

Accès aux soins d'une population d'anciens travailleurs immigrés vivant en foyer

Leila Bettayeb, Yannick Jaffré, Jacques Chiaroni, Yassine Ennomany, Patrick Villani, Anne-Laure Couderc

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2023/5 (VOL. 35), PAGES 13 À 17
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.235.0013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2023-5-page-13.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Accès aux soins d'une population d'anciens travailleurs immigrés vivant en foyer

Access to care for aging former workers living in an immigrant hostel

Leila Bettayeb¹, Yannick Jaffre², Jacques Chiaroni¹, Yassine Ennomany³, Patrick Villani^{1,4}, Anne-Laure Couderc^{1,4}

⇒ Résumé

Les *Chibanis* – “cheveux blancs” en arabe dialectal – désignent les anciens travailleurs immigrés arrivés en France dans les années 1970 pour exercer un emploi. Ils vivent encore pour la plupart au sein de foyers construits pour des hommes seuls exerçant une profession et non pour accueillir des hommes en situation de vieillissement.

Notre travail anthropologique s'est organisé autour d'une population de *Chibanis*, vivant dans un foyer dans le 15^e arrondissement de Marseille. Les objectifs étaient de mieux connaître cette population d'un point de vue médico-socio-culturel, de connaître les modalités de leur accès aux soins et enfin de connaître leur adhésion aux actions de prévention d'une association.

67 *Chibanis* ≥65 ans ont été inclus, avec une médiane de l'âge de 77 ans : 91 % déclaraient avoir un médecin traitant, 86,6 % avaient plus de 2 maladies chroniques. Plus de la moitié des *Chibanis* souffraient de problèmes dentaires et près de 20 % présentaient des problèmes ophtalmologiques. Seuls 32,8 % des *Chibanis* inclus ont accepté de réaliser un suivi par les infirmiers.

La population des *Chibanis*, isolée géographiquement de leur famille, économiquement précaire et avec une couverture médico-sociale souvent insuffisante, doit « gérer » ses pathologies chroniques, et des problèmes de santé notamment dentaires et ophtalmiques coûteux. L'amélioration de leurs parcours de santé nécessite de mieux comprendre leurs spécificités et les divers facteurs qui peuvent entraver les actions de prévention.

Mots-clés : Fragilité ; Migration ; Isolement ; Maladies chroniques ; Prévention.

⇒ Abstract

The Chibanis represent the population of aging former immigrant workers who arrived in France in the 1970s in order to take up employment. Most of them still live in immigrant hostels, which are not appropriate for an older population.

This anthropological study was conducted on Chibanis living in an immigrant hostel in the 15th arrondissement of Marseille. The objectives were to assess the medical, economic, and social characteristics of this population, to understand their access to health care, and to measure their adherence to the prevention actions of an association.

67 Chibanis aged 65 and over were included, with a median age of 77: 91% had access to a general practitioner, and 86.6% had more than two chronic diseases. More than half of the Chibanis complained of dental problems, and 20% complained of ophthalmological problems. Only 32.8% of the Chibanis included agreed to follow-up care with the nurses from the association.

The population of Chibanis are isolated geographically from their families, live in poor socio-economic conditions, and often have insufficient medico-social coverage. They must “manage” their chronic diseases, as well as costly health problems such as dental or ophthalmic diseases. Improving care pathways for this population requires us to identify their specificities and all the factors hindering prevention actions.

Keywords: Fragility; Migration; Isolation; Chronic diseases Prevention.

¹ Aix-Marseille University, CNRS, EFS, ADES, Marseille, France

² CNRS IRL 3189, Paris, France

³ Association Banlieues Santé, Bobigny, France

⁴ Service de Médecine Interne, Gériatrie et Thérapeutique, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Marseille, France

Introduction

Les *Chibanis*, “cheveux blancs” en arabe dialectal, désignent les anciens travailleurs immigrés d’origine maghrébine ou sub-saharienne arrivés en France dans les années 1970 pour exercer un emploi. Les Chibanis ≥ 65 ans résidant en France, seraient au nombre de 229 000 [1] et vivent pour la plupart au sein de foyers construits entre les années 1950 et 1970. Ces foyers de travailleurs migrants ont été conçus pour accueillir, de façon temporaire, une population d’hommes seuls venus en France pour travailler. Il n’était pas prévu qu’ils y séjournent encore après leur retraite [2]. Les Chibanis sont restés pour bénéficier de l’allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) qui nécessite de résider en France au moins 6 mois dans l’année ; ainsi ils sont souvent pris dans la contraction entre un « mythe du retour » [3], l’obligation de garantir des ressources à leur famille restée « au pays » et parfois la précarité des conditions d’hébergement offertes.

Dans cette population, la nature des emplois exercés (faiblement qualifiés et physiquement éprouvants) a probablement impacté leur état de santé en précarisant leurs conditions de vieillissement et la proportion de personnes déclarant avoir une santé “médiocre” ou “très mauvaise” augmente progressivement avec l’âge [4]. Les immigrés auraient des taux de mortalité des maladies cardio-vasculaires plus élevés que les populations non-immigrées d’un même pays en Europe [5]. On peut donc supposer soit qu’un effet délétère des conditions de vie dans le pays « d’accueil » agit sur la santé des immigrés ou, de façon moins probable, que l’état de santé des immigrés était plus fragile que les non-immigrés à l’arrivée en France. On se retrouve face à une population dont on connaît mal les déterminants de leur état de santé et les liens qu’elle tisse avec le système de santé.

Notre travail anthropologique s’est organisé autour d’une population de Chibanis ≥ 65 ans, vivant dans un foyer dans le 15^e arrondissement à Marseille. Les objectifs étaient de mieux connaître cette population d’un point de vue médico-socio-culturel, de connaître les modalités de leur accès aux soins et enfin de connaître leur adhésion aux actions proposées par les infirmiers (IDE) de l’Association Banlieues Santé qui promeut des actions préventives et de coordination en santé auprès de populations fragiles.

D’après une enquête, une partie des immigrés vieillissants reconnaît “un faible recours aux pratiques médicales préventives et un recours aux soins souvent tardif” [6], ce qui est encore plus fréquent chez les immigrés âgés originaires d’Afrique [7].

Par ailleurs, « cinq arrondissements de Marseille figurent parmi les communes les plus pauvres de France métropolitaine », dont le 15^e arrondissement [8]. Enfin, le dernier diagnostic local de santé publique réalisé en 2013 sur Marseille mentionnait que la densité des médecins généralistes y est inférieure à la moyenne française. Ce terrain est donc spécifique d’une situation de précarité, mais il correspond aussi à l’espace socio-économique où vit la population de Chibanis vieillissante.

Matériels et méthodes

Il s’agit d’une étude monocentrique, observationnelle et descriptive, réalisée dans le foyer Alotra dans le 15^e arrondissement de Marseille. Elle a inclus les Chibanis vivant dans le foyer, ayant eu recours à la permanence santé assurée par l’association Banlieues Santé entre janvier et avril 2021 et ayant accepté de participer à l’étude (accord écrit). Cette étude a reçu l’avis favorable du comité de protection des personnes sous le numéro SI 21.01.26.58339 – ID RCB 2021-A0026-39.

Données recueillies

Les données ont été recueillies à l’aide d’un questionnaire réalisé en face à face : âge, ancienne profession, suivi régulier par un médecin généraliste et les motifs de suivi, suivi ophtalmologique et port de lunettes de vue, problèmes dentaires et port de prothèses dentaires, existence de maladies chroniques, de douleurs articulaires et un « temps de causerie santé » ; conçu comme un échange libre. D’autres données, hors du questionnaire ont été demandées lors de l’entretien (complétées avec l’aide des dossiers du foyer) : pays d’origine, statut marital, si présence d’enfants et couverture médico-sociale. Les données et motifs de suivi par l’IDE de l’association ont été également recueillis.

Analyse statistique

L’analyse descriptive a été réalisée à l’aide du logiciel SPSS version 17.0 sous Windows. Les variables qualitatives sont exprimées par leur effectif et leur pourcentage et les variables quantitatives par leur médiane et leur interquartile. Les associations entre les variables qualitatives ont été testées à l’aide du test exact de Fischer.

Résultats

Premier entretien

Dans ce travail, 67 Chibanis ont été inclus (sur 138 Chibanis vivant au sein du foyer). La médiane de l'âge était de 77 ± 7.01 ans [73-82 ans]. Les caractéristiques médicales et d'accès aux soins recueillies à l'aide du questionnaire sont décrites dans le **tableau I**.

Les données socio-démographiques et d'habitude de vie recueillies hors du questionnaire sont résumées dans le **tableau II**.

Tableau I : Caractéristiques médicales et d'accès aux soins recueillies dans le questionnaire

Variables	Effectif (N=67)	Proportion (%)
Tranches d'âge		
65-74 ans	25	37,3
75-84 ans	32	47,8
85 ans et plus	10	14,9
Ancienne Profession		
Bâtiments	37	55,3
Agents d'entretien	8	11,9
Autres	22	32,8
Médecin traitant		
Non	6	9,0
Oui	61	91,0
Les motifs de consultation chez le médecin		
Quand j'ai un problème	14	20,9
Pour du suivi	11	16,4
Renouvellement traitement	35	52,2
Autres motifs	4	6,0
Pas de réponse	3	4,5
Rythme de consultation chez le médecin		
Une fois par mois	37	55,2
Tous les 2 mois	8	11,9
Tous les 3 mois	14	20,9
Plus	2	3,0
Pas de réponse	6	9,0
Problèmes ophtalmologiques		
Non	54	80,6
Oui	13	19,4

Consultation ophtalmologue

Il y a moins de 2 ans	32	47,8
Il y a plus de 2 ans	20	29,9
Jamais	15	22,3

Problèmes dentaires

Non	33	49,3
Oui	34	50,7

Prothèses dentaires

Non	32	47,8
Oui	35	52,2

>2 maladies chroniques

Non	9	13,4
Oui	58	86,6

Douleurs articulaires

Non	51	76,1
Oui	16	23,9

Causerie Santé

COVID/Vaccin anti-COVID	12	17,9
Alimentation	8	11,9
Isolement	12	17,9
Autres	35	52,3

Tableau II : Caractéristiques sociodémographiques et d'habitudes de vie recueillies hors questionnaire (et complétées par les dossiers du foyer)

Variables	Effectif (N=67)	Proportion (%)
Pays d'origine		
Algérie	64	95,5
Tunisie	3	4,5
Statut marital		
Célibataires	31	46,3
Mariés	25	37,3
Divorcés	10	14,9
Veufs	1	1,5
Existence d'enfants	29	43,3
Couverture sociale		
Pas de couverture	4	6,0
Couverture maladie universelle	25	37,3
Sécurité sociale sans mutuelle	20	29,9
Affection de longue durée	16	23,9

Suivi

À la suite des entretiens réalisés par l'association Banlieues Santé (3 à 6 mois après la passation du questionnaire), les Chibanis ont eu des propositions de suivi par les IDE s'ils le souhaitent et d'actions concernant leur santé. Seuls 32,8 % ont accepté de réaliser un suivi par les IDE. Les raisons du suivi sont les besoins de parler de leur santé (13,3 %), donner suite aux conseils lors du premier entretien (7,5 %), la demande de mesure de la tension artérielle (4,5 %) et le besoin de discuter des résultats d'examen médicaux (3 %).

Discussion

Dans notre travail, les Chibanis d'âge médian de 77 ans, et dont 86,6 % déclarent avoir plus de 2 pathologies chroniques, ont pour la majorité déclaré un médecin traitant (91 %). Le motif principal de consultation de leur médecin traitant est le renouvellement d'ordonnance, de façon similaire aux autres personnes âgées en France. Leur couverture médico-sociale est, par contre, mauvaise avec 35,9 % qui n'ont pas de mutuelle, en comparaison aux 5 % de la population française sans mutuelle [9]. Ce faible taux peut expliquer, en partie, la précarité de leur accès aux soins dentaires et ophtalmologiques qui sont les soins médicaux les plus « coûteux ». Une étude récente a montré que les populations âgées immigrées avaient un taux de renoncement aux soins supérieur à la population âgée non immigrée [7]. De plus, seulement 23,9 % des Chibanis sont déclarés en ALD, en sachant que la majorité a plus de 2 pathologies chroniques pouvant rentrer dans les critères d'ALD. Cette prévalence de l'ALD semble faible par rapport à la population âgée du même âge en France (43 % en 2015). Il est fort probable que les Chibanis déjà sous le régime de la CMU ou bénéficiant de la sécurité sociale et d'une mutuelle n'ont pas eu besoin de déclarer une ALD. Par ailleurs le manque de connaissance et la difficulté de compréhension du système de protection sociale français doivent aussi sans doute être évoqués.

Des propositions d'accès à certains soins curatifs et de prévention ont été proposées aux Chibanis par les IDE ayant réalisé les entretiens. Un suivi de ces actions a été également proposé mais seulement 32,8 % des Chibanis ont répondu positivement. Ce recours moindre aux aides et aux mesures de prévention s'observe chez les immigrés

vieillissants [10]. Cela souligne l'importance d'une meilleure compréhension des spécificités de cette population et de ses interactions avec le système de santé, notamment des spécificités culturelles et religieuses qui sont aujourd'hui perçues comme un enjeu de premier plan en épidémiologie sociale et en santé publique [11,12].

Concernant les données socio-démographiques dans notre travail, les Chibanis sont en majorité d'origine algérienne. Une caractéristique essentielle de leur mode de vie est leur double « existence » ; en effet, la plupart sont isolés en France mais sont mariés avec une épouse et des enfants restés *au bled*. Ils résident la majeure partie de l'année dans ce foyer afin de toucher l'ASPA qu'ils reversent en grande partie à leur famille pour assurer *l'massrouf* (différentes dépenses alimentaires, charges...). Ils ne rentrent en Algérie que quelques mois par an. Suite à la pandémie du COVID-19, aucun Chibani d'origine algérienne n'a pu retourner *au bled* depuis deux ans. Ces véritables socles où les politiques sociales construisent les existences en les obligeant à rester en France pendant 6 mois au moins créent ou aggravent leur isolement. Cette spécificité des régimes de retraite pour les populations migrantes induit des souffrances sociographiques évitables. D'ailleurs, 17,9 % des Chibanis ont voulu réaliser un entretien « temps de causerie santé » pour parler de l'isolement et de l'éloignement de leur famille. La situation sanitaire due au COVID-19 a aggravé ce sentiment de solitude qu'ils nomment *ghorba* (se sentir toujours étranger et loin de son pays). Certains Chibanis ont déclaré « que leur famille souffre de l'absence du père de famille depuis deux ans ». La situation sanitaire et les conséquences des fermetures des frontières notamment avec l'Algérie ont compliqué l'accès à ce lieu de commensalité et a donc renforcé le sentiment de solitude. Affectivement les Chibanis éprouvent la douleur de vivre entre « deux rives » et leur vieillissement est confronté aux divers paradoxes de la double absence évoquée par Abdelmalek Sayad [13]. Être encore présents symboliquement et affectivement là où ils ne vivent plus ou très peu et exclus de la société où ils résident comme le décrit Tahar Ben Jelloun dans son livre [14].

Nous distinguerons plusieurs déterminants dans les difficultés de l'accès aux soins des Chibanis. Tout d'abord, la majorité des Chibanis ont eu des métiers impliquant des lourds efforts « physiques ». Une grande partie des Chibanis se plaint de douleurs articulaires multiples qui les empêchent parfois de se déplacer, et de faire l'effort de se rendre dans les structures sanitaires. Ensuite, leur maîtrise de la langue française et de l'écriture sont peu assurées et la compréhension des soins tout autant que l'impact de la

traduction sur le dialogue sanitaire sont importants. Enfin, pouvoir proposer un parcours de soin adapté à la population des Chibanis nécessite de comprendre certaines caractéristiques liant des dimensions sociales, religieuses et culturelles avec des situations médicales. Globalement, il est donc important que les médecins anticipent les sources potentielles de malentendus liés à des questions linguistiques, des modalités d'accès altérées par divers handicaps et des dimensions socioculturelles incitant à taire certains facteurs de risque. Comprendre anthropologiquement est une des conditions pour établir une vision commune du problème médical ou du traitement.

Conclusion

La population des Chibanis, souffrant de douleurs articulaires pouvant limiter leur mobilité pour 24 %, isolée, économiquement précaire et bénéficiant d'une couverture médico-sociale insuffisante, doit « gérer » ses pathologies chroniques, des problèmes dentaires et ophtalmiques. L'amélioration de leurs parcours de santé nécessite de mieux comprendre leurs spécificités et les divers facteurs qui peuvent entraver les actions de prévention mais aussi prévenir l'isolement ressenti. La prise en compte des dimensions socio-affectives, une plus grande attention aux spécificités culturelles et l'instauration de dialogues éclairés avec l'aide de traducteurs doit améliorer la prise en charge de cette population âgée. De plus, cette population vit dans des foyers non adaptés à leur vieillissement et dans des « quartiers » souvent dépourvus de médecins entraînant des difficultés supplémentaires dans l'accès aux soins par rapport aux autres populations immigrées vieillissantes. Une étude multidisciplinaire incluant le suivi des actions entreprises par divers acteurs serait utile pour évaluer scientifiquement leur impact sur la santé physique et psychologique de ces populations défavorisées.

Références

1. Bachelay A. Rapport d'information fait en application de l'article 145 du Règlement au nom de la mission d'information sur les immigrés âgés. Paris : Assemblée Nationale (Fr) ; 2013. N 1214. [Cité le 30 août 2022]. Disponible sur <<https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1214.asp>>.

2. Bernardot M. Le vieillissement des migrants dans les foyers. *Hommes et Migrations*, Connaître et combattre les discriminations. 1999;219:99-102. DOI : <https://doi.org/10.3406/homig.1999.3335>.
3. Sayad A. Les trois « âges » de l'émigration algérienne en France. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. 1977;15(1):59-79.
4. Plard M, Martineau A, Fleuret S. Les immigrés au seuil du grand âge : un questionnement à ancrer dans les territoires de vie. *Hommes Migr Rev Fr Réf Sur Dyn Migratoires*. 2015;1309:31-7.
5. Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, Fagot-Campagna A, Giampaoli S, Hammar N, et al. Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. *Eur J Public Health*. 2012;22(3):353-9.
6. Hamel C, Moisy M. Immigrés et descendants d'immigrés face à la santé. Paris : Institut national d'études démographiques. 2013;190:7.
7. Croguennec Y. L'état de santé de la population immigrée âgée . Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration, Infos migrations. 2012;35:3.
8. Disparités socio-spatiales en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Métropole Aix-Marseille, Atlas territorial. Compas, novembre 2013. [Cité le 30 août 2022]. Disponible sur <<https://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/la-pauvrete-dans-les-arrondissements-de-paris-lyon-et-marseille/>>.
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Santé, immigration, avenir : comment les territoires influencent l'opinion des français. 2019 (1106). [Cité le 30 août 2022]. Disponible sur <<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1106.pdf>>.
10. Attias-Donfut C, Gaillou R. L'impact des cultures d'origine sur les pratiques d'entraide familiale. *Informations Sociales*. 2006;134:86-97.
11. Ransome Y. Religion, Spirituality, and Health: New Considerations for Epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2020;189(8):755-758. doi: 10.1093/aje/kwaa022.
12. Padela AI, Zaidi D. The Islamic tradition and health inequities: A preliminary conceptual model based on a systematic literature review of Muslim health-care disparities. *Avicenna J Med*. 2018;8(1):1-13. doi: 10.4103/ajm.AJM_134_17.
13. Sayad A. La Double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré. Paris : Le Seuil. 2014. p. 55.
14. Ben Jelloun T. Partir. Paris : Gallimard. 2006. p. 255-6.

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des Chibanis ayant accepté de participer à l'étude mais aussi l'Association Banlieues Santé