

Perception de l'état de santé et de la vieillesse chez les personnes âgées en milieu rural.

Etude menée dans la localité de Kole en R.D. Congo

ISHAKO ATENDA Liévin^{*a}, MALENGREAU Myriam^b & MATONDO DIANZENNA Christian^c

^aInstitut Supérieur des Techniques Médicales de Kole

^BUniversité Catholique de Louvain, Faculté de Santé Publique

^cInstitut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa

RESUME:

Le vieillissement de la population affecte la santé physique et psychique, et entraîne de sérieux problèmes socio- sanitaires. Les personnes âgées font partie des populations les plus vulnérables, avec les femmes et les enfants. Il faut noter que si traditionnellement les personnes âgées en Afrique jouissaient du respect et à l'attention de leur entourage, cette situation évolue négativement face au nombre croissant de charges familiales où les ressources sont très limitées, et où la modernisation très rapide limite la valorisation de la mémoire et de l'expérience des anciens. En RD Congo, l'ampleur du phénomène du vieillissement, va de même grandissant où il faut prévoir des réponses face aux problèmes médicaux, à l'alimentation, le logement, les problèmes de maltraitances. Négliger ce phénomène entraîne des conséquences qui affecteront le tissu social, familial et sanitaire. Nous avons menée une étude qualitative en 2011, dans la localité de Kole dans le District de Sankuru, en République Démocratique du Congo. Le but de l'étude est de comprendre comment les personnes âgées perçoivent-elles leur état de santé, quelles sont leurs demandes, leurs attentes, leurs souhaits et ceux de leur entourage afin d'éveiller l'attention des décideurs politiques, les associations, les communautés villageoises sur les problèmes qu'engendre le vieillissement en vue d'améliorer leur l'état et leur bien-être.

Mots clés : perception, état de santé, vieillesse, les personnes âgées, milieu rural, Afrique subsaharienne.

ABSTRACT :

The aging of the population affects physical and mental health and leads to serious socio-health problems. Older people are among the most vulnerable populations, with women and children. It should be noted that while older people in Africa have traditionally enjoyed respect and the attention of those around them, this situation is changing negatively in the face of the growing number of family responsibilities, where resources are very limited, and where very rapid modernization from the memory and experience of the ancients. In DR Congo, the scale of the phenomenon of aging is also growing where it is necessary to provide responses to medical problems, food, housing, problems of abuse. Neglecting this phenomenon has consequences that will affect the social, family and health fabric. We conducted a qualitative study in 2011, in Kole locality in Sankuru District, Democratic Republic of Congo. The purpose of the study is to understand how older people perceive their health status, their demands, their expectations, their wishes and those around them in order to attract the attention of policy makers, associations, village communities on the problems of aging to improve their condition and well-being.

Keywords : perception, health status, old age, the elderly, rural, sub-Saharan Africa.

*Adresse des Auteur(s)

ISHAKO ATENDA Liévin, Institut supérieur des techniques Médicales de Kole,

MALENGREAU Myriam, Université catholique de Louvain, faculté de santé publique,

MATONDO DIANZENNA Christian, Institut supérieur des techniques Médicales de Kinshasa.

I. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est devenu un problème planétaire et irréversible. Selon les estimations des démographes, les personnes âgées vont prendre une proportion de plus en plus importante dans la population mondiale. Une évolution rapide de ce vieillissement est observée dans tous les pays en développement, et paraît être plus rapide encore que dans les pays industrialisés^[1]. En 2006, on estimait qu'il y avait dans le monde 683 millions de personnes âgées de 60 ans et plus, dont 90 millions âgées de 80 ans et plus. On prévoit qu'en 2050, les 60 ans et plus dépasseront 2 milliards, et les 80 ans et plus seront 466 millions^[2].

Du point de vue démographique, le vieillissement d'une population correspond à l'augmentation de la proportion des personnes âgées et à une augmentation de l'espérance de vie. En Afrique subsaharienne, l'espérance de vie à la naissance vient de passer de 40 ans à 50, selon les dernières estimations des Nations Unies (2009)^[3]. En plus de l'effet d'une plus grande longévité, le vieillissement est aussi lié à la baisse de natalité ou de fécondité qui réduit la proportion des jeunes dans l'ensemble de la population.

En Afrique subsaharienne, le taux de natalité reste toutefois élevé avec plus ou moins 7 enfants par femme et 50% d'habitants âgés de moins de 20 ans. La structure d'âge est dite jeune quand la majeure partie de la population occupe la base de la pyramide, et elle est vieillissante quand, au contraire, une part importante de cette population occupe le sommet. On parle ainsi du vieillissement par le haut et du vieillissement par le bas de la pyramide^[4]. Certaines études admettent qu'une population vieillit quand la proportion des plus de 60 ans dépasse les 10%^[5].

Les projections des Nations Unies prévoient que, en 2050, plus de 10% de la population africaine aura 60 ans et plus^[6]. En fait, diverses études montrent que la proportion des

personnes âgées en Afrique subsaharienne évolue très lentement et reste plus ou moins stable. D'autres par contre montrent que, derrière cette stabilité moyenne, se cache néanmoins une forte croissance des effectifs des personnes de ce groupe d'âge ^[7]. En effet, les effectifs absolus des personnes âgées de plus de 60 ans s'accroissent d'environ 2,6% par an et ce nombre va presque doubler dans les années qui viennent ^[8].

La même étude estime que la population africaine subsaharienne des plus de 60 ans va passer de 35 millions en 2006 à 60 millions en 2030, et dépasser 139 millions en 2050 ^[9]. Mais on sait que sur ce continent, la démographie reste caractérisée par la prédominance des jeunes de moins de vingt ans (50 à 60% de la population). Le processus de vieillissement vient à peine de commencer. Plusieurs études montrent que cette tendance devient de plus en plus perceptible et qu'une attention particulière devrait lui être portée, surtout si l'on ne veut pas se laisser surprendre par ses effets négatifs ^[10].

Dans la plupart des pays africains, la politique des soins de santé primaires a été mise en place. Tous ou presque s'appuient sur des programmes ciblant les maladies transmissibles, les problèmes de l'enfance et des femmes en âge de procréer, le VIH/SIDA et sur la promotion d'une bonne hygiène et d'un environnement sain, etc. Mais, actuellement, hormis l'Afrique du Sud, et quelques initiatives au Burkina Faso, en Zambie et au Sénégal, les programmes sociaux en faveur des personnes âgées sont presque inexistantes ^[11].

VIEILLISSEMENT ET VIEILLESSE

Le vieillissement est identifiable à travers différents signes objectivement observables, notamment sur le corps, les contours de la vieillesse sont beaucoup plus flous. Le vieillissement est un processus qui se poursuit pendant toute notre existence » et la vieillesse comme « un état qui se constate ». Le vieillissement comme un processus continu qui aboutit à l'état de vieillesse ». La vieillesse représente la dernière phase du cycle de la vie où l'organisme subit une succession de modifications et de transformations qui se manifestent par une fragilité plus grande, l'apparition de certains handicaps, une diminution de l'activité physique. Doumont et Deccache pense que ^[12], cette vision biologique de la vieillesse est bien réductrice et associe la vieillesse à la dépendance avec perte d'autonomie, à l'isolement avec perte de contact social. Meire Ph. et Neiryck ^[13] relèvent en cela un paradoxe, le paradoxe d'une vieillesse autonome et à la fois dépendante. Ce qui pousse à réfléchir sur une autre notion importante, celle de la vieillesse différentielle et de l'hétérogénéité des personnes âgées.

La notion de vieillissement différentiel veut simplement expliquer qu'une personne vieillit différemment qu'une autre, et aussi à un rythme différent. Le vieillissement varie d'une population à une autre et même à l'intérieur d'une même population. Le vieillissement des systèmes physiologiques internes est aussi un processus individuel. Tous les organes ne vieillissent pas non plus au même moment, certains plus vite que les autres. Les personnes âgées ne forment pas un groupe homogène, mais bien un groupe hétérogène.

Les personnes âgées sont des adultes matures en continuel devenir et confrontées à des périodes de crises tout comme les adolescents et les enfants ». Ces crises comportent, selon lui, trois dimensions : crise d'identité (rapport à soi-même et aux valeurs), crise d'autonomie (rapport à la satisfaction des besoins), crise d'appartenance (rapport à la société et au courant même de la vie).

SITUATION SOCIO ECONOMIQUE DES PERSONNES AGEES

L'Afrique noire reste la région la plus pauvre du monde, et l'incidence de cette pauvreté est généralement plus importante en milieu rural où vit la majorité des personnes âgées ^[14].

Les conditions économiques des vieux sont particulièrement précaires en Afrique. La plupart d'entre eux n'ont pas été à l'école, ou ont un niveau d'instruction assez bas, d'autres n'ont jamais eu de profession rémunératrice. Les personnes âgées continuent fréquemment à travailler jusqu'à des âges avancés, ne s'arrêtant que quand il leur devient impossible d'être actif ^[15].

Une des grandes difficultés des personnes âgées en Afrique provient de la « nucléarisation » de la famille. En effet, la famille étendue tend à disparaître. Et ce, aussi bien dans les villes que dans les campagnes. La plupart des observateurs soulignent que, sous l'influence de l'occidentalisation et de la modernisation, mais également compte tenu des difficultés économiques et financières, et de l'exode des jeunes adultes vers les grandes villes, le système annuel de prise en charge des personnes âgées par la famille connaît un affaiblissement ^[16].

Il en découle une déliquescence de la solidarité et celle-ci devient plus sélective ^[17]. Ainsi, les personnes âgées deviennent un fardeau et une charge pour les ménages dont le pouvoir d'achat ne dépasse pas 1\$ US par jour, et qui doivent également assurer l'alimentation et la scolarisation des enfants. D'où l'isolement des personnes âgées, cette problématique de la « nouvelle vieillesse » ^[18].

En République démocratique du Congo par exemple, plus de 80% de la population totale végète sous le poids de la misère ^[19]. De plus, ces vieux ne sont pas seulement isolés, ils sont les laissés-pour-compte. Ils habitent des huttes, des maisons en ruine aux murs lézardés et traversés par toutes sortes d'intempéries. Dans les cas extrêmes, on a découvert ci et là des personnes âgées mortes dans la solitude et en état de décomposition avancé par manque de soutien ou par négligence de l'entourage.

S'agissant de relations intergénérationnelles, des études montrent que, dans la société africaine actuelle, les relations entre les personnes âgées et les autres membres de la communauté villageoise, notamment les jeunes, ne sont pas toujours empreintes de respect, d'amitié ^[20].

Les rapports sont souvent conflictuels avec des insultes, des paroles malveillantes, des violences physiques ou du mépris.

Il s'en suit des uns et des autres des attitudes d'évitement et de marginalisation. Avoir un parent plus âgé peut paraître à certains moments comme une raison de fierté et d'honneurs. Car, être parmi les survivants de sa génération, fait de vous une icône du village.

Des études ont également confirmé que l'exposition répétée à des événements traumatisants ou des crises familiales affecte plus particulièrement le bien-être mental et physique d'un individu, particulièrement des personnes âgées. Ainsi, en est-il du stress associé à la mort ou à la prise en charge d'une personne malade [21]. Or, à cause du taux élevé de mortalité dû au VIH/Sida au sud du Sahara, les personnes âgées prennent de plus en plus souvent la charge de leurs enfants malades, et aussi la garde de leurs petits enfants orphelins.

L'endroit où vivent les personnes âgées peut interférer avec les facteurs qui influencent sur leur bien-être social et financier. Les nombreuses personnes âgées qui vivent dans des régions rurales sont souvent privées de services de santé et de soignants. On le sait, l'offre de soins de santé est généralement déficiente en milieu rural. On s'attendra donc à ce que les personnes âgées vivant en milieu rural aient un état de santé plus précaire et une perception de santé plus négative.

VIEILLESSEMENT ET PERCEPTION DE LA SANTE

Dans le grand âge, il est généralement établi que la santé tend à se détériorer ; sa perception également. Celle-ci se définit comme une auto-évaluation par un sujet de son propre état et est étroitement liée à la santé telle que mesurée par les indicateurs objectifs.

Ainsi, la perception personnelle de la santé est une évaluation individuelle de son état de santé. Etre en santé peut alors signifier pour certaines personnes « se sentir bien dans sa peau, être en forme et heureux, vaquer à des occupations... ». Il devient alors difficile de donner une définition de la santé, surtout en ce qui concerne les personnes vieillissantes.

De multiples études ont montré que la santé fonctionnelle, physique et mentale constituent autant de prédicteurs de la perception de la santé chez les personnes âgées [22]. La diminution de celles-ci entraîne également l'affaiblissement de la perception de leur santé. ainsi, «la perception est un phénomène physio-psychologique et culturel qui relie l'action du vivant aux mondes et à l'environnement par l'intermédiaire des sens et des idéologies individuelles ou collectives » ; Elle est un mode de représentation de l'environnement ; elle est Un acte par lequel un individu organise immédiatement ses sensations, les interprète et les complète par des images et des souvenirs, s'oppose à un objet qu'il juge spontanément distincte de lui, réel et actuellement connu de lui ».

Dans une étude longitudinale sur des hommes âgés de 70 à 95 ans révèlent, par exemple, que malgré le nombre croissant des maladies, la perception positive de la santé ne diminue pas avec l'âge [23], constatent que, en dépit d'un déclin de leurs capacités cognitives et de leurs performances fonctionnelles en l'espace de cinq ans, de nombreux octogénaires jugent leur état de santé satisfaisant.

Par ailleurs, ces études mettent en évidence que les personnes très âgées gardent une perception de la santé relativement positive. Elles n'observent qu'une légère dégradation de la perception de la santé lorsque ces personnes âgées font une évaluation subjective de leur état de santé. Pour ces auteurs, la perception de la santé ne reflète pas automatiquement l'état de santé réel des vieillards ni son évolution. D'autres études montrent également que le lien entre l'état de santé et la perception de la santé tend à s'affaiblir avec l'avance en âge.

Ce qui montre tout l'intérêt de distinguer santé objective (disease) et santé perçue (illness). Le tableau ci-dessous reprend les données recueillies lors de l'enquête britannique nationale (1987), auprès d'un nombre important de sujets âgés de 65 ans et plus [24]. Il montre à la fois les personnes dont l'autoévaluation reflète la santé objective, et celles pour qui ce n'est pas le cas.

De nombreuses études montrent que les représentations négatives ou positives concernant le vieillissement peuvent avoir des effets bénéfiques ou néfastes sur le fonctionnement cognitif, sur la santé physique et psychologique des personnes âgées[25].

Le regard ou l'image de la société sur les personnes âgées peut influencer leur perception de la santé. Si le groupe sociétal ou l'entourage affiche des attitudes discriminatoires ou ségrégationnistes à l'encontre des personnes âgées, ces dernières percevront négativement leur vie dans l'ensemble, et particulièrement leur santé psychologique et subjective [26].

Dès lors, il est difficile de déterminer finalement si la société a une image plutôt négative ou plutôt positive de la vieillesse ou des personnes âgées. Dans cette optique, il est intéressant de savoir également ce que les personnes âgées pensent elles-mêmes de leur vieillesse et comment elles la perçoivent. Ce regard croisé est nécessaire pour comprendre globalement l'image que les différents groupes d'âges se font de la vieillesse [27].

STATUT DES PERSONNES AGEES HIER ET AUJOURD'HUI

D'hier à aujourd'hui, et ce, même dans les milieux ruraux, le statut privilégié des personnes âgées semble être mis en question. Que deviennent aujourd'hui les aînés dans la société africaine en voie de modernisation ? A cette question, en effet, la plupart des observateurs et des analystes convergent pour répondre dans le sens d'une dégradation de leur statut et de leur rôle, à cause de l'introduction de l'économie du marché, des nouvelles technologies et des grandes mutations qui ont suivi avec la décolonisation [28].

Les personnes âgées, détentrices des valeurs culturelles, occupent une place de choix dans la société traditionnelle africaine. Dotées d'autorité morale et de sagesse, elles sont dépositaires du savoir et de tous les us et coutumes en raison de la transmission essentiellement orale de ceux-ci dans la culture africaine. Possesseurs des savoirs, des savoir-être et des savoir-faire, elles sont les référents dans tous les aspects de la vie, d'où le respect qui leur est témoigné, leur utilité sociale et culturelle.

La vieillesse était synonyme de sagesse. Les vieux demeuraient les garants de la tradition, donc de la stabilité sociale. La fonction éducative des vieillards consistait, par exemple, à apprendre l'histoire du groupe aux enfants, leur réciter la généalogie, leur conter interminablement des fables et des récits divers. Ils faisaient connaître aux jeunes les énigmes et le sens caché des proverbes, fonctions qu'ils exerçaient chacun selon leurs talents personnels, par la vertu de leur exemple et la puissance de la parole. Leur savoir était source d'autorité [29].

L.V.Thomas (1983) [30], quant à lui, parle du «crépuscule des vieux» dont «l'image se ternit» et le «pouvoir s'effrite». Attias-Donfut [31] considère que «de tous les changements, le plus décisif pour le sort des vieux est sans doute celui qui affecte le pouvoir de savoir » [32]. La transformation du corps des savoirs techniques et sociaux sape le pouvoir des aînés dans ses fondations mêmes ». Avec la généralisation des institutions scolaires qui supplantent l'oralité traditionnelle, l'élargissement du patrimoine intellectuel et culturel (livres, télévision, vidéo, Internet...), la relation entre âge et connaissances tend à s'inverser et la sagesse du vieillard est rendue presque caduque. Les connaissances les plus pertinentes et les plus efficaces sont réservées aux jeunes, et les points de vue du vieux ne font plus recettes. La perte de vitesse, voire la suppression des rites d'initiation, de l'apprentissage par le récit autour du feu fait que le vieillard d'aujourd'hui ne saurait prétendre au prestige accordé aux vieillards traditionnels d'hier.

La RD Congo ne fait pas exception de constat fait sur la vieillesse et pour les personnes âgées. D'ailleurs elle n'alloue que 2% de son budget annuel pour le secteur social et sanitaire [33].

Dans la Diocèse de Kole (RD Congo), les personnes âgées restent isolées et négligées par leurs proches. Les troubles et les guerres à répétition entre 1996 et 2003 n'ont cessé d'amplifier leur misère lorsqu'elles se retrouvaient déplacées dans d'autres villages sans repères et sans connaître personne. Dans la communauté de Vango/Lomela, nous avons observé avec impuissance le désarroi des personnes du troisième âge, alors que celles-ci étaient supposées vivre en famille auprès de leurs enfants et des autres membres de la communauté.

Par ailleurs, notre expérience pastorale en Belgique a été plus déterminante. De manière générale, et dans l'ensemble, nous avons admiré l'organisation des structures d'accueil et des soins aux personnes âgées. Mais aussi, nous avons déploré la détresse de celles qui se sentaient très seules (même en institution), loin de leurs proches.

Cette situation a provoqué un déclic qui nous a poussés à reconsidérer les conditions de vie des personnes âgées dans le contexte de mon pays, sans pour autant faire de comparaison compte tenu de la très grande différence entre ces deux contextes.

La présente étude vise de répondre à un tat de questionnement dont :

Comment les personnes âgées vivant dans la localité rurale de Kole perçoivent-elles leur état et quelle est leur santé

objective?; Quelle est la perception de la vieillesse dans l'entourage en général et dans le cas du parent étudié?; Quels sont les comportements des personnes âgées en matière de santé (prévention- traitement)?; Quels rapports (attitudes) entretiennent les membres de la famille avec leurs parents âgés, et vice-versa?; Quels sont les apports de la famille et de la communauté dans le bien-être des personnes âgées?; Quels sont les demandes, les attentes, les souhaits des personnes âgées et de leur entourage en matière de services et de soins ; Pourquoi certaines personnes âgées perçoivent-elles positivement leur état, alors qu'elles vivent dans des conditions socio-économiques et sanitaires précaires ?

Le but de ce travail est de décrire comment les personnes âgées perçoivent elles leur état de santé et leur vieillesse afin d'éveiller l'attention des décideurs politiques et sociaux, les ONG et des associations, aussi bien que celle des communautés villageoises et des familles sur les problèmes socio-sanitaires qu'engendre le vieillissement de la population dans mon pays en vue d'améliorer l'état et le bien-être des personnes âgées.

II. MATERIEL ET METHODE

II.1. Cadre de l'étude

L'enquête s'est déroulée dans la Cité de Kole, District de Sankuru, Province de Kasai- Oriental en RD Congo. La Cité de Kole est au centre administratif dudit Territoire, Elle s'étend sur un rayon de 12Km à partir du centre et est constitué de 11 quartiers et de 73 avenues. Cette cité est à cheval entre la « modernité » et la tradition. Ce qui justifie notre choix. Sa densité est de 112,12 habitants/km², avec une superficie de 225 km². Elle a une population estimée à 32.276 habitants congolais et 9 habitants étrangers. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes, même dans la tranche des personnes âgées. Les tribus autochtones sont les Ohendo, les Akutshu, mais on y rencontre également les Ahamba, les Ikela, les Atetela et les Baluba.

Dans l'ensemble, la majeure partie de la population vit dans l'extrême pauvreté avec un pouvoir d'achat faible : moins de 1\$ par jour. Les personnes âgées vivent toutes à domicile, généralement avec leur famille. Dans ce contexte, les personnes âgées ne semblent plus être les premiers référents. Sur le plan sanitaire, la Cité de Kole compte actuellement des formations sanitaires suivantes : Un hôpital général de référence d'une capacité de plus de 300 lits - Quatre centres de santé distribués dans les différents quartiers. Plusieurs services sont organisés au sein de l'hôpital général de référence : - Pédiatrie - Maternité - Médecine interne - Chirurgie - Radiologie et Echographie - Nutrition - Kinésithérapie - Laboratoire - Centre de traitement de diabète - Service social. On notera l'absence de service gériatrique ; même dans les programmes de formation du personnel soignant, ce chapitre n'est qu'effleuré.

Grâce aux conditions d'hygiène qui s'améliorent, à la prévention et à l'organisation de structures sanitaires en place, le taux de mortalité diminue. Les gens vivent longtemps et l'espérance de vie augmente. Ainsi rencontre-t-on un nombre important des personnes de plus de 60 ans dans la région.

II.2. Type d'étude et durée de l'enquête

Nous avons fait le choix d'une démarche qualitative qui se justifie du fait que notre champ de recherche est peu exploré et demeure relativement nouveau [34]. L'enquête a été menée du 10 janvier au 20 février 2011, soit une durée d'un mois et demi.

II.3. Méthode

Dans le cadre de notre étude, il nous semble intéressant de retenir la définition de la vieillesse, de la santé. Les personnes âgées de la manière suivante : personnes d'âge moyen : 40-59 ans - personnes âgées : 60-74 ans, vieillards : 75-90 ans - grands vieillards : plus de 90 ans. De même, il nous a semblé intéressant de retenir la définition donnée par Fischer [35], pour qui « la santé est une modalité d'expression et d'expérience d'une personne vivante, où fonctionnement biologique et vie psychologique et sociale se conjuguent, en lui conférant un bien-être qui lui permet de vivre de façon satisfaisante ».

Pour mieux cerner les contours de la perception de l'état de vieillesse auprès de personnes âgées, nous avons tenu compte de ces deux principes. Pour donner un contenu opératoire au concept de conditions de vie, nous avons parlé des aspects suivants : Matériel et économique : en rapport aux moyens de subsistance des personnes âgées, leur mode d'hébergement, leur revenu et leur capacité de recours aux soins, niveau d'instruction, profession... ; Social et physique : d'une part, il sera question de leur place et statut social, leur réseau social et leur intégration communautaire ; et d'autre part, de leur état de santé objective, maladies déclarées, handicap et mobilité, autonomie.

L'état de santé et la perception qu'en ont les personnes âgées elles-mêmes ainsi que leur entourage en Afrique subsaharienne, et particulièrement dans la Cité de Kole, n'ont pas encore reçus l'attention de la Santé Publique comparativement à la santé des autres tranches d'âge [36].

En outre, le type d'informations recherché, selon les objectifs assignés, sont d'ordre descriptif et s'intéresse au vécu et détail d'expériences individuelles [37]. Nous nous sommes intéressés aux perceptions, aux expériences, aux attentes, aux demandes et aux pratiques individuelles des personnes âgées ou aux pratiques collectives à travers leurs proches.

Les sujets ont été invités à s'exprimer librement sur ce qui les concerne personnellement. Les entretiens face à face et en groupe semi-structurés sur base d'un guide d'entretien et enregistrés nous ont aidé à récolter les informations. Celles-ci ont été ensuite recopiées et analysées.

II.4. Echantillonnage

Dans le cadre de cette enquête exploratoire, 26 personnes âgées ont été interviewées, dont 16 directement et 10 par l'intermédiaire de leurs proches, entendu ceux et celles qui les gardent. La diversité des situations et des expériences vécues par des personnes âgées dans chacune de leur famille et dans leur communauté a été recherchée plutôt qu'une représentativité statistique des personnes âgées. C'est un

échantillon de « convenance », car les personnes âgées et leurs proches interviewés ont été « sélectionnés » au hasard en raison de leur accessibilité.

II.5. Analyse statistique

Nous avons réalisé 28 entretiens sur la perception de leur état et de la vieillesse auprès de 26 personnes âgées habitant la Cité de Kole. Il aborde la problématique de la perception de leur état chez les personnes âgées en intégrant les aspects démographique, psychologique, sociologique, économique et biomédical de la santé et du vieillissement, considérant que tous ces facteurs sont importants dans la perception de ceux-ci et la compréhension des problèmes qu'ils suscitent.

En outre, nous avons recueilli les perceptions de deux groupes d'adultes au cours des réunions focalisées sur ce même thème. Ces entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement et relus à plusieurs reprises. Leur contenu a été analysé à travers les catégories et les sous-catégories thématiques prédéfinies en fonction de nos questions de recherche et de nos objectifs.

L'étude part d'un cadre théorique où nous avons définis d'abord quelques concepts opérationnels et ensuite nous présentons diverses informations recueillies à travers la littérature internationale francophone ou anglo-saxonne sur le statut, l'état, la santé et la perception de ceux-ci chez les personnes âgées. Notre Verbatim a été examiné à partir de la grille catégorielle, ce qui signifie que chaque fois qu'une portion de témoignage correspondait à l'une ou l'autre des catégories préconstruites, nous devrions appliquer la catégorie correspondante jusqu'à dégager un portrait d'ensemble.

Le tout a été illustré par des extraits des témoignages, pour finalement faire l'objet d'une discussion [38]. C'est comme pour dire que nos résultats sont déjà là sous forme d'un postulat théorique à vérifier, et que tout le vrai travail d'analyse a été fait en amont dans la partie théorique. Les grandes catégories prédéfinies pour notre analyse sont : Etat de santé et Perception de la santé, Perception de la vieillesse, Relation avec l'entourage, Comportement en matière de santé, Solutions proposées

III. RESULTATS

Dans un souci de clarté, nous discutons nos résultats en suivant les mêmes catégories thématiques, et en les confrontant aux différentes questions de recherche qui s'y rapportent. Nous rappelons nos hypothèses qui sont les suivantes : la perception de leur état chez les personnes âgées en milieu rural est influencée principalement leur situation objective, la représentation personnelle ou collective de la vieillesse et les situations vécues avec l'entourage.

Perception de l'état de santé et de la vieillesse...

Tableau N°1. Répartition des personnes âgées selon les variables socio démographiques

Variables socio démographiques		fréquence	%
Age	60 et 70 ans ;	11	42,3
	71 ans et 80 ans ;	9	34,6
	81 ans et 90 ans	6	23,0
	total	26	100,0
Sexe	masculin	12	46,1
	féminin	14	53,8
	total	26	100,0
Etat civil	célibataire	2	7,6
	marie	9	34,6
	veuf	11	42,3
	divorce	4	15,3
	total	26	100,0
Activité professionnelle et retraite	Avec emploi	8	30,7
	Sans emploi	12	46,1
	Je suis à la retraite	6	23,0
	Total	26	100,0
Maladies déclarées	Oui	11	42,3
	Non	15	57,6
	Total	26	100,0

On notera que parmi les proches des parents âgés interviewés, notre échantillon affiche une différence entre les hommes et les femmes (53,8%) ; leur âge se situe entre 60 ans à 90 ans dont 12/26 sont sans emploi (46,1% n'ont aucune activité professionnelle), 42,2% sont veuf(ve). 57,6% voient leur santé se détériorer sans en faire une déclaration ; On peut sous-entendre les conséquences dans la vie et la santé des personnes âgées qui sont généralement sans protection. Il est vrai que notre échantillon contient surtout des personnes âgées allant de 60 à 80 ans et que 6/26 seulement ont plus de 80 ans. Il se peut que le paradoxe soit plus évident au-delà de 80 ans en raison de l'adaptation et l'accommodement que l'on peut observer à ces âges avancés.

Sur les 28 entretiens sur la perception de leur état et de la vieillesse auprès de 26 personnes âgées habitant la Cité de Kole ; de manière globale, les points de vue de nos répondants, aussi bien les personnes âgées elles-mêmes, que leurs proches ou les participants aux entretiens de groupe, sont tantôt convergents tantôt divergents ou encore diversifiés en fonction des thèmes abordés.

Tableau N°2. Proportion des grandes catégories des verbatims pour les personnes âgées

Les grandes catégories des perceptions	Les verbatims	proportion	%
l'état de santé et perception de santé	Je me sens en bonne santé ; Je sens encore que j'ai de la force pour travailler, marcher, je suis autonome(E5PAM8)	9/28	32,1
	Globalement, Je ne trouve plus du plaisir dans la vie. Ma santé physique est moyenne. je ne sais plus faire ce que je faisais avant, donc ça va, mais en moyenne. (E6PAM9).	20/28	71,4
Perception de la vieillesse :	« Etre vieux n'est pas une maladie. C'est une question d'années d'âge. On n'échappe pas à la vieillesse » (E4PAM7).	12/28	42,8
	Non, la vieillesse, c'est un don de Dieu, ce n'est pas une maladie. je suis content et rassasié de long jour (E8PAM6).		
	plus qu'on avance en âge, on avance à la mort lorsqu'on se rend compte qu'on n'est plus jeune et qu'on ne fait plus ce que Von faisait autrefois, oui, cela donne quand même des petits soucis.(E7PAM8)	19/28	67,8
Relation avec l'entourage	je me sens bien entretenues, il n'y a pas l'abandon de la part de mes enfants ; on s'occupe de moi. On me donne à manger, à boire, à me vêtir, je suis considéré comme sage et respecté, bien vieillir se prépare, je ne peut donc vivre dans l'hospice» (E10PAM6).	13/28	46,4
	je ne me sens pas bien entretenues, il y a l'abandon de la part de mes enfants ; je souffre beaucoup dans la famille et on ne s'occupe pas assez de moi. On ne me donne pas à manger, à boire, à me vêtir» (E2PAM2).	24/28	85,7
	Je suis très triste à cause de ma vieillesse : triste de ne savoir plus travailler, d'être toute seule,		

	abandonnée par mes enfants, par ceux que j'aidais et nourrissais, personne ne me regardent aujourd'hui. C'est bien triste » (E18PAF7).		
	je dépends des autres et je ne peux plus rien avoir par moi-même ; il faut tout attendre de mes enfants. Cette dépendance m'inquiète beaucoup et c'est un gros handicap pour moi». (E1PAM3)		
Comportement en matière de santé	pour ma santé, je respecte les règles de prévention des maladies chroniques(E27PAM4)	21/28	75,0
	Adviene que pourra, je ne respecte pas car c'est difficile. je remet le tout entre les mains de DIEU, les infirmiers sont méchants (E28PAM5)	13/28	46,4

IV. DISCUSSION

Dans cette partie du travail, nous voulons synthétiser et interpréter les principaux résultats présentés dans le chapitre précédent. Il sera question d'explicitier et de donner un sens à ces résultats en fonction de la question et des hypothèses de départ, des objectifs que nous nous sommes assignés et du cadre théorique de notre étude. Dans ce cadre, nous évoquerons quelques études menées dans le contexte africain et dans d'autres continents en les confrontant à nos observations.

IV.1. Etat de santé et perception de celui-ci

Avançant en âge, le corps s'affaiblit et la plupart des activités se réduisent. Nous avons constaté que dans près 32,1% des verbatims(9/28), nos répondants réduisent leur état de santé principalement à la santé physique, effective et fonctionnelle, et dès lors que celle-ci décline ou se dégrade, la santé subjective décline aussi. Il nous a semblé qu'il leur était difficile d'évaluer indépendamment leur santé objective et leur santé subjective. Ceci est d'autant plus vrai qu'ils perçoivent leur état surtout en termes de pertes, d'handicaps, de maladie et de dépendance. Par ailleurs, 85,7% des verbatims des sujets âgés ne sont que de plaintes, nous pensons aussi que le fait que ces personnes âgées vivent dans un contexte de précarité extrême (manque de nourriture, de logement, d'affection, de soins médicaux... sans aucune issue heureuse à l'horizon) focalise leur attention sur les carences de leur situation socio- économique et entraîne une vision générale négative de leur état et de leur vie en général. Ce résultat rejoint les conclusions de l'étude de Nong Zhu[39] sur l'importance du statut et de l'autonomie économique dans la santé physique et psychologiques des personnes âgées en (2004).

Par rapport à notre question de départ, et contrairement à d'autres auteurs comme Henchoz K., et Keciour [40], nous n'avons observé de décalage entre l'état de santé objectif déclaré(46,4%) et le sentiment de bien-être(32,1%). Les personnes de l'échantillon associent généralement un bon état général au fait de ne pas être malade, de ne pas avoir de délimitations fonctionnelles et de pouvoir s'occuper de soi-même dans la vie quotidienne.

La perception de leur état reflète presque automatiquement leur état physique, et le lien entre les deux, au lieu de s'affaiblir avec l'avance en âge, tend par contre à se renforcer. Dans cette étude, l'association paradoxale observée dans la littérature entre l'état de dégradation et le sentiment de bien-être n'a pas été exprimée.

En outre, bien que notre échantillon soit très petit et non représentatif, nous observons que dans leur manière de percevoir leur état, les femmes âgées ont plus que les hommes tendance à porter un jugement négatif. Ceci a été constaté dans le contexte américain et britannique par Nong Zhu (2008) [41] en contexte chinois. Ces différences de perception de leur état selon le genre sont sans doute associées à divers facteurs défavorables aux femmes parmi lesquelles le mode de veuvage, le statut social souvent inférieur à celui des hommes, et une charge d'activités pesantes tout au long de l'existence. Cet aspect des choses n'a pas été approfondi dans notre enquête et vaudrait la peine d'être évalué ultérieurement.

Au sujet du rapport entre la vieillesse et la maladie, nos résultats montrent qu'aucune personne n'a défini la vieillesse comme une maladie(42,8% pense que c'est un don de Dieu et non une maladie). Les personnes connaissent pourtant qu'il y a des maladies liées à la vieillesse et que celles-ci rendent la vieillesse insupportable en raison des diverses pertes qu'elles entraînent par comparaison avec leurs pairs, neuf personnes âgées s'estiment dans un état de santé meilleur et plus stable que les autres. Le plus souvent, elles se sont comparées avec des personnes aussi ou moins âgées qu'elles. Nous pensons que ceci s'explique par le fait qu'il est facile de trouver des contemporains affaiblis à cette étape qu'à d'autres moments du parcours de vie.

Ceci rejoint les avis soutenus par Spini et Henchoz K [42] qui montrent que ce sont souvent les mécanismes de la comparaison sociale ascendante ou descendante qui sont évoqués, plutôt que la comparaison temporelle. Dans nos enquêtes, l'influence de cette comparaison sociale sur la perception positive ou négative de leur état n'a pas été clairement exprimée par nos correspondants.

IV.2. Perception et représentation sociale de la vieillesse.

Nos résultats ont montré que la représentation de la vieillesse dans la communauté influence la perception que la personne âgée a de son état. Une représentation ségrégationniste ou discriminatoire de la vieillesse oriente le regard vers les pertes liées à celle-ci et conduit à une perception négative aux effets néfastes pour la personne âgée. Tandis que la représentation positive(46,4% considéré comme sage) de la vieillesse mène à des effets bénéfiques, car elle se focalise sur les gains et les éléments valorisant la personne âgée.

A ce sujet, nos résultats rejoignent les conclusions des études de Levy[43]. nous disons ainsi qu'à Kole, les personnes âgées ont une représentation tantôt positive tantôt négative de la vieillesse. Elles se réjouissent de la sagesse, de l'expérience de vie et des autres avantages que leur octroie leur âge ; par contre, elles redoutent les limitations fonctionnelles, la maladie, la dépendance, le rétrécissement du réseau relationnel dus à la vieillesse. Les autres adultes de la localité de Kole focalisent plutôt leur attention sur les pertes, la dépendance et les charges induites par le vieillissement(dans 85,7% de cas ces vieux se sentent abandonner).

Hummel [44], constate cependant que si les jeunes définissent la vieillesse en termes de pertes et de gains, les octogénaires n'accordent à ces derniers (sagesse, sérénité, temps de vivre) qu'une place très marginale par rapport aux limitations et pertes. Chez nos répondants de tous âges, les points de vue sont restés balancés entre le positif et le négatif; en effet, si on constate que la plupart souhaitent vieillir pour vivre longtemps et connaître leur descendance, ils redoutent et déplorent le besoin d'assistance, l'affaiblissement du corps et les attitudes avilissantes ou méprisantes des plus jeunes.

Mais il est possible que ce point de vue nuancé entre le positif et le négatif ait été induit par notre questionnaire et que des propos plus spontanés auraient peut-être apporté une image différente. Cette diversité de représentations explique peut-être le contraste que nous avons observé entre le rôle et l'utilité sociale déclarée de la personne âgée d'une part, et le peu d'attention et respect qu'on lui apporte, d'autre part. Garante de la tradition, guide et référent, donc encore « une bibliothèque », la personne âgée dans la localité de Kole est malheureusement aussi ce « gnome aux cheveux crépus » économiquement abandonnée et ressentie comme une personne inutile, sociologiquement et familialement isolé, habitant une case poussiéreuse et se couchant sur un grabat.

De plus, nous avons constaté que leur utilité sociale n'est jamais évoquée en rapport avec leur rentabilité, comme l'affirmait Attias-Donfut [45]. Par contre la non-rentabilité (l'improductivité) est évoquée, dans les propos des personnes âgées elles-mêmes comme dans ceux des proches, comme un fait qui induit la dépendance (« *Je ne produis plus, je ne gagne plus comme je gagnais et j'attends tous des autres...* »). Nos résultats diffèrent donc de ceux d'une étude déjà ancienne faite dans la société Cuiva en Colombie [46]. Cet auteur observait que dans cette société il n'y avait pas de « vieillesse » ; l'individu adulte n'est jamais réduit à sa simple force de travail ; tous les âges sont égaux et les personnes âgées ne sont pas identifiées comme un sous-groupe particulier ; ils ne sont jamais exclus des activités et aucun comportement ne leur est spécifiquement réservé.

L'étude comparative réalisée par Dragana [47] dans huit pays d'Afrique de l'Ouest conclut qu'il n'existe pas de recettes dans la population africaine pour « bien vieillir ». Ce n'est pas l'opinion de nos répondants de Kole qui estiment que bien vieillir se prépare dès sa jeunesse(46,4%), comme pour dire que notre passé nous poursuit jusqu'à la vieillesse.

Cela demande d'adopter aux différentes étapes de la vie des comportements qui soient sains. Nous estimons que bien vieillir, c'est accepter chaque nouvelle étape de vie avec ses richesses et ses pauvretés. Les recettes mentionnées sont surtout d'ordres spirituel, moral, relationnel et sanitaire.

IV.3. Relations avec l'entourage

Nos résultats indiquent que les personnes âgées dans le Cité de Kole bénéficient généralement d'assistance familiale et qu'elles vivent soit chez elles avec leur conjoint, ou avec un de leurs enfants ou petits-enfants, soit au domicile d'un membre de la famille, le plus souvent fille ou fils, parfois frère, sœur ou cousin. Le problème des personnes âgées sans conjoint ni enfants ne se pose pas beaucoup à Kole comme il se pose en occident [48].

Nos répondants sont conscients de l'importance des liens sociaux pour les personnes âgées, en termes de soutien, de réseau ou d'intégration sociale. Ils reconnaissent l'effet protecteur des relations sociales sur la santé des personnes âgées et à la perception qu'elles ont de leur état comme c'est décrit dans la littérature [49].

Même si elles exigent de la patience et de la tolérance de part et d'autre, les relations des personnes âgées avec leurs enfants et petits enfants sont souvent satisfaisantes pour les uns et pour les autres. Elles contribuent à renforcer le sentiment que les parents âgés ont de leur rôle social, de leur utilité. Par contre, Nong Zhu [50] en Chine n'a pas trouvé d'association entre auto-appréciation de la santé et le nombre d'enfants ou le fait de vivre en couple.

Malgré le soutien de la famille, plusieurs personnes âgées de l'étude se plaignent d'insuffisance de l'aide reçue et en souffrent. Si pour certains, bien soigner ses parents âgés relève d'un devoir filial normal de réciprocité différée, pour d'autres, les charges de leurs propres descendants, la perception que le parent âgé a déjà fait sa vie et va bientôt disparaître, d'une part, et surtout les contraintes économiques et financières subies, justifient des réponses plus restrictives aux besoins et demandes des aînés.

Toutes les personnes âgées étudiées étant restées au village dans leur cadre de vie familial, les restrictions perçues sont souvent matérielles (qualité et quantité de la nourriture, literie, ...) et les attitudes des aidants et des lés bénéficiaires sont interprétées diversement (égoïsme, générosité) par les uns et les autres.

D'une manière générale, nos résultats montrent que la communauté dans son ensemble ne s'occupe pas particulièrement du sort des personnes âgées, laissant cela aux familles. Même au niveau de celles-ci, le soutien aux vieux parents repose souvent sur un seul de ses membres et le partage des responsabilités entre enfants est plutôt l'exception que la règle, comme dans études de Paquet M. au Canada [51].

Jusqu'à quand les communautés africaines pourront-elles compter sur les seules familles ? L'accroissement de

l'espérance de vie va accroître le nombre de personnes âgées et, parmi celles-ci, la proportion de très âgées plus dépendantes, tandis que le nombre de personnes-soutiens pour en prendre soin et leurs ressources diminuent.

La pauvreté et le chômage, l'exode des jeunes vers les villes, des solidarités plus sélectives, un taux de natalité qui ne baisse pas et augmente la charge des responsables de ménages, le manque total de politique d'appui à la prise en charge des personnes âgées... menacent le potentiel d'assistance des familles, avec un risque accru que celles-ci abandonnent leurs aînés, de plus isolés.

La localité de Kole n'a encore pris aucune mesure à cet égard et il y a peu de chance qu'elle s'y intéresse à court ou à moyen terme. Difficiles encore, sont les relations intergénérationnelles entre les jeunes de la communauté et les personnes âgées. Nos répondants ont mentionné plusieurs fois que les personnes âgées n'avaient plus auprès des jeunes générations la place qu'elles pouvaient avoir dans le passé.

Des relations de méfiance, de marginalisation et d'évitement mutuel, se sont développées entre eux, comme cela a été décrit au Burkina Faso par Yacouba Yoro [52]. Nos résultats montrent que les vieilles personnes sont généralement tendres et affectueuses vers les jeunes, mais que l'inverse n'est pas toujours vrai. Le point d'achoppement entre les deux générations, c'est le fait que les jeunes lient facilement la vieillesse à la sorcellerie, et ont des préjugés persistants à cet égard.

Quant aux rapports avec leurs pairs, les personnes âgées de la Cité de Kole déclarent que les rencontres avec les gens de leur génération se raréfient avec l'âge, le réseau social se restreint et les nouvelles relations sont difficiles à les nouer. Nous avons remarqué que les personnes âgées ressentent le besoin d'avoir de la compagnie, de faire des activités ensemble, activités pouvant permettre de maintenir des contacts entre elles et éviter l'isolement (importance de la participation sociale). Malheureusement pour ses aînés, un tel espace de contacts et d'échanges n'existe pas encore dans la localité de Kole,

IV.4. Comportements de santé

En matière de comportements de santé, nos résultats montrent que dans 75,0% de cas, les personnes âgées adoptent tout de même quelques comportements préventifs. Elles désirent avoir une alimentation saine et équilibrée, elles respectent les conseils d'hygiène et les prescriptions médicales, elles souhaitent rester en mouvement (bouger) et continuer à faire leurs activités quotidiennes. Un élément culturel particulier est également évoqué : le fait de ne pas se lancer dans le fétichisme, car les fétiches ne procurent qu'une joie éphémère et de courte durée.

Les personnes âgées ne recourent pas correctement aux soins dans 46,4% de cas : soit elles attendent que la situation s'aggrave, soit elles s'en remettent à la grâce de Dieu. Ceci correspond aux observations de plusieurs psychologues [53] et sociologues de la santé [54] lorsqu'ils analysent les

croyances, les déterminants et les déclencheurs du recours aux soins.

Nous n'avons pas développé notre enquête dans ce sens mais la question vaut la peine d'être étudiée antérieurement. La majorité des personnes âgées et de leurs proches, interrogées dans le cadre de notre enquête, se sont montrées très critiques à l'égard des professionnels de santé. En résumé, les personnes âgées regrettent le manque de respect, d'attention et d'accueil ; elles dénoncent le -retard et les attentes de longue durée ainsi que le clientélisme dans les services.

L'hôpital et les centres de santé sont « inhospitaliers ». Des griefs relevées dans notre étude qui corroborent les résultats des études menées par Jaffré Y et Olivier de Sardan [55] sur les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest.

Cette attitude des professionnels de la santé peut avoir des conséquences dans le comportement de santé des personnes âgées, et rendre difficile toute activité de prévention et de promotion de la santé chez ces dernières, car ce type d'activités requiert des relations de confiance réciproque.

Notre étude n'avait pas prévu de recueillir les réactions des professionnels de la santé à ce sujet, mais cela pourrait faire partie d'une enquête ultérieure. Nous pensons que le nombre limité du personnel par rapport à la demande de soins, le manque de formation aux soins spécifiques des personnes âgées, les maigres salaires et le manque de produits pharmaceutiques appropriés expliquent en partie l'attitude du personnel soignant.

L'obstacle majeur pour le recours aux soins, c'est le coût des soins de santé. Le manque de moyens financiers a été cité de manière récurrente parmi les facteurs déterminants de l'état de santé des personnes âgées, que ce soit pour le recours aux soins, la qualité de ceux-ci ou la vie quotidienne. Or, la majeure partie des personnes âgées de l'échantillon mènent une vie assez précaire, comme d'ailleurs presque tous les habitants de la région. Les soins de santé sont totalement à charge du patient. Et il n'existe aucune structure, aucune politique de protection dans la République.

Des nouvelles initiatives doivent être prises, par exemple en matière de pension et de retraite, et il faudrait inclure dans la formation du personnel soignant un chapitre spécifique concernant la prise en charge optimale des personnes âgées. Si les nouvelles structures spécifiques aux personnes âgées sont créées, il faudra veiller à ne pas créer de stigmatisation ou de ségrégation, et à respecter des normes éthiques.

Si plusieurs de nos répondants ne refuseraient pas l'idée de structures où les personnes âgées trouveraient le confort, une alimentation et des soins respectueux, la plupart d'entre eux préfèrent néanmoins rester dans l'environnement familial, et certains se méfient, à juste titre, de la qualité des soins qu'ils recevraient de la part des employés de telles structures.

Nous avons cependant observé qu'une partie de la population restent très réticents à l'ouverture des maisons de retraite dont

ils pensent qu'elles ne seront pas culturellement adaptées au contexte africain. Ils préfèrent miser sur l'éducation de la famille, la prévention de la perte de l'autonomie et l'hospitalisation, mais surtout la coordination de soins à domicile ; l'institutionnalisation des problèmes entraînant davantage la ségrégation ».

V. CONCLUSION

Les personnes âgées constituent, avec les femmes et les enfants un groupe de population vulnérable. Leur importance dans la localité de Kole est à la fois socioculturelle et démographique. Dans le processus de mutations sociales que connaissent nos sociétés Traditionnelles à cause de la modernisation, la perception des personnes âgées a considérablement évolué. Nous assistons à une dégradation progressive, même une « désacralisation » des personnes âgées au point d'avoir un retentissement sur leur santé et bien-être psychologique, et sur leurs conditions de vie économique et socio sanitaire. L'expérience pastorale sur le terrain, et les questions soulevées dans la littérature scientifique ont éveillé notre intérêt pour cette problématique.

C'est donc pour mieux approcher ce phénomène que nous avons choisi de l'étudier dans la localité de Kole, en RD Congo, un milieu rural où les systèmes traditionnels de protection de la personne âgée par les familles, s'effritent, et où les solidarités deviennent sélectives. Aucun système de protection sociale des personnes âgées n'existe et les conditions financières et économiques : la population sont trop précaires pour pouvoir assumer seules tous les besoins de leurs aînés.

Avant de chercher des solutions, il nous a semblé important d'évaluer l'état de santé objectif des personnes âgées et la perception de celui-ci par elles-mêmes et par leur entourage, leur perception du vieillissement et de la vieillesse et les relations des personnes âgées avec leurs familles et la communauté villageoise, particulièrement les jeunes générations. De même, j'ai voulu savoir quelles étaient leurs demandes, leurs attentes et leurs propositions pour améliorer l'état de santé et le bien-être des personnes âgées ?

De manière générale, dans la Cité de Kole la santé des personnes âgées est précaire. L'avancée en âge entraîne des maladies, des limites fonctionnelles, de la dépendance, des changements d'humeur. La santé psychologique et subjective de la personne âgée est influencée par cette dégradation de l'état de santé objectif. La vieillesse est souvent associée à la sorcellerie et les relations intergénérationnelles sont complexes et ambivalentes, compliquées par le manque de moyens financiers des personnes âgées et de leurs familles. Les relations avec le personnel soignant influencent les comportements de santé, et particulièrement le recours aux soins de santé et l'adoption de comportements de vie sains.

REFERENCES

- [1]. Pison g, « Quelques perspectives des populations âgées dans les pays jeunes », in Espace population Sociétés, 2, 1987, pp.365-374.
- [2]. Velkoff a et all, 2007, « Population Aging in Sub-Saharan Africa: Démographie Dimension. Washington National institute on Aging. U. S. Census Bureau, 2006.
- [3]. Nations unies, « Promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées : le Vieillissement actif. Une société pour tous les âges » (deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid), 8-12 avril 2002.
- [4]. Strobant, Tabutin, et al . Calculer l'âge sans demander. Méthode d'estimation de l'âge et structure par âge Peuls Bandé (Sénégal Oriental) », in Population, 4-5, 1980, pp. 861-892.
- [5]. Thumerelle 2000. , « Le vieillard en Afrique subsaharienne », in Espace Population sociétés. Le vieillissement dans le monde, n°3, 2000, pp.379-390.
- [6]. Velkoff et kowal, 2007). « Population Aging in Sub-Saharan Africa: Démographie Dimension". Washington National institute on Aging. U. S. Census Bureau, 2006. (Opcit)
- [7]. Pison g. «Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord», in Population et Sociétés, n°457, juin 2009.
- [8]. Schoumaker, velkoff et kowal , « Le vieillissement en Afrique subsaharienne », in Espace Population Société. Le vieillissement dans le monde, 3, 2000, pp.379-390.
- [9]. Velkoff a., 2007) « Le vieillissement en Afrique subsaharienne », in Espace Population Société. Le vieillissement dans le monde, 3, 2000, pp.379-390 (opcit).
- [10]. Aka kouamé, 1990 ; tabutin, 1987; Le vieillissement de la population en Afrique, CRD1, Ottawa, novembre IMADOU HAMPATE-BA, Aspects de la civilisation africaine, Présence africaine, Paris, 972
- [11]. DARKWA O.K., MCSE Ph. D., MAZIBUKU F.N.M., CANDITATE Ph. D., « Population aging and Impact on Elderly welfare in Africa", in International Journal of Aging and Human developpement, vol 54, n°2, 2002, pp.107-123.
- [12]. Doumont et Deccache A. (1999). _Besoins de santé, de promotion santé et d'éducation pour la santé des personnes âgées. Série de dossiers documentaires, UCL - RESO Unité : Education pour la santé, Avril 1999.
- [13]. Meire Ph. et Neirynck I. (1997) « Psychogériatrie : psychologie et psychopathologie de la personne âgée, Cours, ESP2281, UCL »
- [14]. OKOJIE F., « Aging in Sub-Saharan Africa: Toward a Redefinition of Needs Research and Policies Directions", in Journal of Cross-cultural gerontology, vol 3, n°1, 1988, pp. 525-549.

- [15]. SCHOUMAKER B, « Le vieillissement en Afrique subsaharienne », in Espace Population Société. Le vieillissement dans le monde, 3, 2000, pp.379-390.
- [16]. KHASIANI SA, « The role of the family in meeting the social and economic needs of the aging population in Kenya », in Genus, 43(1-2), janvier-juin 1987, pp. 103-120.
- [17]. Antoine Philippe (2007) les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle, Ceped, Paris, 2007.
- [18]. DUTHE G., PISON G., LAURENT R., Vivre et mourir après 60 ans en milieu rural africain : prise en charge des personnes âgées à Mlomp et implications sur la santé et leur mortalité, INED, Paris, 2009.
- [19]. La Voix de Sans-Voix (ASBL). Rapport d'information sur les personnes âgées à Kinshasa, 1999, File:/conditions de vie des personnes âgées au Congo.htm
- [20]. YACOUBA YARO, Etat de lieux sur la question des personnes âgées et des rapports intergénérationnels au Burkina Faso, CERFODES, Novembre 2005.
- [21]. GUYON L, « La perception de la santé à travers l'enquête Santé Québec », in Cahiers québécois de démographie », vol. 17, n°2, 1988, pp.193-212.
- [22]. HENCHOZ K., CAVALLI S., GIRANDIN M., "Health perception and health status in Advanced Old Age: A paradox of Association", in Journal of Aging Studies, 22, 2008, pp. 282-290.
- [23]. LEINONEN R., HEIKKINEN E., JYLHA M., « Predictors of décliné in self-assessments of alth among older people. 5-years longitudinal study, in Social Science and medicine, vol 12, n°9, 2001, pp.1329-1341.
- [24]. COUDIN G et PAICHELER G., Santé et vieillissement. Approche psychosociales, Armand lin, Paris, 2002.
- [25]. LEVY B., "Stéréotypé embodiment. A psychosocial approach of aging", in Psychological Science, 18, 2009, pp. 332-336.
- [26]. MARCIA E., CHAPUIS-LUCCIANI N., BOETCH G., « Stéréotypes liés à l'âge, l'estime de pi et santé perçue », in Sciences sociales et santé, vol 25, n°3, septembre 2007, pp. 79-106.
- [27]. HUMMEL C., "Représentation de la vieillesse chez les jeunes adultes et chez les octogénaire », in Gérontologie et société, 3/2001, n°98, pp.239-252.
- [28]. TMOMAS L.V., « Vieillesse et mort en Afrique », in Attias-Donfut C., et al., Op.cit., pp. 167
- [29]. MEILLASSOUX C, « La conquête de l'aïnesse », in Attias-Donfut C, Op.cit., pp. 49-70.
- [30]. THOMAS L.V, « A travers des attitudes collectives envers les vieillards : un problème de civilisation », in Bianchi et al., La question du vieillissement. Perspectives psychologiques, 1989.
- [31]. ATTIAS-DONFUT C., ROSENMAYR L., Vieillir en Afrique, PUF, Paris, 1994.
- [32]. ÂNTOINE Ph. (éd.), les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle, Ceped, Paris, 2007.
- [33]. OMS, Ensemble des données minimum sur le vieillissement dans l'Afrique subsaharienne, compte rendu d'un atelier de l'OMS, Pretoria, 13-14 février 2003.
- [34]. BRYANT L, CORBETT K, KUTNER J., "In their own words: a model of health aging", in Social science and Medicine, 53, 2001, pp. 927-941.
- [35]. FISCHER G-N. (dir), Traité de psychologie de la santé, Dunod, Paris, 2002.
- [36]. KOWAL P., et SUZMAN R., « Directory on Research on Older Adult Health and Ageing in Africa: 1995-2003.World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/healthinfo/surveys/ageing/en/>
- [37]. WEINGER K, O'DONNEL K, RITHOL M., "Adolescent biews of diabetes-related parent conflict and support. A focus group analysis", in Journal of Adolescent Health, 29, 2001, .330-336.
- [38]. PAILLE P et MUCCHELLI A., L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, and Colin, Paris, 2003
- [39]. NONG ZHU, Déterminants de l'état de santé et de la dépense médicale des personnes âgées en Chine, CERDI, Université d'Auvergne, 2004, PP, 1-15.
- [40]. HENCHOZ K., CAVALLI S., GIRANDIN M., "Health perception and health status in Advanced Old Age: A paradox of Association", in Journal of Aging Studies, 22, 2008, pp. 282-290.
- [41]. Nong zhu (2008) NONG ZHU, Déterminants de l'état de santé et de la dépense médicale des personnes âgées en Chine, CERDI, Université d'Auvergne, 2004, PP, 1-15.(opcit)
- [42]. HENCHOZ K., CAVALLI S., GIRANDIN M., "Health perception and health status in Advanced Old Age: A paradox of Association", in Journal of Aging Studies, 22, 2008, pp. 282-290.(opcit).
- [43]. LEVY B., SLADE M.D. et KASL S.V., « Longitudinal benefit of positive self-perceptions of ing on functional health", in Journal of Gerontology, séries B: Psychological Science and cial Science, 61, 2002, pp. 82-87.
- [44]. HUMMEL C., "Représentation de la vieillesse chez les jeunes adultes et chez les octogénaire », in Gérontologie et société, 3/2001, n°98, pp.239-252.
- [45]. ATTIAS-DONFUT C., ROSENMAYR L., Vieillir en Afrique, PUF, Paris, 1994.
- [46]. ARCAND B., « La construction culturelle de la vieillesse », in Anthropologie te Société, n° 3, Vol 6, 1982, pp. 7-23.

- [47]. DRAGANA MOHAMADOU, PREUX P.-M., KABORE J. et al., « The Elderly Population in africa", in African Journal of Neurological sciences, vol 22, n°2, 2003, pp. 1-9.
- [48] MORTEL L. et LEGARE J., « Avec ou sans famille proche à la vieillesse : une description du ieau de soutien informel des personnes âgées selon la présence du conjoint et des enfants », Cahiers québécois de démographie, vol30, n°1, printemps 2001, pp.89-114.
- [49]. ANDREW M.K., « Social Capital, Health and care Home residence among Older Adults: A - condary Analysis of the Health Survey for England", in European Journal of Ageing 2000, ol.2, n°2, 2005, pp.137-148
- [50]. NONG ZHU, Déterminants de l'état de santé et de la dépense médicale des personnes âgées en Chine, CERDI, Université d'Auvergne, 2004, PP, 1-15.(opcit)
- [51]. PAQUET M., Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendants, L'Harmattan, Paris, 2000.
- [52]. YACOUBA YARO, Etat de lieux sur la question des personnes âgées et des rapports intergénérationnels au Burkina Faso, CERFODES, Novembre 2005.
- [53]. OGDEN J., Psychologie de la santé, (traduit de la troisième édition anglaise), De Boeck, elles, 2008.
- [54]. LORANT V., « Sociologie de la santé ». Cours ESP 2115, Master I, UCL, 2009.
- [55]. JAFREY et OLIVIER DE SARDAN J-P, Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soigné dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Karthala, Paris, 2003.