

Actes du Colloque international de Meknès
17-19 mars 2011

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION DANS LES PAYS DU SUD

Atelier 2

SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES

Président : Danielle PODER

Directrice de l'IUT de Tours, Université de Tours, France

Rapporteur : Achille PINGHANE YONTA

Université de Yaoundé I, Cameroun

Capacité fonctionnelle des personnes âgées au Maroc

Mohammed FASSI FIHRI

Statisticien Démographe, CERED-HCP
Maroc

Introduction

Le Maroc connaît une mutation de sa démographie, marquée par l'amorce d'un vieillissement de sa population conséquence du fléchissement de la fécondité et de l'allongement de la durée de vie. La proportion des personnes âgées représentait 8% en 2004, elle serait de 15,4% en l'an 2030. En termes absolus, leur effectif passerait de 2,4 millions à près de 5,8 millions entre les deux dates. Le rythme de l'évolution de l'effectif des personnes âgées connaîtrait une croissance accélérée, notamment à partir de 2010 et une augmentation plus vite que les autres segments de la population. De ce fait elle nécessitera des soins spécifiques croissant. La structure sanitaire nationale aura donc à faire face à un profil des malades marqués par leur fragilité et leur vulnérabilité, et réclameront de ce fait une prise en charge particulière.

L'objectif de cette étude est d'évaluer une des facettes de l'état de santé des personnes âgées. La mesure précise de l'état de santé des personnes âgées est chose difficile, surtout dans les pays en développement, pauvres en diagnostic et dossiers médicaux. Par ailleurs, l'état de santé des personnes âgées ne se mesure pas seulement par la prévalence des problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus à exercer pleinement et de façon autonome des activités élémentaires de la vie quotidienne connues chez les anglo-saxons par *Activities of Daily Living, ADLs*. L'incapacité chez les personnes âgées devient de plus en plus un sujet d'étude de première importance afin de mieux prévoir les coûts sociaux et médicaux qui seront associés à cette population.

L'enquête nationale sur les personnes âgées au Maroc, la première du genre, constitue une source statistique nouvelle sur les questions d'autonomie et de capacité fonctionnelle des sujets âgés, établie à travers une batterie d'informations sur des aspects liés à la perte d'autonomie fonctionnelle. Des études antérieures ont montrées que les ADLs peuvent constituer une bonne mesure de la capacité fonctionnelle, elle-même étroitement liée aux besoins de soins (Robine *et al.*, 1993).

La première partie de cette étude sera consacrée à l'examen de la capacité fonctionnelle des personnes âgées en utilisant des mesures standard de la capacité fonctionnelle, obtenues à travers des questions sur la possibilité de réaliser certaines tâches de la vie quotidienne rapportées par les personnes enquêtées (soins corporels, habillement, toilette, déplacement, alimentation). Il s'agira d'une échelle d'évaluation utilisée pour mesurer le degré d'autonomie des sujets âgés, soit l'indicateur de Katz sans la question sur l'incontinence. L'analyse permettra de dégager le profil des personnes âgées en situation d'incapacité fonctionnelle.

Dans une deuxième partie nous tenterons de cerner les facteurs associés à la capacité fonctionnelle des personnes âgées grâce à une analyse multi-variée (régression logistique). Les facteurs associés au risque de tomber dans l'incapacité fonctionnelle sont de plusieurs ordres, individuel (sexe, âge, état matrimonial, niveau d'éducation etc.), comportemental (activité, pratique du sport) et contextuelle (milieu urbain/rural) le milieu de résidence constitue un indicateur de l'environnement socio-sanitaire. De plus certaines études ont montré une forte association entre le mode de vie familial et la capacité fonctionnelle (Idler et Benyamini, 1997), on distinguera, ainsi, entre les personnes âgées vivant seules et ceux vivant en famille.

I- Revue de la littérature

a- De la déficience à l'handicap

La déficience, l'incapacité et le handicap sont des notions centrales pour la compréhension de la santé des personnes âgées. Ces termes prennent différents sens selon les pays. C'est pourquoi l'Organisation Mondiale de la Santé a proposé en 1980 une classification connue sous le nom de modèle de Wood, la «Classification Internationale des Handicaps : déficiences, incapacités et désavantages.». La déficience (synonyme d'infirmité) du fonctionnement d'un organe ou d'un système est évaluée par rapport au fonctionnement habituel de cet organe. Par exemple, l'extension de l'avant-bras sur le bras est de 180°. Une pathologie de l'articulation du coude peut limiter cette extension à 100°, causant une infirmité ou déficience. L'incapacité, quant à elle représente les conséquences de la déficience d'un organe ou d'un système sur le fonctionnement de l'individu en termes de limitation de fonctions ou de restriction d'activités. Par exemple, certaines personnes diabétique insulino-dépendantes sont capables de vivre "normalement"; ils ont des contraintes mais n'ont pas d'incapacité, ils ne sont pas handicapés. Enfin, le handicap (ou désavantage) est l'écart ou l'intervalle entre l'incapacité de l'individu et les ressources personnelles, matérielles et sociales dont il dispose pour pallier ces incapacités. Cet écart lui confère un désavantage social. Par exemple, quand on ne disposait pas des prothèses de hanche, se fracturer le col du fémur conduisait à un handicap. Ce n'est plus le cas actuellement au Maroc alors qu'il est encore dans d'autres pays.

Certains auteurs estiment que le handicap n'existe qu'aux yeux de la société et que l'incapacité ne résulte pas tant de l'état de la personne que des attitudes d'autrui et des conditions qui l'empêchent d'utiliser pleinement ses capacités. Chez les personnes âgées le handicap peut prendre deux formes. Le premier type est le handicap qui apparaît chez des personnes âgées valides au cours du processus de vieillissement. Le vieillissement en lui-même n'est pas nécessairement générateur de handicap, cependant, il existe des maladies qui accompagnent la vieillesse et qui vont s'accumuler avec l'avance en âge et devenir chroniques. Les maladies qui déterminent des incapacités ne deviennent handicap que si la personne en cause est incapable d'élaborer des "stratégies de compensation". Le deuxième type est le handicap supplémentaire subi par des personnes âgées déjà handicapées qui -tout comme dans la population normale- sont soumises à ce processus inexorable du vieillissement, bien que celui-ci ne les touche pas de la même manière. Ce type de handicap, dit "surajouté", survient chez des handicapés vieillissants. Il s'agit des personnes ayant un handicap existant depuis des années. Celui-ci peut survenir tôt dans l'enfance, ou même à la naissance. Le handicap n'est pas un état stable. Beaucoup de handicaps sont compensés pendant un certain temps, mais s'aggravent ensuite avec l'âge, car l'organisme vieillit plus rapidement.

b- Comment mesurer l'incapacité ?

L'incapacité se réfère à la perte de la capacité d'effectuer les fonctions habituelles et nécessaires permettant à l'individu de se maintenir dans un environnement donné, tel que se lever du lit ou faire des emplettes pour se nourrir etc. (Deeg, Verbrugge, and Jagger, 2003; Verbrugge and Jette 1994; OMS 1990). Aussi, le statut fonctionnel se rapporte à la capacité d'exécuter des tâches considérées comme nécessaire dans un environnement particulier. Une limitation fonctionnelle peut être considéré comme un espace entre la capacité physique et les exigences particulière de l'environnement où l'activité est exécutée (Verbrugge et Jette, 1994). Par exemple, pour de se lever du lit, un individu doit avoir une certaine capacité physique, cependant le type de lit peut aussi avoir une influence sur l'exécution de cette tâche.

Il existe plusieurs indicateurs d'évaluation de l'incapacité. Ils ont pour objet de décrire la situation des personnes subissant les effets du vieillissement physiologique ou les atteintes de maladies chroniques invalidantes, fondées sur les activités de la vie quotidienne et destinées surtout à l'évaluation épidémiologique. Parmi ces indicateurs, il y a les activités de la vie quotidienne (*Activities of Daily Living, ADLs* de KATZ¹) pour suivre les patients en institution. Elles comportent les activités suivantes : se laver entièrement, s'habiller, aller aux toilettes et les utiliser, se déplacer à l'intérieur du domicile, contrôler ses sphincters et se nourrir. Cette échelle est surtout utilisée pour déterminer le montant de l'allocation forfaitaire de soins octroyée par l'assurance-maladie. Un second indicateur utilisé dans le contexte des pays industrialisés, est nommé '*Activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de LAWTON²)*'. Cet indicateur explore huit activités qu'un sujet âgé doit être en mesure de réaliser pour rester à domicile, soit : faire ses courses, répondre au téléphone, préparer le repas, tenir la maison, laver son linge, utiliser les moyens de transports, gérer son argent, prendre ses médicaments.

Dans cette étude, et comme il ne s'agit que de personnes âgées en ménage et non en institution, nous allons utiliser des mesures standard de la capacité fonctionnelle celle de *Activities of Daily Living (ADLs)* obtenues à travers des questions sur la possibilité de réaliser certaines tâches de la vie quotidienne rapportées par des personnes enquêtées. Il s'agit évidemment de l'indicateur de Katz à l'exclusion de la continence qui ne peut être considérée comme une incapacité mais plutôt comme une déficience.

Les mesures d'ADLs ont été employées dans de nombreuses enquêtes parmi de nombreux types de populations. Il s'agit d'une grille bien validée, simple et rapide à renseigner, considérée comme une référence dans la littérature internationale. De plus cette grille prédit fortement le pronostic en termes de morbidité et de mortalité.

II- Incapacité des personnes âgées, cas du Maroc

L'enquête sur les personnes âgées au Maroc de 2006 était l'occasion de collecter des informations sur les cinq aspects de l'activité de la vie quotidienne qui seront utilisées dans cette étude. Spécifiquement, les personnes âgées enquêtées ont été interrogées sur le fait qu'ils ont eu de la difficulté pour se laver le corps, s'habiller, marcher sur une distance de 200 à 300 mètres, se lever du lit, se coucher et manger tout seul. Pour les cinq tâches quotidiennes, les personnes enquêtées avaient à spécifier s'ils pouvaient exécuter la tâche tout seul ou s'ils

¹ KATZ S. Assessing self maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *J. Am Geriatr soc* 1983 ; 31 721-7.

² Scale for instrumental activities of daily living [IADL] (1971). Lawton MP, Mezey MD, Rauckhorst LH, & Stokes SA (1993). *Health assessment of the older individual*. 2nd ed. NY: Springer Publishing Company. Pg. 35.

avaient besoin d'aide pour l'exécuter. Chaque question est codée sur deux degrés : un score de 0 est attribué quand la personne se déclare capable d'exécuter, elle-même, la tâche de façon autonome; un score de 1 quand la personne âgée a besoin d'une tierce personne pour accomplir cette tâche (cette personne peut être un membre du ménage ou en dehors du ménage).

Ces items serviront pour la construction d'un instrument de mesure de la capacité fonctionnelle. Mais avant il faut s'assurer de la représentativité adéquate des items de l'ensemble des facettes du concept mesuré, soit l'incapacité. Pour ce faire on va examiner successivement, la cohérence interne ou la fiabilité de la mesure entre les cinq items en calculant le coefficient *Alpha de Cronbach*, puis la dimensionnalité de l'échelle au moyen de l'analyse en composante principale (ACP). L'*Alpha de Cronbach* (α) se base sur la covariance entre les items, il se situe entre 0 et 1. Les valeurs proches de l'unité indiquent une plus grande constance interne, il se calcule selon la formule suivante :

$$\begin{aligned}
 & j = \text{nombre d'items} \\
 & \sum S_i^2 - \text{somme des variances des } j \text{ items} \\
 & S_{\cdot}^2 - \text{variance des scores au test} \\
 & \alpha = \frac{j}{j-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{\cdot}^2} \right]
 \end{aligned}$$

Les calculs donnent un *Alpha de Cronbach* d'une valeur de 0,78, ce qui est satisfaisant selon Georges et Mallery, 2003³, on peut donc avancer que les cinq items sont convergents. Pour tester l'association entre les items, une analyse factorielle en composantes principales, est appliquée sur les cinq items sans spécifier le nombre d'axes demandés. Selon le critère de *Kaiser*⁴ (on ne retient que les valeurs propres supérieures à la valeur propre moyenne), un seul facteur est extrait et permet de restituer un facteur simple, avec une valeur propre 3,036 expliquant 60,7% de la variance totale. En se basant sur le critère des communalités, tous les items sont expliqués à plus de 57% par les autres énoncés. Aucun item ne présente de score inférieur à 0,57. Ces résultats sont donc satisfaisants. Les corrélations des items avec l'axe extrait de l'ACP, sans rotation, sont comme suit :

Tableau 1 : Matrice des composantes

Items	Corrélation
S'habiller	0.876
Se lever du lit et se coucher	0.833
Se laver le corps	0.815
Marcher 200à 300 mètres	0.765
Manger tout seul	0.570

La structure factorielle obtenue est claire, permettant de conclure que les cinq items sont bien associés, bien qu'ils ne soient pas complètement corrélés.

³ Georges et Mallery, 2003, estiment une échelle pour le α comme suit : $\alpha=0.9$ excellent, $\alpha=0.8$ bonne, $\alpha=0.7$ acceptable et $\alpha=0.5$ faible.

⁴ Il s'agit d'un critère empirique pour sélectionner le nombre d'axes.

Prévalence de l'incapacité

Après avoir montré dans ce qui précède que les cinq items représentent différentes facettes d'un seul concept qui est l'incapacité, on va établir, dans ce qui suit, une classification des personnes âgées sur une échelle de l'incapacité. Ainsi, un sujet est considéré comme ayant une incapacité selon l'échelle des ADLs s'il a une incapacité pour au moins un des 5 items. Lorsque le sujet présente une incapacité totale pour une ou deux activités de base, il est considéré comme ayant une incapacité légère. En revanche, est considéré comme ayant une incapacité lourde tous sujet présentant une incapacité totale pour au moins 3 des 5 activités de base. Les personnes âgées sont, ainsi, réparties en trois groupes :

- 1- personnes sans incapacité, ce groupe est formé de personnes capables d'exécuter les cinq tâches quotidiennes elles-mêmes. Il représente 80,4% des personnes âgées ;
- 2- personnes avec une incapacité légère, il s'agit des sujets ayant une ou deux incapacités selon l'échelle des ADLs. Ce groupe représente 12,7% des personnes âgées ;
- 3- personnes avec une incapacité lourde, il s'agit des sujets ayant au moins trois des incapacités selon l'échelle des ADLs. Ce groupe représente 6,9% des personnes âgées.

Tableau 2 : Répartition (en %) des personnes âgées selon la sévérité de l'incapacité par sexe et âge

	Effectif	Sans incapacité	Incapacité légère	Incapacité lourde
Ensemble	3010	80,4	12,7	6,9
Hommes	1749	86,1	8,3	5,6
Femmes	1261	75,2	16,7	8,1
Age				
60 - 64 ans	858	92,4	5,1	2,5
65 - 69 ans	733	84,9	10,6	4,5
70 - 74 ans	613	81,9	13,4	4,7
75 - 79 ans	347	77,2	15,7	7,1
80 ans et +	459	53,7	25,4	20,9

Source : Enquête nationale sur les personnes âgées, HCP, (CERED), 2006 et calcul de l'auteur.

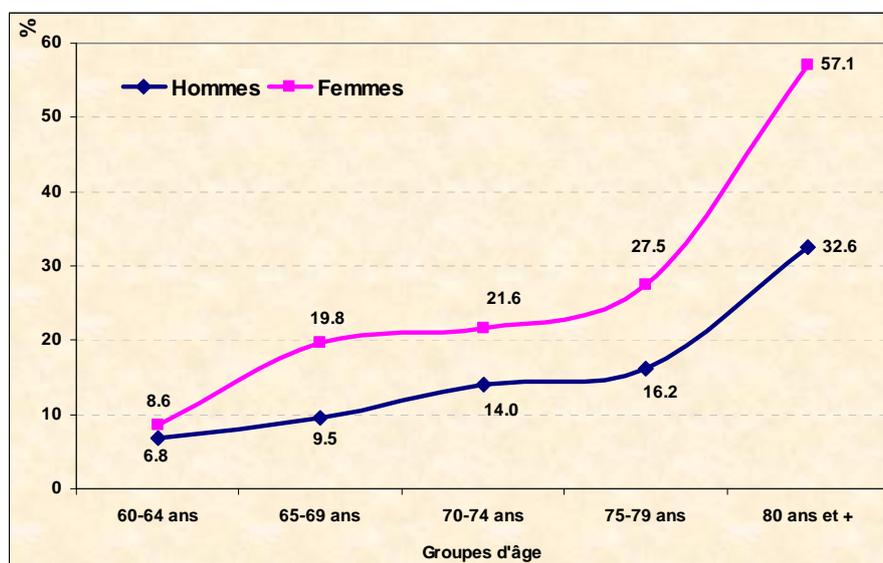
En 2006, 19,6% de la population marocaine âgée de 60 ans et plus, vivant en ménage, présente une incapacité (tableau 2), cette incapacité est surtout légère (12,7%) et 6,9% une incapacité lourde. La plus forte prévalence de la limitation concerne le fait de marcher avec 14,8%, suivie de celle se laver le corps avec 14,5%. Peu de personnes âgées rapportent une limitation liée à l'activité de manger seul (2,3%).

Les personnes ayant rapporté seulement une des cinq limitations mentionnaient surtout les problèmes liés à la marche (48,5%) à se laver le corps (43,3%) et dans une moindre mesure à celle de manger seul (5,2%). Ceux ayant rapporté quatre ou cinq limitations avaient moins de difficulté pour manger seul tout en ayant des difficultés à exercer les autres tâches.

L'altération du système locomoteur est une des composantes essentielles du processus de vieillissement. Elle entraîne une diminution de la masse et de la force musculaire, des arthroses, etc. et ultimement une perte d'autonomie. La perte d'autonomie peut survenir à tout moment, mais sa prévalence s'élève avec l'âge : la rupture s'opère à partir de 75 ans. Les résultats de l'enquête montrent que la prévalence de ceux ayant au moins une incapacité passe de 13,2% pour le groupe d'âge 60-74 ans à 35,6% pour le groupe 75 ans et plus, soit un triplement d'un groupe d'âge au suivant. De plus, la prévalence de l'incapacité lourde passe de 3,8% pour les personnes âgées de 60-74 ans à 14,6% pour celles de 75 ans et plus.

L'analyse par sexe montre que les femmes souffrent de prévalence plus élevée pour chacun des items sauf pour l'activité de manger. Globalement, à cause de leur longévité les femmes sont plus exposées aux risques d'incapacité que les hommes. La prévalence chez les femmes est près du double de celle des hommes soit 24,8% et 13,9%. Cette différence vient essentiellement des incapacités légères, respectivement 16,7% et 8,3% pour les femmes et les hommes. La différence entre sexes augmente avec l'âge comme le montre le graphique ci-contre.

Pourcent des personnes âgées ayant au moins une incapacité par âge et sexe



Le Maroc devra donc faire face, au cours des prochaines décennies, à une augmentation de la proportion de personnes ayant une incapacité, incapacité légère ou lourde, en raison du vieillissement inéluctable de la population. En effet, même si les incapacités sont légères avec l'importance grandissante des personnes de 75 ans et plus, on peut penser que ce ne sera plus le cas au cours de prochaines décennies. Selon les projections du HCP, l'effectif 75 ans et plus va doubler entre 2006 et 2030, passant de 0,6 millions à près de 1,3 millions et leur proportion passer de 2,1% à environ 3,4% entre les deux dates. Si on suppose que le taux d'incapacité lourde reste inchangé entre 2006 et 2030, l'effectif des personnes avec incapacité lourde qui était de 93 milles en 2006 serait de 188 mille en 2030. Ce qui devrait exercer une pression accrue sur les services de santé.

III- Facteurs associés à l'incapacité

Pour analyser les facteurs associés à l'incapacité des personnes âgées au Maroc, on estimera l'effet propre (toutes choses égales par ailleurs) des variables susceptibles d'expliquer l'incapacité. Ce qui permettra de cibler les interventions les plus indiquées pour améliorer l'état de santé de cette tranche de la population.

a- Méthode d'analyse

Comme notre variable dépendante est dichotomique (codée 1 quand l'individu déclare avoir une incapacité quelconque selon l'échelle des ADLs et 0 dans le cas contraire) la technique qui permet d'ajuster une surface de régression à ce type de variable est bien la régression logistique binaire.

Modèle logistique binaire

On s'appuiera sur le modèle logistique binaire qui estime le logarithme de la chance (P/1-P) d'apparition d'un événement dépendant, dichotomique, selon que certains événements indépendants se produisent ou non. P désigne la probabilité pour que l'événement dépendant se réalise (ici, il s'agit de la probabilité pour que la personne âgée ait rapporté au moins une incapacité). Les modalités des variables catégorielles doivent être transformées au préalable en variables booléennes. Le modèle s'écrit ainsi :

$$\frac{P}{1-P} = \exp \beta_0 \prod_{i=1}^{i=n} \exp \beta_i X_i$$

Contrairement au cas de la régression linéaire, les coefficients estimés ne sont pas directement interprétables comme l'influence marginale de la variable explicative. Pour saisir la portée analytique de ce modèle, on utilise plutôt les Odds-Ratio⁵, également appelé «rapport de cote». Un rapport de cote (RC) n'est autre que le rapport entre la chance associée à une modalité i (Ci) et celui d'une modalité de référence (Cr), soit Ci/Cr. Le RC permet d'examiner l'impact d'une modalité sur la probabilité d'occurrence de l'évènement dépendant et ce, en comparant les individus ayant cette modalité avec ceux ayant la modalité de référence.

Dans notre cas, les RCi supérieures à l'unité sont associées à des modalités qui maximisent la chance d'une personne âgée d'avoir une incapacité, relativement à la modalité de référence ou relativement à une modalité de la même variable qui a une CRi plus faible. Corrélativement, les RCi inférieures à l'unité sont associées à des modalités qui diminuent la chance de tomber dans l'incapacité, relativement à la modalité de référence ou relativement à une modalité de la même variable qui a un RC plus élevée. Plus l'écart entre RC et l'unité est grand, plus fort est l'effet de la modalité.

⁵ On montre que le rapport de cote est égal à expB.

Les variables indépendantes utilisées sont de plusieurs types, individuelles, contextuelles, comportementales, ainsi que des variables mesurant le mode de vie familial et les conditions sanitaires. Les variables individuelles sont mesurées par l'âge (introduit dans le modèle multivarié comme variable catégorielle avec trois groupes, 60-69 ans ; 70-79 ans et 80 ans et plus, le dernier groupe étant celui de référence, le sexe (avec catégorie de référence les femmes), l'état matrimonial (on n'a considéré que les mariés versus les non mariés), l'instruction (mesurée par les trois catégories : sans niveau, niveau primaire/école coranique et niveau secondaire et plus). La variable contextuelle est mesurée par le milieu de résidence de la personne âgée, le milieu rural étant celui de référence. Deux indicateurs mesurent les variables comportementales sont : l'activité (travail ou pas actuellement) et le fait de déclarer faire du sport. Pour la variable mode de vie familial, on distinguera entre les personnes âgées vivant seules et ceux vivant en famille. En dernier lieu, les conditions sanitaires, sont mesurées par le fait de posséder une assurance maladie ; si la personne âgée a fait une chute ; si elle souffre d'une maladie chronique ainsi que le nombre de journées passées dans une situation de maladie passagère.

Dans ce qui suit on va examiner des équations multi-variées dans le but d'étudier l'effet des prédicateurs (démographique, contextuelle, comportementale et conditions sanitaires) sur les limitations des ADLs, on partant de l'hypothèse que les plus âgées, les femmes, les ruraux, les personnes vivantes seules, les personnes ne disposant pas de bonnes conditions sanitaires ont plus de chance d'avoir une incapacité.

b- Résultats

Comme on pouvait s'y attendre, l'incapacité est fortement associée à l'âge et à l'état matrimonial. Spécifiquement, les groupes d'âge jeunes ont moins de chance de tomber dans l'incapacité ; c'est un des résultats les plus documentés. Les personnes non marié ont deux fois plus de chance de tomber dans l'incapacité ; résultat corroboré par d'autres études (Mor *et al.*, 1989 ; Picavet et Hoeymans, 2002). D'une manière générale, les études s'accordent sur le fait que le mariage protège ; les personnes mariées présentent des taux de morbidité et d'incapacité inférieurs. Une des explications est que l'état matrimonial influence l'état de santé à travers le support social dispensé par le partenaire. Par ailleurs, le fait de vivre en famille influe sur les limitations fonctionnelles. Les personnes vivant en famille ont moins de chance de tomber en incapacité que celles vivant seuls, quoique cet effet ne soit pas statistiquement fort (p -value < 0.10). Ce résultat suggère que la famille reste le principal fournisseur d'aide aux personnes âgées pour réaliser les activités de la vie quotidienne.

La famille fournit la majeure partie de l'aide dont les personnes ayant une incapacité ont besoin. Au Maroc l'abandon des personnes âgées par les familles est quasi inexistant et la famille a toujours constitué la plus importante source d'aide. Les données de l'enquête, confirment que les membres de la famille prodiguent plus de 90% d'aide pour les personnes âgées ayant besoin d'aide pour leurs activités quotidiennes et que ce rôle prend de l'importance à mesure que la gravité des incapacités augmente. Alors que les hommes aident principalement leurs conjointes, les femmes (conjointes, filles et belles-filles, etc.) constituent la majorité des aidants pour les personnes ayant une incapacité. Généralement, le type d'aide apportée est fortement lié au sexe de l'aidant : les femmes donnent plus de soins personnels, alors que les hommes accordent davantage d'assistance pour des tâches moins fréquentes et émotionnellement moins engageantes, telles le transport et la gestion financière du foyer (Lavoie, Lévesque et Jutras, 1995). Toutefois, le rythme rapide du vieillissement s'accompagnera sans nul doute de changements de grande ampleur du point de vue de la structure et du rôle des familles. L'urbanisation, la diminution de la taille des familles et l'entrée d'un plus grand

nombre de femmes sur le marché du travail, ces trois facteurs feront qu'il y aura beaucoup moins de personnes disponibles pour s'occuper des personnes âgées ayant besoin d'aide.

Le milieu de résidence est associé à l'incapacité. Les citadins ont plus de chance de tomber dans l'incapacité que leurs homologues ruraux. Ce résultat suggère que la complexité du mode de vie urbaine rend les personnes âgées plus vulnérables. En effet, monter les escaliers, traverser une route, n'est toujours pas facile pour une personne âgée avec une démarche lente ou une vue altérée. En revanche, la vie en milieu rural est moins complexe. C'est pourquoi les citadins ont 50% plus de chance de tomber en incapacité par rapport aux ruraux.

On note par ailleurs que le sexe et le niveau d'études n'ont aucune influence sur la probabilité de tomber dans l'incapacité. Ce résultat ne corroborent pas avec plusieurs études qui toutes montrent une association entre le sexe, le niveau d'étude et le niveau socioéconomique avec l'incapacité (Vita A.J., Terry R.B., Hubert H.B., Fries J.F., 1998). Ce qui suggère que les effets de ces variables sont médiatisés par les autres variables du modèle. Puisque un bas niveau socioéconomique est associée à des conditions de vie difficiles, une alimentation moins appropriée, des risques de blessures, un accès réduit aux services de santé et un degré moins élevé d'alphabétisation, ce qui est de nature à augmenter l'incapacité.

La variable comportementale a un effet significatif sur l'incapacité. Les personnes qui travaillent⁶ ou ceux qui exercent une activité physique à caractère sportif restent le moins susceptibles de signaler une incapacité indépendamment des autres facteurs. La sédentarité et la réduction d'activité physique sont des marqueurs de fragilité et augmentent le risque de survenue d'une incapacité. D'autre part, la faiblesse musculaire accroît le risque de chute et de fracture. L'exercice physique s'oppose à la perte physiologique liée au vieillissement de la force musculaire, des capacités aérobies, et stimule indirectement la cognition, permettant une meilleure préservation de ces fonctions chez le sujet âgé.

Concernant les conditions sanitaires, le fait d'avoir fait une chute augmente les chances d'avoir une incapacité. Bien que la cause des chutes soit le plus souvent multifactorielle, plusieurs études ont montré que l'instabilité en position debout et à la marche augmentent le risque de chute chez les sujets âgés. L'instabilité posturale est associée à la peur de tomber et à l'incapacité de répondre de manière adaptée au déséquilibre. Elle s'accompagne à plus long terme d'une réduction d'activité et de mobilité. La prévention des chutes passe par : la prévention de l'ostéoporose ; l'aménagement du domicile ; la correction des troubles visuels aussi bien que le port des protecteurs des hanches.

D'autre part le fait de ne pas souffrir de maladie chronique diminue les chances de tomber en incapacité de près de 40%. En revanche, le fait d'avoir passé quelque jour en maladie passagère augmente les chances d'avoir une incapacité. Une association entre les maladies chroniques et l'incapacité chez les personnes âgées a été trouvée entre autre, pour certaines maladies comme l'arthrose, le diabète, l'hypertension et les maladies cardiaques ou pulmonaires. Ces maladies limitent directement la possibilité de pratiquer une activité physique, et sont de ce fait des causes directes bien connue de l'incapacité. D'où le rôle de la prévention de certains facteurs de risque et des décompensations. En effet, si une ou plusieurs maladies peuvent survenir au cours de l'avancée en âge, certaines d'entre elles vont se développer à partir de facteurs de risque présents. Ces facteurs de risque communs peuvent être l'hypertension artérielle, la sédentarité, l'isolement, une alimentation mal équilibrée etc. En agissant sur ces derniers, il est parfaitement envisageable de corriger la trajectoire de vie de la personne concernée en terme d'incapacité. Lorsque la maladie ou l'incapacité s'installe,

⁶ D'autres études considèrent les personnes âgées les plus mobiles durant leur vie professionnelle.

la prévention se doit d'éviter les décompensations ou les complications qui peuvent survenir, souvent en cascade, dans un cercle vicieux. Par exemple, une chute, pourtant sans fracture, peut entraîner un repli sur soi, un état dépressif avec une limitation de l'autonomie, une alimentation irrégulière et insuffisante, etc.

Autre résultat important, le fait de disposer d'une assurance-maladie n'influe en rien les limitations fonctionnelles.

Tableau 3 : Régression logistique de l'incapacité des personnes âgées (N=3010)

Variables	Exp (β)	Signif.
Caractéristiques individuelles		
Groupe d'âge (réf. 80 ans et +)		
60-69 ans	0.291	***
70-79 ans	0.498	**
Sexe (réf. femme)	1.215	
Etat matrimonial (réf. marié)	2.133	**
Niveaux d'étude (réf. secondaire et +)		
Sans niveau	0.781	
Primaire ou école coranique	0.900	
Milieu de résidence (réf. rural)	1.515	*
Condition de vie		
Mode de vie familiale (réf. vit seul)	1.982	~
Variables comportementales		
Travail actuellement (réf. ne travail pas actuellement)	0.148	***
Fait du sport (réf. pas de sport)	0.238	**
Conditions sanitaires		
Posséder une assurance maladie (réf. ne dispose pas d'assurance)	0.611	
A fait une chute (réf. n'a pas fait de chute)	1.841	***
Maladie chronique (réf. au moins une maladie)	0.373	***
Nombre de journées suite à une maladie passagère	1.009	***
Khi-deux (ddl=14)	298.09	***

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Conclusion

Dans le contexte de l'allongement de l'espérance de vie, l'augmentation du nombre de personnes âgées et ceux très âgées peut être un facteur d'inquiétude puisque la longévité est souvent associée au déclin fonctionnel. Étudier l'incapacité chez les personnes âgées et ses facteurs est un sujet de grande importance si l'on veut prévoir les coûts sociaux et médicaux associés aux personnes âgées.

L'enquête sur les personnes âgées au Maroc en 2006 constitue une première source sur différents aspects des limitations fonctionnelles des personnes âgées. Cette étude tente d'évaluer le statut fonctionnel des personnes âgées à travers l'indicateur de *Katz* sur les activités de la vie quotidienne (ADLs). Les ADLs représentent un moyen approprié pour appréhender l'état de santé puisqu'elles évaluent la capacité de la personne âgée à réaliser des tâches habituelles et nécessaires dans son environnement social. Les résultats montrent qu'en 2006, environ 19,6% de la population marocaine âgée de 60 ans et plus, vivant en ménage, présente une incapacité fonctionnelle dont 12,7% avec une incapacité légère et 6,9% avec une incapacité lourde. Ce dernier groupe représente un effectif de 93 milles personnes, si on suppose que le taux d'incapacité lourde reste inchangé entre 2006 et 2030, l'effectif des personnes avec incapacité lourde atteindrait un effectif de près de 188 mille à l'horizon 2030. Ce qui devrait exercer une pression accrue sur les services de santé.

Dans le but de cerner les facteurs associés à cette incapacité, et qui sont de plusieurs ordres ; démographique ; contextuelle ; comportementale et conditions sanitaires, des analyses multi-variées ont été menées. Les résultats confortent les hypothèses, puisque le risque de tomber dans l'incapacité s'accroît quand la personne avance en âge, de sexe féminin, n'est pas actuellement mariée, vit seul, vit en milieu urbain, ne travaille pas actuellement, souffre d'une maladie chronique et ne dispose pas de bonnes conditions sanitaires.

L'incapacité pourrait être liée à deux phénomènes : d'une part une meilleure prévention primaire (notamment des facteurs de risque) amenant à une diminution de l'incidence des pathologies invalidantes et d'autre part une prise en charge médicamenteuse et sociale plus adaptée, une fois la maladie installée, conduisant à réduire leurs séquelles en terme d'incapacité. Ainsi, plusieurs recommandations pourraient être avancées afin d'accroître le bien être des personnes âgées à travers des mesures essentiels comme :

- L'amélioration de l'environnement physique. Un environnement physique adapté à l'âge est un facteur important d'autonomie et de dépendance pour certaines personnes âgées. Les personnes âgées pouvant sortir, rendre visite à des voisins et se promener dans la rue en toute sécurité entretiennent ainsi leur santé et sont moins susceptibles de souffrir d'isolement ou de dépression ;
- Agir sur certains facteurs comportementaux. En effet, une activité physique régulière, adaptée à l'âge, aux capacités physiques et aux désirs de la personne et un régime alimentaire sain sont bénéfiques pour la santé mentale et susceptibles de diminuer le risque de maladies chroniques et de retarder la perte de certaines fonctions ;
- L'amélioration de l'environnement social. Le maintien de relations sociales pour éviter l'isolement, le repli sur soi et la dépression. Aussi, la possibilité d'être formé et d'apprendre tout au long de la vie et une protection contre la violence et la maltraitance constituent des facteurs clés de l'environnement social qui améliorent la santé, l'autonomie à un âge avancé ;
- L'amélioration de la couverture médicale et sociale des personnes âgées (Systèmes de retraites, AMO, RAMED...). Les services de santé et sociaux doivent garantir un accès égal, notamment aux personnes âgées pauvres, et plus particulièrement, à ceux

qui vivent en zones rurales. De plus, les centres de soins de santé primaire doivent être accessibles et adaptés aux besoins des personnes âgées ;

- La mise en place des structures d'aide aux aidants pour la prise en charge des personnes âgées avec incapacité en milieu familiale. Et Mettre à la disposition des malades âgés avec une incapacité des aides techniques (cannes, déambulateurs...).

Annexe : Statistiques descriptives

Tableau : Statistiques descriptives (N=3010)

Variables	Fréquence (en %)	Moyenne
Souffre d'une limitation	19.6	
Ne souffre pas de limitation	80.4	
Caractéristiques individuelles		
Groupe d'âge		
60-69 ans	50.3	
70-79 ans	34.0	
80 ans et plus	15.7	
Sexe		
Hommes	47.8	
Femmes	52.2	
État matrimonial		
Marié	59.2	
Non marié	40.8	
Niveaux d'étude		
Sans niveau	81.8	
Primaire ou école coranique	12.1	
Secondaire et plus	6.1	
Milieu de résidence		
Urbain	52.4	
Rural	47.6	
Condition de vie		
Vit seul	6.8	
Ne vit pas seul	93.2	
Variables comportementales		
Travail actuellement	18.5	
Ne travail pas actuellement	81.5	
Fait du sport	55.0	
Ne fait du sport	45.0	
Condition sanitaire		
Posséder une assurance maladie	13.3	
Ne possède pas d'assurance maladie	86.7	
A fait une chute	14.0	
N'a pas fait de chute	86.0	
Souffre d'u moins une maladie		
chronique	59.3	
Ne souffre pas de maladie chronique	40.7	
Nombre de journées de maladies		43.5 jours
passagères		

Bibliographie

- Gillanders, W. R., Terry F. Buss, and C. Richard Hofstetter (1996). "Urban/Rural Elderly Health Status Differences: The Dichotomy Reexamined." *Journal of Aging and Social Policy* 8(4): 7-24.
- Harpham, T., H. Reed, M. Montgomery, D. Satterhwaite, C. Moser, and B. Cohen (2003). "Mortality and Morbidity: Is City Life Good for Your Health?" in Mark R.
- House, James S., R. C. Kessler, A. R. Herzog, A. M. Kinney, R. P. Mero, and M. F. Breslow (1990). "Age, Socioeconomic Status and Health." *The Milbank Quarterly* 68(3): 383-411.
- IDLER, E.L., et Y. BENYAMINI. 1997. « Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, 38 : 21-37.
- Kaplan, George A. (1992) "Health and Aging in the Alameda County Study." in K. W. Schaie, D. Blazer, and J. S. House (eds), *Aging, Health Behavior and Health Outcomes*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey, pp 69-88.
- KATZ S. Assessing self maintenance: activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living. *J. Am Geriatr soc* 1983 ; 31 721-7.
- Katz, S., A. B. Ford, R. W. Moskowitz, B. A. Jackson, and M. W. Jaffee (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: 914-19.
- LAVOIE, Jean-Pierre, Louise LÉVESQUE et Sylvie JUTRAS (1995). « Aidants familiaux », dans : *Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, volume 2, chapitre 3, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 45-80.
- Lawton, M. P., and E. Brody (1969). "Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living." *The Gerontologist* 9(3): 179-86.
- Manton, Kenneth G. (1989). "Epidemiological, Demographic and Social Correlates of Disability Among the Elderly." *Milbank Memorial Fund Quarterly* 67(Supplement 2, Part 1): 13-58.
- Mathers, Colin D. (2002). "Health Expectancies: An Overview and Critical Appraisal." In Christopher J. L. Murray, Joshua A. Salomon, Colin D. Mathers, and Alan D. Lopez (eds), *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement and Applications*. World Health Organization, Geneva, pp 177-204.
- Melzer, David, Grant Izmirlan, Suzanne G. Leveille, and Jack M. Guralnik (2001). "Educational Differences in the Prevalence of Mobility Disability in Old Age: The Dynamics of Incidence, Mortality, and Recovery." *Journal of Gerontology: Social Sciences* 56B(5): S294-S301.
- MOR, V., J. MURPHY, S. MATERSON-ALLEN, C. WILLEY, A. RAZMPOUR, M. E. JACKSON, D. GREER et S. KATZ. 1989. « Risk of functional decline among well elders », *Journal of Clinical Epidemiology*, 42 : 895-904.
- Kalache A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 1997, 4: 4-5 (juillet-août).
- Pol, Louis G., and Richard K. Thomas (1992). *The Demography of Health and Health Care*. Plenum Press, New York.
- Preston, Samuel H., and Paul Taubman (1994). "Socioeconomic Differences in Adult Mortality and Health Status." in Linda G. Martin and Samuel H. Preston (eds), *Demography of Aging*. National Academy Press, Washington.
- Picavet HS, Hoeymans N. 2002. Physical Disability in the Netherlands: Prevalence, Risk Groups and Time Trends. *Public Health* 116(4): 231-237.
- Rogers, Richard G., Andrei Rogers, and Alain Belanger (1992). "Disability-Free Life Among the Elderly in the United States: Sociodemographic Correlates of Functional Health." *Journal of Aging and Health* 4(1): 19-42.

- Strawbridge, William J., George A. Kaplan, Terry Camacho, and Richard D. Cohen (1992). "The Dynamics of Disability and Functional Change in an Elderly Cohort: Results from the Alameda County Study." *Journal of the American Geriatrics Society* 40(8):799-806.
- Ung, Loung (2000) *First They Killed My Father*. Harper Collins, New York, NY.
- Verbrugge, Lois M., and Alan M. Jette (1994). "The Disablement Process." *Social Science and Medicine* 38(1): 1-14.
- Verheij, Robert A. (1996) "Explaining Urban-Rural Variations in Health: A Review of Interactions Between Individual and Environment." *Social Science and Medicine* 42(6): 923-35.
- Verbrugge, Lois M., and Alan M. Jette. 1994. "The Disablement Process." *Social Science and Medicine*, 38:1-14.
- Vita AJ, Terry RB, Hubert HB, Fries JF. Aging, health risks and cumulative disability. *N Engl J Med* 1998; 338:1035-41.

État de santé et environnement sociodémographique d'un groupe de personnes marocaines âgées

Abdellatif BAALI, Abdelaziz LAHMAM, Hakima AMOR

Université Cadi Ayyad, Faculté des Sciences Semlalia

Laboratoire d'Écologie Humaine, Marrakech

Maroc

Abdelmounaim ABOUSSAD

Université Cadi Ayyad, Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech

Département de Santé publique

Maroc

Gilles BOESTCH, Nicole CHAPUIS-LUCCIANI

UMI 3189 « Environnement, Santé, Sociétés », CNRS, France

UCAD, Dakar, **Sénégal** ; Université de Bamako, **Mali** ; CNRST, **Burkina Faso**

I- Introduction

Le vieillissement en tant que phénomène biologique et démographique, constitue l'un des phénomènes post-transitionnel les plus marquants de l'histoire de l'humanité, non seulement par son ampleur et ses conséquences sur la société mais aussi par le caractère de son processus très hétérogène et multifactoriel (Grand et al, 1991). Le vieillissement d'une population ou de groupes particuliers correspond au vieillissement global ou différentiel traduisant la dynamique évolutive d'une société et le vieillissement biologique est le corollaire du déroulement de la vie de chaque individu (École Nationale d'Administration, 1999 /2001). La caractéristique de ce processus est qu'il est l'aboutissement de toute une vie, et de ce fait, il est chargé d'histoire et du vécu (Sniter, 2004). Le phénomène du vieillissement généralisé de l'espèce humaine comporte des différences marquées selon les grandes régions éco-géographiques, les revenus, l'accès aux soins et à l'éducation, les contraintes du milieu naturel et social, en particulier l'urbanisation et l'organisation de la famille.

A l'échelle mondiale, la proportion des personnes âgées de 60 ans et plus augmente plus rapidement que n'importe quelle autre tranche d'âge. Entre 1970 et 2025, le nombre des personnes âgées devrait augmenter d'environ 694 millions et le monde comptera environ 1,2 milliard d'habitants de plus de 60 ans. En 2050, ils seront plus de 2 milliards dont 80 % dans les pays en voie de développement (OMS, 2005 Mounabi). Au seuil du 21ème siècle, le vieillissement de la population est de plus en plus reconnu comme l'un des problèmes majeurs de la société. L'ONU a désigné 1999 année internationale de la personne âgée, afin de focaliser l'attention sur les besoins de cette population qui ne cesse de croître.

La réduction de la fécondité et de la mortalité donne un profil démographique singulier et entraîne par conséquent une espérance de vie très élevée. Ce phénomène est dû à

l'action de l'environnement techno-culturel et à une médicalisation importante de la société qui contrebalance le relâchement de la pression sélective et qui permet à la majorité des individus d'atteindre l'âge adulte puis la vieillesse. Cependant, l'augmentation généralisée de l'espérance de vie s'accompagne de dégradations de l'état physique au plan de la locomotion, de l'équilibre et de la force physique, de l'état sensoriel (en particulier en ce qui concerne la vision et l'audition), de l'état nutritionnel. De plus, les pathologies (maladies cardiovasculaires, diabète, troubles musculo-squelettiques, arthrite, maladie de Parkinson...) augmentent en nombre et en fréquence avec l'âge, et les personnes âgées doivent en faire face (Ferry *et al.*, 2008). De plus, le vieillissement s'accompagne de modifications souvent profondes du mode de vie et, sur un fond d'isolement progressif ou brutal, de difficultés matérielles, financières ou psychologiques qui entraînent une fréquence accrue d'états psychologique (dépression) et mental (maladie d'Alzheimer, démences) (ORS, 2008). Tous ces phénomènes peuvent rendre la vie quotidienne difficile et entraîner des handicaps rendant les personnes dépendantes. Le vieillissement représente donc un problème nouveau pour la santé publique tant au niveau national qu'international (Sniter, 2004).

Le Maroc est également concerné par ce phénomène. Les personnes âgées de 60 ans et plus représentent une proportion de plus en plus importante de la population totale. La projection des tendances démographiques, situe le Maroc parmi les pays où le phénomène de vieillissement de la population a commencé plus tard, mais qui semble devoir s'accélérer à un rythme significativement plus rapide dans les années à venir (CERED, 2006).

Le développement de la médicalisation, du contexte économique, culturel et les changements affectant la fécondité et la mortalité et par conséquent l'espérance de vie qui est passée de 53 ans en 1975 à 72,4 ans en 2007, sont à l'origine du vieillissement actuel de la population marocaine (Direction de la Statistique, 2008).

Si l'État marocain, au cours de ces dernières années, a réussi relativement à améliorer les conditions sanitaires et économiques de la population en général, il est cependant confronté à la vulnérabilité des personnes très âgées et aussi des personnes manifestant un vieillissement précoce du fait de leurs conditions socio-économiques et psychologiques précaires. Ces personnes peuvent présenter des dégradations de leur état de santé physique et psychologique.

Ainsi, les objectifs de notre étude est de décrire le contexte de vie des personnes âgées marocaines de la wilaya de Marrakech à partir de quelques paramètres sociodémographiques classiquement recueillis dans les enquêtes épidémiologiques et anthropologiques et de tenter de saisir à la fois le poids de chacune des variables sociodémographiques sur quelques indicateurs de santé physique et de santé psychologique des individus à savoir l'estime de soi, l'auto-évaluation. Et ainsi, identifier les facteurs qui pourraient induire à un vieillissement différentiel du groupe étudié.

II- Sujets et Méthode

1- Groupe étudié

En absence d'une définition appropriée aux personnes âgées, les organismes internationaux considèrent une personne âgée, toute personne ayant un âge supérieur ou égal à 60 ans et plus (OMS, 1995). En tenant compte de cette définition et afin de faire des comparaisons avec les données de l'enquête nationale sur les personnes âgées (CERED, 2006), nous avons inclus dans notre étude que les individus ayant déclaré avoir un âge supérieur ou égal à 60 ans.

Ainsi, le groupe des personnes âgées étudié compte au total 465 individus âgés de 60 ans et plus de la Wilaya de Marrakech, avec 245 hommes et 220 femmes, soit respectivement 52,7% et 47,3%. Selon le milieu de résidence, 258 individus du milieu rural, soit une fréquence de 55,5% et 207 citadins, soit 44,5%.

2- Méthodes

La collecte des données a été faite à domicile et dans les formations sanitaires de la province de Marrakech en 2007–2009. Les données collectées sont transversales et portent sur 245 hommes et sur 220 femmes et dont l'âge est compris entre 60 et 92 ans. Les caractéristiques sociodémographiques et quelques indicateurs de santé psychologique et physique ont été obtenus à travers un questionnaire adressé aux sujets enquêtés. Ces caractéristiques concernent l'âge, le genre, le lieu de résidence, le statut marital, le niveau d'étude, l'activité professionnelle, la structure familiale, l'estime de soi et l'évaluation de santé subjective.

L'estime de soi a été mesurée selon l'« Échelle toulousaine d'estime de soi pour personnes âgées » validée par Piquemal-Vieu (1999). Elle est constituée de 20 items. Dix de ces items sont formulés positivement, mettant en évidence la valorisation de soi, par exemple : « j'ai une bonne opinion de moi-même » ; les dix autres items sont formulés négativement renvoyant à la dévalorisation de soi, par exemple : « je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres ». Les réponses aux items positifs sont pondérées de 1 : « pas du tout » à 5 : « tout à fait ». À l'inverse, les réponses aux items négatifs sont pondérées de 1 : « tout à fait », à 5 : « pas du tout ». Ainsi, cette échelle aboutit à un score allant de 20 à 100. La cohérence interne de cette échelle par l'alpha de Cronbach, est très satisfaisante pour notre groupe étudié ($\alpha = 0,76$). L'auto-évaluation de la santé a été estimée à l'aide d'une question comportant deux modalités de réponse : « sentez-vous en bonne santé ou en mauvaise santé ? ».

3- Analyses statistiques

Le traitement statistique des données de ce travail a été réalisé à l'aide du programme SPSS/PC version 10 pour Windows. Les traitements réalisés concernent les statistiques descriptives (calcul des moyennes, écarts-types, pourcentages, tableau de fréquence...), les tests d'association entre variables (test de chi-deux) et de comparaison des moyennes (test de Student et ANOVA). Quant à l'analyse multivariée, nous avons adoptée la méthode de régression logistique binaire afin de tester l'association entre les variables dépendante et explicatives, tout en prenant en compte différents facteurs de confusion et aussi de mettre en évidence la part de chacune des variables explicatives retenues dans l'équation.

III- Résultats et discussion

1- Caractéristiques sociodémographiques du groupe étudié

Dans l'ensemble, l'âge moyen des personnes enquêtées est de 71,5 ans (écart type = 9,4 ans). La répartition par classes d'âge montre une diminution de la représentativité des individus avec l'âge (tableau 1). Le vieillissement par le sommet se traduit, avec le temps, par une augmentation de la part des personnes âgées de 60 ans et plus (CERED, 2006); diminution attribuée à la modification de la structure par âge avec l'avancée de l'âge, et à une

mortalité différentielle et sélective. Selon le lieu de résidence, le groupe étudié comporte 55,5% de personnes âgées d'origine rurale, 44,5% de citadins.

Le statut marital est une situation démographique qui pourrait affecter l'état de santé physique et surtout l'état psycho-social de l'individu dans la mesure où l'union conjugale pourrait atténuer l'isolement affectif et social de l'individu. Ainsi, 65,8% des personnes de notre échantillon sont mariées au moment de l'enquête dont 86,5% des hommes et seulement 42,7% des femmes. La fréquence des mariées enregistrée parmi les personnes enquêtées est similaire à celle trouvée lors de l'étude sur les personnes âgées marocaines en 2004 et qui est de 64,5% (CERED, 2005). Le reste comporte 1,3% de sujets célibataires, 2,1% divorcés et enfin 30,8% de veufs, avec 11,0% d'hommes et 30,8% de femmes.

Quant au niveau d'étude, la remarque générale est le notable faible taux concernant ce paramètre des personnes âgées marocaines. Parmi le groupe étudié, la grande majorité, soit 87,3% des personnes enquêtés sont analphabètes (tableau 1). Le taux d'analphabétisme enregistré au sein du groupe étudié est relativement proche de celui trouvé dans l'enquête sur les personnes marocaines âgées et qui est 83,3% (CERED, 2006). En effet, la première moitié du siècle dernier (au alentour des années 1920-1940), période de relative aux dates de naissances des sujets étudiés, l'accès à l'éducation était un privilège dont ne jouissait qu'une minorité (CERED, 1995). Ces proportions élevées d'analphabètes démontrent l'énorme retard qu'a connu le Maroc durant cette période au cours de laquelle ces personnes âgées étaient en âge de scolarisation.

L'activité professionnelle est un élément essentiel dans la vie de tout individu, car toute activité stable, rémunérée convenablement aura certainement un effet positif sur ses conditions de vie en lui permettant de subvenir à ses besoins quotidiens, d'assurer une alimentation suffisante et équilibrée, des conditions d'habitat adéquates, une meilleure accessibilité aux soins sanitaires et une vie sociale satisfaisante. En effet, l'activité en général qu'elle soit professionnelle ou non, elle est associée aussi bien à la santé tant physique que mentale (Chen, 1999; 2000). Par ailleurs, le passage de la vie active à la retraite ou à la préretraite pourrait être associé à une dégradation de l'état psychologique et physique de la personne, surtout dans un pays comme le Maroc où la prise en charge institutionnelle des retraites est généralement réservée aux fonctionnaires ou à certains salariés, alors qu'une part considérable des personnes âgées marocaines est prise en charge par la famille. Sur les 465 individus enquêtés, nous avons dénombré 30,1% personnes qui ont déclaré exercer une activité lucrative au moment de l'enquête, 27,1% en retraite et 42,8% sans profession. Les personnes déclarées sans profession sont toutes des femmes. Parmi les personnes qui exercent encore une activité au moment de l'enquête et en retraite, 41,0% exercent ou ont exercé dans le domaine de l'agriculture, 11,6% dans l'artisanat et le commerce, 28,9% en tant qu'ouvriers, employés et 18,4% dans le secteur tertiaire.

L'environnement familial aura également sans doute des répercussions positives sur le mode de vie, l'état de santé et la qualité de vie des personnes âgées. La co-résidence contribuera à la solidarité familiale intra et intergénérationnelle, avec un apport de soins et de bienveillance des enfants à l'égard des leurs parents au cours de toutes les phases de leur existence et surtout dans la vieillesse. La famille est donc l'institution sociale privilégiée destinée à répondre aux nécessités des personnes âgées. Pour notre échantillon, la majorité des personnes vit en famille, soit 96,6% contre seulement 3,4% qui vivent en solitude résidentielle (tableau 2) dont 3 hommes (0,6%) et 13 femmes (2,8%). Ces fréquences sont relativement proches à celles enregistrées lors de l'enquête nationale sur les personnes âgées marocaines et qui sont respectivement de 95% et 5% (CERED, 2006). Parmi ceux qui vivent en famille, nous avons dénombré 26 (5,6%) personnes qui vivent en couple, 152 (32,7%) en famille nucléaire complète (couple et enfants), 11,8% (n=55) en famille nucléaire

monoparentale, 40% (n=200) en famille multiple avec trois générations dont 23,9% couple avec enfants et petits enfants et 19,1% personne âgée seule avec enfants et petits enfants et enfin 3,4% des famille où la personne âgée réside chez la famille de son frère ou de sa sœur. Ces résultats laissent apparaître la prédominance au sein de la société marocaine du mode de vie en famille; ce qui permet d'assurer aux personnes âgées un environnement de solidarité, d'affection et de confort. En effet, les membres de la famille et plus particulièrement les enfants constitueront pour le parent âgé une main d'œuvre gratuite, un apport supplémentaire, voire total, de moyens financiers permettant d'assurer ses besoins quotidiens, surtout pour la personne âgée en retraite ne bénéficiant d'aucune couverture sociale et médicale, cas de la majorité des personnes âgées marocaines. De plus, le conjoint et/ou les enfants apporteront à son partenaire et leur parent du soutien psychoaffectif et physique, en cas de personne âgée dépendante.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées étudiées

Variabes	Modalités	effectif	%
Classes d'âge	60-69 ans	225	48,4
	70-79 ans	146	31,4
	80 ans et plus	94	20,2
Genre	Hommes	245	52,7
	Femmes	220	47,3
Lieu de résidence	Urbain	207	44,5
	Rural	258	55,5
Statut marital	Mariés	306	65,8
	Célibataires + séparés	159	34,2
Alphabétisation	Analphabètes	406	87,3
	Alphabètes	59	12,7
Activité professionnelle	En activité	140	30,1
	Sans profession	199	42,8
	Retraités	126	27,1
Structure familiale	Famille nucléaire	233	50,1
	Famille multiple	200	43,0
	Autres*	32	6,9

* : personne âgée vit seule ou avec la famille d'un apparenté (frère ou sœur)

2- Indicateurs de santé

2-1- Estime de soi

Dans l'usage commun, l'estime de soi signifie avoir une opinion favorable de soi-même. Cette image sociale de valeur sur les caractéristiques biologiques de la personne âgée pourrait influencer sur son état de santé. Elle pourrait être considérée comme un indicateur de la santé psychologique de l'individu ; inversement corrélée à l'anxiété (Tarlow et Haaga, 1996), à la dépression (Gjerde *et al.*, 1988) et très liée au bien-être (Baumeister *et al.*, 2003). En effet, les capacités physiques et psychologiques pourraient être affectées par la perception sociale du vieillissement. Aussi, il a démontré que la perception négative du vieillissement a de nombreuses conséquences sur la santé physique (Hausdorff *et al.*, 1999 ; Levy, 2000 ; Levy *et al.*, 2000) et la longévité (Levy and Martin, 2002). Elle est également connue pour être affectée par l'image sociétale négative, notamment les stéréotypes liés à l'âge en ce qui concerne les personnes âgées (Macia *et al.*, 2007).

Sur les 447 personnes âgées enquêtées ayant répondu à l'Échelle toulousaine d'estime de soi pour personnes âgées, le score calculé varie de 40 à 98 avec une moyenne de 65,3 ($\sigma=11,3$; médiane = 65).

Les valeurs moyennes d'estime de soi obtenues par âge sont respectivement de 70,2 ($\sigma=11,0$) pour la classe d'âge 60-69 ans, 63,5 ($\sigma=9,8$) pour la classe d'âge 70-79 ans et 58,9 ($\sigma=8,9$) pour les personnes âgées de 80 ans et plus, avec une différence nettement significative ($F=42,9$, $p<0.001$). En effet, l'estime de soi diminue avec l'avancée en âge, en raison probablement de la dépendance des individus et de la dégradation de leur état physique et sanitaire avec ce paramètre (Collins et Smyer 2005; Macia *et al.*, 2008, Macia *et al.*, 2009; Najih, 2008). Une étude longitudinale a montré également que l'estime de soi diminue significativement entre 70 et 80 ans (Trzesniewski *et al.*, 2004). Mais ces travaux indiquent que les causes de cette diminution restent hypothétiques, puisque ces recherches n'incluent le plus comme facteurs de confusion que le genre et la classe sociale (Macia *et al.*, 2004 et 2008).

Quant à la structure familiale, ce sont les personnes vivant seul ou dans la famille d'un membre apparenté qui enregistrent le score moyen le plus faible ($58,3 \pm 11,8$), suivies par les personnes vivant dans des familles multiples ($61,8 \pm 9,6$) et enfin celles appartenant aux familles nucléaires ($69,5 \pm 11,2$) ($F=34,7$; $p<0,001$). Le départ des enfants dans la vieillesse, la perte du conjoint, l'isolement social, les problèmes de santé, l'effet de la densité familiale et la dominance des opinions des jeunes, sur la valeur sociale de la personne âgée pourraient probablement affecter l'estime de soi des familles multiples ou autres.

Selon le genre, les hommes ont eu un score moyen plus élevé que les femmes, soit respectivement 68,3 ($\sigma=11,8$) et 62,3 ($\sigma=10,0$) ($t=5,8$; $p<0,01$); résultat qui s'accorde avec celui observé par Macia *et al.*, (2008) où les hommes français marseillais ont en moyenne une plus forte estime de soi que les femmes.

Selon l'activité socioprofessionnelle, ce sont les personnes ayant déclaré encore actives au moment de l'enquête qui ont enregistré la valeur moyenne d'estime de soi la plus importante ($70,1 \pm 11,0$), suivies par les retraités ($67,2 \pm 12,1$) et enfin les sans profession ($61,2 \pm 9,5$) avec une différence entre les valeurs moyennes statistiquement significative ($F=29,4$; $p<0,001$). Cette association entre ces deux variables a été confirmée par l'étude de Blair (1999) qui a remarqué que la réalisation des activités de la vie quotidienne est associée au maintien de l'estime de soi, alors que la survenue d'incapacités physiques est associée à une importante baisse d'estime de soi.

La différence dans l'estime de soi s'observe également entre les ruraux et les citadins : ce sont les citadins qui ont un score moyen plus important que leurs homologues ruraux, soit respectivement 68,2 ($\sigma=11,7$) et 62,9 ($\sigma=10,4$) ; ($t= 5,1$; $p<0.001$). En effet, le milieu rural est caractérisé par un taux élevé d'analphabétisme (97,7% vs 74,4% des citadins), une fréquence élevée de familles nombreuses (52,3% vs 31,4 en milieu urbain), des conditions socio-économiques et sanitaires précaires (habitat et travail précaires, états de soins et de médicalisation insatisfaisantes...)

Les personnes alphabètes s'estiment plus que les analphabètes, soit respectivement un score moyen de 74,7 ($\sigma=10,8$) et 64,0 ($\sigma=10,7$) ($t= 7,0$; $p<0,01$). En effet, le niveau d'instruction d'un groupe ou d'une population est une donnée de base pour la compréhension de sa façon de vivre et pourrait constituer un facteur déterminant de son statut socio-économique et culturel.

La comparaison des valeurs moyennes du score d'estime de soi entre les mariés au moment de l'enquête, les célibataires et les séparés (veufs ou divorcés) est statistiquement très significative ($t=7,6$; $p<0.001$), soit respectivement 68,2 ($\sigma=11,1$) et 60,1 ($\sigma=9,8$). De plus, ce sont les célibataires et les divorcés qui enregistrent les scores les plus faibles, suivis par les veufs.

Notons qu'excepté le genre et le lieu de résidence, les autres variables sociodémographiques semblent bien liés avec l'âge. Ainsi, l'analyse simultanée de la relation entre l'estime de soi (score inférieur à la médiane) et les différentes variables explicatives d'ordre sociodémographique retenues dans l'équation de la régression logistique binaire, montre, excepté le statut marital, que toutes les autres variables sont associées positivement avec l'estime de soi et par ordre d'importance on trouve l'âge, la structure familiale, le genre, l'activité professionnelle, le lieu de résidence et l'alphabétisation (tableau 2). Ces résultats confirment ceux observés auparavant en comparant les valeurs moyennes de l'estime de soi et les variables sociodémographiques.

Tableau 2 : Variables sociodémographiques et score d'estime de soi inférieur à la médiane (< 65)

Variables	β	χ^2	p	Odds ratios	IC pour OR (95%)
Classes d'âge	0,89	29,12	0,00	2,44	1,76 - 3,37
Genre	1,04	15,59	0,00	2,82	1,69 - 4,73
Lieu de residence	0,65	6,73	0,01	1,91	1,17 - 3,12
Statut marital	0,22	0,67	0,41	1,25	0,73 - 2,13
Alphabétisation	1,04	5,57	0,02	2,84	1,19 - 6,77
Activité professionnelle	0,61	14,31	0,00	1,85	1,34 - 2,54
Structure familiale	0,83	17,06	0,00	2,29	1,55 - 3,40
Constante	-8,95	68,15	0,00	0,00	

β : Constante, χ^2 : Wald, Odds ratio (OR): rapport de cote, IC : intervalle de confiance de l'Odds ratios

2-2- État de santé subjective

L'auto-évaluation de la santé est un indicateur de l'état de santé global d'une personne. Il peut refléter certains aspects de la santé qui ne sont pas saisis dans d'autres mesures tels que le premier stade et la gravité d'une maladie, certains aspects positifs de l'état de santé, les ressources physiologiques et psychologiques, ainsi que le fonctionnement social et mental (Statistique Canada, Indicateurs de la santé, 2004). Elle constitue donc un bon indicateur de la santé générale des individus aussi bien de la santé physique que de la santé mentale (Deeg et Bath, 2003). La santé perçue étant fortement corrélée à la mortalité (Benyamini et Idler, 1999), à la morbidité (Ferraro *et al.*, 1997), aux capacités fonctionnelles (Idler et Kasl, 1995), ainsi qu'à la dépression (Han, 2002).

L'autoévaluation de la santé ou l'état de santé perçue est donc un important indicateur prévisionnel de mortalité, de morbidité chez les personnes âgées (Mossey et Shapiro, 1982). Donc, la compréhension des différences dans la façon dont les personnes âgées perçoivent leur état de santé est très importante. Ainsi, dans cette enquête, nous avons demandé aux personnes enquêtées d'évaluer leur état de santé au moment de l'enquête suivant sur une échelle de deux points : en bonne santé ou en mauvaise santé.

Sur les 463 répondants à cette question, 207 individus, soit 44,5% ont déclaré qu'ils se sentent en bonne santé et 55,3% en mauvaise santé. Ces valeurs enregistrées sont loin de l'étude réalisée en 2002 à El Jadida où seulement 21,9% des personnes âgées se perçoivent en mauvaise santé (El Kouchi, 2002).

L'analyse bivariée entre cet indicateur et les variables sociodémographiques retenues montre une association statistique très notable. Cependant, selon l'analyse multivariée, modèle de régression binaire, seules par ordre d'importance les variables lieu de résidence, âge, activité socioprofessionnelle et alphabétisation qui semblent associées positivement à l'évaluation subjective de la santé.

Le lieu de résidence dans cette analyse apparaît parmi les premiers éléments de différenciation de l'état de santé des personnes âgées (tableau 3). 64,5% des personnes âgées du milieu rural se perçoivent en mauvaise santé contre 44,0% de leurs homologues citadins (χ^2 à 1ddl = 19,4 ; $p < 0.001$). La qualité de vie en ville est bien meilleure que dans la campagne avec un apport d'une certaine aisance matérielle et sanitaire (eau courante, installations sanitaires, hygiène, médias, accessibilité aux soins, couverture médicale...). L'appartenance au milieu constitue un facteur de premier ordre de différenciation socio-économique et sanitaire entre les ruraux et les citadins en général et les personnes âgées en particulier et par conséquent du vieillissement différentiel entre les personnes âgées. Également, l'âge influe cette perception de l'état de santé des individus ; plus l'âge augmente et plus la perception en mauvaise santé augmente : 71,3% des individus âgés de plus de 80 ans s'estiment en mauvaise santé contre 64,8% et 42,4% respectivement pour les classes d'âge 70-79 ans et 60-69 ans (χ^2 à 2ddl = 30,1 ; $p < 0.001$). En effet, le vieillissement biologique se caractérise habituellement par un ensemble de modifications d'ordre morphologiques, physiologiques et biochimiques qui surviennent dans l'organisme avec l'avance en âge, et qui diminuent aussi la résistance de l'organisme aux pressions de l'environnement (Cassou et La ville, 1996). Ainsi, les personnes âgées présentent des affections plus particulières à leur âge et souffrent davantage de complications de maladies (Marie, 2006). On relève aussi une relation positive entre l'activité socioprofessionnelle et l'auto-évaluation de la santé : 60,1% des actifs ont déclaré au moment de l'enquête en bonne santé contre respectivement 47,6% et 32,2% des retraités et des sans profession (χ^2 à 2ddl = 26,4 ; $p < 0.001$). Il est bien évident que l'activité que soit professionnelle ou générale aura un

effet relativement bénéfique sur la santé des personnes âgées. Selon le modèle de régression binaire, l'alphabétisation paraît également fortement associée à cet indicateur de santé, puisque 76,3% des alphabètes s'évaluent en bonne santé contre seulement 40,1% des analphabètes (χ^2 à 1ddl = 27,5; $p < 0.001$).

Tableau 3 : Variables sociodémographiques et mauvais état de santé subjectif.

Variables	β	χ^2	p	Odds ratios	IC pour OR (95%)	
Classes d'âge	0,49	10,61	0,00	1,63	1,21	2,18
Genre	0,38	2,63	0,10	1,47	0,92	2,33
Lieu de residence	0,84	13,70	0,00	2,32	1,49	3,63
Statut marital	0,38	2,17	0,14	1,47	0,88	2,45
Alphabétisation	0,93	6,45	0,01	2,54	1,24	5,23
Activité professionnelle	0,42	8,64	0,00	1,52	1,15	2,02
Structure familiale	0,31	2,87	0,09	1,36	0,95	1,94
Constante	-6,05	48,61	0,00	0,00		

β : Constante, χ^2 : Wald, Odds ratio (OR): rapport de cote, IC : intervalle de confiance de l'Odds ratios

IV- Conclusion

A travers l'étude de quelques indicateurs de l'état de santé d'un groupe de 465 marocains âgés de 60 ans et plus, en association avec quelques caractéristiques socio-démographiques, il paraît que l'âge est le facteur le plus associé à l'état de santé physique et psychologique. L'avancée dans l'âge s'accompagne généralement de dégradations de l'état physique, de l'état sensoriel, de l'état nutritionnel, la fréquence des maladies chroniques augmentent, ce qui corrobore que l'âge induit en premier au vieillissement différentiel dans ce groupe étudié. En outre, des disparités émergent entre les hommes et les femmes et plus particulièrement entre milieu urbain et rural qui ne pourront que contribuer à la génération aussi d'un vieillissement différentiel des personnes âgées. En outre, contrairement à d'autres groupes vulnérables de la population marocaine, les personnes âgées ne bénéficient pas encore de programmes d'État visant à lutter contre les inégalités en particulier pour celles à niveau économique faible et dépendantes. La part des personnes âgées dans la société demeure l'un des grands enjeux démographiques, même en tenant compte des progrès en matière d'espérance de vie en bonne santé (Spidla, 2006). Donc, la santé de cette nouvelle génération dépend en partie de la qualité et de la disponibilité des services de soins qui lui sont prodigués, de ses revenus, de ses conditions de vie, et de l'état de sa santé pendant les années de jeunesse. Le vieillissement représentera dans un avenir très proche aussi un problème nouveau et majeur pour la santé publique marocaine.

V- Références bibliographiques

- Benyamini Y., Idler E., 1999. Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional studies, 1995-1998, *Research on Aging*, 21, 292-401.
- Blair C.E. (1999). Effect of self-care ADLs on self-esteem of intact nursing home residents, *Issues in Mental Health Nursing* 20: 559-570.
- Cassou B. et Laville, 1996. Vieillesse et travail: cadre général de l'enquête ESTEV. Extrait de: "Age, travail, santé; Etudes sur les salariés âgés de 37 à 52 ans". Eds Derriennic, F., Touranchet, A. et Volkoff, S.
- CERED 1995. Caractéristiques socio-démographiques de la population âgée (milieu urbain), Haut Commissariat au Plan, Rabat, Royaume du Maroc.
- CERED 2006. Personnes âgées au Maroc: Situation et perspectives, Haut Commissariat au Plan, Rabat, Royaume du Maroc.
- Chen J. et Millar W.J., 1999. Les conséquences de l'activité physiques sur la santé. Rapport sur la santé, 11(1): 21-31.
- Chen J. et Millar W.J., 2000. Les générations récentes sont telles en meilleure santé ? Rapport sur la santé, 11(4) :9-26.
- Collins A.L. et Smyer M.A., 2005. The resilience of self-esteem in late adulthood, *Journal of Aging and Health* 17, 4: 471-489.
- Deeg D., Bath P., 2003. Self-rated health, gender, and mortality in older persons: introduction to a special section, *The Gerontologist*, 43, 3, 369-371.
- Direction de la Statistique, 2008. Les indicateurs sociaux du Maroc en 2008. Haut-commissariat au Plan, Royaume du Maroc.
- Ecole Nationale d'Administration, 1999 /2001. La recherche sur le vieillissement et ses enjeux : état des lieux et perspectives, France, 1999/2001, pp 6-7.
- Boumaalif E., 2002. Etude du vieillissement biologique normal et de ses composantes socio-économiques et culturelles. DESA Sciences Anthro-po-génétique et Biodémographie, Université Chouaib Doukkali, Faculté des Sciences, El Jadida.
- Ferraro K.F., Farmer M.M., Wybraniec J.A., 1997. Health trajectories: longterm dynamics among black and white adults, *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 38-54.
- Ferry M., Mischis C., Sidobre B., Lambertin A. et Barberger-Gateau P., 2008. Bilan sur la situation alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées vivant seules à domicile. Etude SOLINUT. ORS : observatoire régional de la santé.
- Gjerde F., Block J., Block JH., 1988. Depressive symptoms and personality during late adolescence: gender differences in the externalization-internalization of symptom expression, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 475-486.
- Grand A., Grand-filaire A. et Pous J., 1991. Couples, vieillissement et gestion des incapacités. *Cahiers Socio. Démo. Méd.* XXXIème année (1): 15-44.
- Han B., 2002. Depressive symptoms and self-rated health in communitydwelling older adults: a longitudinal study, *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 1549-1556.
- Hausdorff J., Levy B., Wei J., 1999. The power of ageism on physical function of older persons: reversibility of age-related gait changes, *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 1346-1349.
- Idler E., Kasl S., 1995. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S344-S353.
- Levy B., 2000. Handwriting as a reflexion of aging self-stereotypes, *Journal of Geriatric Psychiatry*, 33, 81-94.
- Levy B., Hausdorff J., Hencke R., Wei J., 2000. Reducing cardiovascular stress with positive self-stereotypes of aging, *Journal of Gerontology, Psychological Sciences*, 55B, P205-P213.

- Levy R and Martin D., 2002. : Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging
Becca R. Levy and. Slade *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, Vol. 83, No. 2, 261–270).
- Macia E., Boëtsch G. et Chapuis-Lucciani N., 2004. Etude anthropologique du vieillissement dans une population âgée française (Marseille): relations entre l'âge, l'Indice de Masse Corporelle, l'acuité visuelle et des facteurs socio-psychologiques. *Colloques du Groupement des Anthropologues de Langue Française (GALF)*. *Antropo*, 7, 113-122.
- Macia E., Chapuis-Lucciani N. et Boëtsch G. 2007. Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, n° 3, septembre 2007.
- Macia E., Boëtsch, G. et Chapuis-Lucciani, N., 2008. Relations entre l'estime de soi et l'état de santé «objectif» des aînés. *Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris*, n.s., 20, 3-4 : 189-204.
- Macia E., Lahmam A, Baali A., Boëtsch G. et Chapuis-Lucciani N., 2009. Perception of Age Stereotypes and Self-Perception of Aging: A Comparison of French and Moroccan Populations. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. DOI 10.1007/s10823-009-9103-0.
- Van Bastelaer M.C., 2006. Les accidents domestiques chez les personnes âgées. *Educa-Santé*
- Mossey J.M. et Shapiro E., 1982. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*, 72: 800-808.
- Najih A., 2008. Etat de santé des sujets âgés enquête à Marrakech. Thèse de doctorat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Caddi Ayyad, Marrakech, Maroc.
- OMS 2005. Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action, Document EB115.R7, OMS, Janvier 2005.
- ORS (Organisation Régionale de la Santé), 2008. Evaluation de l'état nutritionnel des personnes âgées de 70 ans et plus domiciliées dans le canton de Saint Romain-de-Colbosc.
- Piquemal-Vieu L., 1999. Vieillir chez soi ou en maison de retraite. Thèse de psychologie, Université de Toulouse le Mirail, pp.427.
- Sniter K., 2004. La réponse du système de soins aux besoins des personnes âgées -Cas de la Ville de Fès- mémoire INAS.
- Spidla V. 2006. Vieillissement démographique : le défi à relever. « Friends of Europe » Conference on Demographic challenge Jobs, Pensions and Social Policies. Bibliothèque Solvay - Bruxelles, le 23 novembre 2006 (SPEECH).
- Statistique Canada 2005. Auto-évaluation de l'état de santé au Bas-Saint-Laurent : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada, Indicateurs de la santé, vol. 2004, no 1.
- Tarlow E., Haaga D., 1996. Negative self-concept: specificity to depressive symptoms and relation to positive and negative affectivity, *Journal of Research in Personality*, 30, 322-342.
- Trincas J., et Puijalon B. 2000. *Le droit de vieillir*. Fayard, Paris, France.
- Trzesniewski K.H., Robins R.W., Roberts B.W. et Capi A., 2004. Personality and self-esteem development across the lifespan, in P.T. Costa, I.C. Siegler (eds), *Recent advances in psychology and aging*, Elsevier Science, Amsterdam, 163-185.
- SPSS for Windows, Rel. 10.0.05. 1999, Chicago: SPSS Inc.

Le recours aux soins des personnes âgées atteintes de maladies chroniques

L'aide à l'information comme forme de soutien social

Fatima Zohra BENAOU

Université d'Oran, Laboratoire de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS)
Algérie

Résumé

La maladie chronique est caractérisée par une quête de soins longue et complexe. Dans le « processus de recherche de soins » (Chrisman N.J., 1977), le patient âgé se réfère, souvent, aux différentes ressources sociales, pouvant lui fournir l'information qu'il faut sur la qualité des offres thérapeutiques existantes.

L'aide à l'information est appréhendée comme une forme prégnante du soutien social (émotionnel et relationnel) assuré, plus particulièrement, par le réseau familial et l'entourage proche (amis et voisins) de la personne âgée. En effet, le soutien à l'information peut être l'un des plus importants facteurs d'intégration et de sociabilité du patient âgé. En lui procurant le sentiment d'appartenance à un groupe ou un réseau donné. Il peut le protéger de l'isolement et l'exclusion qui peuvent accompagner la vieillesse. Cette forme de soutien permet aux patients âgés de continuer de vivre socialement. Tenter d'analyser de l'intérieure le réseau d'information du patient âgée nous permettra de mettre en évidence la prégnance des ressources informationnelles dans le processus d'insertion et de socialisation des personnes âgées.

Mots clés

Personnes âgées, maladie chronique, ressources informationnelles, soutien relationnel, famille, recours aux soins

Introduction

« L'information prend signification et valeur d'incitation à l'action en raison de l'insertion dans un réseau de relations sociales » (Adam Ph., Herzlich C., 1994).

En effet les premières orientations thérapeutiques du patient âgé dépendent de l'information qu'il a sur les offres disponibles.

L'élaboration d'une décision profane à propos du recours aux soins, exige la disposition du patient âgé d'un maximum d'informations lui permettant de faire son choix, tout en comparant entre les caractéristiques des différents services thérapeutiques disponibles.

Tenter d'analyser de l'intérieure le réseau d'information du patient âgée nous permettra de mettre en évidence la prégnance des ressources informationnelles dans le processus thérapeutique du patient âgé. Il nous semble important d'insister su la façon dont

l'information est transmise au patient âgé. La production de l'information concernant la qualité des services thérapeutiques nous paraît primordiale pour comprendre le recours thérapeutique du patient âgé dans la maladie chronique.

Ce travail s'inscrit dans la perspective interactionniste de « Strauss A. ». Dans cette perspective le patient est envisagé comme " *un agent réflexif*" (Giddens A., 1987), " *créatif et actif et non pas comme un objet passif soumis à des forces sociales sur lesquelles il n'aura pas de contrôle* " il est " *un acteur incontournable du travail médical* ", (Strauss A., 1992).

En effet, nous avons pu constater, dans nos observations, l'implication active de la personne âgée et de son entourage dans la gestion de la maladie chronique (le processus de recherche de soins, le choix du médecin, etc.).

Le présent article fait parti d'un travail de recherche effectué dans le cadre d'un magistère en sociologie de la santé, intitulé : « La construction de la réputation du médecin chez les personnes âgées atteintes d'une maladie chronique en Algérie ».

Dans le but de répondre aux mieux à notre questionnement, nous avons privilégié l'approche qualitative, des entretiens approfondis¹ (Mebtoul M., 1994) répétés et l'observation fine des espaces investis. Les observations nous ont permis de collecter des données concernant les comportements relativement " spontanés " et " naturels ".

Nous nous intéressons, plus particulièrement, aux personnes âgées entre 62 et 84 ans (9 femmes et 9 hommes). Issues de milieux sociaux et culturels diversifiés et atteintes de maladies chroniques (hémiplégie, cardiopathie). En faisant porter notre étude sur les personnes âgées nous avons tenté de montrer la pertinence « d'une approche dynamique de la vie sociale des personnes âgées et de la signification dont ces dernières l'investissent » (Corin E. Al, 1983).

Nous précisons aussi, que notre intérêt pour la catégorie des personnes âgées est lié, à l'accroissement important² (Tahar A.O., 2006) de cette population, noté récemment en Algérie.

Notre travail d'enquête a débuté par une exploration du terrain qui a duré 06 mois. Elle s'est réalisée dans deux structures de soins, (le service de rééducation fonctionnelle au Centre Hospitalo-universitaire d'Oran et un cabinet privé de cardiologie). Nous nous contentions, au début, d'observer l'interaction entre patient âgé et médecin. Tout en menant des discussions avec les patients âgés pour obtenir le plus grands nombre possible d'éléments, dans le but d'élaborer notre guide d'entretien. Parallèlement, nous menions des observations directes dans les salles d'attentes. Ces structures semblent être l'un des espaces sociaux les plus importants pour l'élaboration d'un échange d'informations et de conseils, entre les patients âgés, concernant un praticien donné. Ces deux espaces différents nous ont permis d'établir le contact avec plusieurs patients âgés.

¹ Les entretiens approfondis nous permettant d'accéder à la compréhension des « compétences cognitives des acteurs » (Mebtoul M., 1994), et d'approfondir leurs pensées concernant les différentes questions en relation avec la santé et plus précisément sur la qualité des offres thérapeutiques disponibles.

² Une étude conduite par la direction de la population au ministère de la santé a révélé, lors de la journée mondiale de la population célébrée le 11 juillet 2006, qu'au cours des 25 prochaines années, le nombre de personnes ayant atteint l'âge de la retraite (60 ans) sera multiplié par 3, passant à 4 millions et celui de personnes âgées de plus de 80 ans passera à 600.000. Feddad Nacéra, la directrice de la population révèle que : " la population Algérienne amorce une tendance vers le modèle universel marqué par le vieillissement de la structure d'âge. Ainsi, la population âgée s'est accrue au cours de la période 1987-1998 à un rythme quatre fois plus rapide que celui des moins de 20ans ". Tahar A.O. « L'Algérie vieillit : plus de vieux, moins de jeunes », La voix de L'Oranie mercredi 12 juillet 2006.
http://actualite.elannabi.com/article.php?id_article=1379.

Le travail de terrain s'est poursuivi dans les espaces domestiques des enquêtés. La parole, dans cet espace, redevient "libre". Il nous a permis d'observer les comportements des acteurs dans leur "spontanéité" (relative). Au total, 18 entretiens semi directifs, approfondis et répétés, d'une durée moyenne de deux heures, ont été enregistrés (enregistrement sonore). Ce dernier nous donne l'avantage d'avoir le discours des enquêtés dans leur intégralité, il nous permet de nous centrer plus sur l'observation, puisqu'on a l'esprit « libre », l'inconvénient dans cette méthode est le temps impressionnant qu'a pris la transcription des enregistrements. Ces derniers sont ensuite retranscrits et puis traduits pour être en fin analysés.

Au cours de cette présentation nous évoquerons, en premier lieu, la prégnance des réseaux de discussion dans la production des informations concernant la qualité d'un service thérapeutique donné. Il nous semble primordial de souligner l'importance de ces réseaux dans le soutien relationnel de la personne âgée, représenté plus particulièrement par l'aide à l'information. En deuxième lieu, nous allons appréhender l'aide à l'information comme une forme d'inégalité sanitaire de première importance. Dans la restriction de l'espace relationnel du patient âgé, ce dernier est contraint de faire face à l'incertitude et à l'errance.

Ressources informationnelles : réseaux d'information

L'information sur les diverses offres thérapeutiques existantes, est un facteur permettant de réduire l'incertitude du patient âgé concernant un praticien donné. « Elle est produite essentiellement à travers des réseaux informels » (Lardé P., 2000), et dans des situations relationnelles variées (dans des discussions quotidiennes ou occasionnelles).

Le patient âgé cherche l'information qui l'aide à choisir son prestataire dans des relations de discussions diversifiées. Les discussions menées entre le patient et son entourage, montrent bien l'importance de celles-ci dans la transmission des informations concernant tel ou tel médecin. Au cours d'une visite à domicile d'Elhadj Saïd (l'un des enquêtés), nous rencontrons ses deux sœurs (venues pour présenter leurs condoléances à sa femme, qui venait de perdre sa mère), sa belle-fille (Nacera) et sa femme (Dhrifa) ; elles échangeaient des conseils, des noms de médecins « bien » et des noms des plantes médicinales « efficaces ». Elles nous invitent à prendre un café avec elles. Nous en profitons pour assister à cette discussion. La sœur de Saïd reprend la discussion que nous avons interrompue en arrivant :

« ...Moi, personnellement je ne fais pas trop confiance aux médecins. C'est rare où tu peux trouver un médecin qui fait son travail bien. J'utilise plus les plantes (les plantes médicinales), elles sont toujours efficaces et... »
Dhrifa l'interrompt pour dire (Dhrifa est diabétique) :

« Ah.....Excuse moi, mais moi je ne fais plus confiance à ces plantes (ضعروني)³, Elhadj n'arrêtait pas de me prévenir qu'elles pouvaient être dangereuses pour la santé, mais je ne l'ai pas écouté. Et effectivement, un jour, une voisine m'a conseillé de mâcher une plante (elle prononce son nom) avant de dormir. Et ben je l'ai fait et j'ai failli mourir. J'ai passé deux jours à l'hôpital. Je ne les prends plus. On ne sait même pas d'où ils les amènent..... »

La sœur de Saïd : *«... Mais non, ça dépend quelle plante tu as pris. Il faut les acheter chez quelqu'un qui s'y connaît, et ça dépend de la dose aussi. Si..... [Elle nous regarde en souriant] Si tu en prends un kilo c'est normal*

³ C'est une expression qui exprime la méfiance.

que ça te tue ... Non bien sûr, il faut être très prudent avec ces plantes. Dieu a bien créé la maladie mais il a créé son remède... ». Dhriha : « ...En tous cas, moi je n'y touche plus et j'évite de trop « mélanger » les traitements. En tous cas, depuis que je suis au dispensaire, je vais mieux. Ah ils sont très sympa là-bas ! Il y a un médecin, une femme, elle travaille avec son mari. Ils sont sympas, surtout la Dame. Elle est très gentille. Elle respecte les malades, surtout les vieux comme nous ... ». La deuxième sœur d'Elhadj Saïd intervient pour demander à Dhriha de lui indiquer ce dispensaire. Elle le fait et continue son discours en disant : « ...Ah là-bas ! Ils te font même un dossier. Ils suivent le malade très bien... ».

Ferrand A montre bien que « les réseaux de discussions assurent la circulation d'informations sur l'offre de soins » (Ferrand A., 2000). Elles sont produites essentiellement et en premier lieu dans le réseau de relations du patient âgé.

Elles sont produites essentiellement et en premier lieu dans le réseau de relations du patient âgé. Ce dernier est défini par Becker comme : « ce certain nombre de personnes qui vous Connaissent suffisamment pour remettre entre vos mains le sort d'une partie de leur projet. L'élément primordial de ce réseau, est la confiance » (Becker H.S., 1988).

C'est aux près des personnes les plus proches que le patient âgé va chercher l'information. Dans sa quête d'information, le patient âgé se réfère, en premier lieu, à son réseau de parenté⁴ (Déchaux J.H., 2007). La famille comme un « groupe organisateur de la thérapie », (Janzen John M., 1995), est une ressource informationnelle centrale. Les enfants ainsi que le conjoint semblent jouer un rôle important dans la transmission d'informations sur les différentes offres thérapeutiques disponibles et la qualité des prestations médicales. Ils se mobilisent autour de leurs proches âgés pour fournir l'information qu'il faut dans le but de trouver le « bon » médecin.

Elhadja Khadra a essayé plusieurs médecins avant de trouver celui qui lui « convient » grâce à sa fille et son gendre.

Elhadja Khadra est veuve depuis 5 ans. Elle est âgée de 76 ans. Elle souffre d'une hypertension et une insuffisance cardiaque depuis 8 ans. Elle venait d'être opérée de l'œil droit pour cataracte. Khadra a 3 filles. Elles sont mariées. L'aînée vit avec elle. Elle a 2 enfants. Nous l'avons rencontré dans le cabinet d'un cardiologue (le Dr x). Elle a accepté de nous accueillir chez elle, dans son appartement situé au quartier de Ras Elaine (un quartier populaire). Son beau-fils et sa fille lui ont indiqué le Dr x, quand elle leur rendait visite à Messerguine (une Daïra dans la wilaya d'Oran).

« ...J'ai eu un malaise chez ma fille qui habite à Messerguine. Son mari a appelé son frère, c'est un médecin généraliste. Il m'a examiné et m'a conseillé de voir un cardiologue. Je lui ai dit que je n'en connais aucun qui est vraiment « bien ». Alors il m'a indiqué le Dr x. Mon beau fils m'a affirmé qu'il est bien. Son père est suivi par lui et il va bien jusqu'à maintenant. Ma fille aussi m'a assuré qu'il est très compétent. Elle m'a dit que la belle mère de sa voisine se traite chez lui et elle va mieux. Alors je suis allée le voir dès que je suis rentrée. La vérité, je me sens mille fois mieux depuis que je me traite chez lui. Il est très bien... Cela fait 4ans que je consulte... ».

⁴ La parentèle ou réseau de parenté est définie comme : « l'ensemble des personnes avec lesquelles l'individu est apparenté (consanguins, alliés, beaux parents par composition), constitue un réseau de différentes familles élémentaires (conjugales ou autres) (Déchaux JH, 2007).

L'aide à l'information se présente comme la forme la plus importante du soutien relationnel. Ce dernier étant défini comme : ces ressources sociales mobilisables tel que : relations, connaissances et informations (Déchaux J.H., 2007), dans le « monde de la maladie chronique » (Baszenger I., 1986). Ces ressources deviennent indispensables pour le patient âgé. Elles l'aident à mieux gérer sa maladie.

Ressources informationnelles et soutien social

La maladie chronique est un événement extrêmement troublant. En s'inscrivant dans un schéma ouvert, elle met le patient face à des situations d'angoisse et d'incertitude qu'il faut essayer de gérer. Le patient âgé s'appuie souvent sur le tissu sociale qui l'entoure- s'il existe- pour gérer ces situations.

La présence des proches et les différents services procurées (informationnels, affectifs, matériels, etc.), sont perçues comme indispensables pour le patient âgé. Ils peuvent alléger -en quelque sorte- l'impact bouleversant de la maladie.

Elhadja Rekaya est une femme au foyer. Elle est âgée de 84ans. Elle a 7 filles et un garçon. Ce dernier est enseignant. Pour être prêt de son lieu de travail, il vient de déménager de chez sa mère lui laissant son fils de 19 ans pour veiller sur elle, ainsi que sa petite fille qu'elle a élevé depuis son enfance et qui, elle aussi, prend soin de sa grand-mère. Rekaya est veuve depuis un an. Elle est hypertendue depuis plus de 20 ans et elle souffre d'une insuffisance rénale. Le sentiment d'être entourée de ses proches (famille et amies) lui fait du bien. Cela l'aide à surmonter les problèmes de sa maladie :

« ...Moi elhamdou Allah, je suis bien entourée. Mes enfants sont toujours à mes cotés, que dieu me les garde. Surtout mon fils. " Elhbabe " (les amies) ne sortent presque jamais de chez moi. Grâce à eux je m'ennuie jamais. C'est eux qui m'ont soutenu pour surmonter les problèmes causés par ma maladie. A chaque fois quand ils entendent parler d'un " bon médecin " quelque part ou bien d'un truc qui pourrait m'aider dans ma maladie, ils viennent me le dire. Sans leur présence je ne croie pas que j'aurais pu réussir à vivre avec ma maladie jusqu'à maintenant... ».

Le soutien social (émotionnel et relationnel) suppose l'insertion des personnes dans des différents réseaux (Adam Ph., Herzlich C., 1994). Il peut être l'un des plus importants facteurs d'intégration et de sociabilité du patient âgé. En lui procurant le sentiment d'appartenance à un groupe ou un réseau qui l'appuie, il peut le protéger de l'isolement et l'exclusion qui peuvent accompagner la vieillesse. Les différentes formes⁵ caractérisant le soutien social permettent aux patients âgés de continuer de vivre socialement.

Dans la diversité des situations des patients âgés, la taille et l'étendue des réseaux de soutien et d'information peuvent varier. « Les réseaux des femmes sont beaucoup plus étendus que ceux des hommes » (Leseman F., Nahmias D., 1993).

Nos observations menées dans les deux structures de soins (publiques et privées), permettent de noter que l'échange instauré entre les femmes est beaucoup plus intense que celui instauré entre les hommes.

⁵ Ces différentes formes reposent essentiellement sur les relations d'échange, échange matériel, émotionnel ou informationnel. Celles si peuvent permettre au patient âgé de continuer à participer dans la vie sociale.

Dans sa quête aux soins le patient âgé s'appuie souvent sur un réseau de soutien constitué en majorité par des femmes. L'intensité des relations entre les femmes et les échanges entretenus entre elles, dans les différents espaces sociaux, leur permettent d'obtenir des informations à propos des diverses offres médicales disponibles.

Elhadj Tayeb nous confirme, dans un entretien mené à son domicile (un appartement de trois pièces), qu'il s'appuie, le plus souvent, sur sa femme et ses filles (il a 6 filles) pour obtenir des informations sur un praticien donné. Il est âgé de 77 ans. Il souffre d'une hypertension depuis 10 ans et des problèmes cardiaques et neuro-vasculaires.

«.....Les informations, c'est une affaire de femmes. Ah oui ! Elles cherchent toujours à savoir tout. Ou elles vont elles posent plein de questions. Elles sont au courant de tout ce qui se passe autour de nous. Nous les hommes, nous sommes tranquilles... nous ne cherchons pas à trop savoir... (Un sourire)...mais vous les femmes vous êtes au courant de tout et ça nous arrange tu sais. On ne se fatigue pas à chercher et à fouiner puisque vous le faites à notre place ! Ah moi ça m'a beaucoup aidé d'avoir des femmes (sa femme et ses filles) à mes cotés dans ma maladie. Elles connaissent pleins de gens qui peuvent les informer à propos d'un nouveau médecin par exemple, etc. ».

En s'investissant dans l'interaction, la femme tente d'acquérir un savoir-faire plus important dans le domaine des soins lui permettant d'évaluer et de sélectionner les praticiens conseillés par d'autres femmes (Mebtoul M., 2005). Ce savoir profane « permet aux femmes de restituer les informations sur l'état du malade, au mari ou aux autres membres de la famille dans le but de provoquer la décision de recours aux soins » (Mebtoul M., 2008).

Elhadja Yamina est âgée de 68ans. Elle est l'épouse d'Elhadj Elhachemi. Il est âgé de 84 ans. Il est retraité de l'entreprise de verrerie d'Oran. Il est hypertendu depuis 7 ans et hémiparétique depuis 2 ans, à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Sa femme n'hésite pas à s'investir dans les « discussions avec les femmes » pour se procurer des conseils et des informations concernant la maladie de son mari. En assistant à un entretien effectué avec son mari, elle confirme :

« ...Depuis que mon mari est tombé malade je cherche à m'informer sur tout ce qui concerne sa maladie. Je cherche surtout dans les discussions menées avec les femmes (الجمايح تاع النساء) à l'hôpital, au bain, etc. J'ai beaucoup d'amies aussi qui m'informent sur les médecins et tous...Il faut que je sois au courant de tout, bien sûr. C'est moi qui passe la journée entière avec lui, la journée entière hein ! Nuit et jour, parce qu'il ne dort pas la nuit. Ses enfants travaillent. Je dois savoir tout pour pouvoir agir. Quant je vois qu'il ne va pas bien j'appelle ses enfants pour le ramener chez le médecin..... ».

Les échanges d'informations et de conseils entre les femmes, semblent s'inscrire comme une dimension importante du travail de soins, souvent invisible et non reconnue, et accompli dans sa majorité par les femmes.

Les travaux de (Cresson G., 1995) et de (Mebtoul M., 2001), sur le travail de santé des femmes, montrent bien l'investissement actif des femmes dans l'activité sanitaire quand il s'agit de la maladie de l'un de leur proches parents. Il apparaît bien que l'échange instauré entre les femmes leur permet de s'impliquer activement dans « le processus de recherche de soins » du patient âgé.

La présence du soutien social semble aussi avoir un effet positif sur l'état de santé des patients âgés. L'étude d'Alameda County⁶ (Berkman L.F, Sym L.S, 1979), confirme cette idée. Menée en Californie, elle a concerné des personnes atteintes de maladies cardiovasculaires. Cette étude a pu montrer qu'à condition physique identique, les personnes qui bénéficiaient de soutiens sociaux avaient deux fois moins de risques de mourir au cours des années qui suivaient un accident cardiaque (Adam Ph., Herzlich C., 1994). En effet l'analyse des discours des patients montre bien que la présence du soutien exerce un impact sur les différents aspects de leur état de santé «... Grâce à ma famille je me sens mieux... », «... Leur présence apaise mes douleurs... », «... Grace aux aides de mes amis je me porte mieux... ». Ce sont là des propos récurrents des patients âgés.

Elhadj Elhbibe est un ancien cadre dans la douane maritime. Il est âgé de 73 ans. Il est marié. Il a 6 enfants (4 filles et 2 garçons). Dans un entretien effectué à son domicile (une villa au quartier des Palmiers), il nous affirme que malgré une hypertension qui dure depuis 12 ans et de sérieux problèmes cardiaques (il a eu un infarctus depuis 8 ans), il a « réussi - quand même - à s'en sortir jusqu'à maintenant ». Il se porte bien grâce à l'aide apportée par ses « nombreux » amis:

« Ça fait énormément plaisir quand tu sais qu'il y a quelqu'un qui s'intéresse à tes problèmes de santé et essaye de t'aider à les résoudre, bien sur... » Il lève la tête en me regardant et avec un sourire il me dit : « ...Tu sens que tu es toujours là (تحس بلي مازال راك كايين) que tu as toujours de l'importance [...] En plus de ma famille, j'ai mes amis. J'ais plein d'amis partout. Dans ma profession de douanier je me suis fait beaucoup d'amis partout, à l'hôpital, à la wilaya... Ils me rendent toujours services... Je conte toujours sur eux pour m'aider. Chacun m'aide à sa façon. Celui qui me rend souvent visite, un autre qui me ramène un nom de médecin ou bien d'une plante qui fait du bien Il y a celui qui me facilite l'entrée à l'hôpital (l'hospitalisation)..... Sans leurs aides je pense que je ne serais pas là à vous parler aujourd'hui..... Ma famille aussi ne m'a pas lâché depuis que je suis tombé malade. Je me sens toujours mieux quand je les voie à mes cotés..... ».

Les degrés d'implication des proches dans les réseaux de soutiens et de consultants, varient selon la situation de chaque patient. L'implication est définie par l'intensité du lien et la densité des interactions entretenues avec les différents membres du réseau. Elle repose souvent, sur une relation d'échanges⁷. On ne peut pas parler d'un « ordre de mobilisation » de l'entourage familial dans le recours aux soins (Weber F.)⁸. Cette mobilisation est définie par le degré de disponibilité de la personne appartenant à l'entourage social du patient âgé.

Mais le réseau familial n'est pas toujours très actif, pouvant apporter un soutien plus régulier et à long terme que les amis et les voisins (Leseman F., Nahmias D., 1993). Les amis et les voisins peuvent être « les personnes ressources » les plus disponibles. Les propos d'Elhadja Fatiha confirment cette idée. Elle est veuve et ancienne femme de ménage. Elle est

⁶ Cette étude a mesuré la fréquence de cinq sources de soutien : le mariage, la famille, les amis, la pratique d'une religion et l'appartenance à d'autres groupes. (Berkman L.F, Sym L.S, 1979).

⁷ Cette idée sera abordée avec plus de détail dans le deuxième chapitre.

⁸ Selon Florence Weber, il y a un ordre de mobilisation dans Le recours aux soins Chez les personnes âgées qui se présente comme suite : le conjoint, puis les enfants, puis d'autres descendants (petits-enfants, neveux et nièces). <http://www.sante.gouv.fr/drees/seminaire/qad/seance4/fweber.ppt>

âgée de 70ans. Elle souffre d'une hypertension depuis 12 ans et une Hémiplegie depuis 5 ans à la suite d'un Accident Vasculaire Cérébral :

«...J'ai mon fils qui habite avec moi mais il travail toute la journée. Il est mécanicien. J'ai des hhabati (des amies) qui m'informent à propos de ces choses (des offres médicales disponibles), je ne connaissais rien au début, ce sont elles qui m'ont orienté. Elles sont très serviables et je peux compter sure elles à n'importe quel moment. Il suffi que je les appels et elles sont là. Elles sont formidables que Dieu les garde..... ».

Il nous semble important de souligner que l'aide à l'information et le soutien n'est pas toujours l'attribut du réseau familial. En effet l'existence de ce dernier ne peut signifier forcément la disponibilité et le soutien de ses membres envers leur parents (proches) malades. Le soutien à l'information peut représenter une forme prégnante d'inégalité sociale, quant la personne âgée est amenée à confronter sa maladie dans la solitude est l'isolement.

L'aide à l'information comme forme d'inégalité sociale

Face à l'hétérogénéité des situations des patients âgés, l'absence du soutien social (l'aide à l'information) peut constituer une caractéristique prégnante dans la gestion de la maladie chronique du patient âgé. Ce dernier est souvent contraint de gérer sa maladie dans la solitude. L'aide à l'information peut devenir un facteur d'inégalité sociale important. L'illustration d'Elhadj Saïd confirme cette idée. Il est moudjahid et ancien employé à la préfecture. Âgé de 82 ans, hypertendu depuis 20 ans, Il est marié et vit avec son fils, professeur au lycée. Il nous décrit bien les situations d'incertitude, face à l'absence du soutien de son entourage proche et plus particulièrement de ses enfants :

«C'est très dur quand tu te trouves tout seul face à ta maladie...Ça te rend malade encore plus ...Quand je suis tombé malade, au début, je n'avais personne à mes côtés. Sauf cette « khlika »⁹, mais la pauvre elle est aussi malade que moi...Je n'avais personne qui pouvait m'orienter, me conseiller ou m'informer...Tu vas à l'hôpital ils ne te disent rien tu as le droit à une consultation et c'est tout. Je ne connaissais rien de ma maladie. C'est normal que je ne connaissais pas les médecins. J'ai beaucoup souffert pour trouver un médecin... ».

L'absence du soutien informationnel va constituer une contrainte importante mettant le patient âgé face à des situations d'errance thérapeutique. L'accessibilité à l'information représente un facteur important d'inégalité sociale de santé. Quand l'information sur la nature et la qualité des prestations est produite essentiellement au sein de réseaux informels, les patients détenteurs du capital social, sont les mieux à même d'accéder à l'information pertinente pour choisir leur prestataire. (Pauly M., Satterthwaite M.A., 1981).

Le processus de soutien semble s'inscrire dans une logique du « don et de la dette » (Bloch F., Buisson M., 1994).

On rend souvent ce que l'on a reçu. Les parents ayant beaucoup donné avant de recevoir, ils sont en attente « légitime » et « continue » de l'aide et du soutien de la part de leurs enfants (Godbout J.T., 2000).

⁹ C'est un terme qui désigne une femme dépourvue de tout pouvoir d'agir.

L'absence et la non disponibilité des proches, plus particulièrement des enfants, est très mal vécue par le patient âgé. Elhadj Djelloul est commerçant. Il est âgé de 67 ans. Il est marié. Il souffre d'une hypertension et une insuffisance cardiaque depuis 9 ans. Il a une hémiparésie depuis 2004. Il vit très difficilement « l'ingratitude » de ses enfants :

« Quand je pense au mal que je me suis donné pour élever mes enfants... [Un soupir suivi d'un moment de silence]... Eh oui ! Et maintenant je me retrouve seul ! Vraiment seul ! Malade et seul... Je leur ai donné toute ma vie, et qu'est ce que je reçois en échange ? Rien ! Absolument rien ! Des visites d'un mois à l'autre. Je les ai élevés pour les trouver à mes côtés dans cet âge, mais... Ils sont trop occupés !... ».

La vieillesse est généralement caractérisée, non seulement par la restriction de l'espace relationnel de la personne âgée et par la perte des relations et des liens passés, mais aussi par l'addition et l'édification de nouveaux liens (Ripon A., 1992). Pour faire face à la solitude et l'isolement, le patient âgé va tenter de développer de nouveaux réseaux actifs d'amis. Il va aménager ses « relations sociales à travers une série de stratégies de sociabilité » (Lesmann F., Nahmiash D., 1993).

Elhadj Mohamed est âgé de 83 ans. C'est un ancien chauffeur de taxi. Il est marié. Il souffre d'une hypertension et il a eu un infarctus depuis 9 ans. Il a 3 filles mariées. Il a sa propre façon pour « continuer de vivre socialement » :

« ... Pour ne pas rester seul toute la journée, je mets une chaise devant la porte de la maison. Et je m'assoie dessus. Il y a toujours quelqu'un qui vient discuter avec moi et me met au courant des choses. Mais si je reste à la maison je suis sûr qu'il n'y a personne qui va frapper à la porte pour me rendre visite... ».

Les stratégies de sociabilité se diversifient. « Elles sont définies par les capacités de chacun à nouer de nouveaux liens avec autrui en profitant des occasions qui s'offrent » (Ripon A., 1992).

Elhadja Fatima est ancienne femme de ménage. Elle est âgée de 70 ans. Elle est veuve et réside avec son fils aîné exerçant le métier de mécanicien. Hémiparétique depuis 5 ans suite à un Accident Vasculaire Cérébral, elle souffre aussi d'une hypertension depuis 12 ans.

Elle « se débrouille seule ». Elle exploite les opportunités de rencontre pour se faire des amis et pour obtenir des informations pouvant l'aider dans sa maladie. En dépit de son hémiparésie, elle est très active :

« ... Moi J'ai toujours su comment parler aux gens. Je suis « kafza » (débrouillarde). Mes enfants sont occupés et je n'aime pas rester seule ! Alors je sors beaucoup. Je cherche à connaître les gens, les nouveautés. Ma maladie le demande bien. Je profite des occasions de rencontre avec d'autres femmes au bain, à la mosquée ... etc.... C'est comme ça que je me suis fait beaucoup d'amies... ».

Les rencontres occasionnelles dans certains lieux (mosquée, bain, cafétéria, etc.) permettent la reconstruction du réseau relationnel du patient âgé. Pour Elhadj Tayeb, la mosquée représente l'espace idéal pour tisser des liens avec des personnes. Il est ancien moudjahid. Il est âgé de 77 ans. Il exerçait le métier d'agent de laboratoire à l'université :

« ...Tu sais ! Les gens n'aiment pas trop se casser la tête avec les vieux. Les personnes comme nous ! (Un sourire et il reprend)... Alors moi je profite de chaque occasion ... Tu sais bien, les rencontres et tout.....Par exemple je tiens toujours à faire la prière à la mosquée, quand je me sens bien. Dans ce lieu, c'est moi qui engage la discussion pour avoir des connaissances... ».

Les rencontres familiales sont perçues comme des espaces de sociabilité de première importance pour le patient âgé, lui offrant le sentiment de continuer de vivre socialement. Elhadj Mohamed tient toujours à ne pas rater ces occasions :

« ...Je ne rate jamais les occasions familiales si je me sens bien, bien sûr. C'est là où tu peux rencontrer des gens et discuter avec eux. Ça me fait un grand plaisir quand quelqu'un m'invite. Ça prouve que j'existe toujours pour eux. Et que j'ai toujours de la valeur pour eux... ».

La vieillesse ne peut être appréhendée au singulier. L'hétérogénéité des situations des personnes âgées montre bien qu'il n'existe pas « une vieillesse mais des vieillesse » (Coudin G., 2005). On ne peut l'envisager dans cette seule image négative¹⁰, produit de la société. La personne âgée peut être aussi productrice d'interprétations, de logiques et de stratégies pouvant l'aider à faire face à sa maladie.

Conclusion

Cette analyse montre bien l'importance de l'information dans l'orientation du choix du patient âgé concernant une offre thérapeutique donnée. Elle est produite, en premier lieu, dans des réseaux de discussions. Les ressources informationnelles se diversifient selon la situation de chaque patient. Elles sont, souvent le produit du réseau relationnel (la famille et les amis). La disponibilité de ces ressources se présente comme la forme la plus importante du soutien relationnel. Elles deviennent l'un des plus importants facteurs d'intégration et de sociabilité du patient âgé, en lui procurant le sentiment d'appartenance à un groupe ou un réseau qui l'appuie.

Dans les réseaux d'information, le niveau d'implication des proches se définit par l'intensité du lien et la densité des interactions entretenues avec ses différents membres. L'aide à l'information est envisagée comme une forme prégnante du travail médical effectuée par le patient et son entourage. Elle montre bien l'implication dynamique du patient et de son entourage dans la gestion de sa maladie. Le soutien à l'information peut représenter une forme prégnante d'inégalité sociale, quant la personne âgée est amenée à confronter sa maladie dans la solitude est l'isolement. L'addition et l'édification de nouveaux liens deviennent, ainsi, de première nécessité pour y faire face. L'aménagement de l'espace relationnel apparaît comme une forme pertinente des stratégies de sociabilité développées par le patient âgé. Celles ci nous conduisent à appréhender le patient âgé comme acteur principale dans la gestion de sa maladie chronique.

¹⁰ La vieillesse est souvent appréhendée, comme un processus de déclin irréversible des capacités de la personne, conduisant à la perte d'autonomie. Or elle est « l'ensemble de cheminements possibles, déterminés par une multiplicité de facteurs et offrant la possibilité [...] d'une préservation de l'autonomie » (Pin S., 2005).

Références

- Adam P, Herzlich C. 1994, *Sociologie de la maladie et de la Médecine*, Paris, édit, Nathan.
- Giddens A. 1987, *La constitution de la société*, Paris, édit, P.U.F.
- Strauss A. 1992, *La trame de la négociation, sociologie et interactionnisme, textes présentés par Baszanger*, Paris, édit, L'Harmattan.
- Mebtoul M. 1994, *Une anthropologie de la proximité les professionnels de la santé en Algérie*, Paris, édit. L'Harmattan .
- Corin E Al. 1983, *Le fonctionnement des systèmes de support naturel des personnes âgées*, vol 1, Québec, Laboratoire de gérontologie sociale, Université Laval (miméo).
- Tahar AO. 2006, « L'Algérie vieillit : plus de vieux, moins de jeunes », *La voix de L'Oranie* mercredi 12 juillet.
- Lardé P. 2000, « Les choix de « l'utilisateur -client » dans le marché des services médicaux », in : Cresson G, Schweyer, (éds), *les usagers du système de soins, Recherches, Santé sociale*, édit, ENSP. P295-312.
- Ferrand A. 2003, « Visions profanes des réseaux de soins : comment les patients perçoivent les relations entre leurs soignants » : in Cresson G, Drulhe M, Schweyer F-X, (eds), *Coopération, conflits et concurrences dans le système de santé*, édit, Ecole Nationale de la Santé Publique(ENSP). P 221-236.
- Becker HS, 1982 ; *Les Mondes de l'art*, Flammarion Ire édition.
http://www.cereq.fr/cereq/Colloques/journees/33_Pilmis.pdf
- Déchaux JH. 2007, *Sociologie de la famille*, Paris, édit, la Découverte « Repères ».
- Janzen John M, avec la collaboration du Dr Arkinstall W. 1995, *La quête de la thérapie au bas-zair*, Paris, édit, Karthala.
- Baszanger I. 1986, « Les maladies chroniques et leur ordre négocié », *Revue Française de Sociologie*. Vol 27, N° 1, jan- mar.
- Lesmann F, Nahmiash D. 1993, « Logiques hospitalières et pratiques familiales de soins (Québec) », in : Lesmann F, Martin C, (eds), *Les personnes âgées, dépendance, soins et solidarités familiales ; comparaisons internationales*, Paris, édit, la Documentation Française. P162-169
- Mebtoul M. 2005, *Médecins et patients en Algérie*, Oran, édit, Dar El Gharb.
- Mebtoul M, « Fonctionnement familial et décision de recours aux soins », Congrès international de Psychiatrie : *Psychiatrie, addictions, psychotropes 14-15 mai 2008, Oran*.
- Cresson G. 1995, *Le travail domestique de santé*, Paris, édit L'Harmattan.
- Mebtoul M. 2001, « Santé et société en Algérie : le travail de santé des femmes », in : Aiach P, Cébe D, Cresson G, Philippe C, (éds), *Femmes et Hommes dans le champ de la santé, aspects sociologiques*, Rennes, édit, ENSP.P281-302.
- Berkman L F, Sym L S. 1979, « Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Years Follow-Up Study of Alameda County Residents », *American Journal of Epidemiology*, N° 109. P186-204.
- Weber F. « Le recours aux soins et l'aide et la mobilisation de l'entourage familial : approche sociologique », Ecole normale supérieure Paris.
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seminaire/qad/seance4/fweber.ppt>
- Pauly M, Satterthwaite MA.1981, « The pricing of primary care physician services: a test of role of consumer information », *Bell Journal of Economics*, vol 12. P 408-506.
- Bloch F, Buisson M. 1994, « La circulation du don entre générations, ou comment reçoit-on? », *Communication*. N° 59. P 55-71.

- Godbout JT. 2000, *Le don, la dette et l'identité*, Montréal et Paris, édit, Boréal et La Découverte.
- Ripon A. 1992, *Eléments de gérontologie sociale*, Toulouse, édit, Privat.
- Coudin G. 2005, « La vieillesse n'est pas une maladie », *Sciences Humaines, la santé des maux et des hommes* N° 48, mars –avril- mai. P 20-22.

Conditions de vie et santé des personnes âgées en Algérie

Karima BOUAZIZ

Université A. Mira - Bejaia, Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Algérie

Résumé

Les personnes âgées représente une frange démographiquement négligeable en Algérie mais socialement significative. Il s'agit d'explorer un domaine de recherche peu exploitée ; les conditions de la vieillesse dans une société où le problème du vieillissement n'a pas encore pris une ampleur inquiétante.

L'étude consiste en une analyse secondaire des données transversales de l'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF) réalisée en 2002 .Les analyses portent sur une population non institutionnalisée de 3958 personnes âgées de 60 ans et plus afin de scruter leur configuration sociale et économique, d'évaluer leur état de santé et ses déterminants, et identifier les inégalités existantes devant la vieillesse.

Mots-clés : personnes âgées, vieillissement, conditions de vie, état de santé, Algérie.

Introduction :

Les personnes âgées représente une frange démographiquement négligeable en Algérie mais socialement significative. Le vieillissement de la génération du baby boom des années 70 et 80 et la hausse de l'espérance de vie à 60 ans auront pour effet d'accélérer considérablement la croissance du nombre de personnes âgées algérienne au cours des trois prochaines décennies. Considérant cela, il est intéressant de prévoir l'influence potentielle que provoquera ce fameux changement de structure de la population sur notre société, le vieillissement soulève plusieurs problèmes tant au plan individuel que social. Il est donc essentiel que l'on s'interroge dès maintenant sur les conditions de vie et besoins futurs de cette population.

Toutefois, les recherches dans ce domaine et les efforts de collecte et d'analyse de données sont restés très limités, issues généralement des recensements et de quelques enquêtes effectuées auprès des ménages. Nous nous proposons, dans cet article, d'analyser la situation des personnes âgées au sein des familles algériennes, il s'agit d'étudier l'environnement familial dans lequel vivent les personnes âgées et d'établir leur configuration socio-économique et démographique.

Les personnes âgées sont généralement présentées comme une catégorie vivant dans des conditions socio-économiques précaires, connaissant des problèmes de logement et d'alimentation, et souffrant de graves déficiences physiques et mentales les rendant

totalemment ou partiellemment dépendantes (Ettinger *et al.*, 1994). De ce fait, une étude sur leur état de santé et leur mode de vie est pertinente pour connaître et évaluer leurs besoins.

1. Évolution et perspective des personnes âgées

Sous l'effet d'une natalité très élevée et d'une baisse progressive et constante de la mortalité infantile, la population algérienne s'est accrue à un rythme très élevé, avec une proportion de jeunes toujours très importante. La part des moins de 20 ans était estimée à 55.0 % en 1987. À l'opposé, au sommet de la pyramide, la population âgée dont l'augmentation du volume est due essentiellement à l'allongement de la vie moyenne, ne constituait que 5.7% de la population totale.

À l'inverse des deux périodes de plein élan démographique (1966-1977 et 1977-1987), la population âgée de 60 ans et plus s'est accrue, au cours de la période (1987-1998), à un rythme quatre fois plus rapide que celui des moins de 20 ans, soit respectivement 4.10 % contre 1.01 %. Cette évolution de la structure par âge de la population au bénéfice des personnes âgées est certes liée à la baisse de la fécondité, mais elle est également étroitement liée à la hausse inédite de l'espérance de vie à la naissance. En 2002, l'espérance de vie à la naissance s'étant allongée de près de 1.5 ans par rapport à 1999, la part des personnes âgées a atteint 7.5 % (cf. Tableau 1).

Si le vieillissement de la population algérienne est d'ores déjà évident, il est appelé à s'amplifier dans les prochaines décennies. Les plus de 60 ans représentent aujourd'hui 7.5 % de la population totale, situant l'Algérie dans la moyenne des pays arabes. Leur poids relatif devrait considérablement se renforcer dans les années 2030-2050 avec l'arrivée à l'âge de la retraite des générations du baby boom des années 70 et 80. La population âgée représentera 14,7% de la population totale en 2030 et devrait atteindre plus de 22 % en 2050. Les plus de 60 ans qui étaient estimés à 2.2 millions en 2002, à 2.8 millions en 2010, seront de l'ordre de 4.3 millions en 2020 et 6.7 millions en 2030. (Office National des statistiques (ONS). 2004).

Tableau 1 : Structure par grands groupes d'âges de la population algérienne selon le sexe de 1966 à 1998 (en %)

Années	Moins de 20 ans			20 à 59 ans			60 ans et plus			Accroissement Annuel moyen	
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	-20 ans	+60 ans
1966 ⁽¹⁾	59.41	55.39	57.37	34.06	37.76	35.94	6.53	6.85	6.70	/	/
1977 ⁽¹⁾	59.68	56.81	58.24	34.47	37.43	35.96	5.85	5.76	5.80	3.48	1.55
1987 ⁽¹⁾	55.52	54.51	55.02	38.89	39.59	39.23	5.59	5.90	5.74	3.43	4.06
1998 ⁽¹⁾	48.73	47.79	48.27	44.93	45.35	45.13	6.34	6.86	6.60	1.01	4.10
2002 ⁽²⁾	43.7	43.1	43.4	48.7	49.5	49.1	7.6	7.4	7.5	0.75	5.60

H : Homme F : Femme

(1) Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat, CNRS pour 1966 et 1977, ONS pour 1987 et 1998

(2) Enquête algérienne sur la santé de la famille, ONS-MSPRH, 2002

2. Quelques caractéristiques de la population âgée de 60 ans et plus

Dans ce qui suit, nous allons caractériser les personnes âgées par quelques variables afin de connaître leur configuration socio-économique et démographique.

2.1 La structure par âge et sexe:

L'enquête EASF2002 a touché 3958 personnes âgées de 60 ans et plus ; 49,7% d'hommes et 50,3% de femmes, les personnes âgées sont composées de presque autant d'hommes que de femmes. La majorité des personnes âgées enquêtées se situe entre 60 à 69 ans (57,9%). Cette part varie selon le genre, atteignant 60,4% pour les femmes contre 55,4% pour les hommes. (cf. Tableau.2)

On observe un vieillissement différentiel selon le milieu de résidence : les régions urbaines apparaissent comme les milieux aux populations plus vieilles : les différences ainsi observées sont probablement le fruit des niveaux de mortalité et des mouvements migratoires des zones rurales vers les zones urbaines.

Tableau 2 : Quelques caractéristiques des personnes âgées de 60 ans et plus en Algérie (en%)

Variables	Groupes d'âges				Total
	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75 ans et plus	
Milieu de résidence					
Urbain	61,9	62,4	60,3	59,4	61,1
Rural	31,1	37,6	39,7	40,6	38,9
Total	100	100	100	100	100
Sexe					
Masculin	47,7	47,3	50,5	60,2	49,7
Féminin	52,3	52,7	49,5	39,8	50,3
Total	100	100	100	100	100
Situation matrimoniale					
Célibataire	0,5	0,5	0,4	0,6	0,5
Marié(e)	80,7	75,2	71,1	55,5	71,5
Veuf (ve)	17,2	22,8	27,3	42,1	26,4
Divorcé(e), séparé(e)	1,6	1,5	1,2	1,8	1,6
Total	100	100	100	100	100
Niveau d'instruction					
Analphabète	77,6	84,6	87,9	91,6	84,8
Lire et écrire-Primaire	16,8	12,5	10,3	7,3	12,2
Moyen et plus	5,6	2,9	1,8	1,1	3,1
Total	100	100	100	100	100
Descendance					
Aucun enfant vivant	3,2	3,4	4,2	4,9	3,8
Enfants vivants	96,8	96,6	95,8	95,1	96,2
Total	100	100	100	100	100
Mode de vie					
Vit seul	1,4	1,8	1,3	2,9	1,8
Ne vit pas seul	98,6	98,2	98,7	97,1	98,2
Total	100	100	100	100	100
Activité					
Actif (ve)	14,7	7,7	6,7	3,2	8,6
Inactif (ve)	85,3	92,3	39,3	96,8	91,4
Total	100	100	100	100	100

Source : Calculs effectuées sur les données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF2000)

2.2 La structure matrimoniale

En 2002, 72% des personnes âgées ont été mariées, des différences consistantes entre les deux sexes sont constatées concernant l'état matrimonial. Les personnes âgées mariées sont beaucoup plus souvent des hommes que des femmes : alors que plus de quatre vingt dix pour cent (93,6%) des hommes âgés étaient mariés, moins de la moitié (49,8%) des femmes âgées l'étaient (cf. Tableau.3), le divorce et le célibat sont peu connus de cette population (1,6% et 0,5%).

Tableau 3 : État matrimonial des personnes âgées par sexe (en %)

État matrimonial	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
Célibataire	0,3	0,7	0,5
Marié(e)	93,6	49,8	71,5
Veuf (ve)	5,6	46,9	26,4
Divorcé(e), séparé(e)	0,5	2,6	1,6
Total	100,0	100,0	

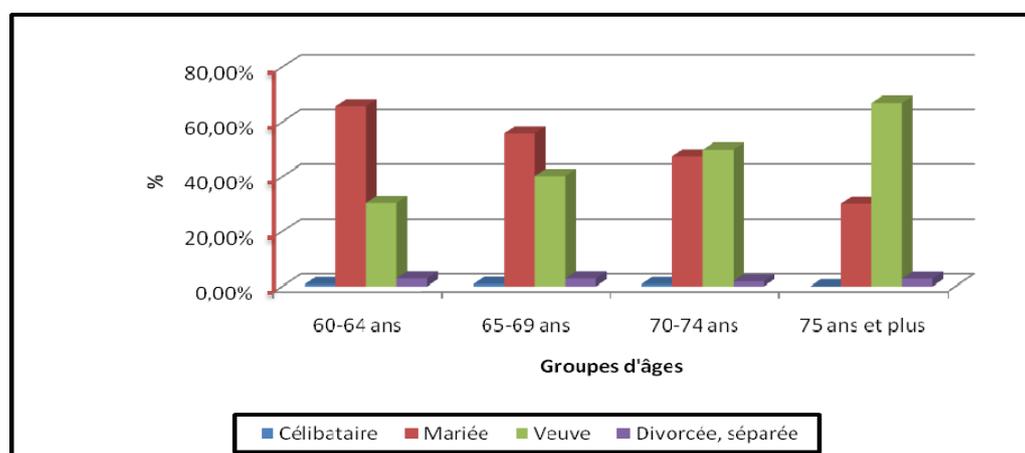
Source : calculs effectués sur les données de l'enquête EASF2002

Le veuvage chez les personnes âgées demeure une caractéristique féminine puisque à peu près une femme sur deux (47%) vit en situation de veuvage, contre seulement 6% pour les hommes.

Le nombre de veuves augmente rapidement avec l'âge (cf. graphique 1). La grande disparité entre les sexes dans ce domaine s'explique par le fait que l'espérance de vie des femmes est plus longue et que les femmes sont, en moyenne, plus jeunes que leurs maris. Cette prépondérance du veuvage chez les femmes est due aussi au faible taux de remariage, les femmes âgées se remarient moins fréquemment que les hommes à la suite d'un divorce ou de la mort du conjoint, surtout si ces événements sont vécus à un âge relativement avancé.

Dans nos sociétés arabo-musulmanes la condition de veuvage pour une femme âgée est perçue comme une normalité, inscrite dans l'ordre des choses. Il serait même malvenu aux yeux de la société qu'une veuve âgée de 60 ans et plus désire de vivre en couple avec un nouveau compagnon (A. Ajbilou et O.Mouhssine Sananès (2000)).

Graphique 1 : Répartition des femmes âgées de 60 ans et plus selon leur État matrimonial et les groupes d'âges

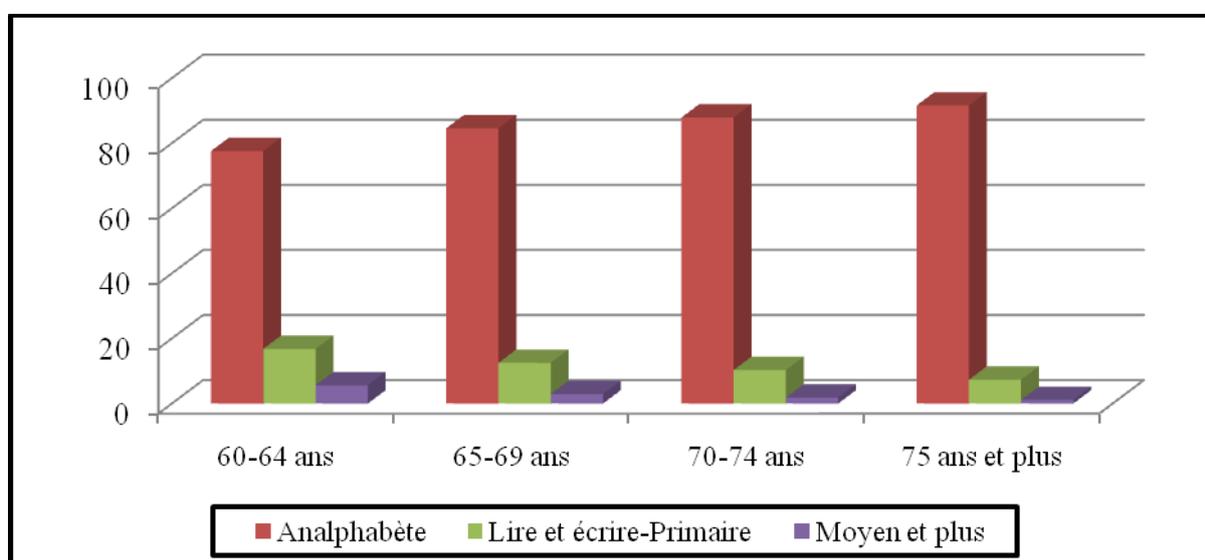


2.3 La situation socio-économique des personnes âgées

2.3.1 Niveau d'instruction

D'après les résultats obtenus de l'enquête, la majorité des personnes âgées en Algérie sont analphabètes (cf. Graphique 2). Les événements majeurs que connaissent les individus se répercutent tout au long de leur existence. Ces personnes âgées d'aujourd'hui sont les enfants des années trente du siècle passé et les jeunes des années quarante et cinquante. A un moment où l'instruction et la formation étaient peu acquises, il n'était pas possible pour celles-ci de s'instruire et de se former, d'où on a un pourcentage d'analphabétisme de 84,7 % et une entrée sans qualification dans la vie active. Dans la mesure où la formation professionnelle et l'instruction faisaient défaut, les personnes âgées n'ont pas pu exercer des activités économiques, ou occuper des emplois garantis d'une bonne rémunération et d'un niveau de vie aisé.

Graphique 2 : Répartition des personnes âgées de 60 ans et plus selon leur niveau d'instruction et les classes d'âges



Les femmes âgées sont sensiblement moins instruites que leurs homologues de l'autre sexe. Le pourcentage des femmes analphabètes a atteint 95,3% contre 74,1% pour les hommes. L'école et les parcours de socialisation discriminaient les femmes dont, selon l'idéologie de l'époque, la vocation résidait dans le mariage, la maternité et le ménage. Par ailleurs, on note l'existence d'un écart de degré d'instruction entre générations des deux sexes (cf. Graphique 2).

2.3.2 Activité et ressources

La proportion d'hommes âgés présents dans la population active est considérablement plus élevée que celle des femmes. Cette proportion s'établit à 15,3 % contre 1,9 % pour les femmes.

Concernant l'occupation d'une profession rémunérée dans le passé, 45,5% des personnes de 60 ans et plus déclarent avoir déjà travaillé, la répartition selon le sexe favorise les hommes avec un pourcentage de 82,0% contre 11,7% des femmes.

Les revenus sont jugés insuffisants par les personnes âgées à cause de la hausse de plus en plus importante du coût de la vie et la permanence des charges familiales que les personnes âgées continuent à assumer.

2.4 État et conditions d'habitat

Le tableau 5 nous montre clairement que les personnes âgées algériennes vivent globalement dans des ménages de grande taille avec une nuance pour les personnes âgées masculin, en fait, environ 15% des hommes âgés vivaient dans des ménages de tailles inférieures ou égales à 3 et 61% dans des ménages de tailles supérieures ou égales à 6. Ces distributions pour les femmes âgées sont respectivement de l'ordre de 26% et 47 %.

80,6% habitent dans des logements qui leurs appartiennent (cf. Tableau.6), cette part s'élève à 96,3% chez les hommes, mais ne représente que 68,8% chez les femmes.

Tableau 5 : Répartition des personnes âgées selon la taille du ménage et le sexe

Sexe	Taille du ménage						
	1	2	3	4	5	6	7 et +
Homme	0,6	5,9	8,8	10,7	12,7	14,6	46,7
Femme	2,9	9,9	13,4	13,1	13,3	13,6	33,8

Source : calculs effectués sur les données de l'enquête EASF2002

Tableau 6 : Répartition des personnes âgées selon l'état de propriété du logement et le milieu de résidence

Lieu d'habitat	État de propriété du logement				
	Propriétaire	Copropriétaire	Locataire	Logé gratuitement	Autre
Urbain	76,7%	5,9%	12,9%	4,2%	0,3%
Rural	87,1%	6,1%	2,6%	4,2%	0,0%
Total	80,6%	6,0%	8,9%	4,2%	0,3%

Source : calculs effectués sur les données de l'enquête EASF2002

Tableau 7 : Répartition des personnes âgées selon le type de logement et le milieu de résidence

Lieu d'habitat	Type de logement				
	Maison individuelle/villa	Appartement	Maison traditionnelle	Gourbis/bidon ville	Autre
Urbain	44,9	28,3%	23,8%	2,7%	0,3%
Rural	37,4	1,8%	54,0%	6,4%	0,4%
total	41,9	17,9	35,8%	4,1%	0,3%

Source : calculs effectués sur les données de l'enquête EASF2002

En ce qui concerne les éléments habituels de confort telle l'eau courante, le gaz, l'électricité, les toilettes, les comparaisons entre le milieu urbain et rural révèlent des différences de confort ; les personnes âgées dans les zones urbaines jouissent d'un bien meilleur confort par rapport aux personnes habitant des zones rurales (cf. Tableau 7).

Tableau 7 : Équipement des ménages des personnes âgées selon le milieu d'habitat (en%)

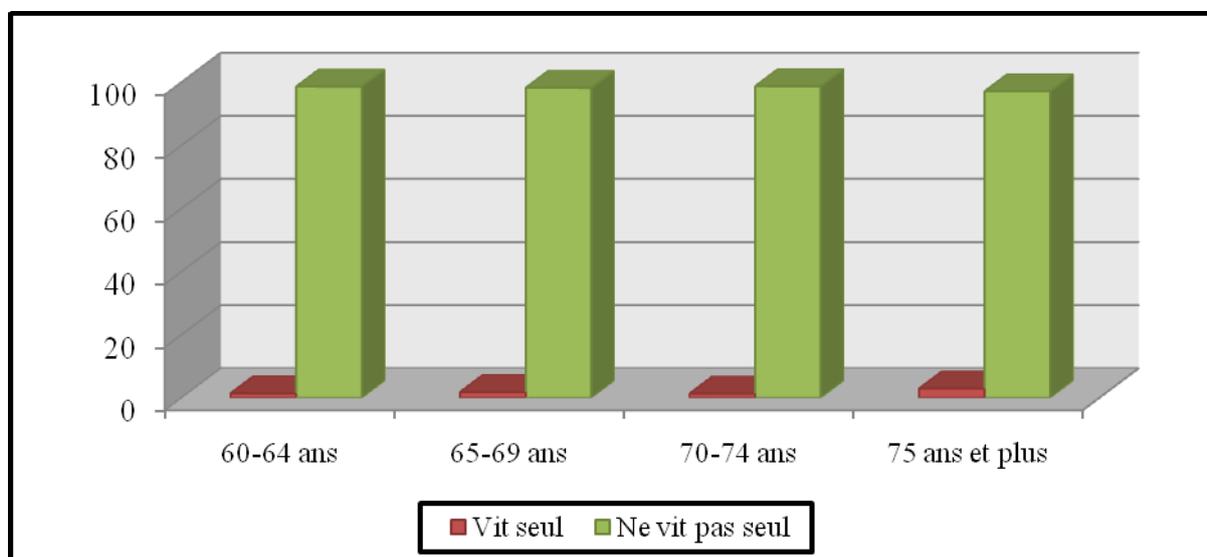
Équipements du ménage	Milieu d'habitat	
	Urbain	Rural
Dispose de climatiseur	6,8	0,8
Dispose de téléphone	49,5	6,8
Dispose de machine à laver	18,7	2,3
Dispose de chauffe eau	30,6	4,5
Dispose de ventilateur électrique	36,0	22,5
Dispose de vidéo	55,6	27,7
Dispose de cuisinière	75,2	45,5
Dispose de parabole	60,0	31,2
Dispose de réfrigérateur	92,7	75,9
Dispose de télévision	95,2	86,8
Dispose de radio	74,3	56,3

Source : calculs effectués sur les données EASF2002

3. Avec qui vivent les personnes âgées ?

Le modèle de famille dans lequel les personnes âgées sont hébergées par les enfants est encore vivace et demeure un pilier de la forte solidarité familiale intergénérationnelle en Algérie. L'analyse des données montre que l'écrasante majorité des personnes âgées vit avec les membres de leur famille (98%) (cf. Graphique.3). Aux âges avancés, les personnes qui vivent seules sont essentiellement des femmes. Nous remarquons que les proportions d'individus vivants seuls sont toujours plus élevées pour les femmes que pour les hommes. Ce phénomène s'explique par la différence d'âge au mariage auquel nous devons également ajouter un niveau de remariage plus élevé chez les hommes veufs et divorcés comparativement aux femmes dans la même situation.

Graphique 3 : Répartition des personnes âgées selon le mode de vie et les groupes d'âges



La majorité des personnes veuves vivent avec leurs enfants et plus de la moitié avec leurs petits enfants. Les mariés par contre, vivent généralement avec leur conjoint et leurs enfants (29,3%). La répartition selon le milieu de résidence ne dénonce point de disparité significative. Les deux tiers de cette frange de population déclarent être satisfaits de leur situation de résidence au moment de l'enquête. Cette part semble invariable quelque soit l'âge, le genre ou l'état matrimonial. Par contre selon le milieu de résidence, plus que la moitié des personnes âgées vivant seuls déclarent que cette situation ne leur convient pas et leur est inconfortable.

Dans notre Pays, la cohabitation semble être un support privilégié de l'aide familiale aux personnes âgées dépendantes, avec une signification différente pour les filles et les fils : recohabitation de circonstance pour les premières et Co-résidence de toujours pour les seconds (Attias-Donfut et Renaut, 1994).

L'examen du lien de parenté avec le chef du ménage auquel appartiennent les personnes âgées donne une première indication sur les conditions de vie de ces personnes. Plus de la moitié des personnes âgées Algériennes interviewées lors de l'enquête EASF2002 ont déclarées être chef de ménage dans lequel ils vivent, la majorité écrasante de ces chefs de ménages sont des hommes (94,4%), tandis que les femmes occupent le statut d'épouse de chef de ménage dans presque la moitié des cas. (cf. Tableau.8)

Tableau 8 : Lien de parenté entre les personnes âgées de 60 ans et plus et le chef de ménage Selon le sexe(en %)

Le lien de parenté avec le CM	Masculin	Féminin	Total
Chef de Ménage (CM)	94,4	24,0	59,0
Époux (se) du CM	0,7	47,5	24,3
Père/mère du CM	4,2	23,5	13,9
Autres avec ou sans lien	0,8	4,9	2,8
Total	100,0	100,0	100,0

Source : calculs effectués sur les données EASF2002

4. Morbidité et État de santé perçu

La santé des personnes âgées est aussi problématique que celle des autres couches de la population auxquelles il est accordé beaucoup plus d'attention avec souvent des programmes spécifiques mis en œuvre (Heslop, 1999).

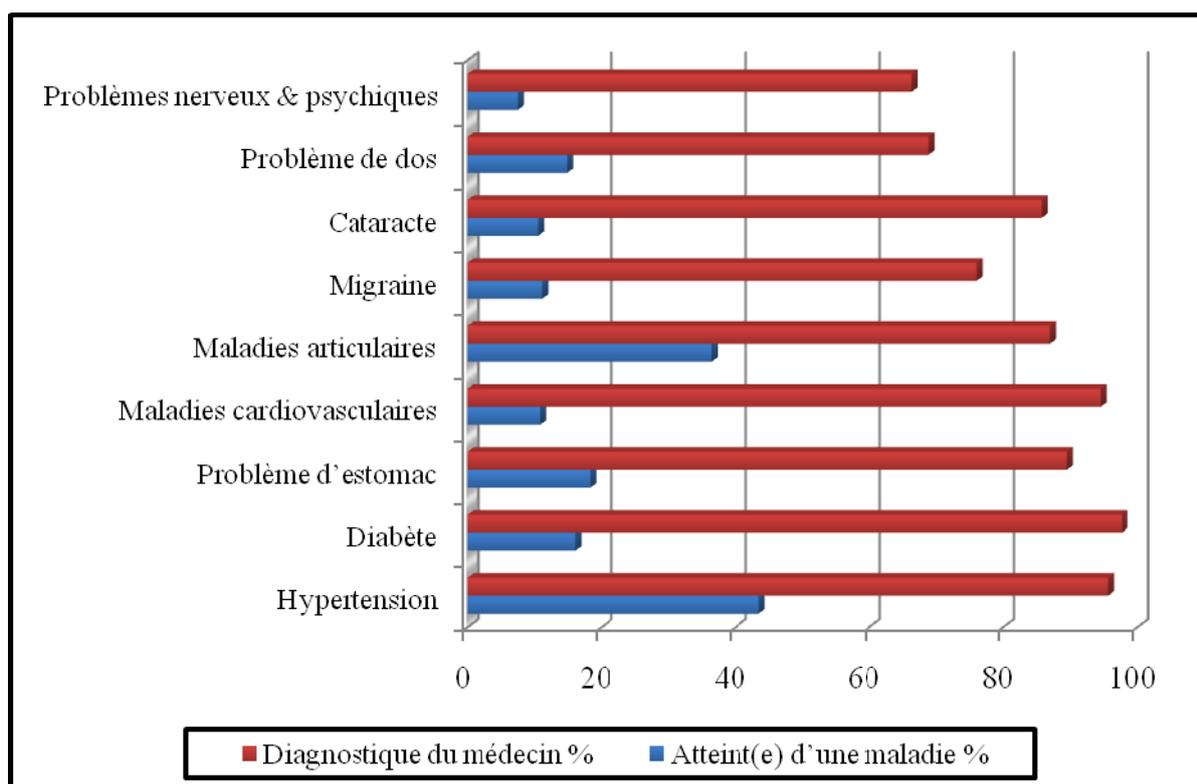
4.1 Les problèmes de santé

Les données recueillies au cours de l'enquête Algérienne sur la santé de la famille (EASF2000) montrent qu'avec l'âge, les problèmes de santé deviennent multiples et plus chroniques, tant chez les hommes que chez les femmes. La santé physique ici est cernée au moyen d'un catalogue des troubles classés selon leur localisation dans le corps.

Les principales maladies qui ont été déclarées par les personnes âgées enquêtées sont l'hypertension artérielle (43,5%), les maladies articulaires (26,4%), les maladies gastriques (18,3%), le diabète (16,1%) ; les problèmes de dos (14,9%), les maladies cardio-vasculaires (10,9%), la cataracte (10,6%) et les migraines (11,2%). Selon le milieu de résidence,

l'enquête met en évidence la prévalence relativement plus élevés de certaines maladies telles que l'hypertension, le diabète et les maladies cardio-vasculaires en milieu urbain. Par contre, en milieu rural, on observe une prévalence relativement plus importante des maladies articulaires et des maladies gastriques. Il est également à noter que la plupart des maladies déclarées ont été diagnostiquées par un médecin. (cf. Graphique. 4).

Graphique 4 : Répartition des maladies déclarées par les personnes âgées selon le diagnostic du médecin et la nature de la maladie



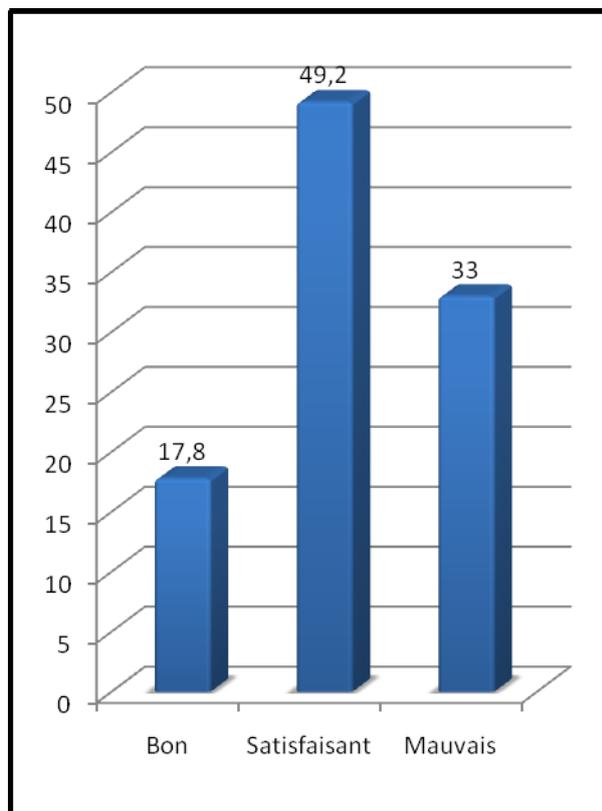
4.2 Perception de la santé

La santé subjective, c'est-à-dire la santé telle que l'évalue la personne pour elle-même semble être l'indicateur le plus utilisé dans les recherches sur la santé des personnes âgées. Il est demandé à la personne de se prononcer, suivant une échelle, sur sa propre santé. Selon l'analyse des résultats, cet indicateur est corrélé à plusieurs autres, d'où son importance malgré son aspect assez subjectif.

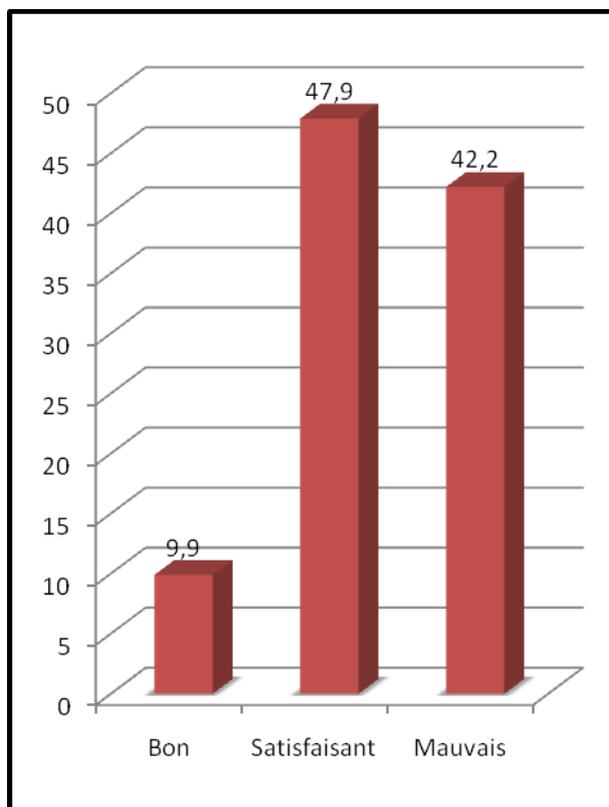
On peut observer l'existence de disparités de santé apparente entre milieu de résidence (Urbain/rural), les groupes d'âges, et le sexe du répondant (cf. Tableau.9).

Les deux tiers des personnes âgées enquêtées signalent d'avoir au moins une maladie chronique ; 66,1% en milieu urbain et 68,1 dans le milieu rural. Il y a plus d'hommes (17,8 %) que de femmes (9,9 %), âgés de 60 et plus qui considèrent que leur santé est bonne. Il y a légèrement de femmes (47,9%) que d'hommes (42,2 %) qui déclarent que leur santé est satisfaisante.

Graphique 5 : Santé perçue des hommes âgés de 60 ans et plus



Graphique 6 : Santé perçue des femmes âgées de 60 ans et plus



Il n'en demeure pas moins qu'il y a plus de femmes (42,2 %) que d'hommes (33,0 %) de 60 ans et plus qui déclarent que leur santé est mauvaise. Tel que précisé, un grand nombre de personnes âgées considèrent que leur santé est soit bonne ou satisfaisante. Toutefois, au fur et à mesure que les individus vieillissent, cette perception positive de l'état de leur santé est sensiblement modifiée chez l'ensemble des personnes âgées (cf. tableau 9).

5. Besoin d'aide et configuration de l'aidant.

Concernant le besoin d'aide pour accomplir certaines activités quotidiennes (AVQ). Deux types d'aide sont identifiables :

- L'aide aux soins personnels (s'habiller, se laver, manger, entrer ou sortir du lit, aller aux toilettes, utilisation des escaliers) ;
- L'aide ménagère (déplacement, petits travaux de réparation ou de jardinage).

L'aide partielle se fait généralement ressentir pour les activités qui demandent de grands efforts tels que « monter ou descendre les escaliers, 13% des personnes âgées sollicitent une aide pour cette activité, parcourir une distance de 350 à 400 mètres : (11,8%), soulever des objets à partir du sol : 10,5%, prendre le bain : 9,1%, l'utilisation des toilettes, se déplacer ou se nourrir semblent être des activités qui ne demande pas d'aide externe.

Par ailleurs, le facteur âge est très déterminant quant au recours à l'aide, plus l'âge des personnes âgées augmente, plus elles deviennent dépendantes. Cette dépendance se traduit généralement par un besoin d'assistance pour accomplir des actes quotidiens habituellement effectués sans aide (Dictionnaire des personnes âgées 1984),

Tableau 9 : État de santé perçue des personnes âgées selon le sexe et quelques caractéristiques

Variables	Bon		Satisfaisant		Mauvais	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
Milieu de résidence						
Urbain	20,2	10,5	48,3	10,5	31,5	42,7
Rural	14,4	8,9	50,5	49,7	31,1	41,4
Total	17,8	9,9	49,2	47,9	33,0	42,2
État matrimonial						
Célibataire	20,0	7,1	0,0	71,4	80,0	21,4
Marié	18,5	10,6	49,3	50,9	32,2	38,5
Veuf	8,1	9,1	49,5	45,0	42,3	45,9
Divorcé, séparé	11,1	11,3	44,4	37,7	44,4	50,9
Total	17,8	9,9	49,2	47,9	33,0	42,2
Activité						
Actif (ve)	25,9	15,8	56,5	52,6	17,6	31,6
Inactif (ve)	16,4	9,8	47,9	47,8	35,8	42,4
Total	17,8	9,9	49,2	47,9	33,0	42,2
Mode de vie						
Vit seul	0,0	14,0	40,0	47,4	60,0	38,6
Ne vit pas seul	18,0	9,8	49,2	47,9	32,8	42,3
Total	17,8	9,9	49,2	47,9	33,0	42,2
Profession						
Indépendant	13,1	6,0	45,2	38,8	41,7	55,2
Employeur	15,2	12,5	52,2	62,5	32,6	25,0
Salarié	17,3	18,9	48,9	44,1	33,7	37,0
Sans rémunération	0,0	0,0	33,3	37,1	66,7	62,9
Total	16,3	12,2	48,1	42,2	35,6	45,6
Groupes d'âges						
60-64 ans	25,9	51,9	22,2	11,5	54,1	34,4
65-69 ans	19,4	51,5	29,1	11,5	48,2	40,3
70-74 ans	16,8	47,5	35,7	11,1	46,7	42,2
75 ans et plus	7,7	44,8	47,5	4,1	39,3	56,6
Total	17,8	49,2	33,0	9,9	47,9	42,2

Source : calculs effectués sur les données EASF2002

Selon le genre, il semble que les femmes sont plus dépendantes que les hommes et ce, quelque soit le type d'aide fourni. 37,0% des hommes ou des femmes fournissent une aide à leur conjoint qui a besoin d'aide, tandis que l'aide des enfants est attestée dans 69,3% de ces situations (cf. tableau.10).

Les personnes qui cohabitent avec la personne âgée dépendante constituent un premier cercle d'aidants potentiels pour pallier les difficultés à accomplir soi-même certaines activités de la vie quotidienne dites de base (AVQ de base). Classiquement on distingue en effet deux modes de cohabitation des enfants avec leurs parents âgés : les corésidences de toujours et les recohabsitations, qui impliquent des enfants ayant des caractéristiques bien différentes (Attias-Donfut et Renaut, 1994).

Tableau 10 : Aidants potentiels selon le sexe des personnes âgées

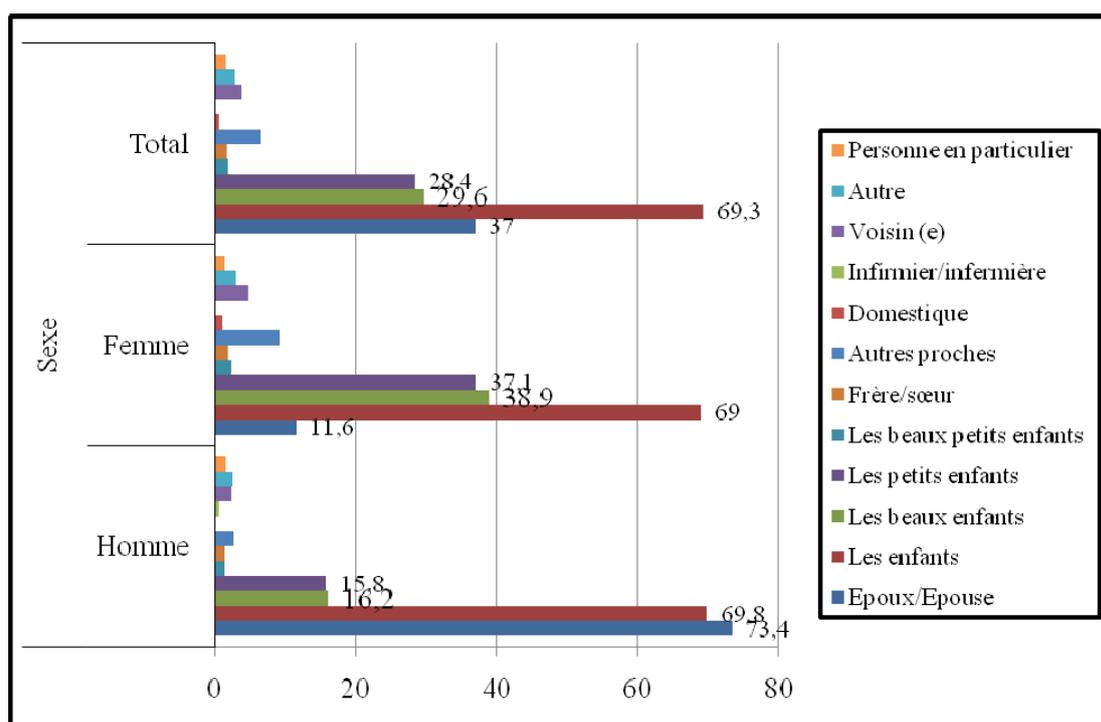
Aidants	Sexe		Total
	Homme	Femme	
Époux/Épouse	73,4	11,6	37,0
Les enfants	69,8	69,0	69,3
Les beaux enfants	16,2	38,9	29,6
Les petits enfants	15,8	37,1	28,4
Les beaux petits enfants	1,4	2,4	1,9
Frère/sœur	1,4	1,9	1,7
Autres proches	2,7	9,1	6,5
Domestique	0,0	1,1	0,6
Infirmier/infirmière	0,5	0,0	0,2
Voisin (e)	2,3	4,7	3,7
Autre	2,5	3,0	2,8
Personne en particulier	1,6	1,4	1,5

Source : calculs effectués sur les données EASF2002

Les femmes ont une place tout à fait particulière dans l'organisation de l'aide profane, lorsqu'elles ont besoin d'être aidées, les hommes le sont presque exclusivement par une femme, près de 73%. Cependant, au-delà de cette dimension bien connue de l'omniprésence féminine dans la production d'aide, on remarque qu'environ une femme sur neuf pouvait compter sur le soutien de son époux. (cf. Graphique 7).

Ce sont les enfants qui assurent l'essentiel de l'aide pour les femmes (69,8%), l'aide du conjoint est moins fréquente que celle d'un enfant (11,6%)

Graphique 7 : Aidants potentiels selon le sexe des personnes âgées



6. L'accès aux soins est aux médicaments

La consommation de médicaments est révélatrice d'un mauvais État de santé, mais elle est aussi un facteur de risque pour la santé. 48,3 % des personnes âgées déclarent prendre des médicaments, cette part est relativement plus élevée chez les femmes (57% contre 41,3% des hommes). Aussi, 50,1% des femmes prennent plus de trois médicaments par jour contre 47,9% des hommes.

Par ailleurs, 43,9% des personnes âgées déclarent avoir des difficultés à se procurer les médicaments (42,8% des hommes et 44,8% des femmes).

Conclusion

Le célèbre démographe français A. Sauvy a écrit « de tous les phénomènes contemporains, le vieillissement de la population est le plus sûr dans son développement, le plus facile à prévoir et peut-être le plus grave dans ses conséquences ».

Le vieillissement de la population représente, sans doute, la caractéristique démographique la plus spectaculaire que connaîtra l'Algérie dans les trois ou quatre prochaines décennies. Si la part des personnes âgées ne représente aujourd'hui que 7,5% de la population totale algérienne, force est de constater que leur nombre augmentera dans les décennies à venir, suite aux changements démographiques que vit l'Algérie depuis une trentaine d'années. Ce fait annonce le défi majeur de notre société pour les prochaines décennies.

La situation des personnes âgées est souvent méconnue ou mal connue dans notre pays à l'instar des autres pays en développement où le problème n'a pas encore pris une ampleur inquiétante. Certes, si les différentes actions menées jusqu'à présent pour contenir la croissance de la population depuis les années 1980, ont donné leurs fruits, les défis à surmonter demeurent ceux liés au vieillissement démographique, ces défis sont de nature économique et sociale et ils nécessitent une mobilisation de toutes les composantes de la société algérienne.

Références bibliographiques :

- AJBILOU A. et MOUHSSINE-SANANES O. (2000), « Les personnes âgées veuves au Maroc », *gérontologie et société*, n° 95, pp.141-152.
- ATTIAS-DONFUT C. et RENAUT S. (1994), « Vieillir avec ses enfants. Corésidence de toujours et recohobitation », *Les cahiers de sociologie de la famille*, n o 1, Paris, pp. 57-80.
- DICTIONNAIRE DES PERSONNES AGEES (1984), *de la retraite et du vieillissement*, sous la direction de J.C SOURNIA, Franterm, Paris, p.38.
- HESLOP A. (1999), Ageing and development, *Help Age International, Social Development*, a working paper 3, p 36.
- OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES (ONS). (2004), « Projections de population à l'horizon 2030 », *collection statistiques*, n°106.
- VAN DER GEESTS (2002), « Respect and reciprocity: Care of elderly people in rural Ghana », *Journal of Cross-cultural gerontology*, Vol. 17, pp 3-31.