

Cinquième Conférence Africaine sur la Population

10-14 décembre 2007, Arusha, Tanzanie

Thème : Population et développement en Afrique : Questions émergentes

Auteur : Mahamane Ibrahima et Jacques Légaré, Université de Montréal

m.ibrahima@umontreal.ca ; jacques.legare@umontreal.ca

Titre : Méthodologie de recherche sur la santé des personnes âgées en Afrique Subsaharienne francophone : à quoi peut servir l'expérience du Québec ?

Introduction

La santé des personnes âgées est un des principaux indicateurs de leur bien-être. Et c'est pour assurer ce bien-être que les pays développés ne cessent de concevoir et améliorer les systèmes de santé spécifiques aux personnes âgées. En Afrique Subsaharienne, les informations sur la santé des personnes âgées sont rares. Non seulement les statistiques sanitaires de routine ne font pas de distinction entre les maladies liées à la vieillesse et les autres, mais aussi et surtout très peu de recherches en santé s'intéressent aux personnes âgées. Pourtant dans la plupart des sociétés d'Afrique Subsaharienne, la vulnérabilité des personnes âgées est accentuée par un surplus de responsabilité de prise en charge des autres (enfants et jeunes adultes) qu'elles doivent assumer malgré elles et souvent sans ressources suffisantes. Même si cette situation est vécue partout, c'est seulement dans les zones à forte prévalence de VIH/SIDA (principalement la partie anglophone et australe du continent) que l'intérêt pour la santé des personnes âgées est présent chez les chercheurs et décideurs.

Toutefois, il n'existe pas encore de recherches références qui pourront être généralisées à toute la sous-région. L'Organisation Mondiale de la Santé a réalisée une

enquête sur la santé mondiale (en 2002-2003) qui a couvert quelques pays d'Afrique Subsaharienne. Mais celle-ci n'est pas encore exploitée et ne donne pas une image de la santé des personnes âgées dans la région. Par contre, l'expérience du Québec a permis d'élaborer une monographie sur la santé des personnes âgées à partir des enquêtes réalisées depuis la fin des années 1980.

L'objectif du présent travail est de proposer une méthode de recherche sur la santé des personnes âgées spécifique à l'Afrique Subsaharienne francophone en mettant à profit les approches et indicateurs utilisés dans le cadre des enquêtes réalisées au Québec.

Bref aperçu des recherches en santé sur les personnes âgées en Afrique Subsaharienne

La santé des personnes âgées en Afrique Subsaharienne 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). Les rares tentatives ont porté sur la capacité fonctionnelle et la perception que les personnes âgées ont de leur santé sans pour autant que l'enquête soit spécifique aux personnes âgées (Martin et Kinsella, 1994 ; Dayton et Ainsworth, 2002 ; Gilbert et Soskolne, 2003 ; Kuate-Defo, 2006 et 2005). Au Cameroun par exemple, c'est à l'aide d'une recherche sur la santé des adolescents que la situation sanitaire des personnes âgées a été explorée dans certaines régions (Kuate-Defo, 2006 et 2005). La recherche sur la santé des personnes âgées en Afrique subsaharienne concerne généralement la partie anglophone ou australe du continent à cause de la pandémie du VIH/SIDA (Van der geest, 2002 ; Gilbert et Soskolne, 2003 ; Bakare et al., 2004 ; Ntusi et Ferreira, 2004 ; Ubomba, 2004).

Notons que ces études sont généralement réalisées sur de petits échantillons relatifs à une région, une zone ou une ethnie. Il n'existe pas encore d'études au niveau national dans les différents pays dont les résultats peuvent faire l'objet de comparaison régionale ou internationale. Un examen des recherches sur la santé des personnes âgées

réalisées dans les pays développés (exemple du Québec) permet de nous faire une idée de ce qui est faisable en Afrique Subsaharienne.

Les outils de recherche en santé sur les personnes âgées au Québec

La recherche sur la santé des personnes âgées dans les pays développés en général et au Québec en particulier repose sur plusieurs aspects. Sa problématique porte sur la croissance de l'effectif de la population âgée et surtout de son poids démographique. Cette recherche est aussi réalisée dans le but de connaître l'impact de l'état de santé des personnes âgées sur la consommation des services et de documenter les problématiques associées à leur santé et à leur bien-être.

L'amélioration de la santé de la population en général et celle des personnes âgées en particulier, constitue un défi quotidien pour les décideurs et les chercheurs au Québec. Parmi les multiples enquêtes qui existeraient, nous nous intéressons particulièrement à celles réalisées par la Direction de la Santé Publique en 1987, 1992-1993 et 1998 qui ont permis d'élaborer une monographie des personnes âgées au Québec.

Ces enquêtes ont permis de mettre à la disposition des chercheurs et planificateurs, des informations capitales que l'on ne trouve pas dans les statistiques de routine des différentes institutions sanitaires. Les résultats obtenus dépendent en grande partie des instruments et de la procédure des collectes des informations sur la santé

Instruments et procédure de collecte des données

Les trois enquêtes retenues ont en commun deux types de questionnaires qui doivent être complémentaires (Institut de la Statistique du Québec, 2004). Le premier est un questionnaire rempli par l'enquêteur permettant d'obtenir des informations sur chacun des membres du ménage auprès d'un informateur clé devant être âgé d'au moins 18 ans et en mesure de fournir l'information sur la santé pour chacun d'entre eux.

Les principaux thèmes abordés dans ce questionnaire sont : les renseignements démographiques, socioculturels et socioéconomiques ; l'incapacité et les limitations d'activités ; le recours aux services sociaux ou de santé, la consommation de médicaments, les accidents avec blessures et les problèmes de santé, d'audition et de vision (pas en 1992-93). Les problèmes de santé regroupent l'hypertension artérielle, l'arthrite ou rhumatisme, les maladies de l'œil, les maux de dos ou de la colonne, les troubles digestifs fonctionnels, les troubles de la thyroïde, le diabète, les troubles du sommeil et l'hypercholestérolémie (Institut de la Statistique du Québec, 2004). Les trois premiers problèmes sont les plus cruciaux car ils représentent à eux seuls 95,1% de l'ensemble des maladies chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 1998 (Institut de la Statistique du Québec, 2004). Le développement des connaissances en matière de santé, a permis d'obtenir de nouvelles informations en 1998 qui n'existaient pas dans les enquêtes précédentes. C'est le cas de l'information sur la chirurgie d'un jour, l'hospitalisation et la sécurité alimentaire. L'exploitation de ce questionnaire donne un éventail d'informations sur la santé des personnes âgées au Québec et facilitent la mise en oeuvre du programme d'assurance et de prise en charge. Cependant, il peut arriver, comme dans toute enquête, que l'enquêté ne comprenne pas bien la question posée et donne ainsi une réponse relativement erronée. Mais ces cas sont le plus souvent réglés au moment de l'apurement des données juste avant leur exploitation pour des fins d'analyse.

Le second questionnaire est un questionnaire auto-administré aux personnes de 15 ans et plus. Il aborde les thèmes suivants : les caractéristiques démographiques, socioculturelles et socioéconomiques ; la perception de l'état de santé ; les habitudes de vie (tabagisme, alcoolisme, alimentation, activité physique, poids corporel) ; les manifestations liées à la santé mentale, au suicide et à l'environnement de soutien, et les comportements féminins. Ce second type de questionnaire est d'une importance capitale parce qu'il permet à la personne de répondre sereinement à toutes les questions, sans interactions avec un enquêteur. Il permet, en partie de compléter le premier questionnaire, voire même de le corriger si certaines réponses ne concorderaient pas pour un même individu. Toutefois, elle peut s'avérer peu pertinente à cause de risque de non compréhension de certaines questions par les répondants.

Les indicateurs sur la santé

Dans la monographie réalisée à partir de ces enquêtes, un certain nombre d'indicateurs non exhaustifs ont été produits sur l'état de santé et de bien-être des personnes âgées. Ce sont : la perception de la santé, les problèmes de santé (par âge et sexe), les problèmes auditifs et visuels, les accidents et lieu de survenance, la santé mentale, l'incapacité, la limitation d'activités et le recours aux services de santé et services sociaux.

Perception de la santé

Cet indicateur semble le plus important 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 des différentes enquêtes, cet indicateur est corrélé à plusieurs autres, d'où son importance malgré son aspect assez subjectif.

Les problèmes de santé

Ils donnent une idée sur les maladies les plus fréquentes et leurs distributions par sexe et par âge. Toutefois, ces résultats, associés à la recherche clinique, déterminent la politique sanitaire dans la province et expliqueraient diverses attitudes dans le traitement de certaines maladies. Si nous prenons l'exemple des problèmes du cœur, il semble qu'ils soient plus fréquents chez les hommes. De ce fait, si une femme souffre d'un problème du cœur, les médecins auraient plus tendance à y prêter moins d'attention. Un observateur le considérera comme une discrimination, alors qu'il s'agit juste d'un instinct dicté par l'habitude de l'observation.

Les autres indicateurs

Ils sont importants, mais leur calcul semble plus facile que celui des deux autres à cause de leur caractère moins subjectif. Le recueil de l'information à ce niveau est facilité souvent par l'existence de dossiers médicaux individuels qui peuvent être accessibles. Ainsi tout individu peut être au courant de l'histoire de sa santé, de la comprendre et d'en prendre soin.

Comment adapter la méthode à l'Afrique subsaharienne ?

Les statistiques sur la santé des personnes âgées sont presque inexistantes en Afrique Subsaharienne. Les estimations de l'OMS ne représentent qu'une partie de la réalité de la situation sanitaire dans ces pays car elles se limitent aux enfants, aux femmes ou aux jeunes adultes en général (OMS, 2005). Les niveaux de mortalité montrent l'ampleur de la mauvaise santé adulte en Afrique de manière générale. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance y est inférieure à 50 ans en 2003 et chaque individu passe près de 15% de sa vie dans un état morbide. Parmi les personnes ayant fêté leur 15^{ième} anniversaire, c'est pratiquement la moitié qui ne fêtera pas le 60^{ième}. Pourtant à partir de 60 ans, un africain a moins de 15 ans à vivre en bonne santé (OMS, 2004). Cette situation n'est pas assez différente de celles du reste du monde malgré les diversités socioculturelles (ethnie, religion), socio-économiques et politiques. Cette situation montre donc que les problèmes de santé vécus par les personnes âgées à un moment donné ne sont rien d'autres que les résultats des conditions de vie antérieures.

Les personnes âgées représentent une frange démographiquement négligeable mais socialement significative en Afrique Subsaharienne. Même si elles jouent un rôle important dans la prise en charge des enfants et des adultes malades, elles ont, avec l'âge, besoin d'être soutenues tant physiquement, matériellement que psychologiquement (Van der Geest, 2002). L'accès aux soins des personnes âgées est conditionné par la culture et les moyens économiques. En effet, dans plusieurs sociétés, le recours aux soins de santé modernes est un recours ultime qui a lieu, le plus souvent quand la personne âgée n'a plus espoir de guérison après avoir utilisé le traitement traditionnel. Ce comportement est dicté par trois faits :

- les personnes âgées sont supposées connaître les plantes curatives ;
- couverture très faible des centres médicaux, surtout en milieu rural ;
- manque de moyens de transport et de moyens financiers pour se procurer les soins adéquats.

Au-delà de ces aspects, l'un des problèmes de la santé des personnes âgées vient de la perception même de la vieillesse. Au Niger, par exemple, la vieillesse est considérée comme la pire des maladies. Cette perception de la vieillesse est à la base de l'insouciance ou la résignation qui entourent toute maladie de la personne âgée. L'état de santé dépend aussi des ressources disponibles. La pauvreté reste ainsi le principal obstacle à l'accès aux soins, mais aussi paradoxalement à une bonne santé. Heslop (1999) a d'ailleurs eu des témoignages de personnes âgées au Ghana qui se disent ne pas avoir le droit de tomber malades puisqu'elles n'ont personne pour les aider.

Il ressort de ce qui est dit plus haut, qu'une enquête sur la santé des personnes âgées est pertinente en Afrique Subsaharienne pour connaître et comprendre les caractéristiques réelles de l'état de santé des personnes âgées. Elle permettra de mieux adapter certains programmes mis en œuvre en Afrique sans enquêtes préalables. Nous pensons au programme des soins de santé primaire communément appelé programme de recouvrement de coût dont la pratique a, dans plusieurs régions, réduit le recours aux soins de santé modernes dans l'ensemble de la population.

Applicabilité de la méthode québécoise :

Les deux principaux instruments de collecte utilisés dans les enquêtes québécoises citées plus haut contiennent les informations utiles pour toute enquête sur la santé des personnes âgées.

Les informations sur les caractéristiques démographiques et socioculturelles ne sont pas difficiles à recueillir, quel que soit le lieu d'enquête. Par contre les informations socioéconomiques telles que le revenu et les dépenses de santé sont souvent difficiles à obtenir auprès des individus.

Il en est de même que les informations relatives à la santé des personnes âgées. En examinant d'abord les questionnaires, il ressort que seul le premier est applicable en Afrique Subsaharienne aussi bien pour les personnes âgées que pour les autres groupes d'âges. Le fort taux d'analphabétisme ne permet pas, en effet, à toute personne de

répondre par lui-même au questionnaire auto-administré. A propos des thèmes abordés, tous semblent pertinents si l'on veut avoir des informations nécessaires pour l'élaboration des politiques en matière de santé. Toutefois, peu de maladies liées au vieillissement sont encore connues en Afrique Subsaharienne et peu de centres médicaux détiennent des dossiers médicaux des individus sur le long terme. Par conséquent, pour mieux appréhender le thème relatif aux problèmes de santé, une formation plus adéquate des enquêteurs est nécessaire.

Discussion et conclusion

L'objectif de cet exercice est d'examiner les outils de collecte d'informations sur la santé des personnes âgées au Québec et d'apprécier leur applicabilité dans le contexte africain.

Les travaux réalisés par la Direction de la Santé Publique montrent que deux principaux questionnaires ont servi de recueillir les données sur la santé des personnes âgées. Un premier qui est administré à un représentant du ménage au nom de tous les membres du ménage et un autre auto-administré à chaque individu. A cause du problème du faible taux de scolarité, seul le premier questionnaire est applicable en Afrique Subsaharienne. Quant aux thèmes, s'ils semblent tous importants, seuls ceux relatifs à la capacité fonctionnelle et à la perception de la santé semblent abordables dans une enquête en Afrique Subsaharienne. Les autres thèmes nécessitent de nouveaux investissements financiers pour former les personnels de santé et les agents enquêteurs afin qu'ils puissent au mieux détecter les problèmes de santé des personnes âgées. La perception peut être aussi biaisée quand on sait que la maladie est une fatalité chez la personne âgée dans plusieurs sociétés africaines.

Au niveau des indicateurs, il est nécessaire de prendre en compte la dualité homme-femme ou rural-urbain, car en Afrique Subsaharienne, il existe d'énormes écarts entre hommes et femmes puis entre le milieu urbain et rural sur plusieurs aspects. Et la santé n'y échappe point car la discrimination est présente dans la nutrition, alors que le milieu rural est défavorisé en termes d'infrastructures sanitaires.

Enfin, les résultats de ces études et de bien d'autres dans le reste du monde, montrent des différences entre la santé des femmes et celle des hommes ; celle des pauvres et celle des riches et celle des ruraux et celle des citadins. Ces contrastes sont encore plus visibles et non quantifiables dans les pays d'Afrique Subsaharienne, en particulier dans les pays du Sahel. Les diversités socioculturelles et des pratiques traditionnelles qui influencent les conditions de vie des personnes âgées, peuvent aussi expliquer certaines différences dans la santé des personnes âgées (Ingstad et al., 1992 ; Cliggett, 2001 ; U.S. Census Bureau 2001 ; Williams and Tumwekwase, 2001 ; Van der Geest, 2002 ; Shaibu et Wallhagen, 2002). C'est pour tenir compte de ces différences que les différents questionnaires doivent porter une attention particulière sur le genre. Par ailleurs, le souci de tenir compte des différences ethniques et les contraintes financières des chercheurs pourraient expliquer la forte propension à limiter leurs recherches à quelques groupes ethniques ou sociaux ou à quelques régions homogènes.

Bibliographie

- Bakare and al., 2004, *Nutritional Assessment and Health Status of the Elderly in South Western Nigeria*, Communication presented at The African Conference on Ageing, Johannesburg, Aug.18-20, 14 p.
- Cliggett L., 2001, "Survival Strategies of the Elderly in Gwembe Valley, Zambia: Gender, Residence and Kin Networks", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Vol. 16(4): 309-332.
- Dayton J. and M. Ainsworth, 2002, *The Elderly and AIDS: Coping Strategies and Health Consequences in Rural Tanzania*, Policy Research Working Paper 160, Population Council, 25 p.
- Gilbert L. and V. Soskolne, 2003, «Health, Ageing and Social Differentials: A Case Study of Soweto, South Africa», *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Vol. 18(2): 105-125
- Ingstad B., Bruun, F., Sandberg, E., et Tlou, S., 1992, «Care for the Elderly, Care by the Elderly: The Role of Elderly Women in a Changing Tswana Society», *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Vol. 7(4): 379-398.
- Heslop A., 1999, *Ageing and Development*, Working Paper 3, HelpAge International, Social Development, 36 p.
- Institut de la Statistique du Québec, 2004, *Santé et bien-être : Les personnes âgées à travers les enquêtes de Santé Québec*, 68 pages.
- Kahn K., S. Tollman, M. Thorogood, M. Connor, M. Garenne, M. Collinson, and G. Hundt, 2006, «Older adults and the Health Transition in Agincourt, Rural South Africa: New Understanding, Growing Complexity», in National Research Council, *Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendations for Furthering Research*, The National Academies Press, pp. 5.1-5.25.
- Kuate-Defo, 2006, «Interactions Between Socioeconomic Status and Living Arrangements in Predicting Gender-Specific Health Status Among the Elderly in Cameroon», in National Research Council, *Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendations for Furthering Research*, The National Academies Press, pp. 9.1-9.31.
- Kuate-Defo, B., 2005, «Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de bandjoun au Cameroun», in *Cahiers Québécois de démographie*, Vol. 34(1): 1-46, printemps.
- Martin L.G. and K. Kinsella, 1994, «Research on the Demography of Aging in Developing Countries», in Martin, L.G. and Preston, S.H., (eds.), *Demography of*

- Aging*, Washington, DC: National Academy Press, pp. 356-403.
- Ntusi N. and M. Ferreira, 2004, «South African Doctors and Elderly Patients», *Bold Quarterly Journal*, International Institute of Ageing, Vol. 15(1): 3-13.
- OMS, 2004, *Rapport sur la santé dans le monde 2004 : Changer le cours de l'histoire*, Genève, 187 pages.
- Shaibu S. and M.I. Wallhagen, 2002, «Family Care Giving of the Elderly in Botswana: Boundaries of Culturally Acceptable Options and Resources», *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Vol. 17(2):139-154.
- Ubomba J., 2004, Ageing, Gender and Ethnic Differentials in Chronic Illnesses in Africa: A Lesson from South Africa's Experience with special emphasis on Hypertension, Communication presented at The African Conference on Ageing, Johannesburg, Aug. 18-20, 35 p.
- U.S. Census Bureau, 2001, *An Aging World: 2001*, International Population Reports, 184 pages.
- Van Der Geest, S., 2002, «Respect and Reciprocity: Care of Elderly People in Rural Ghana», *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Vol. 17(1): 3-31.
- WHO, 2001, *Health and Ageing: A Discussion Paper*, [on line]
<http://www.comminit.com/strategicthinking/stcc2001/sld-2103.html>
- Williams, A. and Tumwekwase, G., 2001, «Multiple Impacts of the HIV/AIDS Epidemic on the Aged in Rural Uganda», *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, Vol. 16(3): 221-236.