 : répartition des statuts matrimoniaux par sexe, groupe de nationalités et âge

	Célibataire		Marié		Veuf		Divorcé / Séparé		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hommes	16	7,0	116	53	63	29,0	23	11,0	p<0,0001
Femmes	11	6,0	1	0,5	119	68,0	45	25,5	
Espagnols	21	21,0	1	1,0	65	65,0	13	13,0	p<0,0001
Maghrébins	6	2,0	116	39,0	117	40,0	55	19,0	
50-64 ans	13	8,0	71	42,0	46	27,0	39	23,0	p<0,0001
65-74 ans	8	7,0	27	25,0	58	52,0	18	16,0	
75 ans et plus	6	5,0	19	17,0	78	68,0	11	10,0	

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 2. 3. 2. Les conjoints au pays

Rappelons que les personnes mariées sont à une exception près des hommes et des Maghrébins. Leurs conjoints résident tous au pays où est né l'enquêté(e) : 62 % au Maroc, 32 % en Algérie, 6 % en Tunisie.

Les mariés marocains et tunisiens tendent à être plus jeunes que les mariés algériens.

91 % des personnes mariées ont rendu visite au moins une fois à leur conjoint dans l'année précédant l'enquête.

Par contre, les visites des conjoints sont moins fréquentes : près des deux tiers des personnes mariées (63 %) n'ont jamais reçu la visite de leurs conjoints en France. Parmi les personnes qui les ont reçu, c'était pour 7 % au cours de l'année précédant l'enquête et 30 % au cours des deux années précédant l'enquête. Près de la moitié de ces personnes mariées (44 %) n'ont pas fait venir leur conjoint en France depuis au moins 4 ans.

II. 2. 3. 3. *Les enfants*

Dans la plupart des cas (90 %), les personnes de l'échantillon ont un ou plusieurs enfants. Le nombre moyen d'enfants est de 4,4 ($\pm 2,5$). Les hommes ont en moyenne plus d'enfants que les femmes (respectivement 4,7 ($\pm 2,5$) et 3,9 ($\pm 2,5$)) ($p < 0,05$). De même, les Maghrébins ont plus d'enfants : 4,9 ($\pm 2,4$) que les Espagnols : 2,7 ($\pm 2,2$) ($p < 0,0001$). Enfin, plus on avance en âge, plus le nombre moyen d'enfants est élevé : 3,9 ($\pm 2,4$) chez les 50-64 ans, 4,7 ($\pm 2,6$) chez les 65-74 ans et 4,8 ($\pm 2,7$) chez les personnes de plus de 74 ans ($p < 0,05$).

Deux tiers des personnes n'ont pas d'enfant à charge. Parmi ceux qui en ont, le nombre moyen de ces enfants est de 3,0 ($\pm 1,5$). Ces parents sont surtout des hommes, maghrébins, plutôt jeunes. Ils représentent 82 % des mariés, 21 % des divorcés et séparés et 6 % des veufs.

Eléments d'analyse par "bassin"

La trajectoire migratoire des Maghrébins diffère de manière significative selon le bassin de résidence de la personne. Les personnes venant des bassins de Béziers et de Perpignan ont des caractéristiques proches :

- ✓ *Elles sont plus âgées ($p < 0,05$) en moyenne sur Béziers et Perpignan (respectivement 70 ans (± 9) et 67 ans (± 10)) que sur Nîmes et Montpellier/Lunel (65 ans (± 8) et 63 ans (± 9)).*
- ✓ *Elles sont davantage d'origine rurale ($p < 0,0001$) : respectivement 88 % et 66 % à Béziers et Perpignan contre 50 % pour Nîmes et 56 % pour Montpellier/Lunel.*
- ✓ *Elles ont en moyenne davantage d'enfants ($p < 0,0001$) : 6,1 ($\pm 2,4$) à Béziers et 5,5 ($\pm 2,4$) à Perpignan contre 3,9 ($\pm 1,9$) et 4,9 ($\pm 2,6$) pour Nîmes et Montpellier/Lunel.*

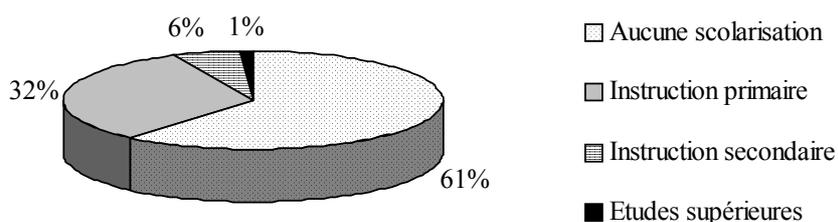
La répartition par pays de naissance s'effectue différemment entre les bassins : les bassins de Nîmes et de Béziers comptent davantage de Marocains alors que les bassins de Montpellier/Lunel et de Perpignan comptent davantage d'Algériens.

II. 2. 4. Etudes et connaissance du français

II. 2. 4. 1. Etudes

61 % des personnes interrogées n'ont pas été scolarisées du tout (graphique 1) et 32 % ont reçu seulement une instruction primaire. Seuls 6 % ont suivi une instruction secondaire et 1 % a effectué des études supérieures.

Graphique 1 : niveau d'étude



Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Ce niveau d'instruction est plus élevé chez les femmes : 54 % d'entre elles ont été scolarisées alors que seulement 34 % des hommes l'ont été ($p < 0,05$). Les Espagnols ont été scolarisés à 70 %, alors que 72 % des Maghrébins ne l'ont pas été ($p < 0,0001$).

II. 2. 4. 2. Maîtrise du français

La majorité des personnes qui constituent l'échantillon déclare parler le français (tableau 6). Par contre, elles sont moins nombreuses à le lire et encore moins à l'écrire¹¹.

Tableau 6 : communication en français

	OUI		NON	
	N	%	N	%
Parle le français	354	90,0	38	10,0
Lit le français	178	46,0	213	54,0
Ecrit le français	130	34,0	262	66,0

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

¹¹ 15 % des personnes qui ne savent pas lire le français savent lire en langue maternelle, 17 % de celles qui ne savent pas lire leur langue maternelle savent lire en français ; 46 % des personnes ne savent pas lire du tout.

Aux 10 % des personnes qui ne parlent pas du tout le français, il faut ajouter les 21 % qui le parlent avec difficulté. Ainsi, près d'un tiers de l'échantillon éprouve des difficultés réelles de communication en français.

II. 2. 4. 3. Lieux d'apprentissage du français

Seulement une personne interrogée sur 5 (19 %) a appris le français à l'école au pays. Il s'agit surtout de Maghrébins : 25 % d'entre eux l'ont appris dans ces circonstances (40 % des Algériens, 22 % des Tunisiens et 15 % des Marocains) contre 2 % des Espagnols ($p < 0,0001$).

C'est également une personne sur cinq qui a appris le français en cours d'alphabétisation en France. Ces cours ont touché davantage les femmes (28 %) que les hommes (12 %) ($p < 0,05$) et plus les Maghrébins (25 %) que les Espagnols (3 %) ($p < 0,0001$). Les plus jeunes de l'échantillon sont plus nombreux (25 % des 50-64 ans) à en avoir profité que les plus âgées, 16 % des 65-74 ans et 12 % des 75 ans et plus ($p < 0,05$).

Le plus grand nombre (69 %) a appris le français dans d'autres lieux, plus informels. Il s'agit alors principalement d'un apprentissage sur le lieu de travail. Les hommes sont plus souvent dans ce cas que les femmes : 75 % contre 60 % ($p < 0,05$). Ceci est également plus souvent vrai pour les Espagnols (87 %) que pour les Maghrébins (61 %) ($p < 0,0001$). De la même manière, les plus âgés sont plus souvent dans ce cas que les plus jeunes : 72 % chez les 75 ans et plus, 66 % des 65-74 ans et 60 % des 50-64 ans ($p < 0,05$).

Enfin, 3 % ont appris le français à l'école en France.

II. 2. 4. 4. Capacité à communiquer par l'écrit en langue maternelle

55 % des personnes interrogées ne savent ni la lire ni l'écrire. Ceci est moins fréquent chez les Espagnols que chez les Maghrébins : respectivement 13 % et 70 % ($p < 0,0001$).

Eléments d'analyse par "bassin"

L'apprentissage du français des Maghrébins par l'alphabétisation et par le travail est surtout le fait des personnes enquêtées sur les bassins de Béziers et de Perpignan ($p < 0,0001$), alors que les personnes déclarent savoir parler français davantage sur les bassins de Nîmes et de Béziers ($p < 0,05$).

II. 2. 5. Nature des revenus

Dans cette partie de l'analyse, la population active et la population inactive sont traitées séparément. La première représente 35 % de l'échantillon alors que la population inactive représente les 65 % restant.

II. 2. 5. 1. Revenus de la population active¹²

46 % des actifs interrogés au sein de l'échantillon perçoivent les revenus d'une activité salariée : ce sont essentiellement des Maghrébins (à 89 %) ($p < 0,0001$). Ce groupe est surtout constitué par les personnes les plus jeunes (97 % ont entre 50 et 64 ans) ($p < 0,0001$).

Un peu plus d'une personne sur trois (37 %) perçoit le revenu minimum d'insertion (RMI) : les femmes constituent 76 % ($p < 0,0001$) du groupe et les Maghrébins 96 % ($p < 0,0001$). En majorité (82 %), les bénéficiaires du RMI ont moins de 65 ans¹³ ($p < 0,0001$).

Les indemnités chômage constituent les revenus de 14 % des personnes de l'échantillon et 3 % disent tirer leurs ressources d'une activité non salariée.

¹² Il convient de noter que les personnes actives ne sont pas significativement plus nombreuses à percevoir un revenu mensuel supérieur à 610 €. Rappelons que le montant mensuel du revenu minimum d'insertion (405,62€ au 01/01/2002) ou des indemnités pour le chômage dans la plupart des cas est inférieur au minimum vieillesse (569,38€).

¹³ Il convient de rappeler que le droit à la retraite n'est pas ouvert automatiquement mais sur demande, et que les étrangers sont particulièrement exposés aux risques de retard dans l'ouverture de ces droits. BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport sur le vieillissement des immigrés. Inspection générale des Affaires Sociales. La Documentation française. Novembre 2002. p. 22

II. 2. 5. 2. Revenus de la population inactive

La population inactive est dans cette situation depuis 11 ans en moyenne (± 9).

La plus grande part de ce groupe (85 %) perçoit une pension de retraite ou de préretraite. Il s'agit plus souvent d'hommes (61 %) ($p < 0,05$) et de Maghrébins (68 %) ($p < 0,05$). Cette population est constituée de personnes plus âgées : 19 % ont entre 50 et 64 ans, 42 % font partie du groupe des 65-74 ans et 42 % ont 75 ans et plus ($p < 0,0001$).

29 % des personnes interrogées perçoivent l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse (ASFSV). Il s'agit essentiellement de Maghrébins (88 %) et de personnes parmi les plus âgés (16 % de 50-64ans, 34 % de 65-74 ans et 50 % de 75 ans et plus).¹⁴

21 % touchent une pension de réversion. Cette pension concerne exclusivement les femmes et à 54 % des femmes maghrébines ($p < 0,05$).

9 % des personnes interrogées déclarent percevoir une pension versée par le pays d'origine (ce sont des Espagnols à 2 exceptions près).

II. 2. 5. 3. Autres revenus

9 % des personnes interrogées perçoivent une pension d'invalidité. Ce sont essentiellement des hommes (72 %) ($p < 0,05$). Ils sont plus nombreux parmi les plus âgés (20 % de 50-64 ans, 25 % de 65-74 ans et 55 % de 75 ans et plus) ($p < 0,05$).

L'allocation adulte handicapé est perçue par 2 % des inactifs.

¹⁴ Rappelons que les étrangers (résidant en France) peuvent en bénéficier depuis la loi « Chevènement » de 1998. Rapport IGAS p. 22 « A cet égard, l'ASFSV, qui assure un revenu minimal aux personnes âgées, constitue un révélateur de la précarité économique des vieux étrangers ». BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport sur le vieillissement des immigrés. Inspection générale des Affaires Sociales. La Documentation Française. Novembre 2002. p.22

NB : ces chiffres sont à prendre avec précaution. En effet, nous sommes dans l'impossibilité de savoir si les enquêteurs et les enquêtés, concernant cette question, ont bien opéré la distinction entre la pension d'invalidité, prestation en espèces servie par la Caisse primaire d'assurance maladie, qui concerne les assurés sociaux dont la capacité de travail est réduite et l'allocation adulte handicapé, prestation de solidarité versée par la caisse d'allocations familiales, en l'absence de droits acquis par cotisations.

Deux personnes (0,5 %) bénéficient de la prestation spécifique dépendance¹⁵

3 % des personnes ont déclaré percevoir les allocations familiales : il s'agit de Maghrébins mariés avec des enfants au pays et continuant de percevoir une allocation¹⁶.

Il convient de noter que seules 3 personnes ont déclaré des revenus de rente ou de loyer.

Enfin 63 % des personnes de l'échantillon perçoivent des allocations pour le logement (allocation logement ou aide personnalisée au logement). Il s'agit à 83 % de Maghrébins ($p < 0,0001$).

II. 2. 5. 4. Montant des revenus

Toutes les personnes déclarent un revenu

Près d'une personne sur deux (45 %) déclare des ressources mensuelles inférieures à 610 euros¹⁷ et 88 % déclarent des ressources mensuelles inférieures à 915 euros par mois.

36 % des hommes et 57 % des femmes ont un revenu mensuel inférieur à 610 euros ($p < 0,0001$). Un revenu inférieur à 915 euros concerne 85 % des hommes et 92 % des femmes ($p < 0,05$).

¹⁵ Actuelle APA, allocation personnalisée à l'autonomie

¹⁶ Il convient de noter le caractère résiduel de cette allocation dans la mesure où elle n'est plus attribuée. Mais le droit ouvert à une certaine époque reste valable pour ces personnes dans certaines conditions. Cela illustre la diversité des situations et la précaution à prendre pour utiliser des fichiers de gestion à des fins statistiques.

¹⁷ Ce niveau correspond environ au plafond donnant droit à la couverture maladie universelle (618,2 € au 01/01/2002).

La part des personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 915 euros ne varie que très peu avec l'âge : 82 % des 50-64 ans, 92 % des 65-74 ans et 94 % des 75 ans et plus ($p < 0,05$).

40 % des personnes enquêtées envoient régulièrement de l'argent au pays. Cela concerne davantage les hommes (60 % d'entre eux) que les femmes (17 % d'entre elles) ($p < 0,0001$) et les Maghrébins (54 % d'entre eux) que les Espagnols (3 % d'entre eux) ($p < 0,0001$). Ce comportement est également lié à l'âge : 56 % des 50-64 ans contre 24 % des 65-74 ans et 20 % des 75 ans et plus ($p < 0,0001$).

Eléments d'analyse par bassin

Parmi les Maghrébins, les retraités se retrouvent plus fréquemment sur les bassins de Perpignan et de Béziers ($p < 0,05$).

Sur les bassins de Perpignan et de Nîmes, on retrouve davantage de personnes qui perçoivent l'ASFSV ($p < 0,0001$), et qui envoient de l'argent au pays ($p < 0,05$).

II. 3. Conditions d'habitat

II. 3. 1. Statut vis-à-vis du logement

78 % des personnes enquêtées sont locataires de leur logement, 18 % propriétaires et 4 % logés à titre gratuit.

Les Maghrébins sont plus fréquemment locataires que les Espagnols (87 % vs 50 %) ($p < 0,0001$). Il y a davantage de propriétaires parmi les femmes qu'il n'y en a parmi les hommes (24 % vs 13 %) ($p < 0,05$).

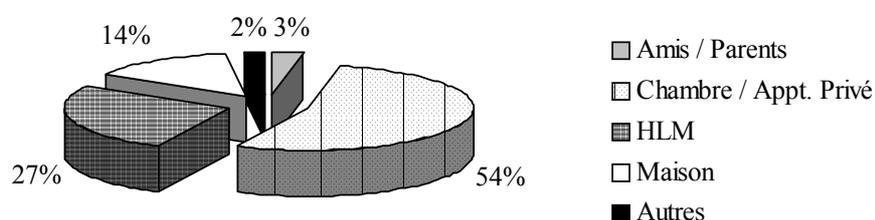
II. 3. 2. Coût du logement

Le coût mensuel moyen du logement est de 253 euros (écart-type 83 euros, minimum 30 euros et maximum 518 euros) pour les locataires et de 307 euros (écart-type 147 euros, minimum 30 euros et maximum 686 euros) pour les propriétaires.

II. 3. 3. Type de logement occupé

Plus d'un enquêté sur deux vit dans un logement type chambre ou appartement privé (graphique 2). Un peu plus du quart vit dans un logement de type HLM et plus d'un sur dix dans une maison individuelle. Une seule personne enquêtée déclare vivre dans une chambre meublée d'hôtel.

Graphique 2 : répartition par type de logement occupé



Source : enquête immigrants isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

La moitié de l'échantillon enquêté habite son logement depuis plus de huit ans.

II. 3. 4. Logement précédent

Dans près de 7 % des cas, le logement précédent était un foyer de travailleurs migrants. 8 % des enquêtés étaient logés chez des amis ou des parents. Les modes d'hébergement plus informels (hébergés par le patron ou dans une caravane) concernent 4 % des cas. Parmi les logements antérieurs, les logements privés représentent la modalité retrouvée le plus fréquemment (45 %). Un logement précédent en HLM est retrouvé dans 24 % des cas et une maison individuelle dans 10 % des réponses. D'autres modes de logement, non précisés, ont été évoqués par 2 % des personnes.

II. 3. 5. Difficultés rencontrées dans la recherche d'un logement

58 % des personnes déclarent ne pas avoir rencontré de difficultés dans leur recherche de logement.

Les obstacles majeurs signalés par les personnes ayant rencontré des difficultés (42 %) sont au nombre de quatre : en premier lieu, il s'agit de difficultés liées à des revenus insuffisants (24 %), en second à l'hostilité vis-à-vis des étrangers (23 %), en troisième au problème de caution (19 %) et enfin à l'absence de justificatifs de revenus (10 %).

Près d'un tiers des Maghrébins (30 %) déclare avoir rencontré le problème de revenu insuffisant dans sa recherche d'appartement. Ceci ne concerne que 5 % des Espagnols ($p < 0,0001$). On retrouve cette différence entre les groupes de nationalités pour l'hostilité vis-à-vis des étrangers, ressentie par 30 % de Maghrébins contre 3 % d'Espagnols ($p < 0,0001$). La différence entre sexes est également marquée pour ce point : 29 % des hommes déclarent en avoir souffert contre 14 % des femmes ($p < 0,05$).

La différence entre les deux groupes de nationalités existe aussi pour le problème de caution : 25 % des Maghrébins ont été confrontés à cet obstacle contre 2 % des Espagnols ($p < 0,0001$).

Près d'une personne sur 5 (19 %) a fait intervenir un service ou une institution pour trouver son appartement. Cela concerne 5 % des Espagnols et 24 % des Maghrébins ($p < 0,0001$).

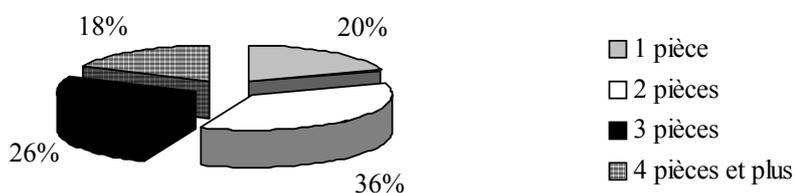
81 % des interventions sont le fait de travailleurs sociaux, 9 % d'associations d'aide et 6 % de mairies.

II. 3. 6. Confort

Le confort du logement a été apprécié en fonction du nombre de pièces (hors cuisine et sanitaires), par le fait de disposer ou non d'une salle d'eau, de l'eau chaude, selon le mode de chauffage, selon l'accessibilité et en fonction de la présence du téléphone.

La majorité des personnes (56 %) vivent dans un logement avec une ou deux pièces (graphique 3).

Graphique 3 : répartition de l'habitat selon le nombre de pièces



Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Les hommes sont plus nombreux (73 %) que les femmes (34 %) à vivre dans ces logements de moins de trois pièces ($p < 0,0001$). Ceci est également vrai des Maghrébins (64 %) par rapport aux Espagnols (30 %) ($p < 0,0001$). Les personnes d'origine rurale sont également plus souvent dans ce cas : 60 % d'entre elles contre 47 % pour les autres ($p < 0,0001$).

Concernant l'équipement sanitaire, 42 % des personnes de l'échantillon disposent d'une baignoire (y compris sabot), 29 % d'une douche indépendante et 2 % d'un coin douche qui n'est pas dans une pièce réservée à cet usage. Les autres ont l'ensemble des sanitaires WC/douche dans la même pièce.

6 % des personnes déclarent ne pas avoir l'eau chaude dans leur logement. Ce sont plus fréquemment des Maghrébins (7 %) que des Espagnols (1 %) ($p < 0,05$) et plus souvent des hommes (9 %) que des femmes (1 %) ($p < 0,05$).

L'étude du mode de chauffage montre que 6 % des enquêtés n'ont pas de chauffage dans leur logement, et que 14 % ont un chauffage nécessitant une manipulation (bois, charbon, gaz en bouteille).

73 % des personnes résident dans un logement situé en étage pouvant aller jusqu'au 5^{ème}. Il faut souligner que la grande majorité de ces immigrés âgés (82 %) habitent dans des logements sans ascenseur. Ceux qui déclarent la présence d'un ascenseur dans leur immeuble sont davantage des plus âgés (9 % des 50-64 ans, 16 % des 65-74 ans et 20 % des 75 ans et plus) ($p < 0,05$) et des femmes (24 % d'entre elles vs 6 % des hommes) ($p < 0,0001$).

Enfin dans l'échantillon, 19 % des personnes n'ont pas le téléphone. Cela concerne davantage les hommes (28 %) que les femmes (7 %) ($p < 0,0001$) et les Maghrébins (24 % contre 1 % des Espagnols) ($p < 0,0001$).

II. 3. 7. Satisfaction concernant le logement et souhaits de changements

Les quatre cinquièmes des personnes interrogées (79 %) se déclarent satisfaites de leur logement. Les Espagnols sont satisfaits à 91 % et les Maghrébins à 75 % ($p < 0,05$).

83 enquêtés, soit 21 %, s'accommodent mal de leur logement. La première cause de mécontentement est le bruit, cité par 7 % d'entre eux, puis la vétusté relevée dans 6 % des réponses.

23 % des personnes expriment des souhaits de changements détaillés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 7 : changements souhaités concernant le logement

	N	%
Un logement plus grand	38	42,0
Habiter au RDC ou au 1 ^{er} étage	17	19,0
Un lieu moins bruyant	16	18,0
Équipement en eau chaude et/ou chauffage	9	10,0
Bus à proximité	3	3,0
Autre	7	8,0
TOTAL	90	100,0

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Par ailleurs, plus de 9 enquêtés sur 10 (92 %) déclarent habiter à proximité de services tels que les commerces, pharmacie, annexe de mairie, bureau de poste,... et 84 % sont dans un quartier bien desservi par les transports en commun.

Éléments d'analyse par bassin

Les conditions de logement sont plus désavantageuses sur les bassins héraultais :

- ✓ *Si les personnes sont 43 % sur le bassin de Perpignan et 32 % sur celui de Nîmes à avoir rencontré des difficultés dans leur recherche de logement, elles sont 72 % sur celui de Béziers et 83 % sur celui de Montpellier/Lunel ($p < 0,0001$).*
- ✓ *De même, seuls 15 % des personnes sur les bassins de Béziers et 20 % sur celui de Montpellier/Lunel ont bénéficié d'une aide pour la recherche d'un logement contre 25 % sur celui de Nîmes et 38 % sur celui de Perpignan ($p < 0,05$).*
- ✓ *La proportion de personnes habitant dans un logement de une ou deux pièces (hors cuisine et salle d'eau) est de 78 % sur Montpellier/Lunel et de 69 % sur Béziers contre respectivement 62 % et 51 % sur ceux de Nîmes et de Perpignan ($p < 0,05$).*
- ✓ *Enfin les taux de satisfaction vis-à-vis du logement sont respectivement de 62 % et 67 % sur les bassins de Montpellier/Lunel et de Béziers contre 71 % et 89 % sur ceux de Perpignan et de Nîmes ($p < 0,05$).*
- ✓ *Le loyer moyen est plus élevé sur les bassins de Montpellier/Lunel (264€ ± 90€) et de Nîmes (261€ ± 67€), contre respectivement 257€ (± 36€) et 191€ (± 107€) sur ceux de Béziers et de Perpignan ($p < 0,05$).*
- ✓ *De même, la proportion de personnes estimant leur quartier bien desservi est inférieure sur les bassins de Nîmes (78 %) et de Montpellier/Lunel (85 %) que sur ceux de Perpignan (88 %) et de Béziers (96 %) ($p < 0,05$).*

A la lecture de ces résultats, il apparaît que le nombre de pièces constitue un bon indicateur de la précarité du logement. En effet, les personnes habitant un logement avec une ou deux pièces qui représentent 55 % des enquêtés sont :

- ✓ 20 des 22 (91 %) personnes sans eau chaude,
- ✓ 18 des 22 (82 %) personnes sans chauffage,
- ✓ 59 des 83 (71 %) personnes exprimant leur mécontentement quant à leur logement,
- ✓ 58 des 73 (80 %) personnes sans téléphone.

II. 4. Isolement, entourage social

II. 4. 1. Durée de l'isolement

Les personnes de l'échantillon déclarent vivre seules depuis en moyenne 13 ans (± 12).

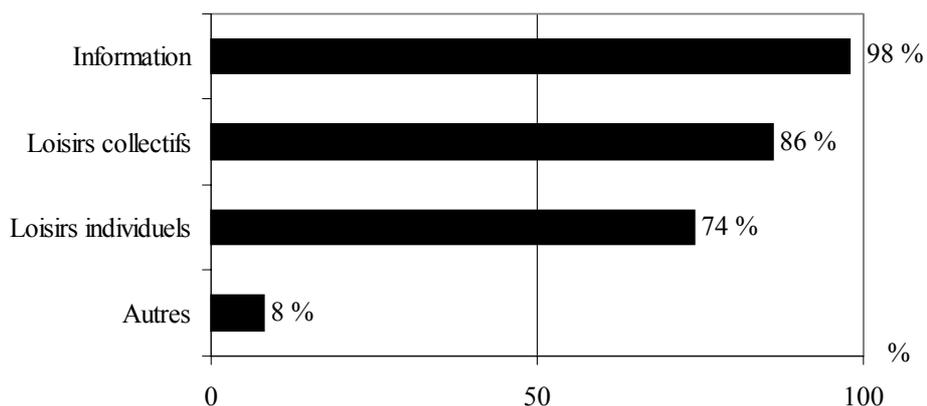
Cette moyenne est de 16 ans (± 13) pour les hommes et de 10 ans (± 9) pour les femmes ($p < 0,0001$).

De même, elle est plus élevée chez les personnes d'origine rurale : 14 ans (± 10) contre 10 ans (± 13) pour les autres ($p < 0,05$). Par contre, elle est identique pour les Espagnols et les Maghrébins.

II. 4. 2. Activités pratiquées

Les activités pratiquées pour leurs loisirs par les personnes enquêtées ont été regroupées en trois catégories : les loisirs individuels, les loisirs collectifs et l'intérêt pour les actualités. Il s'agissait d'appréhender l'isolement par rapport à l'actualité (s'informer ou pas) et par rapport aux autres activités (collectives/individuelles). Le graphique 4 donne les modalités de leur distribution au sein de la population enquêtée.

Graphique 4 : répartition par activité de loisirs



Source : enquête immigrants isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

L'intérêt pour les informations, en langue maternelle ou française concerne la majorité des personnes.

La pratique des loisirs collectifs varie avec le sexe puisqu'elle concerne 90 % des hommes et 81 % des femmes ($p < 0,05$).

La pratique des loisirs individuels varie également avec le sexe mais cette fois elle concerne davantage les femmes : 79 % d'entre elles contre 69 % des hommes ($p < 0,05$). Elle varie également avec l'âge car elle concerne davantage les 50-64 ans en touchant 80 % d'entre eux contre 68 % des 65-74 ans et 70 % des 75 ans et plus ($p < 0,05$) et selon le groupe de nationalités : 87 % des Espagnols contre 69 % des Maghrébins ($p < 0,05$).

Si la majorité des personnes (66 %) ont ces deux types de loisirs à la fois, on peut noter que 7 % n'ont ni l'un ni l'autre.

Enfin près d'un quart des personnes rencontrées sont membres d'une association (23 %).

Cette participation associative varie selon le groupe de nationalités, puisqu'elle concerne 32 % des Espagnols et 20 % des Maghrébins ($p < 0,05$).

Dans plus de 8 cas sur 10, cette association est en rapport soit avec la religion, soit avec la culture ou le pays d'origine.

II. 4. 3. Fréquentation des proches

II. 4. 3. 1. Les visites par les enfants

L'absence de visites concerne 6 % des personnes alors que les visites ont lieu quotidiennement pour 10 % de l'échantillon et plusieurs fois par semaine dans 21 % des cas.

Les visites par les enfants (tableau 8) concernent plus fréquemment les femmes, les Espagnols et les personnes les plus âgées.

Tableau 8 : fréquence des visites des enfants par sexe, âge et groupe de nationalités

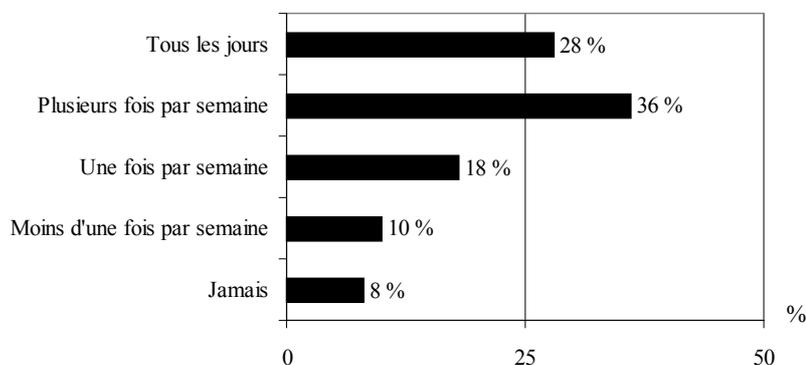
	Tous les jours		Plusieurs fois par semaine		Une fois par semaine		Moins d'une fois par semaine		Jamais		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hommes	13	7	18	10	15	8	123	66	18	9	p<0,0001
Femmes	20	13	54	35	49	32	27	17	4	3	
Maghrébins	16	6	40	15	48	18	140	53	20	8	p<0,0001
Espagnols	17	22	32	42	16	20	10	13	2	3	
50-64 ans	10	7	18	13	28	20	75	53	10	7	p<0,05
65-74 ans	11	11	24	24	16	16	40	40	7	7	
75 et plus	12	12	30	29	20	20	35	34	5	5	

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 4. 3. 2. Les proches (amis ou parents) de même origine

Les liens, en France, avec les amis et les parents du pays d'origine (graphique 5) sont importants même si 8 % se déclarent sans lien.

Graphique 5 : fréquence des contacts avec des proches de même origine



Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Le sexe et le groupe de nationalités (tableau 9) sont des éléments qui influent sur la fréquence des contacts avec des proches de même origine : ils sont plus fréquents pour les hommes et pour les Maghrébins.

Tableau 9 : fréquence des contacts avec les proches de même origine

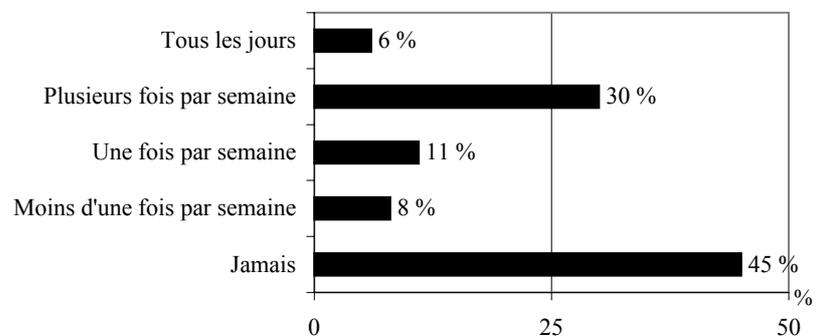
	Tous les jours		Plusieurs fois par semaine		Une fois par semaine		Moins d'une fois par semaine		Jamais		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hommes	87	40	68	32	29	13	16	7	18	8	p<0,0001
Femmes	21	12	74	42	43	25	22	13	14	8	
Maghrébins	91	31	112	38	58	20	16	5	14	5	p<0,0001
Espagnols	17	17	30	30	13	13	22	22	18	18	

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 4. 3. 3. Les proches (amis ou parents) d'une autre origine

Les contacts avec des proches d'une autre origine (graphique 6) concernent 55 % des personnes enquêtées.

Graphique 6 : fréquence des contacts avec les amis ou parents d'une autre origine



Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Les mêmes variations (tableau 10) selon le sexe et le groupe de nationalités sont retrouvées pour les contacts avec des proches d'origine différente que pour les contacts avec des proches de même origine.

Tableau 10 : fréquentation de proches d'une autre origine selon le sexe et le groupe de nationalités

	Tous les jours		Plusieurs fois par semaine		Une fois par semaine		Moins d'une fois par semaine		Jamais		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hommes	19	9	72	33	10	5	9	4	107	49	p<0,0001
Femmes	3	2	44	25	33	19	22	13	71	41	
Maghrébins	14	5	95	33	31	11	15	5	135	46	p<0,05
Espagnols	8	8	21	21	12	12	16	16	43	43	

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 4. 3. 4. *Contacts avec le pays d'origine*

Le lien avec les membres de la famille ou des amis vivant au pays est de règle, à l'exception d'une personne sur 10 environ qui déclare n'avoir aucun contact : ni courrier, ni téléphone, ni visite.

Ce lien varie avec l'âge : il est maintenu par 95 % des plus jeunes et par 87 % des plus de 65 ans ($p<0,05$).

Ce lien prend diverses formes :

- ✓ Le contact par téléphone a lieu au moins une fois par semaine pour 54 % des personnes et jamais pour 2 % d'entre elles.
- ✓ Les visites ont lieu au moins 2 fois par an dans 21 % des cas et jamais pour 18 % des cas.
- ✓ Le courrier n'est jamais utilisé comme moyen de contact dans 72 % des cas et au moins une fois par semaine dans 5 % des cas¹⁸.

¹⁸ Pour cette forme de communication, il existe une relation significative avec le niveau de maîtrise de l'écrit, mais son utilisation est possible quelque soit ce niveau (avec l'aide d'un tiers : proche ou professionnel).

II. 4. 3. 5. *Soutien de l'entourage*

En cas de coup dur (financier, familial ou autre), 83 % des personnes disent avoir dans leur entourage des gens sur qui compter. Cette possibilité existe davantage pour les femmes (89 %) que pour les hommes (77 %) ($p < 0,05$) et plus fréquemment pour les Espagnols (89 %) que pour les Maghrébins (80 %) ($p < 0,05$). Ceci concerne également plus souvent les plus âgés : 90 % des 75 ans et plus, 85 % des 65-74 ans et 76 % des 50-64 ans ($p < 0,05$).

Cette aide peut prendre des formes diverses (tableau 11).

Il convient de noter qu'après le soutien moral (très large dans ce qu'il peut recouvrir mais très important pour des personnes isolées), c'est l'intervention auprès d'un organisme qui est citée par 73 % des personnes, ce qui souligne les difficultés rencontrées dans les démarches.

Tableau 11 : type de soutien dans l'entourage sur lequel compter en cas de coup dur

	N	%
Soutien moral	189	83
Intervention auprès d'un organisme	220	73
Prêt d'argent	191	68
Aide en nature (nourriture, vêtements, travaux ménagers)	239	59
Hébergement chez un proche quelques jours	271	58

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Eléments d'analyse par bassin

La fréquentation d'amis de même origine est plus fréquente sur les bassins de Nîmes et de Béziers ($p < 0,0001$).

La pratique de loisirs (collectifs ou personnels) est plus fréquente sur les bassins de Béziers et de Perpignan.

La participation à la vie associative est plus courante sur les bassins de Nîmes et de Perpignan ($p < 0,0001$).

II. 5. L'avenir

II. 5. 1. Les aller-retour entre la France et le pays d'origine

Au moment de l'enquête, 70 % des personnes étaient rentrées au moins une fois au pays d'origine au cours des 12 derniers mois.

Cette fréquence varie en fonction du groupe de nationalités et diminue avec l'âge.

- ✓ Les Espagnols étaient 61 % à être rentrés contre 73 % des Maghrébins ($p < 0,05$).
- ✓ Les plus jeunes étaient 78 % à être rentrés au moins une fois, pour 71 % des 65-74 ans et 57 % des 75 ans et plus ($p < 0,05$).

II. 5. 2. Le lieu de résidence

Comme le montre les données présentées dans le tableau 12, 59 % des personnes envisagent de demeurer le plus longtemps possible dans leur domicile actuel.

Le souhait de vie chez les enfants en France est le fait de 8 % des femmes contre 1 % des hommes. Par contre le souhait de vie au pays en famille ne concerne que 16 % des femmes pour 43 % des hommes. ($p < 0,0001$).

Les deux groupes de nationalités se différencient essentiellement sur le choix du retour au pays : il est envisagé dans la famille par 41 % des Maghrébins et 1 % des Espagnols ($p < 0,0001$).

Tableau 12 : lieu d'habitation envisagée pour l'avenir

	N	%
Domicile actuel	220	59
Avec la famille au pays	116	31
Seul(e) au pays	19	5,2
Avec les enfants en France	15	4
Maisons de retraite en France	2	0,5
Maisons de retraite au pays	1	0,3
TOTAL	373	100

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 5. 3. L'enterrement

26 % des personnes souhaitent être enterrées en France contre 74 % qui souhaitent l'être dans leur pays. Les Maghrébins souhaitent être enterrés au pays dans la quasi-totalité des cas (91 %) alors que 78 % des Espagnols souhaitent être enterrés en France ($p < 0,0001$).

II. 5. 4. Dispositions financières pour l'enterrement au pays

80 % des personnes souhaitant être enterrées au pays ont pris des dispositions financières.

Ces dispositions sont plus fréquentes parmi les Maghrébins (82 % d'entre eux) que parmi les Espagnols (48 %) ($p < 0,05$).

Eléments d'analyse par bassin

Pour les Maghrébins, l'avenir est envisagé aussi souvent au pays sur les bassins de Perpignan et de Montpellier/Lunel (66 %). Ceci est moins fréquent sur le bassin de Béziers (54 %) et surtout sur celui de Nîmes (18 %) ($p < 0,0001$).

II. 6. Synthèse intermédiaire : conditions de vie

Cette analyse des conditions de vie des immigrés isolés de 50 ans ou plus vivant en Languedoc-Roussillon, en habitat diffus, permet d'objectiver la connaissance parcellaire, voire intuitive que l'on peut avoir de cette population. On sait ainsi que dans sa grande majorité elle est d'origine rurale, qu'elle est arrivée en France directement en Languedoc-Roussillon et y est restée. Elle est présente sur le territoire français depuis plus de 30 ans en moyenne. Il n'est donc pas étonnant d'avoir à faire majoritairement à des personnes au statut administratif stable. Les raisons qui les ont poussé à émigrer sont essentiellement d'ordre économique.

Les deux tiers des personnes n'ont jamais fréquenté l'école et un tiers a des difficultés réelles de communication en langue française.

Presque la moitié des personnes sont veuves et les personnes mariées, essentiellement maghrébines, ont leur conjoint vivant au pays d'origine. Elles le voient une fois par an dans le meilleur des cas. De plus, le nombre d'enfants à charge est élevé pour des personnes de cet âge.

Les revenus de cette population sont faibles. Ce qui a pu être observé concernant le logement, tant au niveau du confort que des difficultés pour y accéder, confirme cette précarité.

Si les immigrés de cette enquête vivent seuls depuis 13 ans en moyenne, la plupart d'entre eux déclarent cependant avoir dans leur entourage quelqu'un sur qui compter en cas de « coup dur ».

Les différentes formes de relations sociales qu'ils entretiennent sont complémentaires. Les personnes qui voient moins fréquemment les proches sont celles qui voient le plus souvent leurs enfants et ceux qui voient enfants et proches peu fréquemment sont nombreux à avoir des loisirs collectifs. L'isolement complet est ainsi relativement rare.

Rester le plus longtemps possible dans le domicile actuel est leur souhait majeur.

Ils sont encore nombreux à vouloir être enterrés au pays d'origine.

Enfin, au niveau régional, on constate une grande disparité géographique de la situation des immigrés isolés. On trouve par exemple au niveau du département de l'Hérault des conditions de logement beaucoup plus dégradées que sur le Gard ou les Pyrénées-Orientales.

II. 7. Comparaisons avec d'autres études : conditions de vie

La faiblesse des revenus des retraités étrangers dont les raisons ont été déjà étudiées par ailleurs,¹⁹ s'observe dans notre étude : ainsi l'ASFSV, signe de précarité, perçue par 19 % des enquêtés est perçue par 6 % des personnes âgées de 55 ans et plus en région.²⁰

Concernant le logement, différentes comparaisons montrent que les migrants isolés âgés de 50 ans et plus ont des conditions de logement plus défavorables que la population générale (isolée et âgée) et que l'accession à la propriété est moindre qu'en population générale et qu'en population migrante.

Ainsi, pour ce qui concerne le confort, dans l'échantillon Inserm-ORS (cf. p. 6) :

- ✓ le taux d'équipement en eau chaude est de 96 %, sans différence entre les sexes, et dans l'échantillon de migrants âgés de plus de 65 ans, le taux est le même, mais l'absence d'eau chaude concerne exclusivement des hommes.
- ✓ 61 % des personnes âgées de plus de 65 ans de notre population doivent monter des escaliers pour accéder à leur logement contre 42 % dans l'échantillon Inserm.
- ✓ Le taux d'équipement en téléphone est de 95 % (avec un taux significativement supérieur pour les femmes) ; dans l'échantillon de migrants âgés de plus de 65 ans, le taux est de 82 %.
- ✓ Ensuite, les personnes de l'échantillon sont moins souvent propriétaires que les ménages étrangers vivant en France en moyenne (tableau 13), surtout dans le cas des Maghrébins (même si l'on exclut ceux qui sont mariés et ont une famille au pays).

¹⁹ « Métiers peu qualifiés, précaires, souvent dans des secteurs d'activité caractérisés par une propension au travail non déclaré et par un taux élevé d'accidents du travail, carrières erratiques, alternance de périodes d'activité et de chômage ». BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport sur le vieillissement des immigrés. Inspection générale des Affaires Sociales. La Documentation Française. Novembre 2002. p.22

²⁰ Drass. STATISS 2003 Languedoc-Roussillon. Avril 2003.

Tableau 13 : proportion de propriétaires

Enquête Logement 1996 ²¹		Enquête Cesam ORS	
Etrangers en France	32 %	Parmi les personnes interrogées	18 %
Ressortissants UE	1/2 50 %	Parmi les Espagnols	47 %
Maghrébins	1/5 20 %	Parmi les Maghrébins	8 %
		Parmi les Maghrébins non mariés	13 %

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

²¹ THAVE S., Les étrangers et leurs logements, Insee Première, N° 689, décembre 1999, basé sur l'enquête Logement, 1996.

II. 8. Extrapolation en région : conditions de vie

En région, les Maghrébins isolés, âgés de 50 ans et plus n'ayant pas acquis la nationalité française sont environ 4 020. Parmi eux, ils sont :

- ✓ 1 380 à parler le français avec difficultés ou pas du tout et 2 675 à ne pas savoir le lire du tout,
- ✓ 1 700 à percevoir un revenu mensuel inférieur à 610 euros,
- ✓ 975 à vivre dans un logement avec une pièce et 1 600 avec 2 pièces, 2 720 à devoir monter des escaliers pour se rendre à leur domicile et 300 sans eau chaude,
- ✓ 860 sans soutien en cas de difficulté majeur et 985 à ne pas voir un proche (ami ou parent) plus d'une fois par semaine.

L'extrapolation n'est pas statistiquement possible pour le groupe des Espagnols. Toutefois, nous rappellerons les tendances observées au sein de l'échantillon :

- ✓ les Espagnols (population plus âgée et plus féminisée) présentent moins de difficultés de communication, bénéficient davantage de soutien en cas de coup dur et voient plus fréquemment leurs enfants. Ils sont moins fréquemment dans des logements de une ou deux pièces ou sans eau chaude ;
- ✓ par contre, ils ont aussi fréquemment des revenus mensuels inférieurs à 610 € et vivent aussi souvent en étage sans ascenseur ;
- ✓ ils voient moins souvent des amis.

II. 9. Etat de santé général

II. 9. 1. Pathologies déclarées

61 % des personnes interrogées déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies, soit 239 personnes interrogées.

Entre le groupe qui souffre d'une maladie et les autres, on observe une différence de moyenne d'âge : 69 ans pour les premiers et 64 ans pour les seconds ($p < 0,0001$).

Les Espagnols se retrouvent davantage dans le groupe des personnes souffrant d'une maladie (32 %) que dans l'autre (16 %) ($p < 0,0001$).

Les veufs et veuves représentent le groupe majoritaire des personnes souffrant d'une maladie (55 %) ($p < 0,0001$). Les personnes issues du rural sont également très importantes dans ce groupe (71 % vs 53 % parmi celles qui ne déclarent pas de maladie) ($p < 0,0001$).

Les trois réponses possibles à cette question ont été regroupées dans 10 grandes familles de pathologies. Le tableau ci-dessous présente la prévalence de ces pathologies dans l'échantillon et la distribution parmi les malades déclarés.

Tableau 14 : prévalence des pathologies déclarées dans l'échantillon et chez les malades

Pathologies regroupées	Nombre de malades	Prévalence dans l'échantillon (%)	Proportion parmi les malades (%)
Locomoteur / rhumatisme	101	26	42
Diabète	47	12	20
Cardiovasculaire	43	11	18
Respiratoires	21	5	9
Autres problèmes endocrino et métaboliques	16	4	7
Digestif	15	4	6
Oculaires	9	2	4
Prostate	8	2	3
Anémie	1	0,3	0,4
Trouble de la mémoire	1	0,3	0,4

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Deux groupes de pathologies se détachent en terme de prévalence : les pathologies rhumatismales et de l'appareil locomoteur (42 % des malades et plus d'un enquêté sur 4) ainsi que le diabète (20 % des malades et 12 % de l'ensemble de l'échantillon).

Pour le premier groupe, on observe une différence entre les nationalités ; parmi les Maghrébins, 47 % déclarent souffrir d'une pathologie rhumatismale contre 32 % parmi les Espagnols ($p < 0,05$). On ne relève aucune différence selon le sexe, mais il existe une différence entre les tranches d'âge : ce sont les plus âgés qui en souffrent en plus grande proportion (53 % des plus de 75 ans) mais aussi les plus jeunes (41 % des moins de 65 ans) ; 31 % disent en souffrir dans la classe d'âge intermédiaire ($p < 0,05$).

Pour les malades diabétiques, on observe là aussi une différence à la limite de la significativité du point de vue de la nationalité : 23 % de Maghrébins le sont contre 12 % des Espagnols ($p < 0,05$). L'âge est aussi corrélé à cette pathologie : touchant une personne sur 10 chez les moins de 65 ans (11 %), ce sont les âges intermédiaires (65-74 ans) qui sont les plus touchés (28 %) et plus d'une personne sur 5 âgée de plus de 75 ans (22 %) ($p < 0,05$).

Les conséquences d'une telle pathologie en matière de plus grande exposition à la chute ou aux problèmes de vue n'ont pu être vérifiées sur notre échantillon : par contre, les diabétiques sont plus fréquemment assujettis à un régime alimentaire que les autres malades (70 % d'entre eux vs 23 % des autres malades) ($p < 0,0001$) mais ils sont également plus nombreux à ne pas le suivre : 33 % disent ne pas le suivre alors qu'ils sont 19 % parmi les autres malades, invoquant dans 6 cas sur 9 le manque de volonté. Toutefois cette différence n'est pas statistiquement significative.

II. 9. 2. Traitement médicamenteux

66 % des personnes enquêtées prennent des médicaments au moment de l'enquête et pour la moitié d'entre elles, il s'agit d'une prise de plus de 15 jours.

On observe une différence de moyenne d'âge entre les personnes sous traitement médicamenteux et les autres : 70 ans ($\pm 9,4$) contre 62 ans ($\pm 8,8$) ($p < 0,0001$). La distribution par sexe et groupe de nationalités est également différente entre les deux groupes : 50 % d'hommes et autant de femmes parmi les personnes sous traitement contre 66 % d'hommes et 34 % de femmes parmi les autres ; 32 % d'Espagnols et 68 % de Maghrébins parmi les personnes sous traitement et 14 % d'Espagnols et 87 % de Maghrébins parmi les autres. ($p < 0,0001$ pour le sexe comme la nationalité).

20,2 % des enquêtés sous traitement ($n=53$) déclarent ne pas prendre tous les médicaments prescrits. La première raison invoquée est la complexité 39 % ($n=18$) puis l'oubli 28 % ($n=13$) et des problèmes d'estomac 20 % ($n=9$). D'autres causes plus secondaires sont évoquées par 6 autres personnes.

II. 9. 3. Suivi médical

94 % des personnes interrogées déclarent avoir un médecin traitant ($n=370$).

La distribution des nationalités dans le groupe de personnes qui ont un médecin comparé à celui qui n'en a pas, diffère : ceux qui ont un médecin sont dans 27 % des cas des Espagnols et 73 % des Maghrébins ; 4 % de ceux qui n'en ont pas sont Espagnols et 96 % Maghrébins ($p < 0,05$). Les personnes qui ont un médecin traitant sont en moyenne plus âgées (67 ans ($\pm 9,96$)) que les autres (60 ans ($\pm 7,05$)) ($p < 0,05$).

Le médecin généraliste est le premier référent majeur en matière de soin : 89 % s'adressent à lui en premier lieu. Sont ensuite cités des parents (6 %) et le médecin spécialiste sans précision sur la spécialité (2 %).

Dans 64 % des cas, le cabinet du médecin est dans le quartier où vit l'enquêté. Pour plus d'un cas sur deux (56 %), le médecin visite le patient à son domicile. La moitié de l'échantillon est allée le consulter plus de 5 fois au cours des 12 derniers mois. Cette distribution de la fréquence des consultations s'étale de 0 visite en 12 mois (8 %) à 20 visites et plus (jusqu'à 35 visites) pour 8 % des cas.

La question sur l'origine du médecin nous informe que dans 87 % des cas, il s'agit d'un médecin d'origine française ; 9 % ont un médecin d'origine maghrébine et 2 % un médecin d'origine espagnole.

Sur le niveau de la communication médicale, lorsqu'on interroge les enquêtés, 39 d'entre eux (10 %) pensent que le médecin ne donne pas suffisamment d'informations sur le problème qu'ils présentent pendant la consultation (16 % sont sans opinion et 74 % satisfaits). De même, 16 % pensent que le médecin ne donne pas suffisamment d'informations sur le traitement médical, les analyses et les examens qu'il prescrit.

Le tableau ci-dessous décrit le suivi médical des enquêtés sur l'année écoulée.

Tableau 15 : suivi médical au cours des 12 derniers mois

	N	%
Soins infirmiers	84	21
Soins de kinésithérapie	97	25
Soins dentaires	130	33
Recours à un psychologue	16	4
Recours à un autre paramédical	6	2
Recours à un spécialiste	160	41

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 9. 4. Hospitalisation

Au cours des 12 derniers mois, plus d'un enquêté sur cinq (22 %) a été hospitalisé au moins une nuit.

La population hospitalisée est plus âgée : 70 ans ($\pm 9,97$) contre 66 ans ($\pm 9,64$) chez les non hospitalisés ($p < 0,0001$). On n'observe pas d'effet du sexe ou du groupe de nationalités.

Parmi les motifs d'hospitalisation, une fois sur deux il s'agit d'une hospitalisation pour pratiquer un examen de contrôle (51 %) ; plus d'un tiers des cas pour maladie (38 %) ; plus d'un sur dix pour un accident du travail, de la circulation ou domestique (11 %).

12 % ont eu un arrêt de travail pour raison de santé au cours des 12 derniers mois.

Le tableau ci-dessous présente la prévalence des problèmes de santé dentaires et sensoriels et les gênes associés ainsi que la fréquence des appareillages.

Tableau 16 : problèmes dentaires, ophtalmologiques et associés

	N	%
Problèmes dentaires	177	45
Gêne pour manger	120	35
Port d'un appareil dentaire	186	47
Problème d'audition	91	23
Problème de vue	232	59
Port de lunettes	198	50

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 10. Incapacités

Le registre de l'autonomie et des incapacités a été exploré à partir des grilles d'incapacités de Katz²² pour les activités de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, aller aux toilettes, se nourrir et continence) et de Lawton²³ pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (utiliser le téléphone, faire des courses, préparer les repas, tenir la maison, laver le linge, sortir du domicile, prendre ses médicaments, se servir de l'argent).

II. 10. 1. Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne

Le besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne concerne 22 % de l'échantillon.

Il convient de remarquer que les problèmes de toilette et la continence sont les plus fréquents.

Tableau 17 : incapacités dans les activités de la vie quotidienne

	Besoin d'aucune aide		Aide partielle		Aide totale		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Se laver	345	87	42	11	7	2	394	100
S'habiller	372	94	11	3	12	3	395	100
Aller aux toilettes	390	99	5	1	0	0	395	100
Se déplacer	382	97	13	3	0	0	395	100
Se nourrir	390	99	5	1	0	0	395	100
Continence	334	85	52	13	9	2	395	100

Source : enquête immigrants isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Les personnes exprimant un besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne sont en moyenne plus âgées : 73 ans (± 9 ans) contre 65 ans (± 9 ans) pour les autres ($p < 0,0001$).

²² Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. (1963) Studies of illness in the aged. The index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function *Journal of the American Medical Association* 185 : 914-919.

²³ Lawton MP, Brody EM. (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 9 : 179-186.

II. 10. 2. Besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne

Le besoin pour au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne concerne 63 % des personnes de l'échantillon.

Le niveau d'incapacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne est plus élevé que celui concernant les activités de la vie quotidienne. On note que le besoin d'aide peut toucher jusqu'à près d'une personne sur deux quand il s'agit des tâches ménagères et une personne sur trois quand il s'agit de faire les courses.

Tableau 18 : incapacités dans les activités instrumentales de la vie quotidienne²⁴

	Besoin d'aucune aide		Besoin d'aide		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Utiliser le téléphone ²⁵	271	85	50	15	321	100
Faire les courses	248	63	145	37	393	100
Préparer les repas	343	87	50	13	393	100
Faire le ménage	221	56	173	44	394	100
Laver le linge	275	70	115	30	390	100
Sortir du domicile	318	81	74	19	392	100
Prendre ses médicaments	335	85	58	15	393	100
Se servir de l'argent	246	63	146	37	392	100

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Ce besoin d'aide concerne davantage les plus âgés et les femmes. En effet, les personnes exprimant un besoin d'aide pour au moins une AIVQ sont âgées en moyenne de 70 ans (ET = 9 ans), contre 61 ans (ET = 8 ans) pour les autres. Les femmes représentent 49 % de ces personnes contre 37 % parmi les personnes sans besoin d'aide ($p < 0,05$).

²⁴ pour une présentation détaillée des réponses, voir Annexe 1

²⁵ 73 personnes ne sont pas équipées du téléphone, soit 19 % de la population enquêtée.

II. 10. 3. Utilisation d'une canne

Près d'un enquêté sur cinq a besoin de façon systématique ou de temps en temps d'une canne pour se déplacer.

Les hommes et les plus âgés recourent davantage à une canne. En effet, parmi les personnes utilisant une canne, 81 % sont des hommes et 21 % des femmes ($p < 0,0001$). Les utilisateurs de canne sont significativement plus âgés en moyenne : 74 ans (± 9 ans) contre 65 ans (± 9 ans) pour les autres ($p < 0,0001$).

II. 10. 4. Chutes

Dans notre échantillon, 27 % des personnes ont chuté au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Parmi les personnes ayant chuté 59 % sont des femmes et 41 % des hommes ($p < 0,05$). Les personnes victimes de chutes sont plus âgées en moyenne : 70 ans (± 11 ans) contre 66 ans (± 11 ans) pour les autres ($p < 0,05$).

Les chutes se produisent principalement à l'extérieur du domicile (41 %), au domicile (39 %), et dans les escaliers (12 %).

II. 10. 5. Confinement

Afin de repérer les personnes en situation de confinement au domicile, nous avons demandé aux enquêtés s'ils sortaient de chez eux. 5 % répondent non à cette question. Parmi les 7 cas qui sont documentés, 5 ne sortent pas pour des raisons de santé.

Les personnes confinées sont plus âgées : elles ont en moyenne 76 ans (± 12 ans) contre 67 ans (± 10 ans) pour les autres ($p < 0,0001$).

II. 10. 6. Handicap

Une personne sur cinq (21 % - 84 personnes) déclarent avoir un handicap reconnu par la sécurité sociale.

Elles sont significativement plus âgées : 71 ans (± 10) contre 66 ans (± 10) pour les autres.

Perte d'autonomie par bassin

Les personnes maghrébines en perte d'autonomie se retrouvent davantage sur le bassin de Béziers sur lequel :

- ✓ *49 % des enquêtés expriment un besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne (18 % sur Nîmes, 14 % sur Perpignan et 12 % sur Montpellier/Lunel).*
- ✓ *96 % des enquêtés expriment un besoin d'aide pour au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne (52 % sur Perpignan, 50 % sur Nîmes et 34 % sur Montpellier/Lunel).*
- ✓ *45 % des enquêtés ont chuté au cours des 12 derniers mois (27 % sur Perpignan, 19 % sur Nîmes, et 16 % sur Montpellier/Lunel) ($p < 0,05$).*

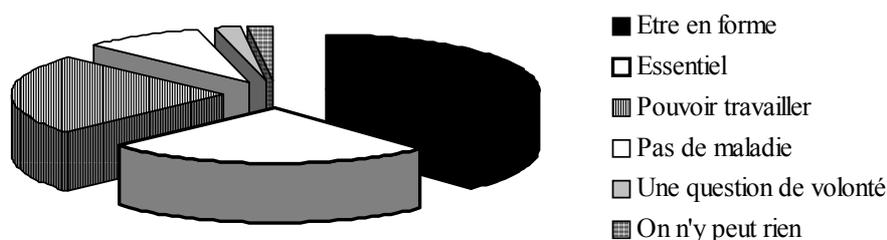
II. 11. Santé perçue et échelle de dépression

II. 11. 1. Santé perçue

L'auto évaluation de l'état de santé de la population enquêtée nous montre que 36 % des personnes se jugent en mauvaise santé et 5 % en très mauvaise santé. Celles qui se déclarent en très bonne santé (12 %) et bonne santé (47 %) représentent donc plus d'une personne sur deux (59,0 %).

Les opinions sur ce que signifie pour l'enquêté « être en bonne santé » ont été recueillies avec la possibilité de faire deux réponses. Le graphique 7 donne la fréquence des réponses obtenues en première possibilité.

Graphique 7 : représentations de la santé



Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Plus on est âgé, plus on se sent en mauvaise ou très mauvaise santé. Les personnes qui se déclarent en très bonne santé ont en moyenne 60 ans (± 7), ceux qui se disent en bonne santé 66 ans (± 10) et les autres (mauvaise et très mauvaise santé) 70 ans (± 10) ($p < 0,0001$).

Selon le groupe de nationalités, les réponses diffèrent : ainsi, parmi les Espagnols, 4 % se déclarent en très bonne santé, 53 % en bonne santé et 44 % en mauvaise ou très mauvaise santé. Ces mêmes modalités de réponse sont respectivement de 15 %, 45 % et 40 % chez les Maghrébins ($p < 0,05$).

On observe également une différence selon le statut matrimonial : 56 % des personnes en mauvaise et très mauvaise santé sont veufs, alors qu'ils sont 46 % parmi les personnes en bonne santé et 16 % en très bonne santé ($p < 0,0001$). Ces derniers sont mariés dans 59 % des cas.

La santé perçue varie également selon l'origine géographique : les personnes qui se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé sont plus souvent issues du monde rural, soit 75 % contre 60 % pour la modalité « bonne santé » et 45 % « très bonne santé » ($p < 0,0001$).

II. 11. 2. Echelle de dépression

Cette échelle vise à mesurer la présence de symptômes dépressifs (pondérée par leur fréquence de survenue au cours de la semaine passée) pour comparer des groupes, avec un usage épidémiologique, tel que celui de cette étude. Ce sont les seuils de score proposés par R. FUHRER et F. ROUILLON²⁶ qui sont de 17 pour les hommes et 23 pour les femmes qui ont été retenus. Ces notes seuils ont permis de transformer le score en variable dichotomique : les personnes étant soit en dessous (\leq note seuil), soit strictement en dessus ($>$ note seuil) et présentant alors une symptomatologie dépressive majeure.

Ainsi, plus d'un tiers des personnes présente des symptômes dépressifs (37 %), soit 143 personnes.

6 personnes n'ont pas pu répondre à cette partie du questionnaire parce que trop déprimées et 10 par incapacité intellectuelle.

La présence de symptômes dépressifs est 2 fois plus fréquente chez les Maghrébins que chez les Espagnols dans l'échantillon²⁷.

²⁶ La version française de l'échelle CES-D (Center for Epidemiological Studies – Depression scale), *Psychiatrie et psychobiologie*, 1989, n°4, pp 163-166

²⁷ La régression logistique sur le sexe, l'âge et le groupe de nationalités montre une liaison statistiquement significative uniquement sur cette dernière variable.

Les personnes présentant une symptomatologie dépressive majeure se distinguent significativement des autres à la fois du point de vue de la santé et de l'environnement socio-économique :

Tableau 19 : comparaisons des difficultés de santé entre les personnes présentant des symptômes dépressifs et les autres

	Symptômes dépressifs (%)	Absence de symptômes dépressifs (%)	p
Handicap reconnu par la sécurité sociale	37	13	p<0,0001
Souffre d'une ou plusieurs maladies	85	47	p<0,0001
Prend des médicaments	87	56	p<0,0001
Hospitalisé(e) au moins une nuit	32	17	p<0,05
Utilisation d'une canne pour se déplacer	35	12	p<0,001
Chute au cours des 12 derniers mois	42	19	p<0,0001
Problèmes dentaires	64	37	p<0,0001
Gêne pour manger	52	26	p<0,0001
Problèmes de vue	72	52	p<0,05
Problèmes de vue résiduels	58	34	p<0,05
Problèmes moteurs résiduels	28	8	p<0,0001

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Tableau 20 : comparaisons des conditions socio-économiques entre les personnes présentant des symptômes dépressifs et les autres

	Symptômes dépressifs (%)	Absence de symptômes dépressifs (%)	p
Content de son logement	67	87	p<0,0001
Bien informé de ses droits en matière de santé	34	47	p<0,05
Bien informé de ses droits en matière de logement	31	45	p<0,05
Difficultés dans les démarches administratives	76	53	p<0,0001
Connaissance de services pour personnes âgées	62	74	p<0,05
Possibilité d'aide en cas de difficultés	77	89	p<0,05
Origine rurale	77	60	p<0,0001

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Il est important de remarquer l'absence de relation statistique entre la présence de symptômes dépressifs avec le revenu ou le fait d'avoir rencontré des difficultés financières au cours des 6 derniers mois, ainsi qu'avec les conditions de logement (propriétaires/locataires, nombre de pièces) et les relations sociales (fréquentation des enfants, des proches, pratique de loisirs collectifs).

Par contre, la présence de symptômes dépressifs semble liée fortement à l'état de santé, et aux gênes qui lui sont liées (pour manger, se déplacer). Ce mal-être s'accompagne de mécontentement et d'insatisfaction (vis-à-vis d'autres éléments comme les droits, le logement).

Etat de santé par bassin

Les personnes d'origine maghrébine présentant un état de santé plus médiocre se retrouvent davantage sur le bassin de Béziers sur lequel on compte :

- ✓ *37 % des personnes déclarant souffrir d'une ou plusieurs maladies (27 % sur Nîmes, 22 % sur Montpellier/Lunel et 14 % sur Perpignan) ($p < 0,0001$).*
- ✓ *35 % des personnes sous traitement médicamenteux au moment de l'enquête (30 % sur Nîmes, 19 % sur Montpellier/Lunel et 16 % sur Perpignan) ($p < 0,0001$).*
- ✓ *40 % des personnes déprimées (20 % sur Nîmes, 25 % sur Perpignan et 15 % sur Montpellier/Lunel) ($p < 0,05$).*
- ✓ *48 % des personnes qui s'estiment en mauvaise ou très mauvaise santé (20 % sur Nîmes, 23 % sur Montpellier/Lunel et 9 % sur Perpignan) ($p < 0,0001$).*

II. 12. Information, accès et renoncement aux soins

II.12. 1. Niveau d'information médicale

Les personnes enquêtées estiment dans 80 % des cas être suffisamment informées sur leur problème de santé lors des consultations médicales, 7 % sont satisfaites et 1 % sans opinion.

Les différences observées entre groupes de nationalités sont statistiquement significatives ($p < 0,0001$). Parmi les Maghrébins, on note 11 % d'insatisfaits de la communication médicale ; et 22 % sans opinion. Ils sont 7 % d'insatisfaits chez les Espagnols sans une seule absence d'opinion ($p < 0,0001$). L'origine rurale des personnes est également étroitement liée au fait d'être insatisfait de l'information : 76 % de ruraux composent ce groupe, alors qu'ils sont 59 % parmi les satisfaits et ils sont 82 % parmi les sans opinion ($p < 0,05$).

On observe des liens similaires pour la question relative au niveau d'information sur le traitement médical, les analyses ou les examens que le médecin prescrit : parmi les insatisfaits, 94 % sont des Maghrébins (vs 60 % parmi les satisfaits) et 98 % parmi les sans opinion ($p < 0,001$) ; 69 % sont des hommes (contre 52 % parmi les satisfaits) ($p < 0,05$). Enfin, 77 % des insatisfaits sont issus du monde rural contre 55 % parmi les satisfaits ($p < 0,05$).

II.12. 2. Couverture médicale de base

Tous les enquêtés déclarent avoir une couverture maladie de base.

Tableau 21 : couverture maladie de base

Couverture maladie	N	%
Régime général	218	55
MSA	81	21
Régime particulier	8	2
CMU	80	20
Aide médicale gratuite	8	2
TOTAL	395	100

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Pour la moitié d'entre eux, il s'agit d'assurés sociaux anciens puisqu'ils le sont depuis plus de 26 ans.

II.12. 3. La complémentaire santé

La population couverte par une complémentaire santé est limitée : 30 % n'en ont pas, 33 % bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et 37 % d'une autre couverture complémentaire.

En étudiant qui sont les personnes sans complémentaire selon leur couverture maladie de base, on relève les éléments suivants : parmi les assurés du régime général, près d'un sur quatre (23 %) déclare ne pas avoir de complémentaire santé, un tiers (32 %) sont bénéficiaires de la CMUC et 45 % ont une complémentaire santé. La proportion d'assurés sans complémentaire est plus importante parmi les assurés de la Mutualité sociale agricole : près d'un sur deux (47 %). Moins d'un sur trois bénéficie de la CMUC et un quart d'une complémentaire santé. Il est difficile à ce niveau de l'information de vérifier s'il s'agit de méconnaissance de droits existants ou d'une réalité d'absence de complémentaire santé. Ainsi, les bénéficiaires de la CMU de base se déclarent sans complémentaire dans 46 % des cas.

Aucune des variables que sont le sexe, l'âge moyen, le groupe de nationalités ou le niveau de revenu (en deçà ou au-delà de 610 euros) n'est liée de manière significative avec le fait de ne pas avoir une complémentaire santé.

Une question a été proposée aux enquêtés sur les difficultés de soins rencontrées au cours des 6 derniers mois. Le tableau ci-dessous présente les fréquences obtenues à chacune des modalités.

Tableau 22 : difficultés rencontrées au cours du semestre

	N	%
Difficultés dans les démarches administratives	232	60
Manque d'informations sur les droits	170	44
Difficultés avec organisme payeur	138	36
Difficultés avec un organisme public ou privé	65	17
Difficultés financières (nourriture, vêtements,...)	58	15
Difficultés avec services Préfecture	31	8
Rupture de droits liés à un problème de titre de séjour	17	4
Difficultés avec la justice	16	4

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Le thème du renoncement aux soins est évoqué dans l'enquête à propos du coût des soins dentaires et ophtalmologiques mais aussi en raison des difficultés rencontrées par l'enquêté à se faire comprendre en français par le médecin.

Parmi les personnes qui déclarent avoir un problème dentaire (n=177), un tiers (n=59) ne se fait pas soigner.

En regroupant les motifs de non soins (« parce que c'est cher » et « absence de prise en charge des frais par la mutuelle »), on obtient un groupe de raisons que l'on peut qualifier d'économiques. Parmi la population qui renonce aux soins dentaires, 70 % évoquent des problèmes de coût (n=40).

En faisant un regroupement des deux autres modalités que sont « je ne sais pas à qui m'adresser » et « c'est difficile de se faire comprendre par le médecin », on obtient un groupe de motifs de l'ordre des difficultés de communication : 11 % des causes de renoncement des soins dentaires en relèvent (n=6).

Parmi les personnes qui déclarent avoir un problème de vue (n=232), un quart (n=59) n'est pas allé voir un ophtalmologue.

36 % évoquent des problèmes de coût (n=20) et 21 % des difficultés de communication (n=12).

On peut faire l'hypothèse que cette évaluation du renoncement aux soins est sous estimée. En effet, les motifs économiques de renoncement sont cités par plus de personnes encore lorsqu'on limite la question aux seules personnes qui déclarent avoir ce problème et pourtant ne pas se soigner : la fréquence de citation du motif économique de renoncement est le fait de 67 personnes par rapport aux soins dentaires (58 % des répondants) et de 38 personnes pour la vue (40 % des répondants), que ces répondants déclarent ou non avoir besoin de soins dans ce domaine.

Des difficultés de communication sont évoquées dans une moindre mesure par l'ensemble des répondants (qu'ils déclarent ou non un problème dentaire ou ophtalmique) : 9 % et 22 %

II. 13. Aide fournie par les professionnels

II. 13. 1. Connaissance de ces services

Un tiers des enquêtés (31 %) ignore l'existence de services pouvant faciliter leur vie quotidienne. Parmi les Espagnols, 14 % sont dans ce cas, alors que 37 % de Maghrébins ignorent l'existence de tels services ($p < 0,0001$).

La moyenne d'âge est de 68 ans (± 10) contre 64 ans (± 9) pour les autres ($p < 0,05$).

II. 13. 2. Utilisation de ces services

Parmi les 271 enquêtés qui déclarent connaître l'existence de tels services, 80 les utilisent ou les ont déjà utilisés (30 %).

Le tableau 23 présente les différents types de services utilisés. Ce sont le recours à l'aide ménagère et les soins à domicile qui sont les services d'aide les plus utilisés. Par contre, il faut noter la faible utilisation du recours au club du 3^{ème} âge et encore plus du portage de repas à domicile, celui-ci étant encore moins fréquent que le lavage du linge.

Tableau 23 : services d'aide aux personnes âgées déjà utilisés

	N	%
Aide ménagère	67	25
Soins à domicile	50	19
Club pour personnes âgées	16	6
Lavage du linge	9	3
Portage de repas	7	3
Personnes connaissant ces services	271	100

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

L'utilisation est davantage le fait des femmes et des plus âgés. En effet, parmi les personnes utilisant ces services, 58 % sont des femmes et 42 % des hommes ($p = 0,05$). La moyenne d'âge des utilisateurs est de 74 ans (± 10) contre 66 ans (± 9) pour les autres ($p < 0,0001$).

Couverture sociale, services aux personnes âgées et communication médicale par bassin

Du point de vue de la communication médicale, de la connaissance du dispositif d'aide aux personnes âgées et de la couverture maladie, le bassin de Béziers regroupe une population maghrébine plus fragile puisqu'on y trouve :

- ✓ *57% des personnes insatisfaites des informations par le médecin sur les traitements, examens complémentaires et prescriptions (26% sur Montpellier/Lunel, 17% sur Nîmes et 0% sur Perpignan) ($p < 0,0001$)*
- ✓ *69% des personnes insatisfaites de la communication médicale (informations sur le problème de santé) (15% sur Montpellier/Lunel, 13% sur Nîmes et 3% sur Perpignan) ($p < 0,0001$)*
- ✓ *54 % des enquêtés méconnaissant l'existence de services pour faciliter la vie des personnes âgées (8 % sur Nîmes, 27 % sur Montpellier/Lunel et 11 % sur Perpignan) ($p < 0,0001$).*
- ✓ *42 % des personnes déclarant bénéficier en régime de base de la CMU ou de l'AME (15 % sur Nîmes, 27 % sur Montpellier/Lunel et 16 % sur Perpignan) ($p < 0,0001$).*

Mais c'est sur le bassin de Nîmes que la proportion d'immigrés maghrébins sans régime complémentaire est la plus importante :

- ✓ *48 % des personnes sans complémentaire santé sur Nîmes (21 % sur Perpignan, 18 % sur Béziers et 13 % sur Montpellier/Lunel) ($p < 0,05$).*

II. 14. Synthèse intermédiaire : état de santé

Plus de la moitié des immigrés isolés de 50 ans ou plus s'estime en bonne ou très bonne santé. A partir de l'échelle de dépression CES-D, qui vise à mesurer la présence de symptômes dépressifs, on a cependant pu évaluer à plus d'un tiers la population déprimée avec une fréquence plus élevée pour le groupe des Maghrébins.

Les problèmes de santé concernent plus des deux tiers des personnes de l'échantillon. Deux groupes de pathologies se détachent en terme de prévalence : les pathologies rhumatismales et de l'appareil locomoteur (42 % des malades et plus d'un enquêté sur 4) ainsi que le diabète (20 % des malades et 12 % de l'ensemble de l'échantillon).

66 % des personnes enquêtées prennent des médicaments au moment de l'enquête et pour la moitié d'entre elles, il s'agit d'une prise de plus de 15 jours.

La grande majorité des personnes interrogées déclarent avoir un médecin traitant. Le médecin généraliste reste le référent majeur en matière de soins.

Au cours des 12 derniers mois, plus d'un enquêté sur cinq ont été hospitalisés au moins une nuit. Ils sont 21 % à avoir eu des soins infirmiers, 25 % des soins de physiothérapie, 33 % des soins dentaires.

Le confinement au domicile ne concerne que peu de personnes (5 %).

On note que le niveau d'incapacité dans les activités de la vie quotidienne est relativement faible mais que 11 % de la population étudiée a besoin d'aide pour la toilette. De façon évidente ce besoin d'aide augmente en proportion avec l'âge. Il est 2 fois plus élevé chez les Maghrébins que chez les Espagnols.

Le niveau d'incapacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne est plus élevé. Le besoin d'aide peut toucher jusqu'à près d'une personne sur deux quand il s'agit des tâches ménagères et une personne sur trois quand il s'agit de faire les courses. Ce besoin d'aide est 1,7 fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes.

Une partie de l'aide est assurée par les enfants, puisqu'ils visitent davantage leurs aînés dès lors que la dépendance augmente.

Les personnes enquêtées qui estiment ne pas avoir suffisamment d'information sur leur problème de santé lors des consultations sont peu nombreuses (7 % des cas). Les insatisfaits sont majoritairement des Maghrébins et des personnes d'origine rurale.

Tous les enquêtés déclarent avoir une couverture maladie de base, mais un tiers n'a pas de couverture complémentaire. Cette absence est une des causes de renoncement aux soins. De fait un tiers des personnes qui déclarent des problèmes dentaires ne se fait pas soigner, c'est également vrai pour un quart de celles qui ont des problèmes de vue.

Un tiers des enquêtés ignore l'existence de services pouvant faciliter leur vie quotidienne.

Enfin, au niveau régional, on constate une grande disparité géographique de la situation des immigrés isolés. On trouve, par exemple, au niveau du département de l'Hérault, des conditions de santé beaucoup plus dégradées que sur le Gard ou les Pyrénées-Orientales, avec une accumulation des problèmes sur le Biterrois.

II. 15. Comparaisons avec d'autres études : état de santé

II. 15. 1. Incapacités

Les comparaisons avec des données de la population générale montrent une dépendance beaucoup plus importante chez les migrants :

Ainsi, lorsque l'on compare les résultats obtenus dans la population d'enquête de 1995 à Narbonne :

- ✓ le niveau d'incapacité dans les activités de la vie quotidienne révélait que 10 % de la population étudiée avait besoin d'aide pour la toilette (13 % parmi les migrants de l'échantillon),
- ✓ le niveau d'incapacité pour les activités instrumentales de la vie quotidienne²⁸, est plus important que celui observé dans l'enquête de Narbonne où l'on relevait que ces incapacités pouvaient toucher près d'une personne sur quatre quand il s'agissait des tâches ménagères ; 44 % des migrants enquêtés -certes isolés- sont dans ce cas.

De même, une comparaison des besoins d'aide avec l'échantillon Inserm-ORS (pour les personnes âgées de 65 ans et plus) nous indique quelque soit l'échelle utilisée (Lawton et Katz) une plus grande dépendance pour les migrants :

- ✓ 33 % de migrants enquêtés âgés de plus de 65 ans ont manifesté un besoin d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne contre 12 % en population générale isolée de même âge.
- ✓ 79 % de migrants enquêtés âgés de plus de 65 ans ont manifesté un besoin d'aide pour au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne contre 37 % en population générale isolée de même âge.

²⁸ Il convient de remarquer que l'effet du sexe sur l'échelle de Lawton est inverse à celui observé dans l'enquête de Narbonne et couramment retrouvé avec cette échelle du fait de son contenu. Deux éléments complémentaires peuvent être avancés en guise d'explications : d'une part les femmes de notre échantillon sont très âgées et les hommes, assez souvent célibataires de fait (le cas des célibataires géographiques), ont probablement développé des compétences sur les activités constitutives de l'échelle.

Tableau 24 : comparaison des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne

Besoins d'aide pour au moins une activité de la vie quotidienne	Enquête Cesam-ORS						Enquête Inserm-ORS					
	65-74 ans		75 ans et +		Total		65-74 ans		75 ans et +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Non	85	77,0	66	58,0	151	67,0	115	94,0	278	86,0	393	88,0
Oui	25	23,0	48	42,0	73	33,0	7	6,0	46	14,0	53	12,0
Total	110	100,0	114	100,0	224	100,0	122	100,0	324	100,0	446	100,0

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Tableau 25 : comparaison des besoins d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne

Besoins d'aide pour au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne	Enquête Cesam-ORS						Enquête Inserm-ORS					
	65-74 ans		75 ans et +		Total		65-74 ans		75 ans et +		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Non	36	33,0	10	9,0	46	21,0	104	85,0	177	55,0	281	63,0
Oui	73	67,0	99	91,0	172	79,0	19	15,0	146	45,0	165	37,0
Total	109	100,0	109	100,0	218	100,0	123	100,0	323	100,0	446	100,0

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Cela confirme la précocité de la survenue de la dépendance observée dans d'autres études comme l'enquête HID²⁹ "Ainsi, alors que pour les personnes nées en France, la proportion de personnes dépendantes chez les 60-69 ans est de 1,3 %, elle atteint 2,8 % chez celles nées à l'étranger, dont 4,5 % pour celles nées au Maghreb." Il s'agit là de "dépendance physique lourde au sens où elles sont confinées au lit ou fauteuil ou aidées pour la toilette ou l'habillement"³⁰

²⁹ Enquête "Handicap Incapacité Dépendance", menée par l'Insee entre 1998 et fin 2001, auprès de personnes de 60 ans et plus vivant en établissement ou à domicile : COLIN C, KERJOSSE R. "Handicaps – Incapacités – Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. Drees : série études, 16, juillet 2001.

³⁰ BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport sur le vieillissement des immigrés. Inspection générale des Affaires Sociales. La Documentation Française. Novembre 2002. p.2

II. 15. 2. Utilisation des services pour personnes âgées

Une comparaison avec l'étude Inserm-ORS montre une utilisation des services pour personnes âgées beaucoup plus répandue en population générale :

Tableau 26 : comparaison de personnes de 65 ans et plus ayant déjà utilisé

	Enquête Cesam-ORS		Enquête Inserm-ORS	
	N	%	N	%
Aide ménagère	54	14,0	108	24,0
Soins à domicile	30	8,0	74	16,0
Club pour personnes âgées	12	3,0	96	21,0
Lavage du linge	9	2,0	9	2,3
Portage de repas	3	0,5	41	9,0

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 16. Extrapolation en région : état de santé

En région, les Maghrébins isolés, âgés de 50 ans et plus n'ayant pas acquis la nationalité française sont environ :

- ✓ 1 830 souffrant d'une ou plusieurs maladies dont :
- ✓ 340 atteints de diabète
- ✓ 775 souffrant de pathologies rhumatismales et de l'appareil locomoteur
- ✓ 210 de pathologies cardiovasculaires
- ✓ 1 910 à prendre des médicaments
- ✓ 690 à avoir été hospitalisé au moins une nuit au cours des 12 derniers mois
- ✓ 3 690 à avoir un médecin traitant
- ✓ 1 180 à présenter une symptomatologie dépressive
- ✓ 1 060 sans couverture maladie complémentaire
- ✓ 1 000 à bénéficier de la CMU et 80 de l'Aide Médicale Etat
- ✓ 1 750 à éprouver un besoin d'aide pour au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne
- ✓ 2 680 à connaître l'existence de services pour faciliter la vie des personnes âgées et 660 à en avoir déjà utilisé.

L'extrapolation n'est pas statistiquement valide pour le groupe des Espagnols. Toutefois, nous rappellerons les tendances observées au sein de l'échantillon :

- ✓ les Espagnols (population plus âgée et plus féminisée) sont plus fréquemment malades et sous traitement médicamenteux ;
- ✓ par contre, ils sont moins souvent affectés par le diabète et par les pathologies de l'appareil locomoteur et rhumatismal. Ils présentent moins souvent une symptomatologie dépressive majeure. Ils ont plus souvent un médecin traitant. Ils connaissent plus fréquemment l'existence de services pour personnes âgées mais les ont utilisés aussi souvent ;
- ✓ ils expriment aussi fréquemment un besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. Ils ont des taux de couverture médicale (de base et complémentaire) semblables. Ils ont été aussi fréquemment hospitalisés au moins une nuit au cours des 12 derniers mois.

II. 17. Eléments interférant avec la santé et la dépendance

II. 17. 1. Les personnes malades

Une variable "malade" a été construite pour caractériser la population du point de vue de la santé : il s'agit de la population des enquêtés qui déclarent souffrir d'une ou plusieurs maladies et sont sous traitement au moment de l'enquête. Cette construction permet d'éviter un double écueil : celui de considérer comme malade les personnes déclarant souffrir d'une maladie simplement parce que vieillissantes, elles voient diminuer leurs capacités physiques, et celui de restreindre l'observation aux seules personnes sous traitement quand 15 % d'entre elles ne se considèrent pas comme souffrantes de maladie.

La population des "malades" ainsi définie a été caractérisée du point d'éléments socio-sanitaires, de recours et d'accès aux soins.

La population des malades correspond à 224 personnes, soit 66 % de l'ensemble. Les éléments de description suivants comparent le groupe des malades à ceux (les « autres ») qui ne le sont pas en ne retenant que les différences statistiquement significatives.

II. 17. 1. 1. Sexe, âge, groupe de nationalités

Les malades sont plus fréquemment des femmes (51 % contre 33 % dans le groupe des non malades) ($p < 0,05$).

Les malades sont aussi plus âgés que les autres : la moyenne d'âge des malades est de 70 ans ($\pm 8,84$) contre 62 ans ($\pm 9,42$) pour les non malades ($p < 0,0001$).

Le groupe des malades est composé d'une part plus importante d'immigrés espagnols (31 %) que les non malades (10 %) ($p < 0,0001$).

II. 17. 1. 2. Conditions d'arrivée en France et conditions de vie

La différence entre les malades et les autres se fait également sur les conditions d'arrivée en France : les malades sont plus fréquemment arrivés dans le cadre du regroupement familial que les autres (32 % contre 20 %) ($p < 0,05$).

Le niveau de revenus est également différent entre les deux groupes : 48 % des malades disposent de moins de 610 euros par mois ; c'est le cas de 34 % des non malades. ($p < 0,05$).

Par contre, le statut vis-à-vis du logement n'est pas lié significativement à la variable « malades », pas plus que les autres variables sociologiques que sont le niveau d'étude (aucune scolarisation contre primaire + secondaire + supérieur) ou encore la maîtrise orale du français (« parle couramment ou se débrouille » contre « parle avec difficultés ou pas du tout »).

II. 17. 1. 3. Couverture maladie et complémentaire

Lorsqu'on s'intéresse à la couverture maladie de base des malades et de ceux qui ne le sont pas, en regroupant ceux bénéficiant du régime général, agricole ou d'un régime spécifique d'une part et ceux bénéficiant de la CMU ou de l'aide médicale gratuite d'autre part, on n'observe pas de différence significative entre les malades (77 % ont le régime général, agricole ou spécifique et 23 % la CMU ou AMG) et les autres (respectivement 82 % et 18 %).

De même, les différences observées sur le régime complémentaire ne sont pas statistiquement significatives.

II. 17. 1. 4. Suivi médical et état de santé

En terme de suivi médical, les malades plus que les autres déclarent avoir un médecin traitant (respectivement 98 % et 86 %) ($p < 0,0001$). 22 % d'entre eux déclarent ne pas prendre tous les médicaments prescrits.

14 % des malades contre 3 % des autres estiment ne pas avoir assez d'information lors des consultations sur le problème médical qu'ils présentent ($p < 0,05$) ; 21 % se déclarent insuffisamment informés sur le traitement médical et les examens prescrits, alors qu'ils sont 9 % parmi les non malades ($p < 0,01$).

Les malades cumulent plus fréquemment que les autres d'autres problèmes de santé avec leur maladie : des problèmes dentaires (53 % contre 31 %) ($p < 0,0001$), des problèmes d'audition (31 % contre 7 %) ($p < 0,0001$) et des problèmes de vue (75 % contre 26 %) ($p < 0,0001$).

Parmi les malades, la proportion de ceux qui présentent une symptomatologie dépressive est plus importante que dans l'autre groupe (53 % contre 14 %) ($p < 0,0001$). Ils sont également proportionnellement plus nombreux à avoir eu recours à un psychologue au cours des 12 derniers mois (5 % contre 3 %) sans toutefois que cette différence ne soit statistiquement significative.

31 % des malades contre 4 % des non malades ont été hospitalisés au moins une nuit au cours de l'année ($p < 0,0001$).

II. 17. 1. 5. Incapacités

Du point de vue des incapacités, on observe une corrélation entre la population malade et les scores d'incapacités des deux échelles de Katz et Lawton.

Parmi les malades, 35 % présentent une ou plusieurs incapacités pour les activités de la vie quotidienne ; c'est le cas de 2 % des non malades ($p < 0,0001$).

Il en va de même pour les activités instrumentales de la vie quotidienne regroupées en trois classes : absence d'incapacité (21 % de malades contre 66 % des autres), de 1 à deux incapacités (26 % de malades contre 20 % des autres), plus de deux incapacités (53 % de malades contre 14 % des autres) ($p < 0,0001$).

Les malades ont plus fréquemment fait une chute (38 %) au cours de l'année que les non malades (8 %) ($p < 0,0001$).

II. 17. 1. 6. *Connaissance des dispositifs d'aide*

Les malades ne connaissent pas de manière significative les services pour personnes âgées plus fréquemment que les autres ; toutefois, parmi ceux qui savent, ils les utilisent plus fréquemment : 36 % contre 17 % ($p < 0,05$).

On observe par ailleurs que l'hospitalisation est peut être un moment privilégié pour engager les personnes à utiliser de tels services (par obligation sans doute, mais l'hypothèse d'un moment privilégié pour l'information mérite d'être posée) : ainsi parmi les personnes qui ont utilisé de tels services, 39 % ont été hospitalisées au moins une nuit au cours de l'année contre 18 % des non utilisateurs. Cette différence est très significative ($p < 0,0001$).

II. 17. 1. 7. *Visite des proches (enfants et amis du pays)*

Les personnes malades reçoivent plus fréquemment que les autres la visite de leurs enfants (parmi ceux qui en ont) et voient moins fréquemment des proches (amis ou parents) du pays.

Tableau 27 : visites par les enfants

	Tous les jours		Plusieurs fois par semaine		Une fois par semaine		Moins d'une fois par semaine		Jamais		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malades	26	14	47	25	41	21	70	37	8	4	192	100
Non malades	7	5	25	17	22	15	80	54	14	10	148	100
TOTAL	33	10	72	21	63	19	150	44	22	7	340	100

$p < 0,05$

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Tableau 28 : visites par les amis du pays

	Tous les jours		Plusieurs fois par semaine		Une fois par semaine		Moins d'une fois par semaine		Jamais		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malades	56	25	85	38	27	12	28	13	26	12	222	100
Non malades	52	31	57	34	44	26	10	6	6	4	169	100
TOTAL	108	28	142	36	71	18	38	10	32	8	391	100

p<0,0001

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

II. 17. 1. 8. Relation avec le pays d'origine et projets

Les non malades sont plus fréquemment retournés au pays au cours des 12 derniers mois que les malades : 88 % vs 63 % (*p*<0,0001).

Si les malades ne se distinguent pas des autres sur le lieu et le pays de vie futurs, en ce qui concerne le lieu d'enterrement souhaité, ils répondent la France dans 30 % des cas (ou indifférent) contre 16 % des non malades (*p*<0,05).

II. 17. 2. Les personnes dépendantes

Les personnes dépendantes ont été définies à partir des scores obtenus à l'échelle d'activités de la vie quotidienne et à l'échelle d'activités instrumentales de la vie quotidienne³¹. 255 personnes, soit 65 % de notre population, présentent au moins une incapacité partielle ou totale à l'une ou l'autre de ces échelles. A deux sujets près, il s'agit de la population présentant au moins une incapacité à l'échelle d'activités instrumentales de la vie quotidienne (*n*=253, 64 %), c'est-à-dire ayant un score non nul à l'échelle de Lawton. La population dépendante à caractériser retenue est donc celle qui présente une incapacité à l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne.

II. 17. 2. 1. Les malades

On observe une différence statistiquement significative entre les malades et les autres du point de vue de cette

³¹ pour le détail des scores obtenus, voir Annexe 2

dépendance : les malades ont un score non nul d'incapacités dans les activités instrumentales de la vie quotidienne dans 8 cas sur 10 contre un cas sur trois des non malades.

Tableau 29 : présence d'incapacités chez les malades et non malades ($p < 0,0001$)

	Non malades		Malades		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Absence d'incapacité	78	62	47	38	125	100
Présence d'incapacité	40	18	177	82	217	100
TOTAL	118	35	224	66	342	100

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

Lorsqu'on étudie le lien entre la dépendance définie par un score non nul à l'échelle de Lawton et le type de pathologie déclarée, les dépendants souffrent plus fréquemment que les autres d'une maladie de l'appareil locomoteur ou rhumatismal (46 % contre 30 %) ($p < 0,05$). Les autres pathologies n'apparaissent pas liées de manière significative à l'état de dépendance.

II. 17. 2. 2. *Logement*

On n'observe pas de différence statistiquement significative du point de vue du statut d'occupation de logement selon la présence ou l'absence d'incapacités.

Sept personnes dépendantes sur 10 habitent en étage. Cette proportion n'est pas différente de celle observée chez les non dépendants, pas plus d'ailleurs que la fréquence d'équipement en ascenseur selon le niveau de dépendance.

II. 17. 2. 3. Retour au pays

La présence d'une dépendance est corrélée avec une moindre fréquence de retour au pays au cours des douze derniers mois : 63 % ont fait ce voyage parmi les dépendants contre 82 % chez les non dépendants ($p < 0,0001$).

II. 17. 2. 4. Niveau scolaire

Lorsqu'on oppose l'absence de scolarisation aux autres modalités de niveau d'études que sont le primaire, le secondaire et le supérieur, on observe que les personnes dépendantes n'ont pas été scolarisées dans 64 % des cas contre 56 % des cas parmi les non dépendants. Toutefois cette différence n'est pas statistiquement significative.

Quant aux capacités de parler le français (de « manière correcte ou courante » contre « difficilement ou pas du tout »), les proportions ne sont pas statistiquement différentes entre les non dépendants (74 % sont en difficultés) et les dépendants (66 %).

II. 17. 2. 5. Avenir

La présence d'une incapacité ne conditionne pas une position vis à vis du souhait des personnes vieillissantes quant à l'avenir qu'elle souhaite en matière de lieu de vie (au pays, en France hors de chez elles ou à domicile en France), ni du lieu où elles souhaitent être enterrées (en France ou au pays d'origine).

II. 17. 2. 6. Revenus

Il n'existe pas de différence significative de revenus entre les personnes dépendantes et les autres : 49 % vivent avec moins de 610 € par mois ce qui est le cas de 39 % des autres.

II. 17. 2. 7. Couverture maladie

On n'observe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes du point de vue de la couverture maladie de base : 25 % des dépendants relèvent de la CMU ou de l'AMG ; c'est le cas de 18 % des non dépendants.

Pour la couverture complémentaire, aucune différence n'est statistiquement significative même si l'on retient que 32 % des dépendants n'ont pas de complémentaire (26 % des non dépendants) et pour 35 % d'entre eux il s'agit de la CMUC (30 % des non dépendants).

II. 17. 2. 8. Connaissance et utilisation des structures pour personnes âgées

67 % des dépendants savent qu'il existe des services pour faciliter la vie des personnes âgées ; ils sont 72 % dans ce cas parmi les non dépendants sans que cette différence soit statistiquement significative.

Par contre, en terme d'utilisation, les dépendants les utilisent plus souvent que les autres : 37 % contre 18 % ($p < 0,05$). Toutefois, lorsqu'on s'intéresse au descriptif des services utilisés, on y apprend que les non dépendants utilisent plus fréquemment le portage de repas que les dépendants : 22 % contre 5 % ($p < 0,05$) ; si le recours à une aide ménagère n'est pas significativement différent, l'utilisation du service de lavage du linge est exclusivement le fait de personnes dépendantes (14,5 % d'entre elles). La fréquentation d'un club pour personnes âgées est très logiquement plus utilisée par les non dépendants que par les autres : 44 % contre 13 % ($p < 0,05$).

Après étude des différents éléments interférant avec le fait d'être malade et dépendant on a souhaité mieux caractériser chacun de ces états.

Pour cela, deux modèles de régression logistique ont été construits qui donnent les résultats suivants.

a) Les malades

Le modèle proposé intègre 323 personnes, soit 82 % de l'échantillon. Différentes variables ont été introduites dans le modèle (groupe d'âge, sexe, bassin gérontologique, groupe de nationalités, motif de venue en France, revenu, origine géographique, statut matrimonial). Le tableau 30 présente les variables ayant un lien significatif avec le fait d'être malade.

Tableau 30 : caractérisation de la population malade : analyse multivariée par régression logistique

	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95 %
65-74 ans (par rapport aux moins de 65 ans)	2,0	1,1 ; 3,9
75 ans et plus (par rapport aux moins de 65 ans)	6,7	3,0 ; 14,9
Bassins de Béziers et Montpellier (par rapport à Nîmes et Perpignan)	4,3	2,4 ; 7,8
Origine rurale (par rapport à origine citadine)	2,0	1,1 ; 3,5

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

On peut ainsi lire ces résultats : les immigrés isolés âgés de 65 à 74 ans ont 2 fois plus de risque d'être malade sous traitement que ceux âgés de moins de 65 ans ; ce risque est de presque 7 lorsqu'ils sont âgés de plus de 75 ans.

Les personnes enquêtées dans le bassin gérontologique de Béziers/Pézenas ou Montpellier/Lunel ont plus de 4 fois plus de risque d'être malades que celles vivant dans les bassins de Nîmes ou Perpignan.

Enfin, les immigrés nés en zone rurale ont un risque relatif de près de 2 fois supérieur aux citadins d'origine d'être malades et sous traitement.

b) Les dépendants

Le modèle proposé intègre 256 personnes, soit 65 % de l'échantillon. Les variables qui ont été initialement introduites dans le modèle sont : le sexe, le groupe d'âge, le bassin gérontologique, le revenu, l'origine géographique, la connaissance des services pour personnes âgées, l'utilisation de ces services.

Tableau 31 : caractérisation des personnes ayant besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne : analyse multivariée par régression logistique

	Odds ratio	Intervalle de confiance à 95 %
65-74 ans (par rapport aux moins de 65 ans)	3,3	1,7 ; 6,5
75 ans et plus (par rapport aux moins de 65 ans)	15,5	6,2 ; 38,4
Moins de 610 euros par mois (par rapport à plus de 610 euros par mois)	0,5	0,3 ; 1,0
Origine rurale (par rapport à origine citadine)	1,9	1,0 ; 3,5

Source : enquête immigrés isolés de 50 ans et plus – Cesam-ORS L-R - 2002

On peut ainsi lire ces résultats : les immigrés isolés âgés de 65 à 74 ans ont 3 fois plus de risque d'être dépendants que ceux âgés de moins de 65 ans ; ce risque est presque 16 fois supérieur lorsqu'ils sont âgés de plus de 75 ans.

Les immigrés nés en zone rurale ont un risque relatif de près de 2 fois supérieur aux citadins d'origine d'être dépendants. Enfin ceux qui vivent avec des revenus mensuels de 610 euros ou plus ont un risque 2 fois supérieur d'éprouver un besoin d'aide pour au moins une activité instrumentale de la vie quotidienne que les personnes vivant avec moins de 610 euros.

III. DISCUSSION

Les résultats de ce travail régional d'enquête sur les conditions de vie et l'état de santé des immigrés de 50 ans ou plus vieillissant en Languedoc-Roussillon, amorcé dès 2001 par une démarche de recensement, se situent au carrefour d'interrogations et d'intérêts divers pour ce sujet tant sur le plan scientifique que de justice sociale ou de reconnaissance symbolique.

L'épidémiologie au service de la justice sociale

Si, comme l'écrit Rémi Gallou, « *la recherche sur le vieillissement des immigrés s'est développée durant la dernière décennie . [...] ce thème de recherche souffre encore d'une certaine méconnaissance* »³². Une des principales difficultés qu'il souligne, également citée pour d'autres recherches sur l'immigration³³, est l'absence de données statistiques qui rend impossible « *d'établir et d'illustrer de façon quantitative, ce que c'est que d'être âgé et immigré, en termes de conditions de vie, de modes de vie, de besoin de logement, de souhait quant à l'avenir, de santé, d'aide sociale, etc.* ».

Cette non disponibilité de l'information a de façon évidente, par manque d'outils d'aide à la décision, des répercussions sur la définition d'une politique en direction de ces personnes, dont les conséquences notables s'observent sur le terrain par l'absence de progrès social.

Entre justice sociale et reconnaissance

Le plan stratégique du FASILD 2000-2002 affirme que « *la nécessaire reconnaissance de ces immigrés vieillissants qui ont participé, à part entière, au développement du pays d'accueil relève d'un impératif de justice sociale. Cette reconnaissance doit être recherchée du double point de vue du droit et de l'histoire.*»

³² GALLOU R. Le Vieillissement des immigrés en France. Paris : CNAV juin 2001 : 25.

³³ FASSIN D. Ce que l'on sait de la santé des étrangers et des immigrés. Les politiques de la recherche dans l'espace politique. Santé, Précarité et Précarisation. Séminaire 1997. Editions INSERM 1997 : 58-69.

De même dans le préambule de son rapport du 10 avril 2003, le Comité interministériel à l'intégration note que « *sur le terrain qui concerne également la reconnaissance, des mesures très concrètes, mais non sans incidence symbolique, seront mises en œuvre au bénéfice des travailleurs immigrés vieillissant afin de faciliter leur accès aux droits et prestations de droit commun destinés aux personnes âgées.* »

Ces mesures largement détaillées dans des fiches techniques concernent à la fois l'accès aux droits³⁴, mais aussi le devoir de mémoire par la création d'un centre de ressources et de mémoire de l'immigration³⁵, le développement d'actions pédagogiques à travers la transmission de la mémoire combattante³⁶ ou encore le témoignage de la diversité des composantes constitutives de la société française³⁷.

III. 1. Une démarche utile

La problématique régionale qui a abouti à cette enquête, initiée par nos deux associations dès 1999 et soutenue par nos partenaires en région, rencontre aujourd'hui l'intérêt des pouvoirs publics en charge de réfléchir et légiférer sur les politiques publiques gérontologiques et d'intégration.

La précocité de notre réflexion rappelle, si cela était nécessaire, l'utilité d'anticiper l'observation avant une survenue majeure des difficultés, en l'occurrence ici le vieillissement et ses conséquences sur ce public. De fait le critère d'âge retenu pour cette enquête (50 ans ou plus) était pertinent dans la mesure où la transition vers la retraite et la vieillesse ne semble pas suivre pour cette population les mêmes paliers que ceux empruntés par les Français d'origine (vieillesse plus précoce lié à la pénibilité du travail, population moins qualifiée, plus touchée par la crise, plus incitée à la préretraite, plus souvent au chômage et, après 50 ans, ayant peu de possibilités de retrouver un travail).

³⁴ Comité interministériel à l'intégration – Programme d'action du 10/04/2003 fiche n° 46 (annexe 4)

³⁵ Ibid. fiche n° 38

³⁶ Ibid. fiche n° 39

³⁷ Ibid. fiche n° 40

III. 2. Un champ d'intervention peu exploré

De nombreux travaux se sont intéressés aux immigrés et à leurs conditions de vie en foyer de travailleurs migrants³⁸. D'autres travaux, moins nombreux, se sont penchés sur la question du logement des étrangers ou des immigrés³⁹. Le présent travail se situe donc dans un champ peu exploré puisqu'il s'est intéressé aux immigrés isolés âgés de 50 ans, vivant en habitat diffus, en Languedoc-Roussillon.

III. 3. Une méthodologie novatrice

L'autre intérêt de cette étude se situe également dans la nature de l'approche, non plus seulement qualitative et à base d'entretiens comme celle privilégiée sur ce thème (conditions de vie, santé et vieillissement) depuis 15 ans, mais aussi statistique. Cette dernière ayant jusqu'alors été utilisée essentiellement pour l'étude des flux et des mécanismes de retour au pays⁴⁰.

Mais pour mener à bien cette enquête nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés : connaissance démographique de cette population à construire, constitution d'un échantillon, qui prenne en compte le critère de nationalité et qui soit suffisamment représentatif pour permettre l'extrapolation des résultats ; localisation des personnes en l'absence de listes et selon des critères contraignants ; recrutement d'enquêteurs en capacité de communiquer avec une population spécifique et à former aux méthodes de recueil des données ; validité du recueil de données.

Ces difficultés ont pu être levées grâce à la combinaison de logiques diverses : scientifique, juridique et de politique publique dans les domaines de l'intégration et des conditions de vie. Ainsi nous avons pu réaliser localement une base de données statistique indispensable à une démarche d'enquête par quotas, intégrant une variable sensible comme celle de la nationalité (ou groupe de nationalités pour les Maghrébins), grâce à un travail inter institutionnel qui a permis de croiser des

³⁸ SAMAOLI O. *Etat de santé, conditions de vie et risque de dépendance des migrants âgés*. Paris, OGMF, 1997 : 54

UNAFO. Actes du séminaire : Les difficiles chemins de l'insertion par le logement, novembre 1997 : 169.

³⁹ THAVE S. L'enquête Insee sur le logement des immigrés, Insee Première, N° 689, décembre 1999.

⁴⁰ TRIBALAT M. (dir.) *Mobilité géographique et insertion sociale. Intégration des immigrés et de leurs enfants*. Ined, 1995.

fichiers de gestion et des fichiers statistiques, sans déroger aux règles républicaines et dans le respect des libertés individuelles⁴¹.

Remarque : Les limites de la méthodologie utilisée pour cette enquête ont déjà été discutées dans un précédent rapport.⁴²

Cependant les résultats de l'enquête en population appellent une nouvelle remarque sur une limite possible de ce travail. Le choix concernant le critère d'inclusion « nationalité étrangère » nous a conduit à travailler au sens strict sur les étrangers et non les immigrés, donc de ne pas avoir été en mesure de repérer les difficultés des « immigrés » les plus âgés. On sait en effet qu'au niveau national les immigrés sont plus représentés parmi les âges élevés que les étrangers car l'essentiel des acquisitions de la nationalité française se fait avant 60 ans. On peut faire l'hypothèse que ce différentiel entre immigrés et étrangers existe aussi en région et que les problèmes de la population la plus âgée se retrouvent dans la population immigrée ayant ou non acquis la nationalité française.

III. 4. La caractérisation d'une population

III. 4. 1. Dans sa dimension humaine

On a pu identifier, dans cette population, les personnes les plus à risque. On peut ainsi affirmer que ce sont les personnes les plus âgées et originaires du monde rural qui ont le plus de difficultés de santé.

De même, si l'on s'intéresse au groupe des Maghrébins, on constate qu'ils ont de plus mauvaises conditions de logement que les Espagnols et davantage de problèmes d'accès aux droits.

Par contre sur le plan de la santé en général et de la dépendance, ils semblent moins affectés que les Espagnols, hormis pour la prévalence de symptomatologie dépressive.

⁴¹ DESMARTIN V, RIDEZ S, LEDESERT B. Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon - Recensement de la population d'enquête - Décembre 2001

⁴² RIDEZ S, SIEIRA ANTELO M. LEDESERT B. DESMARTIN BELARBI V. Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon - Méthodologie d'enquête - Octobre 2002

La population féminine de notre échantillon présente par rapport aux hommes beaucoup plus de difficultés au niveau de la santé, des activités instrumentales de la vie quotidienne et une plus grande fréquence de chutes. Les femmes ont également de plus faibles revenus que les hommes, mais de meilleures conditions de logement et un entourage familial plus présent. Deux enseignements se dégagent : la réalité de la dimension féminine du vieillissement des personnes immigrées isolées souvent occultée par la représentation du travailleur maghrébin célibataire géographique et la nécessaire considération de l'hétérogénéité de la population observée, qui n'est pas un groupe uniforme.

III. 4. 2. Dans sa diversité régionale

Un autre enseignement de cette enquête est de mettre en évidence les disparités géographiques de la situation des immigrés isolés. On trouve par exemple au niveau du département de l'Hérault des conditions de logement et de santé beaucoup plus dégradées que sur le Gard ou les Pyrénées-Orientales, avec, plus particulièrement, une fréquence accrue des problèmes de santé sur le Biterrois.

III. 5. Des possibilités de comparaisons avec la population générale

Cette étude offre pour la première fois la possibilité de comparer l'état de santé et les conditions de vie des personnes immigrées vieillissantes et isolées par rapport à ce qui est usuellement observé en population générale. Une attention particulière a été portée, lors de la construction du questionnaire, à l'intégration de questions ou d'échelles couramment utilisées lors d'enquêtes auprès de population âgée. Nous avons sélectionné des études récentes⁴³ réalisées en Languedoc-Roussillon auprès de personnes âgées de 60 ou 65 ans et plus.

⁴³ – Op. cit. p.6

Rappelons les éléments marquants issus de ces comparaisons (cf. § II. 7. et II. 15.) :

- ✓ une population occupant des logements moins bien équipés, moins accessibles et de taille plus réduite que la population générale de même âge ;
- ✓ une difficulté d'accès au logement importante avec moins de propriétaires dans notre échantillon et des obstacles liés à la nationalité ou à la langue dans la recherche du logement ,
- ✓ des incapacités dans les activités de la vie quotidienne légèrement plus fréquentes ,
- ✓ des incapacités beaucoup plus marquées dans les activités instrumentales de la vie quotidienne, touchant plus souvent les femmes que les hommes, alors qu'en population générale de même âge, elles sont moins fréquentes et touchent plus les hommes ;
- ✓ des fréquences de pathologies plus élevées, notamment de la dépression.

Ces premiers éléments de comparaison montrent tout l'intérêt d'études quantitatives en complément d'études plus qualitatives, en mettant en exergue des éléments chiffrés permettant de bâtir des recommandations d'action.

IV. RECOMMANDATIONS

Ces recommandations résultent des éléments de synthèse énoncés en pages 32 et 33 pour les éléments d'ordre sociodémographiques et pages 56 et 57 pour les éléments inhérents à l'état de santé. Elles sont d'ordre général. Leur mise en œuvre devra tenir compte des niveaux d'intervention et de décision qu'elles impliquent : local, régional, national.

Elles sont présentées en fonction de la rapidité d'exécution qu'elles supposent.

IV. 1. Recommandations pour une mise en œuvre simple et rapide au niveau local ou local/régional

IV. 1. 1. Simplifier l'information et l'accompagnement dans les démarches d'accès aux droits et aux soins

En effet les difficultés de compréhension de la langue française des enquêtés renvoient à la complexité du système lorsqu'on se trouve en situation d'illettrisme ou d'analphabétisme. Or les deux tiers des personnes rencontrées n'ont pas fréquenté l'école et un tiers a de réelles difficultés de communication en français.

Il existe déjà des personnes ressources, telles les écrivains publics et conseillers en formalités, à même de délivrer de l'information, mais aussi de repérer des situations de difficultés, voire de détresse.

↳ De manière générale, il semble pertinent de recenser les associations professionnelles, confessionnelles ou communautaires, les institutions et les libéraux (écrivains publics, conseillers en formalités..) qui touchent ce public afin de constituer un réseau qui leur permette un meilleur accès au droit commun. Ce recensement a déjà été réalisé en partie, du fait de la méthodologie choisie pour « recruter » les personnes enquêtées (1/3 de l'échantillon)⁴⁴. Il convient dès lors de réfléchir, en termes d'éthique, de méthodologie et de

⁴⁴ RIDEZ S, SIEIRA ANTELO M. LEDESERT B. DESMARTIN BELARBI V. Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon - Méthodologie d'enquête - Octobre 2002

financement, aux formes de travail avec ces différents types d'acteurs et sur des territoires bien définis.

Deux pistes d'intervention sont envisageables : l'information/formation et les « consultations avancées » par des personnels détachés des services du droit commun.

- ✓ L'information/formation serait à développer à deux niveaux : celui des difficultés propres à ce public et celui des dispositifs de droit commun (allocations, droits à la retraite...).
- ✓ Les « consultations avancées » permettraient de traiter les dossiers complexes (retraite, allocations logement, CMU, Cnam, aides à domicile, etc...) par des agents administratifs détachés à cet effet.

Cette recommandation s'adresse autant aux institutions et aux grosses associations qu'à de plus modestes structures associatives, aux moyens plus limités. Seuls pourront différer les outils mis à disposition.

IV. 1. 2. Développer la solidarité sur les territoires de la politique de la ville

↳ Pour les plus isolés, le dispositif des adultes relais⁴⁵ (proposé par le Comité interministériel à l'intégration du 10 avril 2003) sur les territoires de la politique de la ville mérite d'être pensé à destination de ce public. Le choix des structures employeurs et la formation des intervenants devront se faire en prenant en compte les spécificités des âgés immigrés.

IV. 1. 3. Favoriser le maintien à domicile pour la prise en charge de la dépendance

On a fait le constat que l'isolement des immigrés est relatif et que les différentes formes de relations sociales qu'ils entretiennent sont complémentaires. Ainsi la fréquence des visites des enfants croît avec la dépendance. De plus le souhait de rester le plus longtemps possible à domicile est clairement exprimé par la très grande majorité des personnes.

⁴⁵ Circulaire DIV/DPT-IEDE/2002.283 du 3 mai 2002 relative à la mise en place du programme d'adultes relais

Il y a donc lieu de réfléchir.

↳ Dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) au statut, à la formation et à la rémunération des aidants familiaux.

↳ A la mise en place de programmes d'aides aux aidants, tels ceux initiés par la Fondation de France ou proposés dans certains schémas gérontologiques départementaux⁴⁶.

↳ A l'adaptation du dispositif de maintien à domicile à cette population en tenant compte de son histoire et de son environnement (habitat, réseau familial et social).

Un des outils pertinents pour assurer l'information sur ces dispositifs tant auprès des immigrés âgés que des professionnels intervenant auprès d'eux est constitué par les centres locaux d'information et de coordination (CLIC⁴⁷).

Cette solution ne peut cependant pas être envisagée comme systématique : en effet les facteurs (considération pour les aînés, disponibilité) qui sont présents, chez bon nombre d'enfants de migrants davantage qu'en population générale ne sont pas présents chez tous.

IV. 1. 4. S'appuyer sur les Permanences d'accès aux soins de santé, en milieu hospitalier

Au cours des 12 derniers mois, un immigré enquêté sur 5 a passé au moins une nuit à l'hôpital.

↳ Ce passage à l'hôpital et, dans la plupart des cas, par le service des urgences pourrait être un moment privilégié de repérage des situations difficiles, de délivrance d'une information adaptée, notamment via le dispositif PASS⁴⁸ ou via le service social hospitalier.

⁴⁶ Schéma gérontologique du département de l'Hérault 2003-2007 – Fiche action 1-6 - page 18

⁴⁷ Cf annexe 6

⁴⁸ Permanences d'accès aux soins de santé, loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusion, Cf. Glossaire (annexe 5)

IV. 2. Recommandations dans le but d'informer et sensibiliser des décideurs et des professionnels

IV. 2. 1. Introduire la thématique du vieillissement des migrants à chaque niveau de l'action à destination des personnes âgées (ou des migrants)

La disparité géographique de la situation des immigrés isolés fait écho à la diversité régionale dans l'organisation des systèmes de réponses médico-sociales.

↳ Prise en compte de cette réalité au niveau des schémas gérontologiques départementaux.

L'outil pertinent pour cette inscription paraît être la commission régionale sur le vieillissement, créée en 2000 en Languedoc-Roussillon, par la Drass, dans la continuité des travaux de la conférence régionale de santé, qui en a confié l'animation au directeur de l'association régionale des caisses de mutualité sociale et agricole. « « Forum » unique d'acteurs d'origine différente (Etat, conseils généraux, professionnels, usagers, chercheurs..) elle est une instance de vigie et de veille de l'égalité face au vieillissement. »⁴⁹

↳ Sensibilisation des directions de l'action sociale des conseils généraux et des Ddass à ce problème par une présentation spécifique de l'étude, en vue de faire évoluer les politiques et débloquer des fonds pour financer des actions.

↳ Il incombe à présent au FASILD, partenaire privilégié de cette recherche de permettre la mise en œuvre opérationnelle sur le terrain d'actions visant à améliorer l'accès aux droits et aux soins des immigrés isolés vieillissants.

⁴⁹ CHABAS P., in le Sociographe n°9, 2002 : 97.

IV. 2. 2. Sensibiliser les médecins généralistes aux problèmes spécifiques du vieillissement des immigrés isolés avec un possible retentissement de cet isolement en terme de santé mentale

En matière de santé, on a relevé que plus d'un tiers de la population présente une symptomatologie dépressive, les Maghrébins âgés semblant plus exposés que les Espagnols. On sait par ailleurs que le médecin traitant – généraliste pour la plupart - est présent et référent pour plus de 9 immigrés âgés sur 10. Les généralistes sont également prescripteurs d'heures d'aide à domicile.

↳ La formation continue des soignants en général et surtout des spécialistes en gériatrie pourrait prendre en compte cet aspect.

IV. 2. 3. Former les professionnels de l'aide à domicile

Les deux principaux groupes de pathologies observés dans l'enquête (pathologies rhumatismales, de l'appareil locomoteur et diabète) renvoient au risque accru de dépendance et à la nécessaire éducation des patients pour s'assurer de l'observance du traitement.

↳ La formation initiale et continue des professionnels de l'aide à domicile pourrait prendre en compte cet aspect.

↳ Les associations locales d'éducation aux patients⁵⁰, (en particulier autour de maladies chroniques comme le diabète) doivent également adapter leur message à ce public.

IV. 2. 4. Prendre en compte le vieillissement de la population immigrée dans le cadre de l'action sur l'habitat social

A la faiblesse des revenus (notamment pour les femmes), s'ajoute la précarité d'un logement dont on sait à présent qu'il peut être inconfortable voire inadapté à des personnes vieillissantes.

⁵⁰ Comités départementaux et régionaux d'éducation pour la santé, Associations de diabétiques etc.

On peut donc suggérer :

↳ l'harmonisation des politiques de la ville et de l'intégration, au sein d'instances régionales comme la commission régionale pour l'intégration et la lutte contre les discriminations (Crild),

↳ une sensibilisation des responsables des différentes communautés d'agglomérations de la région, dont une des compétences obligatoires est celle de l'habitat et du logement social.

Remarque : pour les immigrés qui envoient de l'argent au pays (essentiellement des hommes maghrébins), il convient de garder à l'esprit que le revenu réellement disponible est inférieur au revenu perçu qui est pris en compte dans certaines prestations. Cela (à l'instar de la situation des personnes versant une pension alimentaire) doit alimenter la réflexion sur la distinction revenu disponible – revenu perçu. Cela permet également de comprendre certaines difficultés, notamment dans le recours aux soins. Ainsi dans des programmes d'incitation à la mutualisation⁵¹, on a pu noter des rétractations alors que des dossiers d'aide à la mutualisation avaient été montés, la priorité restant d'assurer cet envoi d'argent⁵²).

IV. 3.Recommandations qui relèvent de politiques nationales

IV. 3. 1. Encourager l'accès à une complémentaire santé

Un tiers de la population de l'enquête ne dispose pas d'une complémentaire santé.

↳ Les mesures d'aide s'avèrent indispensables avec une réflexion sur la redéfinition d'un plafond pour un principe qui a trait au droit et à l'équité.

⁵¹ Programme d'accompagnement sanitaire et social dans les foyers Sonacotra de Montpellier et Perpignan –1998-2003 – Césam migrations santé

⁵² En effet cet envoi d'argent assure la subsistance de leur famille, leur place dans cette famille et le sens de cette vie de père émigré.

IV. 3. 2. Assouplir les conditions de résidence en France qui déterminent l'accès à certains droits

Les allers retours entre la France et le pays d'origine, pour une partie des immigrés retraités, en particulier ceux que l'on qualifie de célibataires géographiques, est une réalité qui interpelle sur la nécessité, déjà relevée par ailleurs⁵³ d'assouplir les conditions de résidence en France. En effet, pour le versement de certaines prestations non contributives il est exigé une condition de résidence permanente en France qui empêche un certain nombre d'immigrés de pouvoir envisager un retour définitif dans leur pays sous peine de perdre le montant de leurs prestations.

IV. 4. Une réflexion inévitable face au vieillissement de cette population

IV. 4. 1. Permettre l'intégration des immigrés dans les établissements pour personnes âgées

Ce travail d'anticipation et de prise en charge de la grande dépendance au domicile des personnes ne pourra pas faire l'économie d'une réflexion sur les institutions pour personnes âgées susceptibles d'accueillir les immigrés très âgés qui auront fait le (non) choix de ne pas rentrer dans leur pays.

↳ La mise en place de familles d'accueil semble susciter l'adhésion de certains conseils généraux engagés dans cette réflexion. Les services sociaux des consulats (Maroc notamment) peuvent y être associés, notamment pour la recherche des familles.

↳ L'idée d'adapter des maisons de retraite pour accueillir des immigrés doit être réfléchie, d'autant qu'elle bénéficie d'expériences réussies, telle celle effectuée à la MAPAD « l'Amandier » à Argenteuil⁵⁴ qui, sur un effectif d'environ 140 personnes, accueille une douzaine de maghrébins. Les responsables gestionnaires ont pris en compte les pratiques culturelles des résidents maghrébins et

⁵³ Observatoire régional de l'intégration et de la ville, Alsace. Pour une meilleure prise en compte des migrants vieillissant en Alsace. Actes de la rencontre régionale du 13 février 2003. Les cahiers de l'Observatoire n° 38, juillet 2003.

⁵⁴ BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport sur le vieillissement des immigrés. Inspection générale des Affaires Sociales. La Documentation Française. Novembre 2002 : 63.

recruté du personnel d'origine pour les soins de nursing ou l'accompagnement de fin de vie.

↳ La possibilité de création de maisons de retraite spécialisées, qui répondent spécifiquement aux besoins et attentes des personnes immigrées ne doit pas être évacuée. Rien de choquant ou d'anti-intégration que de souligner cette nécessité qui est déjà une réalité pour des personnes de culture israélite, dans la mesure où les établissements traditionnels ne pourront pas répondre à la demande, en raison de la pénurie en équipements et des écarts culturels, culturels, et économiques conséquents⁵⁵. Cette perspective rejoint la réflexion en cours autour de l'opportunité de créer des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à partir de foyers de travailleurs migrants⁵⁶.

Cette dernière réflexion - recommandation ouvre sur l'impératif catégorique de l'anticipation dans l'appréhension et la prise en charge du vieillissement des immigrés :

IV. 4. 2. Anticiper pour mieux prévenir

Les observations posées en terme de besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne révèlent que les immigrés sont en perte d'autonomie plus précocement que la population générale et que les femmes de notre échantillon sont près de deux fois plus dépendantes que les hommes, rapport généralement inverse en population générale.

↳ Il est nécessaire d'anticiper les besoins de prise en charge.

Les recommandations issues de cette enquête, si elles prennent forme dans le panel des moyens pour assurer une réponse adéquate aux difficultés des personnes âgées, vont dans ce sens.

⁵⁵ FIEVET M. in Migrations santé n° 99/100, 1999 : 127.

⁵⁶ Comité interministériel à l'intégration fiche n° 46 (annexe 4).

V. CONCLUSION

Comme on l'a vu, ce travail, basé sur une démarche volontariste, fait écho aux constats d'autres rapports consacrés au vieillissement des immigrés⁵⁷ et répond, de manière anticipée aux préconisations du plan gouvernemental pour l'intégration⁵⁸ concernant le recueil épidémiologique d'informations sur la santé des immigrés.

Les travaux actuels de la Direction de la recherche de la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)⁵⁹ sur le vieillissement des populations immigrées en France, tant l'état des lieux largement cité dans ce rapport, que l'enquête réalisée en partenariat avec l'Insee auprès de 6 500 personnes de 45 ans à 70 ans courant 2002/03, actuellement en cours de dépouillement, confirment l'intérêt de cette démarche. Les résultats de cette enquête nationale, attendus en 2004, offriront des possibilités de comparaison d'une partie des résultats nationaux avec ceux trouvés en Languedoc-Roussillon.

Il est nécessaire en effet de mutualiser connaissances, réflexions, expériences, pratiques professionnelles pour soutenir cette dynamique naissante et ces avancées pour une meilleure prise en compte des migrants vieillissants et leur accès aux dispositifs de droit commun.

Reconnaître les conditions difficiles dans lesquelles certains immigrés affrontent la vieillesse en France, identifier cette étape comme partie d'un processus et résultante d'une trajectoire singulière, proposer des solutions adaptées, contribuent plus généralement à diminuer la souffrance identitaire de leurs enfants, permettent une meilleure intégration des générations de migrants à venir et préfigurent une approche des difficultés du vieillissement des nationaux en situation de grande précarité sociale.

⁵⁷ BAS-THERON F., MICHEL M. Rapport sur le vieillissement des immigrés. Inspection générale des Affaires Sociales. La Documentation Française. Nov. 2002

⁵⁸ Rapport du Comité interministériel à l'intégration du 10 avril 2003.

⁵⁹ GALLOU R. Le vieillissement des immigrés en France. L'état de la question. Direction des recherches sur le vieillissement. Caisse nationale d'assurance vieillesse. Juin 2001.

VI. BIBLIOGRAPHIE

Actes du colloque 1901-2001 Migrations et vie associative : entre mobilisations et participation, Institut du monde arabe, 8 octobre 2001.

BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport sur le vieillissement des immigrés. Inspection générale des Affaires Sociales. La Documentation Française. Novembre. 2002

CHABAS Pierre, VIDAL-BOROSI Françoise *Mise en place d'une commission régionale du vieillissement. L'exemple du Languedoc-Roussillon, Le sociographe* n°9, septembre 2002, pp 91-97

COLIN C, KERJOSSE R. "Handicaps – Incapacités – Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID. Drees : série études, 16, juillet 2001.

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 - Recensement de la population d'enquête – Décembre 2001

EMSELLEM Sylvie *Des itinéraires de migrants algériens vieillissants, Les cahiers de l'Observatoire* n°35, ORIV Alsace, mai 2002, 154 p.

FIEVET Michel *La santé des migrants vieillissants dans les foyers. Eléments de recherche et points de vue, Migrations santé* n°99-100, 1999, pp. 121-131

GALLOU R, Le vieillissement des immigrés en France. L'état de la question. Direction des Recherches sur le Vieillissement. Caisse nationale d'assurance vieillesse. Juin 2001.

INSERM Unité 500 - ORS L-R Prévention de la dépendance des personnes âgées. Situation des personnes âgées vivant à domicile dans les bassins gérontologiques de LUNEL et PEZENAS. INSERM – 1994 – 1998

PALLEZ Dominique LE GOUHINEC Trang *Les immigrés en Languedoc-Roussillon, INSEE Repères* n°9, septembre 2003

RIDEZ S, LEDESERT B, SIEIRA ANTELO M, DESMARTIN BELARBI V,. Conditions de vie et état de santé des immigrés isolés de 50 ans et plus en Languedoc-Roussillon - Méthodologie d'enquête – Octobre 2002

THAVE S. L'enquête Insee sur le logement des immigrés, INSEE première, N° 689 – décembre 1999, Cellule Statistiques et études sur l'immigration, Insee

VII. TABLE DES ILLUSTRATIONS

TABLEAUX

Tableau 1 : quotas par sexe, âge, groupe de nationalités et bassins gérontologiques	3
Tableau 2 : répartition de l'échantillon par sexe, âge, groupe de nationalités et bassins gérontologiques	5
Tableau 3 : raisons de l'émigration : répartition par sexe, âge et groupe de nationalités	8
Tableau 4 : conditions de la venue en France : répartition par sexe et groupe de nationalités	9
Tableau 5 : répartition des statuts matrimoniaux par sexe, groupe de nationalités et âge	10
Tableau 6 : communication en français	12
Tableau 7 : changements souhaités concernant le logement	22
Tableau 8 : fréquence des visites des enfants par sexe, âge et groupe de nationalités	26
Tableau 9 : fréquence des contacts avec les proches de même origine	27
Tableau 10 : fréquentation de proches d'une autre origine selon le sexe et le groupe de nationalités	28
Tableau 11 : type de soutien dans l'entourage sur lequel compter en cas de coup dur	29
Tableau 12 : lieu d'habitation envisagée pour l'avenir	30
Tableau 13 : proportion de propriétaires	35
Tableau 14 : prévalence des pathologies déclarées dans l'échantillon et chez les malades	37
Tableau 15 : suivi médical au cours des 12 derniers mois	40
Tableau 16 : problèmes dentaires, ophtalmologiques et associés	41
Tableau 17 : incapacités dans les activités de la vie quotidienne	42
Tableau 18 : incapacités dans les activités instrumentales de la vie quotidienne	43
Tableau 19 : comparaisons des difficultés de santé entre les personnes présentant des symptômes dépressifs et les autres	48
Tableau 20 : comparaisons des conditions socio-économiques entre les personnes présentant des symptômes dépressifs et les autres	48
Tableau 21 : couverture maladie de base	50
Tableau 22 : difficultés rencontrées au cours du semestre	52
Tableau 23 : services d'aide aux personnes âgées déjà utilisés	54
Tableau 24 : comparaison des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne	59
Tableau 25 : comparaison des besoins d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne	59
Tableau 26 : comparaison de personnes de 65 ans et plus ayant déjà utilisé	60
Tableau 27 : visites par les enfants	65
Tableau 28 : visites par les amis du pays	66
Tableau 29 : présence d'incapacités chez les malades et non malades ($p < 0,0001$)	67
Tableau 30 : caractérisation de la population malade : analyse multivariée par régression logistique	70
Tableau 31 : caractérisation des personnes ayant besoin d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne : analyse multivariée par régression logistique	71

GRAPHIQUES

Graphique 1 : niveau d'étude	12
Graphique 2 : répartition par type de logement occupé	18
Graphique 3 : répartition de l'habitat selon le nombre de pièces	20
Graphique 4 : répartition par activité de loisirs	24
Graphique 5 : fréquence des contacts avec des proches de même origine	26
Graphique 6 : fréquence des contacts avec les amis ou parents d'une autre origine	27
Graphique 7 : représentations de la santé	46

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : résultats détaillés des besoins d'aide pour les activités instrumentales de la vie quotidienne

	%
TELEPHONER (n=321)⁶⁰	
Non	85
Je réponds au téléphone mais je n'appelle pas	13
Je n'utilise pas le téléphone du tout	2
FAIRE LES COURSES (n=393)	
Non	63
Oui, mais je me débrouille seul(e) pour les petits achats	25
Oui, il faut qu'on m'accompagne	5
Je ne fais pas du tout les courses	7
PREPARER LES REPAS (n=393)	
Non	87
Oui, si on me fournit les ingrédients	2
Oui, il faut me préparer les repas	11
LES TACHES MENAGERES (n=394)	
Non	56
Oui, pour le gros ménage	30
Oui, pour les petites tâches ménagères	4
Je ne fais pas du tout de tâches ménagères	10
LA LESSIVE (n=390)	
Non	70
Oui	30
VOUS DEPLACER EN DEHORS DE CHEZ VOUS (n=392)	
Non	81
Non, mais je ne prends pas seul(e) les transports en commun	8
Je me fais toujours accompagner	8
Je ne sors pas de chez moi	3
PRENDRE VOS MEDICAMENTS (n=393)	
Non	85
Oui, il faut me les préparer dans un pilulier	13
Oui, il faut me les donner	2
GERER VOS FINANCES (n=392)	
Non	63
Oui, pour les grosses sommes, les impôts ...	31
Oui, quelle que soit la somme	6

⁶⁰ 73 personnes ne sont pas équipées du téléphone, soit 18 % de la population enquêtée.

Annexe 2 : scores obtenus dans l'échantillon aux échelles d'incapacité

Des scores d'incapacités peuvent être bâtis à partir de ces deux échelles.

Pour l'échelle de Katz, ce score varie entre 0 –absence d'incapacité- et 12 –incapacité totale- dans tous les actes de la vie quotidienne. Dans notre population, 308 personnes (soit 78 %) ont un score de 0 et ne présentent donc pas d'incapacités dans les activités de la vie quotidienne. 2 personnes ont le score le plus élevé observé, soit 8. Le score moyen est de 0,5 ($\pm 1,2$) pour l'échantillon et de 2,1 ($\pm 1,6$) pour les personnes ayant au moins une incapacité.

Le tableau suivant présente la proportion de l'échantillon concernée pour chaque score de l'échelle

Scores à l'échelle de KATZ (AVQ)			
Score	Fréquence	%	Pourcentage cumulé
0	308	78,1	78,1
1	43	10,9	89
2	20	5,1	94,1
3	9	2,3	96,4
4	6	1,5	97,9
5	3	0,8	98,7
6	2	0,5	99,2
7	1	0,3	99,5
8	2	0,5	100
Total	394	100	

Pour l'échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne, ce score varie de 0 (absence d'incapacité) à 20 (incapacité totale). Dans notre population, 141 personnes (soit 37 %) ont un score de 0 et ne présentent donc pas d'incapacité dans les activités instrumentales de la vie quotidienne. 1 personne atteint le score maximum (pour l'échantillon) de 17. Le score moyen est de 2,7 ($\pm 3,4$) pour l'échantillon et de 4,3 ($\pm 3,4$) pour les personnes ayant au moins une incapacité.

Le tableau suivant présente la proportion de l'échantillon concernée pour chaque score de l'échelle

Scores à l'échelle de LAWTON (AIVQ)			
Score	Fréquence	%	Pourcentage cumulé
0	141	37,0	37,0
1	55	14,4	51,4
2	45	11,8	63,2
3	30	7,9	71,1
4	21	5,5	76,6
5	16	4,2	80,8
6	16	4,2	85,0
7	14	3,7	88,7
8	12	3,1	91,8
9	10	2,6	94,4
10	8	2,1	96,5
11	3	0,8	97,3
12	5	1,3	98,6
13	1	0,3	88,9
14	1	0,3	99,2
15	0	0	99,2
16	2	0,5	99,7
17	1	0,3	100,0
18	0	0	100,0
Total	381	100	

Annexe 3 : un risque accru de perte de droits pour les immigrés

(Extrait du rapport BAS-THERON F, MICHEL M. Rapport sur le vieillissement des immigrés. Inspection générale des Affaires Sociales. La Documentation Française. Novembre. 2002, pages 22 et 23).

« Un risque accru de perte de droits

Une problématique pour partie partagée par les populations les plus fragiles

Métiers peu qualifiés, précaires, souvent dans des secteurs d'activité caractérisés par une propension au travail non déclaré et par un taux élevé d'accidents du travail, carrières erratiques, alternance de périodes d'activité et de chômage expliquent la modestie des ressources des actifs, puis des retraités. Cela est d'autant plus vrai pour les nouvelles générations de retraités qui ont été davantage affectées par le chômage.

Lors du passage à la retraite, les caractéristiques de la période d'activité (travail non déclaré, difficultés à obtenir des attestations des organismes en charge du chômage, de la maladie...) et la perte des justificatifs ont des incidences sur les reconstitutions de carrière. Le risque couru est celui de la perte d'une partie des droits à pension. Ce risque n'est cependant pas spécifique et est partagé avec d'autres usagers, notamment les plus démunis.

En revanche, pour la population migrante, une mauvaise maîtrise de la langue ajoute à la complexité administrative et juridique. Elle signifie un risque accru de perte de droits. Des travaux ont déjà souligné cette vulnérabilité particulière et l'opportunité d'engager des études complémentaires. Celles-ci se révèlent difficiles en raison de l'absence fréquente, dans les fichiers des organismes de retraite, de mention sur la nationalité des prestataires et donc de la nécessité d'un examen individuel des dossiers dans les différentes caisses concernées (régime de base, complémentaire...). Quelques données permettent, sinon de quantifier ces difficultés particulières d'accès à la retraite pour les étrangers, du moins de confirmer leur réalité.

La certification des comptes : un problème spécifique aux étrangers

Les étrangers courent un risque spécifique en matière d'identification ; les problèmes fréquents d'homonymie, les erreurs de syntaxe et de transcription des patronymes tant de la part de l'assuré que des personnels des organismes, l'imprécision sur la date de naissance... peuvent conduire à ce qu'un même assuré ait plusieurs comptes ouverts, sans le savoir.

L'objectif de la procédure de certification est de s'assurer qu'une même personne est bien référencée sur un seul compte, avec un seul identifiant, le NIR, et non sur plusieurs comptes différents. La certification et le NIR permettent d'éviter la perte des droits que peut causer l'éparpillement de ces droits sur plusieurs comptes. La certification est d'autant plus malaisée à mener à bien que les données recherchées sont anciennes.

Le faible taux de certification des comptes des assurés nés à l'étranger est un point souvent souligné par les caisses de retraite elles-mêmes. Ainsi au 31 décembre 1999, le taux de certification des assurés enregistrés au SNGI 2 de la CNAVTS à Tours était de 94,67 % pour les assurés nés en France et de 57,54 % pour les assurés nés hors de France. Pour ces derniers, le taux était d'autant plus faible que les assurés étaient âgés. Il y a opération de « fusion de comptes » lorsqu'il est établi qu'un même assuré est doté de plusieurs NIR, et de « défusion de comptes » lorsqu'il s'avère que plusieurs assurés distincts possèdent un seul et même NIR.

Ces opérations sont nécessairement longues et peuvent nécessiter plusieurs mois, en raison des enquêtes diligentées par les CRAM pour l'obtention de l'acte de naissance auprès des offices d'état civil étrangers et des délais de traitement des fichiers.

La demande tardive : un risque avéré

En matière de retraite, le droit est quérable et non portable. Par ailleurs, la retraite ne prend effet au plus tôt que le premier jour du mois suivant la demande : c'est le principe de non rétroactivité. Toutefois, certains facteurs (ignorance, négligence, maladie, mauvaise information, etc.) peuvent aboutir à ce qu'un assuré ne demande pas tous ses droits, ou ne les demande que tardivement. La nécessité d'une demande et le principe de non rétroactivité entraînent donc un risque de perte de droits.

Les populations les plus exposées à ce risque sont celles qui sont les moins bien informées et les plus démunies face à la complexité des circuits et des procédures administratives. Ce risque n'est jamais mesuré spontanément par les caisses de retraite. Pourtant, la demande tardive est un risque avéré pour les résidents à l'étranger, notamment pour ceux qui liquident leur pension depuis leur pays d'origine, ce qui les contraint à soumettre leur demande aux caisses locales. »

Annexe 4 : fiches 12, 38, 39, 40 et 46 du programme d'actions du Comité interministériel à l'intégration du 10 avril 2003

Fiche 12 : faciliter l'accès des migrants à la prévention et à l'éducation à la santé

Situation actuelle

Les connaissances épidémiologiques relatives à la santé des migrants sont dispersées et peu accessibles. Les professionnels de santé sont parfois en difficulté pour assurer une bonne prise en charge des problèmes de santé rencontrés du fait d'obstacles linguistiques et culturels. Les outils d'information et d'éducation à la santé existants ne sont pas toujours adaptés aux attentes et besoins des populations étrangères.

Objectifs

Permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender les attentes et les besoins des personnes étrangères et à celles-ci d'être plus réceptives aux messages d'éducation à la santé.

Mesures

- Intégrer l'ensemble des statistiques sanitaires relatives aux étrangers dans un ensemble cohérent.
- Elaborer des recommandations, à partir de ces données épidémiologiques, auprès de l'ensemble des professionnels de santé. La première d'entre elles concernera la couverture vaccinale des personnes étrangères, sujet dont a été saisi le comité technique des vaccinations.
- Elaborer un plan pluriannuel de formation des personnels de santé aux problèmes de santé des migrants. S'agissant des personnels hospitaliers, cette action débutera sous forme d'une expérimentation avec le concours de l'Association Nationale pour la formation des hospitaliers au cours du 2ème semestre 2003, avant extension sur 2004 et 2005.
- Développer l'interprétariat afin de permettre un dialogue plus facile entre soignants et personnes étrangères dans les établissements de soins, les centres de santé, les services de la PMI et les associations intervenant dans le domaine de la santé des migrants.
- Développer les outils d'informations adaptés aux populations migrantes.

Fiche 38 : créer un centre de ressources et de mémoire de l'immigration

Situation actuelle

A la différence de ce qu'on peut observer dans d'autres pays, il n'existe pas en France de lieu de mémoire de l'immigration.

Pourtant, notre pays a connu tout au long de son histoire des apports migratoires qui ont contribué à renouveler sa population, renforcer son économie, enrichir sa culture et façonner son visage actuel.

Objectifs

Mettre en valeur le rôle de l'immigration dans la construction de la France, d'un point de vue politique, économique, social et culturel par la création d'un lieu-ressources emblématique ouvert au grand public.

Mesures

Mettre en place, sous la responsabilité de Jacques Toubon, Conseiller d'Etat, ancien ministre de la Culture, ancien garde des sceaux, une mission de préfiguration destinée à approfondir la réflexion sur ce que pourrait être ce lieu de mémoire et proposer des solutions opérationnelles à l'occasion du prochain comité interministériel à l'intégration.

Les consultations nécessaires devront être menées afin de définir un projet qui associera histoire et mémoires. Lieu de pédagogie, de recherche de culture, de débats, celui-ci devrait avoir une fonction patrimoniale, mais aussi un rôle de producteur de culture et de signes ; point de repère pour les générations, il enseignerait le passé et ouvrirait sur l'avenir en abordant les thématiques contemporaines telles que la mobilité humaine, la diversité culturelle, le rapport à l'autre...

La mission devra également déterminer un site d'accueil. Elle sera constituée d'un comité de pilotage comportant les administrations concernées et des personnalités qualifiées d'un comité scientifique réunissant des experts choisis dans les milieux scientifiques et associatifs.

Elle prendra appui sur l'actuel GIP-ADRI (groupement d'intérêt public pour le développement des relations interculturelles) et nouera l'ensemble des partenariats nécessaires.

Fiche 39 : développer des actions pédagogiques à travers la transmission de la mémoire combattante

Situation actuelle

Quelques actions de cette nature ont été expérimentées :

- dans le cadre du soutien financier apporté aux projets pédagogiques présentés par des enseignants et liés à la transmission de la mémoire des conflits contemporains ;
- dans le cadre de l'octroi de subventions à des structures associatives réalisant des projets à destination des jeunes et ayant pour fondement un travail de mémoire sur le rôle des combattants étrangers issus pour la plupart de l'ancien empire.

Objectifs

Le monde associatif combattant souhaite davantage faire connaître :

- la participation commune des combattants français et de ceux venus d'ailleurs à la défense d'une France libre et attachée aux valeurs républicaines et de la démocratie ;
- le sacrifice de ces hommes et femmes qui ont écrit ces pages d'histoire du XXème siècle.

Ce message devra s'adresser plus particulièrement aux jeunes générations dans le cadre du passage de témoin de la mémoire du monde combattant vers la jeunesse.

Mesures

- Développer les supports pédagogiques (CD-ROM, expositions, brochures, romans, documentaires, pièces de théâtres...) sur la participation des combattants de nationalité étrangère à la défense de la France et de ses valeurs.
- Valoriser les lieux touristiques de cette mémoire spécifique (Provence, Corse, Verdun, Italie, etc...).

Ces initiatives seront conduites en partenariat avec plusieurs ministères - dont l'Education Nationale et le ministère de la Ville - et les collectivités locales volontaires

Fiche 40 : inviter la télévision publique à témoigner de la diversité des composantes constitutives de la société française

Situation actuelle

France 2 et France 3 ont pour mission générale de "témoigner de la richesse et de la diversité des cultures constitutives de la société française" (article 2 du cahier des missions et des charges de France 2 et France 3). Elles sont notamment chargées de "favoriser l'intégration des populations étrangères vivant en France" (article 20 du cahier des missions et des charges de France 2, article 21 de celui de France 3), avec une responsabilité spécifique pour France 3 : "la société diffuse à destination des populations étrangères vivant en France des émissions qui comportent notamment des informations pratiques sur la vie quotidienne visant à favoriser leur intégration, pour un volume hebdomadaire d'au moins trente minutes. Dans ce cadre, la société contribue à la lutte contre les discriminations et les exclusions".

Une convention passée entre la société et le Ministre chargé de l'intégration ou avec ses établissements publics, fixe les conditions de financement de ces émissions ainsi que leurs modalités d'exécution (article 21 du cahier des missions et des charges).

Pour autant, et malgré les efforts spécifiques réalisés par France 3 en mars lors de la semaine de l'intégration, la situation pourrait être améliorée.

Objectifs

Inciter la télévision publique à mieux témoigner de la diversité des cultures constitutives de la société française.

Mesures

Appuyer France Télévisions dans ses initiatives concernant le traitement de la question de l'intégration et des discriminations, notamment dans le cadre du cahier des missions et des charges de France 2 et France 3 (bilan de l'existant, consultation du Haut Conseil à l'intégration, propositions d'amélioration...).

Fiche 46 : simplifier l'accès aux droits et prestations de droit commun offertes aux travailleurs immigrésSituation actuelle

Parmi les résidents des foyers de travailleurs migrants (FTM) et de Résidences sociales (RS) issues de FTM, le nombre de personnes vieillissantes, essentiellement des hommes isolés maghrébins, est déjà élevé et va croître. En outre, de nombreux immigrés isolés vieillissants vivent hors foyers, souvent dans des conditions très difficiles (parc privé, hôtel meublé).

Un récent rapport IGAS estime, pour 2002, à environ 40.000 le nombre d'hommes maghrébins de plus de 60 ans vivant seuls dans et hors foyers. Leurs conditions de vie et leur prise en charge sont souvent mal adaptées à cause :

- de l'état du bâti des FTM au fonctionnement encore souvent replié sur lui-même, à la différence des RS ;
- de la faible prise en charge locale, souvent inadaptée à la spécificité des besoins, par les dispositifs de droit commun, que ce soit dans leur domicile - dont les FTM et RS - ou dans les établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- de l'insuffisante formation et mobilisation des gestionnaires de FTM sur ces thèmes ;
- des difficultés de prise en charge des personnes habitant en diffus ou en hôtel meublé.

Objectifs

L'accès aux droits des travailleurs immigrés répond à un double impératif : le principe d'égalité et la reconnaissance.

En particulier, il est urgent de tout mettre en œuvre pour que les personnes puissent vieillir en France dans des conditions dignes, que ce soit dans le cadre du maintien à domicile ou en établissement.

Mesures

- Prendre en compte les populations immigrées vieillissantes et de leurs besoins spécifiques dans les orientations de la CNAV et dans les schémas médico-sociaux (notamment : gérontologiques).
- Développer l'accès aux lieux d'information ; faciliter l'accès à la retraite et aux allocations de droit commun ; favoriser le maintien à domicile par l'adaptation du bâti des FTM et par le développement, particulièrement dans les FTM et RS, des interventions de tous les services de droit commun participant au maintien à domicile ; permettre que allers-retour entre la France et le pays d'origine, se déroulent dans de bonnes conditions.
- Améliorer des conditions de vie : créer, des lieux de sociabilité destinés aux immigrés isolés vieillissants ; apporter des solutions durables de logement convenable à des immigrés isolés vieillissants vivant en hôtel meublé (voire dans du diffus insalubre) ; favoriser la prise en charge, par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, d'immigrés vieillissants ne pouvant plus rester isolés.
- Expérimenter sur un même site, l'implantation d'une résidence sociale qui logera des immigrés vieillissants (si possible parmi d'autres publics) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de petite dimension qui recevra en priorité des résidents de cette résidence sociale, ayant connu une perte d'autonomie ne permettant plus leur maintien dans la résidence sociale.

Source : Direction de la population et des migrations
Centre d'information et de documentation

BP 555 - 10/16, rue Brancion - 75725 Paris cedex 15

<http://www.social.gouv.fr/htm/dossiers/comiteinterm/listefiches.htm>

Annexe 5 : glossaire

La dépendance

La dépendance est l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

Nous parlerons préférentiellement de besoin d'aide pour ces activités, ce qui permet d'envisager non seulement la situation de la personne mais également des réponses existantes (qui peuvent poser des problèmes d'accès ou d'adaptation au public visé) ou à inventer.

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)

En vigueur depuis le 1er janvier 2002, elle s'est substituée à la prestation spécifique dépendance (PSD). C'est une allocation destinée à financer un plan d'aide à domicile au bénéfice des personnes âgées de plus de 60 ans, résidant régulièrement en France et rencontrant des difficultés pour accomplir les gestes ordinaires de la vie courante.

La perte d'autonomie est évaluée par une équipe médico-sociale au moyen de la grille AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe iso ressources), chaque personne étant classée dans un GIR (groupe iso ressources) sur une échelle de 1 (les personnes les plus dépendantes) à 6 (les personnes les plus autonomes).

L'allocation est versée par le conseil général ; son montant correspond au contenu du plan d'aide et varie selon le groupe iso ressource auquel appartient la personne ; il est aussi fonction des ressources du bénéficiaire. Le plan d'aide comprenant l'ensemble des aides techniques et des services à domicile à mettre en œuvre pour faciliter le maintien à domicile est établi en lien étroit avec le demandeur par l'équipe médico-sociale. Enfin, il existe également l'APA en établissement pour financer les dépenses liées à la dépendance dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Seules les personnes appartenant aux groupes iso ressources 1 à 4 peuvent percevoir l'APA. En outre, cette prestation n'est pas soumise à des conditions de nationalité.

Bassin gérontologique

Les bassins gérontologiques sont au nombre de 40 en Languedoc-Roussillon et sont le résultat du regroupement de cantons. Ils ont été retenus pour leur pertinence à traiter du sujet de notre étude : ils sont en effet utilisés par les institutions et professionnels sanitaires concernés par la prise en charge des personnes âgées.

Pour en savoir plus, voir Cram Languedoc-Roussillon. Bassins gérontologiques. Coordination et réseaux. Décembre 1994. p.15.

Schéma gérontologique départemental

C'est un outil de prévision et de planification établi sur une base quinquennale. A partir d'un recensement et d'une analyse des besoins, il établit une planification correspondant à ces besoins. L'élaboration est conjointe entre la Ddass et le conseil général (loi N°2002/02 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale). Par ailleurs, le Fasild s'est fixé comme priorité d'inscrire les foyers de travailleurs migrants dans les schémas gérontologiques départementaux.

Permanence d'accès aux soins de santé Pass

Suivant la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, le service public hospitalier concourt "à la lutte contre l'exclusion sociale". Sur cette base, l'accueil social à l'hôpital est généralisé et les établissements publics de santé ainsi que les établissements privés participant au service public hospitalier doivent mettre en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (Praps), des Pass adaptées aux personnes en situation de précarité pour les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. En 1999, les établissements publics de santé ont mis en place 300 Pass.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins (Praps)

Prévu par la loi de lutte contre les exclusions du 29/07/98, cet outil vise à développer des réseaux médico-sociaux de prise en charge et de suivi des personnes en situation de précarité, ainsi que des actions spécifiques dans les domaines tels que la santé mentale, la prévention des dépendances ou la prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes en situation de précarité.

Célibataire géographique ou faux célibataire :

Immigré dont le (la) conjoint(e) vit au pays d'origine et qui se retrouve donc partiellement dans la situation d'un(e) célibataire (solitude affective et sexuelle) tout en ayant le plus souvent la charge d'une famille (qui se traduit notamment par l'envoi d'argent).

Etranger :

personne née étrangère à l'étranger et n'ayant pas la nationalité française.

Immigré :

personne née étrangère à l'étranger ayant acquis ou non la nationalité française.

Haut conseil à l'intégration, H.C.I.

Institué en 1989 auprès du Premier Ministre, le H.C.I. a pour mission "de donner son avis et de faire toute proposition utile sur l'ensemble des questions relatives à l'intégration des résidents étrangers ou d'origine étrangère". Il traite, dans un rapport annuel, d'une grande question de politique d'intégration : état du savoir disponible, conditions juridiques et culturelles de l'intégration, emploi des étrangers, "affaiblissement du lien social et enfermement dans les particularismes", discriminations, etc.

Analphabétisme

Phénomène qui désigne des adultes qui n'ont jamais été confrontés à l'écriture et qui ne savent ni lire ni écrire.

Illettrisme

Phénomène qui désigne les personnes qui tout en sachant lire et écrire n'ont de la langue qu'une maîtrise limitée car la lecture ne s'accompagne pas nécessairement de la compréhension du texte lu.

Annexe 6 : le dispositif des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)**Principaux textes de référence pour la mise en place de ce dispositif :**

- Circulaire DAS/RV2 n°2000/310 du 6 juin 2000 relative aux CLIC. Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001/2005.
- Circulaire DGAS/AVIE/2C n°2001/224 du 18 mai 2001 relatives aux CLIC. Modalités de labellisation pour 2001.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (article 15).

Présentation :

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont des lieux (ou guichets) d'information et d'intervention coordonnée à la disposition des personnes âgées, de leurs aidants et des professionnels regroupant l'ensemble des réponses disponibles dans les domaines social, médico-social, sanitaire et dans celui de l'habitat.

Leurs missions s'inscrivent dans une logique d'intervention de proximité et en font des guichets d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées et de prise en charge des situations complexes qu'elles peuvent rencontrer.

La procédure de labellisation :

La délivrance du label CLIC est une reconnaissance du rôle fonctionnel de ces structures et de la qualité des services rendus. La décision de labellisation est prise conjointement par le préfet et le président du conseil général après avis du comité de pilotage départemental de ce dispositif qui rassemble les principaux acteurs de la politique gérontologique, notamment les caisses régionales d'assurance maladie.

La labellisation se décline en trois niveaux :

- label niveau 1 : pour les missions d'accueil, d'écoute, d'information, d'orientation, de conseil et de soutien.
- label niveau 2 : pour les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé en concertation avec la personne âgée et son entourage.
- label niveau 3 : pour les missions de mise en œuvre, de suivi et du plan d'aide personnalisé.

A terme, c'est vers ce niveau de labellisation que doivent tendre tous les CLIC.

Le territoire d'intervention des CLIC

Le territoire d'intervention du CLIC est infra-départemental : il correspond au « *bassin de vie* » des habitants. La population concernée est ainsi de l'ordre de 7 000 à 10 000 personnes âgées de 60 ans et plus en milieu rural et de 15 000 en milieu urbain.

Ce découpage est arrêté en concertation avec les différents partenaires dans le cadre du schéma gérontologique départemental.

Dans la région Languedoc-Roussillon

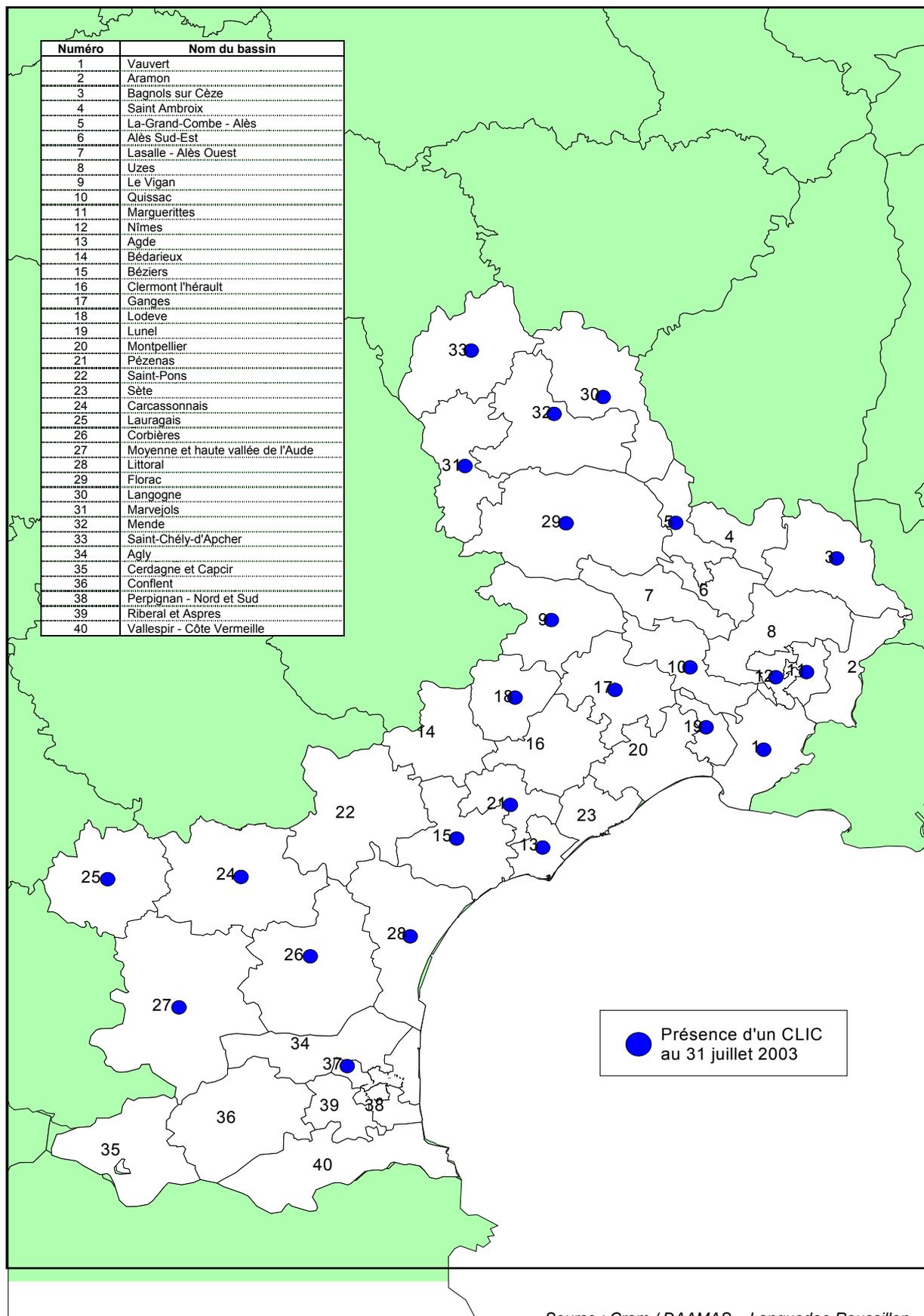
La région Languedoc-Roussillon compte 40 bassins gérontologiques :

- 5 en Lozère
- 12 dans le Gard
- 11 dans l'Hérault
- 7 dans l'Aude
- 7 dans les Pyrénées-Orientales

Sur ces 40 bassins gérontologiques, 24 d'entre eux disposent de centres locaux d'information et de coordination opérationnels.

- 5 en Lozère (labellisés niveau 3)
- 7 dans le Gard (labellisés niveau 3)
- 6 dans l'Hérault (procédure de labellisation en cours)
- 5 dans l'Aude (labellisé niveau 1)
- 1 dans les Pyrénées-Orientales (labellisé niveau 3)

Annexe 6 : cartographie des CLIC au 31/07/03 par bassin gérontologique en Languedoc-Roussillon



Annexe 6 : centres locaux d'information et de coordination (CLIC) – Région Languedoc-Roussillon

Département	CLIC	Téléphone / Fax	Secteur d'intervention ⁶¹ :
AUDE	CLIC du LITTORAL 12, rue Hippolyte Faure 11 000 NARBONNE	T : 04.68.11.69.67	Coursan Ginestas Sigean Narbonne
	CLIC des CORBIERES Centre médico-social Place des Vosges 11200 LEZIGNAN – CORBIERES	T : 04.68.27.85.73	Durban-Corbières Lagrasse Lezignan-Corbières Mouthoumet Tuchan
	CLIC du CARCASSONNAIS 66 rue Albert Tomey 11000 CARCASSONNE	T : 04.68.11.35.40	Alzonne Capendu Carcassonne Mas Cabardès Montreal Peyriac-Minervois Saissac
	CLIC de la Haute et Moyenne Vallée de l'Aude Espace Jean Jaurès Rue Jean Jaurès 11000 LIMOUX	T : 04.68.31.97.60	Alaigne Axat Belcaire Chalabre Couiza Limoux Quillan Saint Hilaire
	CLIC du Lauragais 3, quai du Port 11 000 CASTELNAUDARY	T : 04.68.23.71.90	Belpech Castelnaudary Fanjeaux Salles sur l'Hers
GARD	CLIC « Le colombier » Place du Château 30320 MARGUERITTES	T : 04.66.75.75.10 F : 04.66.75.75.19	Canton de Marguerittes Canton de la Vistrenque Nîmes Est
	ACCORD 21, bd Victor Hugo 30100 ALES	T : 04.66.56.50.85 F : 04.66.86.57.02	Ales Ouest Ales Sud Est Vézénobres Ales Nord Est* La Grand Combe* Bessèges* Saint Ambroix*
	JONCTION 97, rue Grieg 30900 NIMES	T : 04.66.62.60.20 F : 04.66.62.60.19	Nîmes Centre, Ouest , Sud Saint Chaptès* Saint Mamert du Gard* Beaucaire*
	POINT VERMEIL 1, esplanade du Mont Cotton 30200 BAGNOLS SUR CEZE	T : 04.66.89.00.40 F : 04.66.39.94.88	Bagnols sur Cèze Lussan Pont St Esprit Roquemaure
	POINT BLEU Boulevard des châtaigniers BP81025 30123 LE VIGAN Cedex	T : 04.99.92.20.46 F : 04.99.92.20.47	Alzon Treves Le Vigan Valleraugue Sumène Lasalle* Saint André de Valborgne*
	CLIC DU VIDOURLE 30, rue du camp neuf 30260 QUISSAC	T : 04.66.80.37.55 F : 04.66.77.13.75	Quissac Saint Hippolyte du Fort Sauve Sommières
	CLIC de Petite Camargue Boulevard Salvador Allende 30600 VAUVERT	T : 04.66.71.69.24 F : 04.66.71.69.15	Aigues-Mortes Rhony-Vidourle Saint-Gilles Vauvert

* Secteur d'intervention provisoire dans l'attente de la mise en place du CLIC sur le bassin concerné

⁶¹ Découpage cantonal

HERAULT	CLIC LE FANAL 3, place Jean Jaurès 34300 AGDE	T : 04.67.26.34.41 F : 04.67.26.35.18	Agde Florensac
	PARTAGE 5, rue Marcelin Albert 34500 BEZIERS	T : 04.67.31.48.74 F : 04.67.35.08.47	Béziers Capestang Murviel Les Béziers Servian
	TRAIT D'UNION 11, place Fabre d'Olivet 34190 GANGES	T : 04.67.73.41.66	Ganges Saint Martin de Londres Castries (Assas, Guzargues) Les Matelles Claret
	ACCORD Lodève Le Caylar 32, rue de Lergue 34700 LODEVE	T : 04.67.44.10.13	Le Caylar Lodève
	REPONSE 141, place de la République BP214 34403 LUNEL Cedex	T : 04.67.87.71.99 F : 04.67.87.71.09	Lunel Castries Mauguio
	Association EPI 5, rue de la Foire 34120 PEZENAS	T : 04.67.09.34.90	Montagnac Pezenas Roujan
LOZERE	CLIC du bassin de Florac Centre médico-social La Croisette 48400 FLORAC	T : 0 800 05.05.26 F : 04.66.45.25.91	Barres des Cévennes Florac Meyrueis Pont de Montvert Sainte Enimie Saint Germain de Calberte
	CLIC du bassin de Langogne Centre Médico-social 48300 LANGOGNE	T : 04.66.69.00.91	Chateaufort de Randon Grandrieu Langogne Villefort
	CLIC du bassin de MARVEJOLS Centre médico-social Rue Rochevalier 48100 MARVEJOLS	T : 0800.32.61.33 F : 04.66.32.42.92	La Canourgue Marvejols Le Massegros Saint Germain du Teil
	CLIC du bassin de Mende Centre Médico-social Rue de la Rovère 48000 MENDE	T : 04.66.49.10.80 F : 04.66.49.33.37	Le Bleymard Chanac Mende Saint Amans
	CLIC du bassin de Saint Chely d'Apcher Centre médico-social 48200 SAINT CHELY D'APCHER	T : 04.66.31.01.13	Saint Chely d'Apcher Aumont – Aubrac Fournels Malzieu- Ville Nasbinals Saint Alban sur Limagnole
PYRENEES-ORIENTALES	CLIC Centre de cure 57, avenue Victor Dalbiez 66000 PERPIGNAN	T : 04.68.85.72.34 F : 04.68.85.72.36	Perpignan

Annexe 7 : les immigrés en Languedoc-Roussillon

(extrait de PALLEZ D. LE GOUHINEC T.. Les immigrés en Languedoc-Roussillon. Insee L-R : Repères, 9, septembre 2003 : p. 9.)

Depuis le début des années 70, la population immigrée vieillit :

Ce vieillissement est la résultante d'un double mouvement :

- une diminution du poids des moins de 20 ans,
- une augmentation du poids des plus de 60 ans.

La part des moins de 20 ans parmi les immigrés est faible, les enfants d'immigrés nés en France n'étant pas immigrés. Ceci explique, [...], l'élargissement très régulier d'un âge à l'autre entre 0 et 25 ans. Toutefois, alors qu'en 1968 les moins de 20 ans représentaient 15 % de l'ensemble des immigrés, cette part n'est plus à l'heure actuelle que de 7,6 %, soit deux fois moindre.

Parallèlement à la baisse des jeunes générations, on a assisté à une progression importante de la part des plus de 60 ans qui est passée de 27 % en 1962 à près de 35 % en 1999.

[...] les nouveaux arrivants ont majoritairement entre 20 et 45 ans. Les plus de 60 ans ne sont que 2,3 % à être arrivés en France depuis 1995 ; 60 % des 60-75 ans sont arrivés entre 1945 et 1970 et 55 % des 75 ans et plus étaient déjà là à la fin de la guerre.

L'accroissement du nombre de personnes âgées ne vient donc pas d'un apport externe. Il résulte d'un double phénomène :

- comme pour les Français de naissance, l'espérance de vie des populations immigrées s'est fortement accrue,
- les fortes cohortes d'immigrés arrivées dans les années d'après guerre et jusqu'au début des années 70 ont maintenant plus de 60 ans.

Répartition des immigrés de plus de 60 ans par département

Immigrés	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	TOTAL
Plus de 60 ans	10 823	16 101	23 961	594	19 679	71 158
Plus de 75 ans	4 798	5 985	9 320	155	7 781	28 039
Ensemble	26 381	52 817	79 121	2 863	44 263	205 445

Source : Insee – RP 99

Annexe 8 : questionnaire

QUESTIONNAIRE

"ENQUÊTE

SUR LES CONDITIONS DE VIE ET L'ÉTAT DE SANTÉ DES IMMIGRES ISOLES EN LANGUEDOC-ROUSSILLON" 2001

Observatoire régional de la santé
Hôpital Saint-Eloi
80 avenue Augustin Fliche
34295 Montpellier cedex 5
Tél 04 67 52 64 17

CESAM migrations santé
Mas de la Paillade
111 rue de Tipaza
34080 Montpellier
Tél 04 67 40 55 96

Numéro enquêteur : /___/	Numéro de questionnaire : /___/
Zone d'enquête (zone de sondage) : 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/>	
Lieu d'entretien : 1. Au logement de l'enquêté <input type="checkbox"/> 2. Dans un lieu public (<i>préciser</i>) <input type="checkbox"/>	
Date de l'entretien : /___/___/2001	
Zone : /___/	Nationalité : 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> Sexe : M. <input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> Age : /___/

■ I TRAJECTOIRE DE VIE

I 1 Année d'arrivée en France et lieu d'installation :

19__ Ville : Département : /___/

I 2 Année d'arrivée dans la Région Languedoc-Roussillon (si région d'installation différente) :

19__

I 3 Motifs de la venue en France (une seule réponse):

- Recherche d'un travail 1
 Regroupement familial 2
 Situation politique et sociale du pays d'origine 3
 Combattant sous le drapeau français 4
 Autres (*précisez*)

I 4 Conditions d'arrivée en France :

1. Seul(e) 2. Avec votre conjoint seul
 3. En famille (conjoint + enfants) 4. Vous avez rejoint votre conjoint
 déjà installé en France (regroupement)

I 5 Vit seul : Oui 1 Non 0

Si oui, depuis combien d'années :

■ II LOGEMENT

II 1 Logement :

1. Amis/parent 3. Chambre/appartement privé
 2. Chambre meublée d'hôtel 5. Maison
 4. HLM
 6 Autre (*précisez*)

II 2 Quel logement occupé avant :

1. Foyer 2. Amis/parent
 3. Chambre meublée d'hôtel 4. Chambre/appartement privé
 5. HLM 6. Maison
 7 Autre (*précisez*)

II 3 Date d'arrivée dans le logement actuel : mois ____ année ____

II 4 Statut vis-à-vis du logement :

1. Locataire 2. Propriétaire
 3. Hébergé gratuitement 4. Institution

II 5 Quelles difficultés avez-vous rencontré pour trouver ce logement (*plusieurs réponses possibles*):

1. Hostilité vis-à-vis des étrangers 2. Revenus insuffisants
 3. Feuilles de paie manquantes 4. Problème de caution
 5. Autre (*précisez*)

6. Aucune difficulté

II 6 Intervention d'un service, institution, médiateur professionnel pour obtenir ce logement :Oui 1 Non 0

Si oui, lequel, laquelle :

II 7 Montant : du loyer :F/mois du crédit :F/mois

durée de celui-ci :(années)

II 8 Conditions d'habitat :

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| 1. Nombre de pièces (<i>hors cuisine et sanitaires</i>) | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2. Eau chaude | Oui <input type="checkbox"/> 1 | Non <input type="checkbox"/> 0 |
| 3. Salle d'eau indépendante | - combiné WC / douche | <input type="checkbox"/> 1 |
| | - douche | <input type="checkbox"/> 2 |
| | - bain/sabot | <input type="checkbox"/> 3 |
| 4. Coin douche | | <input type="checkbox"/> 4 |
| 5. Mode de chauffage | - avec manipulation | <input type="checkbox"/> 1 |
| | - sans manipulation | <input type="checkbox"/> 2 |
| | - pas de chauffage | <input type="checkbox"/> 3 |

II 9 Etage : (si RDC=0)**II 10 Ascenseur :** Oui 1 Non 0**II 11 Proximité des services (commerces, pharmacie, annexe Mairie, Poste, ...)** : Oui 1 Non 0**II 12 Votre quartier est-il bien desservi par les transports en commun ?** Oui 1 Non 0**II 13 Etes-vous content de votre logement ?** Oui 1 Non 0**II 14 Dans les deux cas, pourquoi :**.....
.....**II 15 Si souhaits de changements, lesquels :**.....
.....**III ETAT DE SANTÉ – INCAPACITÉ – RECOURS AUX SOINS****III 1 Est-ce que vous sortez de chez vous ?** Oui 1 Non 0

Si non, pourquoi ?.....

III 2 Est-ce que vous avez un handicap reconnu par votre organisme de sécurité sociale ?Oui 1 Non 0**III 3 Pouvez-vous dire que votre santé est ? (une seule réponse)**

- | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| 1. Très bonne | <input type="checkbox"/> | 2. Bonne | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mauvaise | <input type="checkbox"/> | 4. Très mauvaise | <input type="checkbox"/> |

III 4 Pour vous, être en bonne santé : (2 réponses possibles)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. C'est être en forme | <input type="checkbox"/> |
| 2. C'est essentiel | <input type="checkbox"/> |
| 3. C'est pouvoir travailler ou accomplir ses tâches quotidiennes | <input type="checkbox"/> |
| 4. C'est ne pas avoir de maladies..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. C'est une question de volonté | <input type="checkbox"/> |
| 6. On n'y peut rien, ça ne se commande pas | <input type="checkbox"/> |

III 5 Echelle de dépression (CES-D)

Je vais maintenant vous proposer des phrases qui décrivent les impressions que vous avez ressenties durant la semaine écoulée. Il ne s'agit pas de sentiments que vous éprouvez en général mais de ceux que vous avez ressentis ces derniers jours. Pour chacune de ces impressions, je vous demanderai de m'indiquer si vous l'avez ressentie **jamais, occasionnellement, assez souvent ou fréquemment** au cours de la semaine écoulée.

	Jamais Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment Tout le temps
1. J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de (0) famille et de mes amis	(0)	(1)	(2)	(3)
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres (3)	(3)	(2)	(1)	(0)
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Je me suis senti(e) déprimé(e) (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
8. J'ai été confiant(e) en l'avenir (3)	(3)	(2)	(1)	(0)
9. J'ai pensé que ma vie était un échec..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
10. Je me suis senti(e) craintif(ve)..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Mon sommeil n'a pas été bon (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
12. J'ai été heureux(se) (3)	(3)	(2)	(1)	(0)
13. J'ai parlé moins que d'habitude (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Je me suis senti(e) seul(e)..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
15. Les autres ont été hostiles envers moi (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
16. J'ai profité de la vie (3)	(3)	(2)	(1)	(0)
17. J'ai eu des crises de larmes (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Je me suis senti(e) triste..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)
20. J'ai manqué d'entrain..... (0)	(0)	(1)	(2)	(3)

21. Si l'échelle CSD est incomplète, précisez la raison :

- 1- personne trop déprimée 1
2- incapacité intellectuelle 2

III 6 Souffrez vous d'une ou plusieurs maladies ? Oui 1 Non 0

Si oui, lesquelles ?

III 7 Actuellement, prenez vous des médicaments ? Oui 1 Non 0

III 8 Si oui, depuis combien de temps ? Jours |____| Mois |____| Années |____|

III 9 Prenez vous tous les médicaments prescrits ? Oui 1 Non 0

Si non, pourquoi ?

III 10 Pour vous faire soigner, à qui vous adressez-vous en premier ? (1 seul choix)

1. Au médecin généraliste

2. Au médecin spécialiste (*préciser*).....

3. A l'hôpital directement

4. Au pharmacien

5. A l'infirmière.....

6. Au guérisseur

7. Autre (*à préciser*).....

III 11 Avez-vous un médecin traitant ? Oui 1 Non 2

Si oui, combien de fois l'avez-vous consulté au cours des 12 derniers mois ?

III 12 Quelle est l'origine de ce médecin ?.....

III 13 Son cabinet est-il dans votre quartier ? Oui 1 Non 0

III 14 Vous visite-t-il à domicile ? Oui 1 Non 0

III 15 Au cours des 12 derniers mois, vous n'êtes pas allé consulter un médecin (*plusieurs réponses possibles*) ?

Parce que, vous n'avez pas été malade.....

Vous avez été malade mais avec des difficultés financières

Difficultés à contacter un médecin.....

Difficultés pour se rendre à la consultation.....

Difficultés pour se faire accompagner par quelqu'un

On vous a déconseillé d'aller consulter un médecin.....

Autre (*préciser*)

III 16 A votre avis, lors des consultations, le médecin vous donne-t-il suffisamment d'information sur :

Le problème de santé que vous présentez Oui 1 Non 0 sans opinion 2

Le traitement médical, les analyses ou les examens qu'il prescrit

Oui 1 Non 0 sans opinion 2

III 17 Au cours des 12 derniers mois (*plusieurs réponses possibles*):

1. Avez-vous eu des soins infirmiers ?

2. Avez-vous eu des soins de kinésithérapie ?

3. Avez-vous eu des soins dentaires ?

4. Avez-vous eu recours à un psychologue ?

5. Autre paramédical ?

6. Etes-vous allé chez un médecin spécialiste ?

Si oui, lequel :

III 18 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) au moins une nuit ?

Non 0

Oui pour un accident du travail, de circulation, domestique (chute, brûlure) .. 1

Oui pour un examen de contrôle 2

Oui, pour une maladie 3

(précisez de quelle nature).....

III 19 Si vous exercez une activité professionnelle, avez-vous bénéficié au cours des 12 derniers mois d'un arrêt de travail pour raison de santé ?

Oui 1Non 0

III 20 Activités de la vie quotidienne :

Avez-vous besoin d'aide pour :

A - Votre toilette (lavabo, bain, douche)0 - Besoin d'aucune aide.....1 - Besoin d'aide sur une partie du corps (dos ou jambe).....2 - Besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.....B - Vous habiller0 - Besoin d'aucune aide.....1 - Besoin d'une aide uniquement pour lacer les chaussures.....2 - Besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste complètement ou partiellement déshabillé(e).....C - Aller au WC0 - Besoin d'aucune aide.....1 - Besoin d'une aide.....2 - Ne va pas au WC ou n'utilise pas le bassin.....D - Vous déplacer0 - Besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise.....1 - Besoin d'une aide.....2 - Ne quitte pas le lit.....E - Manger0 - Besoin d'aucune aide.....1 - Besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.....2 - Besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.....F - Continence0 - Besoin d'aucune aide : aucune incontinence.....1 - Besoin d'aide partielle : fuites accidentelles.....2 - Besoin d'aide totale : accidents fréquents.....

III 21 Activités instrumentales de la vie quotidienne : (une seule réponse possible)

Avez-vous besoin d'aide pour :

a- Téléphoner :

Non 0Je réponds au téléphone mais je n'appelle pas 1Je n'utilise pas le téléphone du tout 2Je n'ai pas de téléphone 3

b- Faire les courses :

Non 0Oui, mais je me débrouille seul pour les petits achats 1Oui, il faut qu'on m'accompagne 2Je ne fais pas du tout les courses 3

c- Préparer les repas :

Non 0Non, si on me fournit les ingrédients 1Oui, il faut me préparer les repas 2

d- Les tâches ménagères :

Non 0Oui, pour le gros ménage 1Oui, pour les petites tâches ménagères 2Je ne fais pas du tout de tâches ménagères 3

e- La lessive :

non 0oui 1

f- Vous déplacer en dehors de chez vous :

non 0non, mais je ne prends pas seul les transports en commun 1je me fais toujours accompagner 2je ne sors pas de chez moi 3

■ IV ACCÈS AUX DROITS, AUX SOINS

IV 1 Quelle est votre couverture maladie actuelle ?

Régime de base : (une seule réponse)

- régime général 1
 MSA (régime agricole) 2
 régime particulier 3
 CMU(couverture maladie universelle) 4
 Aide médicale gratuite 5
 Aucune couverture sociale 6

Si oui, depuis combien de temps :(préciser mois et années).

Régime complémentaire : (une seule réponse)

- Mutuelle complémentaire 2
 Couverture médicale universelle complémentaire(CMUC) 1
 Aucune mutuelle 0

IV 2 Pensez-vous être suffisamment informé de vos droits ? (plusieurs réponses possibles)

- En matière de santé Oui 1 Non 0
 En matière de logement Oui 1 Non 0
 En matière d'emploi Oui 1 Non 0

IV 3 Au cours des 6 derniers mois, avez-vous rencontré les difficultés suivantes : (plusieurs réponses)

- A- Difficultés financières à assurer l'achat de nourriture, de vêtements, ...
 B- Difficultés dans les démarches administratives (comprendre, remplir un formulaire)
 C- Manque d'informations sur vos droits
 D- Difficultés avec un organisme payeur (sécurité sociale, CAF, MSA, ASSEDIC)
 E- Difficultés avec les services de la Préfecture (renouvellement de titre de séjour, ...)
 F- Difficultés avec un organisme public ou privé (EDF/GDF, impôts, hôpital, ...)
 G- Difficultés avec la justice (tribunal, huissier, ...)
 H- Rupture de droits liée à un problème de titre de séjour (délai renouvellement)

■ V VIE QUOTIDIENNE

V 1 Savez-vous qu'il existe des services destinés à faciliter la vie des personnes qui vieillissent ?

Oui 1 Non 0

Si oui, en avez vous déjà utilisé : Oui 1 Non 0

Lesquels ? : (plusieurs réponses possibles)

- Soins à domicile Portage de repas
 Aide ménagère Club personnes âgées
 Lavage du linge Autre

V 2 Vous a-t-on prescrit un régime ? Oui 1 Non 0

Si oui, lequel ?

V 3 Le suivez-vous ? Oui 1 Non 0

Si non, pourquoi ?

V 4 D'où proviennent habituellement les aliments que vous consommez ?(plusieurs réponses possibles)

- Du marché Du supermarché
 De l'épicerie du quartier Distribution gratuite d'aliments, de repas

V 5 Parmi ces activités, quelles sont celles que vous pratiquez ?

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Ecouter les infos radio, TV | <input type="checkbox"/> | Lecture magazines, livres | <input type="checkbox"/> |
| Regarder la TV (films, jeux, ...) | <input type="checkbox"/> | Sport, gymnastique | <input type="checkbox"/> |
| Ecouter de la musique | <input type="checkbox"/> | Lecture du journal | <input type="checkbox"/> |
| Discuter avec des voisins | <input type="checkbox"/> | Faire les magasins | <input type="checkbox"/> |
| Jouer aux cartes, aux dominos | <input type="checkbox"/> | Aller au cinéma | <input type="checkbox"/> |
| Aller au café | <input type="checkbox"/> | Jouer au tiercé ou au loto | <input type="checkbox"/> |
| Aller au stade | <input type="checkbox"/> | Jouer à la pétanque | <input type="checkbox"/> |
| Aller au club des retraités | <input type="checkbox"/> | Tricot, couture, cuisine | <input type="checkbox"/> |
| Autres (<i>préciser</i>)..... | <input type="checkbox"/> | Jardinage, bricolage..... | <input type="checkbox"/> |

V 6 Avez-vous régulièrement l'occasion de :

- Rendre visite, recevoir ou sortir avec des ami(e)s du pays ou des parents ?

TLJ 3 plusieurs */sem 2 le WE 1 jamais 0
 autre (*préciser*).....

- Rendre visite, recevoir ou sortir avec des ami(e)s non originaires du pays ?

TLJ 3 plusieurs */sem 2 le WE 1 jamais 0
 autre (*préciser*).....

V 7 Etes-vous membre d'une ou plusieurs associations ? Oui 1 Non 0

Si oui, y exercez-vous des responsabilités (président, secrétaire, etc...)

.....

V 8 L'une de ces associations a-t-elle un rapport avec votre religion, votre culture, votre pays d'origine ? Oui 1 Non 0**V 9 Etes-vous régulièrement en contact (courrier, téléphone, vacances) avec des membres de votre famille ou des amis habitant au pays ?** Oui 1 Non 0

Au téléphone : TLJ 3 plusieurs */sem 2 1 fois/sem 1 jamais 0
 autre (*préciser*).....

Visite : plus de 2 */an 3 2 */an 2 1 fois/an 1 jamais 0
 autre (*préciser*).....

Courrier : TLJ 3 plusieurs */sem 2 1 fois/sem 1 jamais 0
 autre (*préciser*).....

V 10 En cas de coup dur (financier, familial ou autre) y a-t-il dans votre entourage des gens sur qui vous pouvez compter pour vous donner un coup de main ? Oui 1 Non 0

Si oui, comment ?

- | | |
|---|--------------------------|
| En vous hébergeant quelques jours | <input type="checkbox"/> |
| En vous prêtant de l'argent | <input type="checkbox"/> |
| En vous donnant une aide en nature (nourriture, vêtement, repassage, lavage) | <input type="checkbox"/> |
| En intervenant auprès de différents organismes en votre faveur (courrier, téléphone, visite accompagnée, ...) | <input type="checkbox"/> |
| En vous soutenant moralement | <input type="checkbox"/> |

VI PROJET DE VIE

VI 1 Etes-vous rentré au pays au cours des 12 derniers mois ? Oui 1 Non 0

VI 2 Combien de fois en un an :

VI 3 Dans les années qui viennent, envisagez-vous de : (une seule réponse)

- revenir vivre seul(e) au pays 1
 revenir vivre au pays dans la famille 2
 revenir vivre au pays en maison de retraite 3
 entrer en maison de retraite quand vous aurez l'âge en France 4
 aller vivre chez vos enfants qui sont en France 5
 rester à domicile le plus longtemps possible 6

VI 4 Où souhaitez-vous être enterré ? En France 1 Au pays 2

VI 5 Si souhait d'être enterré au pays, avez vous pris des dispositions financières ?

Oui 1 Non 0

VII CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

VII 1 Année de naissance : |_|_|_|_|

VII 2 Sexe : Homme 1 Femme 2

VII 3 Lieu de naissance (pays, région) : (pays).....

(région)

VII 4 Origine géographique au pays : citadin 1 rural 2

VII 5 Langue parlée chez vous quand vous étiez petit :

VII 6 A l'heure actuelle, êtes-vous ? (une seule réponse)

- Titulaire d'une carte de séjour temporaire 1
 Titulaire d'une carte de résident (sans statut de réfugié) 2
 Titulaire d'une carte de résident avec statut de réfugié 3
 Demandeur d'asile (demande en instance) 4
 Autre situation (*préciser*) 5

VII 7 Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?

- Célibataire 1 Marié 2
 Veuf 3 Séparé, divorcé 4

VII 8 Pays de résidence du conjoint :

VII 9 Année de la dernière visite au conjoint : /|_|/|_|/|_|/

VII 10 Année de la dernière visite du conjoint en France : /|_|/|_|/|_|/

VII 11 Nombre total d'enfants : /|_|_|/ dont enfants à charge /|_|_|/

VII 12 Vous arrive-t-il de rendre visite, recevoir ou sortir avec vos enfants ?

- TLJ 4 plusieurs */sem 3 le WE 2
 les vacances 1 jamais 0
 autre (*préciser*).....

VII 13 Niveau d'études de l'enquête

Non scolarisé 1 Primaire 2
 Secondaire 3 Supérieur 4

VII 14 Savez-vous ?

Parler le français couramment 3 se débrouille 2 avec difficultés 1 non du tout 0
 Lire le français couramment 3 se débrouille 2 avec difficultés 1 non du tout 0
 Ecrire le français couramment 3 se débrouille 2 avec difficultés 1 non du tout 0

VII 15 Où et comment l'avez-vous appris ? (plusieurs réponses)

1- à l'école au pays
 2- en cours d'alphabétisation en France
 3- à l'école en France.....
 4- autres.....

VII 16 Savez-vous ?

Lire la langue du pays couramment 1 se débrouille 2 avec difficultés 3 non du tout 4
 Ecrire la langue du pays couramment 1 se débrouille 2 avec difficultés 3 non du tout 4

VII 17 Quelle est votre formation professionnelle ?

VII 18 Etes vous en activité ? Oui 1 Non 0

Si oui, quelle profession ?

VII 19 Si non, depuis combien de temps êtes vous sans activité ? années

Quelle est la dernière profession exercée ?

VII 20 Est-ce que vous touchez : (plusieurs réponses possibles)

salaire indemnités chômage(ASSEDIC)
 RMI pension préretraite/retraite
 allocation logement aide personnalisée au logement
 allocations familiales allocation parent isolé
 pension d'invalidité civile ou militaire allocation pour adulte handicapé
 Fond national de solidarité
 Allocation supplémentaire vieillesse
 Prestation spécifique dépendance
 revenus de rentes, loyers, bénéfices commerciaux
 pension de reversion
 pension dans le pays d'origine
 aucun revenu
 autres (*préciser*) :

VII 21 Quel est le montant de vos ressources mensuelles ? (une seule réponse)

Moins de 2600 F /mois 1
 De 2600 F à 3000 F /mois 2
 De 3000 F à 4000 F /mois 3
 De 4000 F à 5000 F /mois 4
 De 5000 F à 6000 F /mois 5
 De 6000 F à 7000 F /mois 6
 De 7000 F à 10 000F /mois 7
 De 10 000 F à 13 000F /mois 8
 Pus de 13000 F 9

VII 22 Envoyez-vous régulièrement de l'argent au pays? Oui 1 Non 0

Si oui, combien ?.....F/an

■ VIII A PROPOS DE L'ENTRETIEN : RÉSERVÉ À L'ENQUÊTEUR

VIII 1 Remarques générales de la personne enquêtée :

.....

VIII 2 Remarques de l'enquêteur sur le déroulement de l'entretien

.....

VIII 3 Langue de l'entretien :

VIII 4 Maîtrise de cette langue par la personne enquêtée (compréhension et expression) :

Bonne 2 Avec des difficultés 1 Faible ou absente 0

VIII 5 L'entretien a-t-il été réalisé avec le concours ou la présence d'une tierce personne :

Oui 1 Non 0
 Si oui, qui ?

VIII 6 La personne interrogée présente-t-elle de façon manifeste l'un des handicaps(*) suivant :

De la vue (même avec lunettes) :	important <input type="checkbox"/> 2	modéré <input type="checkbox"/> 1	non <input type="checkbox"/> 0
De l'audition (même avec appareil) :	important <input type="checkbox"/> 2	modéré <input type="checkbox"/> 1	non <input type="checkbox"/> 0
Moteur (même avec appareil) :	important <input type="checkbox"/> 2	modéré <input type="checkbox"/> 1	non <input type="checkbox"/> 0

VIII 7 Durée de l'entretien : __ H __ (en heures + minutes)

VIII 8 Refus de répondre : (quelle question, expliquer) ...

(*) handicap résiduel après appareillage)