

Conditions de vie des ménages et comportements thérapeutiques des personnes âgées au Cameroun

Par

FOMEKONG Félicien

Chercheur démographe, Institut National de la Statistique, Cameroun

Et

MVEING Séraphin

*Démographe au Ministère de l'économie, de la planification, de la programmation du développement et
de l'aménagement du territoire, Cameroun*

INTRODUCTION

Le processus de vieillissement est devenu un phénomène social universel qui n'épargne aucun continent (Thierry EGGERICKS et Dominique TABUTIN, 2001 : 23). Dans cette dynamique, la pyramide des âges a subi d'importantes mutations structurelles (plus importantes en milieu rural à cause des dynamiques migratoires), avec une augmentation de la proportion et du nombre des personnes âgées. Selon les estimations des Nations-Unies, près d'un million de personnes passe chaque mois le seuil de 60 ans, âge considéré comme référence dans la limite du vieillissement. Au Cameroun, la même source indique que les personnes de 65 ans et plus représentaient environ 03,6% de la population totale du pays entre 1990 et 2000. Lorsque cette borne est réduite à 55 ans, âge moyen de la retraite dans différentes administrations, cette proportion devient beaucoup plus importante et atteint 05,5% (EVINA AKAM, 2003 : 9). Des projections faites par les Nations Unies, il ressort que cette population va augmenter dans les prochaines années avec la transition démographique en cours et du fait de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance, de l'intégration dans les habitus de fécondité des nouvelles techniques de procréation et de reproduction qui réduisent la part de la population jeune dans la population totale. Cependant, le Cameroun n'a jusque là été plus préoccupé que par la jeunesse de cette population et de ses conséquences (sociales, économiques et politiques), la maîtrise de la procréation à travers la politique de parenté responsable, les questions de santé maternelle et infantile, le cercle vicieux de la crise économique et récemment encore la lutte contre la pauvreté et le fléau sida. Or, les changements dans les structures familiales auxquels se greffent en toute logique des mutations démographiques (l'allongement de la durée de vie, la baisse amorcée de la mortalité et de la fécondité, la surmortalité des adultes atteints de sida, l'émigration juvénile et l'exode rural, etc.) affectent progressivement la structure démographique de sa population, en posant des problèmes liés au vieillissement de celle-ci. Les données censitaires et celles issues de nombreuses enquêtes ou projections démographiques attestent l'irruption d'un nouvel indicateur de l'analyse des faits de population, à savoir le vieillissement en cours d'élaboration. Elles montrent par ailleurs que la proportion et le nombre de personnes âgées prennent de l'ampleur, surtout en milieu rural (Jean Claude BARBIER, Georges COURADE et Patrick GUBRY, 1981-82 :107-147; J. C. BARBIER, G. COURADE et P. GUBRY, 1978). Par ailleurs, le vieillissement de la population constitue désormais un facteur de l'évolution des sociétés ou de changement du fonctionnement des sociétés et préoccupe dans le contexte socio-culturel africain par la crise des solidarités traditionnelles qui l'accompagnent (*Récup'Action*, pp. 9-14). Cette croissance même relative de la population âgée engendre un certain nombre de problèmes dérivés du vieillissement, parmi lesquels la demande de soins de santé en général et le comportement thérapeutique individuel de cette population occupe une place importante surtout lorsque l'on sait le rapport entre les conditions sanitaires et le risque de survivre. Comme le relève Jean-Claude HENRARD (1992 :21) « *Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre des personnes atteintes de maladies chroniques, non mortelles, plus ou moins invalidantes. Ces maladies ajoutent leur retentissement fonctionnel aux effets du vieillissement ; ceci accentue le risque et la difficulté ou même l'incapacité à effectuer un certain nombre de gestes et d'activités de la vie courante. Ces incapacités, lorsqu'elles se conjuguent à un environnement défaillant, sont à l'origine de handicaps ou désavantages sociaux compromettant les six rôles de survie définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : indépendance physique, orientation dans le temps et dans l'espace, capacité à se déplacer dans son environnement immédiat (mobilité), occupations habituelles pour l'âge et le sexe, suffisance économique* ».

Pris dans ce sens, on peut penser que la vieillesse constitue un handicap ou une maladie. L'intérêt de s'interroger sur les comportements thérapeutiques des personnes âgées trouve sa pertinence dans le contexte de changement social et familial en cours et généré par la modernité. Les familles africaines sont aujourd'hui secouées par l'âgisme. En effet, relève Andrews (1992 :22) « *La structure familiale se modifie et on ne peut pas toujours s'attendre que les anciens soient respectés et vénérés comme il était de tradition.* ». Par ailleurs, la crise économique des années 1990 et les mesures d'ajustement structurel prises par la suite par les bailleurs de fonds ont davantage précarisé les conditions de vie des populations, rendant plus difficile l'utilisation des services sociaux payants notamment ceux de santé (COURADE, 1994). Au sein des familles, les inégalités face à la santé se sont accrues en affectant beaucoup plus les populations dépendantes, inactives et les cadets sociaux déjà vulnérables : enfants, femmes, personnes âgées (AKOTO ELIWO, M. et al, 2002). Dans ce contexte, les populations déploient de multiples stratégies pour se soigner. Celles-ci peuvent être discriminatoires selon le sexe, l'âge, le statut familial du patient et bien d'autres variables individuelles et collectives. Le manque d'intérêt accordé à la gérontologie mérite que l'on s'y attarde pour savoir spécifiquement l'importance, les déterminants et les raisons associées aux secteurs de recours thérapeutiques des personnes âgées. En d'autres termes, vers quels secteurs de soins recourent les personnes âgées lorsqu'elles sont malades ? Quels sont les facteurs qui les y prédisposent ? Quelles sont les raisons qui les motivent ? Ces questionnements qui sont la toile de fond de notre analyse.

I. ELEMENTS CONTEXTUELS ET DEFINITION DU CONCEPT

Les pays africains tout comme la plupart des pays en développement sont engagés dans la transition démographique depuis la seconde moitié du 20^{ème} siècle. Cette transition est caractérisée par une réduction des classes d'âge jeune, résultante de la chute relative de la fécondité et par une augmentation des classes adultes et vieilles, conséquences des gains en espérance de vie. Cette transition démographique est également provoquée dans la plupart des cas par des politiques gouvernementales volontaristes et se déroule sur une courte période. Elle pourrait se traduire à court terme par un vieillissement accéléré de la population de ces pays contrairement aux pays développés où le vieillissement démographique a été progressif du fait de l'étalement de la transition démographique sur une longue période.

Dans ces pays, les questions de vieillissement de la population et la situation des personnes âgées fait aujourd'hui l'objet de beaucoup d'intérêt. Si dans la plupart des déclarations de politique de population en Afrique, les personnes âgées représentent désormais un groupe vulnérable, les études et les programmes et politiques en leur faveur sont encore rares.

Pourtant, ce phénomène a été longtemps considéré comme un phénomène propre aux sociétés occidentales. Ces pays ont très tôt réalisé leur entrée dans le schéma de la transition démographique par la maîtrise de la fécondité et de la mortalité, et l'adoption des habitus malthusiens. Le vieillissement de la population se généralise dans le monde entier sous l'effet d'une multiplicité de facteurs sociaux, économiques, politiques, culturels, démographiques propres à chaque contexte humain. Cette pluralité de facteurs explicatifs du vieillissement en cours de la population rend difficile la saisie du phénomène. De même, la définition des personnes du troisième âge varie d'un contexte à l'autre. Même si les institutions internationales

tendent à faire de 60 ans l'âge du début de la vieillesse, les différences observées dans les niveaux de mortalité générale et surtout au niveau de l'espérance de vie à la naissance rend difficile la détermination universelle de la vieillesse. Par conséquent, il se crée à nouveau de spécificités contextuelles qui permettent de parler pour les pays occidentaux de troisième, de quatrième âge, de retraité, etc. Tous ces prés requis nous permettent de nous interroger d'emblée sur ceux qu'on doit considérer comme personnes âgées en Afrique.

Dans le système des Nations Unies, l'âge minimum pour la considération de la vieillesse est généralement de 60 ans. Dans la même perspective, les pays développés ont selon leurs expériences démographiques, adopté cette base pour les recherches et activités gérontologiques ou gériatriques. Face au vieillissement continu de leur population et surtout au rallongement de la durée de vie ou à la valorisation des compétences des retraités, ces pays ont pu aujourd'hui distinguer le troisième du quatrième âge. Or, ce n'est pas la même réalité dans les pays à bas revenus et à faible médicalisation où très peu de personnes sont élues pour vivre jusqu'à 60 ans, surtout depuis que l'on a découvert le risque SIDA. Dans ce sens, le vieillissement ne peut être pris comme une donnée homogène, bien qu'universel. Dans les pays en développement, plusieurs paramètres contextuels devraient entrer en jeu dans la définition des personnes âgées. Ainsi, pour éviter tout équivoque, nous parlerons dans ce travail de personnes âgées par rapport au contexte socio-démographique de l'étude (espérance de vie, niveau de mortalité, etc.). Le premier paramètre démographique est celui de l'espérance de vie à la naissance. Au Cameroun, il est de 54,3 ans (EDS 1998 : 3), alors que la moyenne de l'espérance de vie dans les pays développés est de 76 ans (Nations-Unies, 2003). Cette durée de vie reste inférieure à la moyenne mondiale et se rétrécit considérablement aux âgées plus avancées. Nombreuses sont les familles qui n'ont plus la chance de voir leurs parents vivre au-delà de 90 ans malgré les progrès de la médecine. Deuxièmement, la définition du vieillissement doit prendre en compte *“l'âge où l'on sort théoriquement de l'activité de production”* (EVINA AKAM et Robert RANDRIAMBANONA, 1988 : 2). L'âge médian de la retraite ou de la cessation d'activité au Cameroun est de 55 ans. Il est de 50 ans pour les agents de l'Etat et 60 pour certains cadres des administrations publiques et privées. Cette limite est fonctionnellement dépendante du premier paramètre sus-évoqué mais aussi de la faible espérance de vie à plus de cinquante ans. Dans un contexte où les hommes sont les plus nombreux dans l'espace public, la définition doit également prendre en compte la limite d'âge de fécondabilité des femmes. Socialement, les personnes âgées sont perçues comme toutes celles dont l'âge est supérieur à la cinquantaine. Compte tenu de tous ces paramètres, nous considérons comme personnes âgées toutes celles dont l'âge est supérieur ou égal à 50 ans.

II. DONNEES ET METHODES D'ANALYSE

Les données utilisées ont été collectées par l'Institut National de la Statistique du Cameroun en 2001 dans le cadre de la deuxième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM2). L'objectif principal était de produire les indicateurs sur la pauvreté et les conditions de vie des populations. L'un des modules de cette enquête permettait de recueillir les informations sur la dernière consultation de santé et cherchait à évaluer l'importance de l'accès aux soins de santé. Ces données ont été exploitées à partir des méthodes d'analyse descriptive bivariée et explicatives multivariées en recourant à la régression logistique simple. Ainsi, il est présenté dans un premier temps quelques caractéristiques des personnes âgées (sexe, situation matrimoniale,

religion, niveau d’instruction, situation d’activité, etc.) et des ménages dans lesquels il vivent (taille et niveau de vie). Ensuite, une évaluation du taux de morbidité est faite en relation avec les caractéristiques de ces derniers. Enfin, une analyse des interrelations entre caractéristiques de personnes âgées et de leur ménage et recours aux soins est faite.

III. CARACTERISTIQUES DES PERSONNES AGEES

Milieu de résidence : une population à majorité rurale

La population des ménages comportant au moins un membre âgé de 50 ans ou plus se caractérise par une forte proportion des ruraux (70,9%), davantage les femmes (52,5%) que les hommes (47,5%). De cette asymétrie urbain/rural dans la distribution des catégories ciblées, on peut davantage soutenir l’hypothèse selon laquelle, les personnes âgées sont s’intègrent plus facilement en milieu rural (espace ou les solidarités mécaniques sont encore courantes) qu’en milieu urbain. Autrement dit, il y aurait plus de chance de rencontrer une personne âgée de 50 ans ou plus en zone rurale qu’en zone urbaine.

Situation matrimoniale : une forte proportion des mariés

Lorsqu’on s’intéresse à la situation matrimoniale des enquêtés, on constate que sur trois, deux d’entre eux sont mariés. Les monogames (40,1%) sont les plus nombreux. Le tiers de cette sous-population est constitué des veufs et des séparés.

Religion : une prédominance du christianisme

Les catégories ciblées par l’étude (population des ménages comportant au moins un membre âgé de 50 ans ou plus) sont majoritairement chrétiens, puisque les catholiques et les protestants à eux deux concentrent plus de 64% de la population ; ils sont suivis par les musulmans (20,8%) et les autres religions (15,2%).

Tableau 1 : Répartition des personnes de 50 ans et plus selon leurs caractéristiques socio-démographiques

	Effectif	Pourcentage
<i>Milieu de résidence</i>		
Urbain	480 873	29,1
Rural	1 170 633	70,9
<i>Sexe</i>		
Masculin	784 652	47,5
Féminin	866 854	52,5
<i>Situation matrimoniale</i>		
Célibataire	70 207	4,3
Marié monogame	663 072	40,1
Marié polygame	377 860	22,9
Veuf/séparé...	520 665	31,5
Union libre	19 702	1,2
<i>Religion</i>		
Catholique	627 264	38 0

Protestant	429 209	26,0
Musulmans	342 915	20,8
Autres	251 120	15,2
Ensemble	1 651 506	100

Situation d'emploi : au moins un emploi pour la plupart des enquêtées

Trois quarts des enquêtées dans l'ensemble des ménages comportant au moins un membre âgé de 50 ans ou plus disposent d'au moins un emploi. Cette situation qui peut paraître curieuse serait la conséquence de la forte composition rurale de la population ciblée par l'étude. En effet, trouver un emploi est presque certain en milieu rural où les activités agricoles occupent généralement dans son ensemble les populations.

Niveau d'instruction : une large proportion des sans niveaux

A peine un enquêté sur dix a atteint le niveau secondaire. Le quart de la population est constitué des personnes n'ayant fréquenté que dans le primaire. On constate que près de deux enquêtés sur trois sont sans niveau d'instruction. La faible exposition des ruraux aux infrastructures scolaires conjuguée à la forte pratique des activités agricoles par les populations rurales justifieraient beaucoup plus les bas niveaux d'instruction que la présence des personnes âgées dans les ménages.

Tableau 2 : Répartition des personnes de 50 ans et plus selon leurs caractéristiques socio-économiques

	Effectif	%
<i>Situation d'emploi</i>		
A un emploi	1 227 088	75,0
N'a pas d'emploi	409 507	25,0
<i>Niveau d'instruction</i>		
Sans niveau	1 065 435	64,8
Primaire	411 976	25,0
Secondaire et plus	167 566	10,2

Niveau de vie : une grande majorité des non pauvres

Le niveau de vie n'a pas été directement saisi au moment de l'enquête. L'indicateur a été construit à partir des éléments constitutifs du cadre de vie des ménages. Le niveau de pauvreté d'un ménage bien défini a été retenu comme caractéristique du niveau de pauvreté de chaque membre composant ce ménage. Compte tenu de cette catégorisation, une grande majorité des enquêtées (61,4%) a été classée parmi les non pauvres.

Taille du ménage : les ménages de 5 personnes ou plus en très forte proportion

Plus de 3 enquêtées sur 5 vivent dans les ménages de 5 personnes ou plus. Cette propension aux ménages de taille élevée pourrait se comprendre à travers l'importance des résidents des zones rurales dans la population enquêtées. Le milieu rural se caractérise généralement par la taille des ménages relativement plus élevée que celui des ménages des zones urbaines où graduellement la structure tend à se nucléariser.

Tableau 3 : Répartition des personnes de 50 ans et plus selon le profil de leur ménage

	Effectif	%
Niveau de vie		
Pauvre	638 304	38,6
Non pauvre	1 013 202	61,4
Taille du ménage		
1-2 personnes	335 806	20,3
3-4 personnes	372 024	22,5
5 personnes et plus	943 677	57,1

III. MORBIDITE GENERAL CHEZ LES PERSONNES AGEES

Dans l'ensemble, près de la moitié de personnes âgées d'au moins 50 ans ont été malades au cours des 2 dernières semaines. Ce niveau de morbidité semble varié avec certaines caractéristiques individuelles des ces personnes et des ménages dans lesquels elles vivent.

Morbidité et caractéristiques socio- démographiques des personnes âgées

Certaines caractéristiques des personnes âgées d'au moins 50 ans prédisposent ces derniers au risque de maladie. Ainsi, le fait de vivre en milieu urbain, d'être femme, d'être veuf/veuve/séparé (e) ou d'obédience catholique augmente ce risque comme l'attestent les données du tableau ci-dessous. En effet, les plus faible taux de morbidité sont observés en milieu rural, chez les hommes, chez les non veufs (veuves)/séparés (es), surtout chez les célibataires et chez les non catholiques surtout chez les musulmans.

Tableau 4 : Morbidité selon les caractéristiques socio- démographiques

	Effectif	%
Milieu de résidence		
Urbain	244 662	51,0
Rural	572 734	48,9
Sexe		
Masculin	369 561	47,1
Féminin	447 835	51,7
Situation matrimoniale		
Célibataire	31 944	45,9
Marié monogame	309 756	46,7
Marié polygame	186 125	49,3
Veuf/veuveséparé (e)	279 823	53,7
Union libre	817 397	49,5
Religion		
Catholique	342 438	54,6
Protestant	217 287	50,7
Musulmans	144 757	42,2
Autres	112 271	44,7
Ensemble	816 753	49,5

Morbidité et caractéristiques socio- économiques des personnes âgées

Avoir un emploi diminue le risque de contracter une maladie. Ainsi, selon les résultats du tableau ci-dessous, on peut noter que la proportion des personnes âgées ayant été malade au cours des 2 semaines est moins élevée chez les personnes ayant un emploi que chez ceux qui sont sans emploi. Considérant le niveau d'instruction, c'est chez les personnes ayant le niveau du primaire qu'on observe la proportion des personnes ayant été malade la plus élevée.

Tableau 5 : Morbidité selon les caractéristiques socio- économiques

	Effectif	%
<i>Situation d'emploi</i>		
A un emploi	569 458	46,4
N'a pas d'emploi	242 943	59,4
<i>Niveau d'instruction</i>		
Sans niveau	522 196	49,0
Primaire	221 492	53,8
Secondaire et plus	71 013	49,5

Morbidité et profils des ménages ayant au moins une personne âgée

Contrairement à ce que l'on pouvait penser, les personnes âgées sont moins malades dans les ménages pauvres que dans les ménages non pauvres comme l'atteste les données du tableau ci-dessous. Par rapport à la taille du ménage, le taux de morbidité tend à se stabiliser.

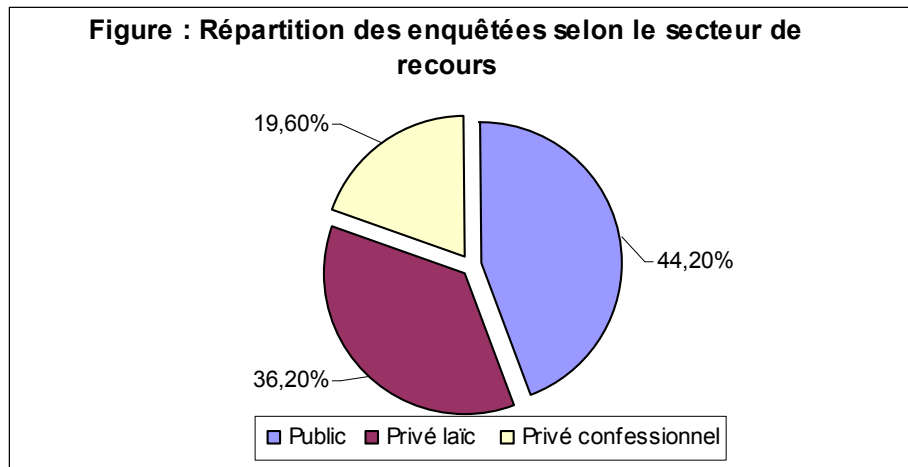
Tableau 6 : Morbidité selon le profil des ménages

	Effectif	%
<i>Niveau de vie</i>		
Pauvre	308 152	48,3
Non pauvre	509 245	50,3
<i>Taille du ménage</i>		
1-2 personnes	170 431	50,8
3-4 personnes	186 781	50,2
5 personnes et plus	460 184	49,5

IV. CHOIX DU SECTEUR DE RECOURS EN CAS DE MALADIES)

Cette section permet de mesurer la demande des soins exprimés par la population âgée en rapport avec le recours à un secteur de soins donné. En Afrique en général, il est reconnu que lorsqu'une personne âgée est malade, elle ou son entourage a le choix entre plusieurs secteurs de consultation : consultation dans une structure de santé public ou parapublic, consultation dans une structure privé laïc (vendeur informel de médicaments, ONG santé, clinique, tradipraticien, etc.), consultation dans une structure de santé privé confessionnelle. S'il est vrai qu'en pour le même épisode de maladie, il peut y avoir recours à un seul, à deux ou à trois secteurs différents, il n'a été retenu lors de l'enquête que le type le plus prépondérant déclaré par l'enquêté. Ainsi, toute la trajectoire thérapeutique du malade n'a donc pas été saisie.

Des résultats, il ressort qu'en cas de maladie le secteur public reste le secteur le plus sollicité par les personnes âgées (42,2%), suivi du secteur privé laïc (36,2%). Le secteur privé confessionnel n'a reçu que 19,6% de personnes. Le coût de consultation dans ces différentes structures pourrait expliquer cette tendance.



Personnes ayant consulté

Des personnes ayant été consulté dans une structure publique, plus de 50% l'ont été par un personnel de santé (infirmier par exemple) et 42,2% par un médecin. Il en est de même de ceux qui ont fait recours à une structure privée confessionnelle soit près de 49,6% qui ont été consulté par un médecin et 44,4% par un personnel de santé. Par rapport au recours à une structure de santé privée laïque, ce sont près de 63,5% de personnes qui ont fait recours soit à un tradipraticien (28,4%) ou à un vendeur informel de médicaments (35,1%) traduisant de ce fait un taux relativement élevé de pratique de l'automédication. Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait que les personnes âgées, par expérience « connaissent » leurs maladies et les médicaments pouvant les soulager. Le recours aux tradipraticiens semble très peu répandu au vu de l'évolution de ce secteur de soins au Cameroun. En effet, avec la crise économique qui fragilise l'économie camerounaise depuis la fin des années 80 et qui a été suivi de la double baisse de pouvoir d'achat des ménages, ce secteur est en pleine expansion.

Ces résultats ne concordent pas avec ceux de NGUINI (1999) au Kenya. Cet auteur montre que les personnes âgées recourent moins aux services de santé modernes et plus aux consultations traditionnelles. Car moins efficaces pour eux (D. Duchesne, 1998). Au Bénin, Mali et Côte d'Ivoire, les personnes âgées semblent plus préférer la médecine moderne, suivi de l'automédication (AKOTO E. M. et al, 2002).

Tableau 7 : Répartition des enquêtées selon la personne qui a consulté par secteur de soins

	Public	Privé laïc	Privé confessionnel	Ensemble
Médecin	42,2	16,6	49,6	35,8
Personnel de santé	56,6	12,4	44,4	40,5
Tradipraticiens	-	28,4	-	9,3
Vendeur informel de médicaments	-	35,1	-	11,5
Autres	1,2	7,5	6,0	2,9
Total	100	100	100	100

Raisons associées aux motifs du choix du secteur de recours

Dans l'ensemble, le coût jugé acceptable de la consultation, la proximité de la structure et la qualité des services sont les principaux motifs qui ont guidé le choix de chacune des structures. Plus spécifiquement, le coût de la consultation a été plus cité par ceux ayant fait recours à une structure privée laïque (43,3% contre 20,3% pour ceux ayant été consulté dans une structure publique et 16,4% pour ceux ayant été consulté dans une structure privée confessionnelle). S'agissant de la proximité de la structure, c'est beaucoup plus chez ceux du secteur public que ce motif a été le plus évoqué (39,5% contre 15% et 25,7% respectivement pour le secteur privé laïc et le secteur privé confessionnel). Enfin, concernant la qualité de service, c'est chez les patients ayant été dans une structure privée confessionnelle que ce motif a été le plus cité (41,1% contre 26,4% pour le secteur public et 12,6% pour le secteur privé laïc).

Tableau 8 : Répartition des enquêté selon le motif du choix du secteur de recours

	Public	Privé laïc	Privé confessionnel	Ensemble
Coût acceptable	20,3	43,3	16,4	26,6
Proximité	39,5	15,0	25,7	29,2
Décision familiale	4,5	5,6	5,8	5,1
Coutume/croyance	0,8	9,8	2,8	4,0
Qualité de service	26,4	12,6	41,1	25,1
Relations	6,8	9,8	6,6	7,7
Autres	1,7	3,8	1,5	2,3
Total	100	100	100	100

V. CARACTERISTIQUES DES PERSONNES AGEES ET CHOIX DU SECTEUR DE RECOURS

Caractéristiques socio- démographiques et choix du secteur

Les résultats du tableau ci-dessous montrent que les personnes âgées vivant en milieu urbain semblent préféré le secteur public que ceux vivant en milieu rural. Ces derniers vont beaucoup plus dans les structures privées. La prise en compte du sexe révèle que les femmes vont beaucoup plus vers les structures publiques que les hommes alors que les hommes semblent préférer plus les structures privées. Par rapport à la situation matrimoniale, on note que les célibataires vont beaucoup plus vers les structures privées confessionnelles et nettement moins dans les structures publiques et privées laïques. On note également des écarts importants entre les personnes vivant en union libre ou mariées polygames et les autres pour ce qui du recours aux structures publiques. C'est également le cas entre ces derniers et les autres pour ces qui est du recours aux structures privées laïques.

Par rapport à la région, on relève que les musulmans recourent nettement moins aux structures privées confessionnelles que les catholiques et les protestants, pourtant, ils semblent être les plus nombreux à préférer les structures publiques et privées laïque.

Tableau 9 : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques socio- démographiques et le secteur de recours (en %)

	Public	Privé laïc	Privé confessionnel
Milieu de résidence			
Urbain	47,6	33,6	18,8
Rural	42,8	37,3	19,9
Sexe			
Masculin	42,3	36,7	21,0
Féminin	45,8	35,7	18,5
Situation matrimoniale			
Célibataire	41,7	30,8	27,5
Marié monogame	41,7	36,4	22,0
Marié polygame	48,6	35,5	16,0
Veuf/séparé...	44,3	36,9	18,7
Union libre	48,3	38,9	12,7
Religion			
Catholique	40,4	39,2	20,4
Protestant	45,0	31,9	23,0
Musulmans	46,6	39,5	13,9
Autres	51,4	31,1	17,5
Ensemble	44,2	36,2	19,6

Caractéristiques socio-économiques et choix du secteur

L'analyse en fonction des caractéristiques socio-économiques des personnes enquêtées montre que les structures publiques et les structures privées confessionnelles semblent être plus sollicitées par les personnes n'ayant aucun emploi que ceux ayant un emploi. Pour ce qui est de l'utilisation des structures privées laïques, elles sont plus fréquentées par les personnes ayant un emploi que les autres.

Selon le niveau d'instruction, les personnes ayant le niveau du primaire sollicitent moins les structures publiques que ceux qui sont sans aucun niveau d'instruction et ceux ayant au moins fait le secondaire. Par rapport aux structures privées, les proportions les plus faibles sont observées chez les personnes ayant fait au moins le secondaire pour ce qui est des structures privées laïques et chez ceux n'ayant aucun niveau d'instruction pour ce qui est des structures privées confessionnelles.

Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon les caractéristiques socio- économiques et le secteur de recours (en %)

	Public	Privé laïc	Privé confessionnel
Situation d'emploi			
A un emploi	43,6	37,0	19,4
N'a pas d'emploi	45,2	34,6	20,2
Niveau d'instruction			
Sans niveau	45,6	35,7	18,7
Primaire	40,3	38,3	21,4
Secondaire et plus	45,4	33,6	21,9

Profil des ménages et choix du secteur

Le profil des ménages est appréhendé à travers son niveau de vie et sa taille. L'analyse a permis de mettre en exergue l'influence du niveau de vie et de la taille des ménages sur le secteur de recours. Il ressort de ces analyses que les personnes non pauvres recourent plus aux structures publiques et aux structures privées confessionnelles que les personnes pauvres qui préfèrent quant à eux les structures privées laïques. Par rapport à la taille du ménage, le recours aux structures publiques semble croître avec la taille du ménage. Par contre, pour ce qui est du recours aux structures privées (laïques et confessionnelles), c'est la tendance inverse qui est observée.

Tableau 11 : Répartition des enquêtés selon le profil du ménage et le secteur de recours (en %)

	Public	Privé laïc	Privé confessionnel
<i>Niveau de vie</i>			
Pauvre	42,1	39,3	18,6
Non pauvre	45,5	34,3	20,2
<i>Taille du ménage</i>			
1-2 personnes	44,0	33,9	22,1
3-4 personnes	45,8	32,8	21,4
5 personnes et plus	52,2	29,0	18,8

VI. Recherche des déterminants du choix du secteur de recours

Les analyses multivariées au moyen des modèles de régressions logistiques sont utilisées pour dégager les associations statistiquement significatives entre les variables explicatives (niveau de vie, taille des ménages, niveau d'instruction, sexe, situation matrimoniale, religion, milieu de résidence et situation d'activité) considérées et chacune des trois variables dépendantes (recours au secteur public, recours au secteur privé laïc et recours au secteur privé confessionnel).

Résultats

Les résultats de la régression logistique montrent que :

Selon le **milieu de résidence** les personnes âgées vivant en milieu rural ont plus de chances de recourir vers le secteur privé que ceux vivant en milieu urbain. Concernant le secteur public, elles ont 20% moins de chances d'y recourir que ceux du milieu urbain.

Selon le **sexe**, on note que les femmes âgées ont moins de chances de recourir au secteur privé (laïc ou confessionnel) que les hommes. Elles ont par contre 1,2 fois plus de chances de recourir au secteur public que ces derniers.

Par rapport à la **situation matrimoniale**, les résultats révèlent que les mariées polygames et ceux qui vivent en union libre ont respectivement 1,3 et 1,4 fois plus de chances de recourir au secteur public que les célibataires. S'agissant du recours au secteur privé laïc, on note que toutes les autres personnes ont nettement plus de chances d'y faire recours que les célibataires. Par rapport au secteur privé confessionnel, les célibataires y font plus recours que les autres.

Concernant la **religion**, les protestants et les musulmans ont légèrement plus de chances de recourir au secteur public que les catholiques. Pour ce qui est du recours au secteur privé, on constate que les protestants ont moins de chances de recourir au secteur privé laïc et plus de

chance pour ce qui est du secteur privé confessionnel que les catholiques. Concernant les musulmans, c'est la tendance inverse qui est observée.

Selon le **niveau d'instruction**, les personnes ayant au moins fait le primaire ont moins de chance de recourir au secteur public que ceux qui n'ont aucun niveau d'instruction. Pour ce qui est du recours au secteur privé, surtout laïc, ces derniers ont plus de chances que les sans niveau.

Selon la **situation d'emploi**, les personnes sans emploi ont légèrement plus de chances de recourir au secteur public et au secteur privé confessionnel que ceux qui ont un emploi. Pour ce qui est du recours au secteur privé laïc, c'est la tendance inverse qui est observée.

Par rapport au **niveau de vie** du ménage, les pauvres ont moins de chances de recourir au secteur public et au secteur privé confessionnel que les non pauvres. On note cependant qu'ils ont 1,4 fois plus de chances de recourir au secteur privé laïc que les non pauvres.

Selon la **taille du ménage**, on constate que plus le ménage est petit, plus les personnes âgées qui y vivent ont moins de chances de recourir au secteur public et plus, elles ont la chance de recourir au secteur privé laïc.

Tableau 12 : Rapports de chances associés au risque du choix du secteur de soins

	Odds ratios		
	Public	Privé laïc	Privé confessionnel
Milieu de résidence			
Urbain (ref)	1	1	1
Rural	0,8*	1,1*	1,2*
Sexe			
Masculin (ref)	1	1	1
Féminin	1,2*	0,9*	0,8*
Situation matrimoniale			
Célibataire (ref)	1	1	1
Marié monogame	1,1ns	1,3*	0,7*
Marié polygame	1,3*	1,2*	0,5*
Veuf (ve)/divorcé (e)/séparé (e)	1,1ns	1,4*	0,6*
Union libre	1,4*	1,4*	0,3*
Religion			
Catholique (ref)	1	1	1
Protestant (e)	1,1*	0,8*	1,3*
Musulman (e)	1,1*	1,2*	0,7*
Niveau d'instruction			
Sans niveau (ref)	1	1	1
Primaire	0,8*	1,2*	1,1ns
Secondaire et plus	0,9*	1,1*	0,9*
Situation d'emploi			
A un emploi (ref)	1	1	1
N'a pas d'emploi	1,1*	0,9*	1,1*
Niveau de vie			
Non pauvre (ref)	1	1	1
Pauvre	0,8*	1,4*	0,9*
Taille du ménage			
1-2 personnes	0,9*	1,2	0,9*
3-4 personnes	0,8*	1,3	0,9ns
5 personnes et plus (ref)	1	1	1

NB : ns non =significatif ; * 1%

Les résultats ci-dessus montrent que même si les conditions de vie des personnes âgées à travers le profil des ménages dans lesquels elles vivent ainsi que de leurs caractéristiques individuelles influencent significativement leur comportement thérapeutiques en terme du choix du secteur de recours aux soins, leur poids dans l'explication de ce choix reste faible. On peut donc penser à une influence d'autres facteurs tels que les facteurs institutionnels et les croyances étiologiques.

L'influence des facteurs institutionnels

Le vieillissement se présente dans les pays en développement en général dans des contextes socio-économiques et politiques, voire institutionnels précaires qui limitent les possibilités d'assistance et d'offre de services spécialisés aux questions de gériatrie ou de gérontologie. Comme il a été dit plus haut, les problèmes les plus préoccupants sont ceux liés à la jeunesse, à la femme, aux questions de pauvreté, etc. Au Cameroun, le vieillissement ne constitue pas à proprement parler un problème, ce qui limite les réponses que la société toute entière et l'Etat en particulier peuvent apporter pour aux besoins sanitaires spécifiques des personnes âgées dépendantes, surtout en terme de facilités à un secteur de soins spécifique.

L'importance des croyances étiologiques

En général dans l'imaginaire collectif, les personnes âgées ne sont pas trop exposées aux maladies. Elles sont plutôt perçues comme des individus victimes de leur âge suffisamment avancé, ce qui entraîne un affaiblissement du système immunitaire. Dans cette logique, la vieillesse constitue en soi une maladie incurable. Dès lors, en cas de maladie, ils sont souvent très peu conduits dans les services hospitaliers. Dans la plupart de cas, on considère les personnes âgées comme des "morts vivants", c'est-à-dire des personnes pour qui les recours thérapeutiques n'ont parfois plus une grande importance dans la mesure « *ils n'attendent plus que la mort...quel que soit ce qu'on leur donnera comme soins, ça ne rallongera plus leurs jours. Ils savent eux-mêmes et parfois ils vous disent de ne plus vous casser pour eux, mais d'investir sur les jeunes enfants car la famille peut plus compter sur ces derniers que sur les vieillards* ». Le fait de concevoir les dépenses allouées aux soins des personnes âgées comme des investissement improductifs limite la demande et l'accès aux soins dans les services spécialisés et justifie davantage le recours à l'automédication familiale. Tout ce background culturel joue en défaveur des recours aux secteurs modernes des soins par les familles des personnes âgées dans la mesure où elles deviennent des personnes dépendantes. Ces analyses montrent l'influence de la construction sociale et culturelle de la maladie sur l'accessibilité culturelle aux soins de santé au sein de toute la communauté dans la mesure où chaque population a sa manière de vivre et de penser sa santé, de se soigner qui lui semble idéale en fonction de certains repères socio-culturels. Ce sont ces croyances étiologiques qui influencent également la demande de soins des personnes âgées et oriente le choix des secteurs de recours au sein des familles camerounaises.

CONCLUSION

Nous sommes presque au terme de cette réflexion qui nous aura permis d'analyser les comportements thérapeutiques des personnes âgées, en rendant compte tout d'abord de la morbidité chez ces derniers et en essayant chaque fois de voir le choix du secteur de recours au soins. Cette étude nous permet de constater le pluralisme thérapeutique à travers une diversité de recours aux différents secteur de soins et les logiques qui sous-tendront dans une moindre mesure les pratiques sociales en matière de santé des populations en général et à celle de cette catégorie

socio-démographique assez fragile en particulier. Le recours aux soins est multiple et parfois même simultané, oscillant entre tradition et modernité. Les recours et itinéraires thérapeutiques semblent bien aller de pair avec les croyances étiologiques dans la mesure où toutes les conduites en matière de santé restent enveloppées par la perception de la vieillesse et les représentations des maladies autant par ces personnes âgées que par le réseau social dans lequel elles vivent quotidiennement. En effet, les recours thérapeutiques sont variés et conformes aux caractéristiques sociodémographiques des vieillards, leur niveau de dépendance à l'égard de leur entourage et les conditions de vie de leur ménage. Par ailleurs, même si l'on a constaté dans les études antérieures la responsabilité de ces personnes dans la prise en charge des soins, il convient de relever que l'importance de la famille (descendance) n'est pas moins remarquable lors d'un épisode de maladie. Il faut enfin noter que l'importance accordée aux soins modernes ne témoigne pas du rejet de la tradition dont les atouts sont d'ailleurs relevés.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AERTS, J.-J. et al., *L'économie camerounaise. Un espace évanoui*, Paris, Karthala, 2000, 287p.

AKOTO, E. M. et al., Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest: pluralisme thérapeutique entre traditions et modernité (Bénin, Côte d'Ivoire et Mali), *Les Cahiers de l'IFORD*, n°27, 2002, 169p.

ANDREWS, G. « Research direction in the region : past, present and future », in Philips, R.David, *Ageing in East and South-East Asia*, London, Edward Arnold, 1992.

BARBIER, J. C., COURADE G. et GUBRY, P., « L'exode rural au Cameroun », *Cahier ORSTOM*, Série Sciences Humaines, Vol. 18, n°1, 1981-82, pp. 107-147

BARBIER, J. C. ;COURADE, G. et GUBRY, P. , *L'exode rural au Cameroun*, Collection Travaux et documents de l'ISH, n°11, 1978,112 p.

COURADE, G. (sous la direction), *Le village camerounais à l'heure de l'ajustement*, Paris, Karthala, 1994.

DESSOUANE, P. et VERRE, P. “Cameroun : du développement autocentré au nationallibéralisme”, pp.111-119, in *Le réveil du Cameroun*, Politique africaine n°22, Paris, Karthala, 1986.

Duchèsne, D ; *Evaluation de la fonction de demande de soins de santé en Tanzanie*, CRDE, Uninersité de montréal, Octobre 1998 *Enquête Démographique et de Santé 1998*, BUCREP/MINPAT

EGGERICKX, Th. et TABUTIN, D. (Nov. 2001) *Le vieillissement démographique dans le monde. Historique, mécanismes et tendances*, Université catholique de Louvain, Département des Sciences de la Population et du développement, Document de travail n° 14.

EVINA AKAM et RANDRIAMBANONA, R., *Vieillissement et besoins éducationnels des personnes âgées. Le cas spécifique de l'Afrique*, Communication présentée à la rencontre d'experts organisée par le BIT, l'AIUTA, l'IEIAS et l'AIDAC, Genève, 8-10 décembre 1987, Document de recherche n°86, Institut de démographie/Université Catholique de Louvain, Janvier 1988

EVINA AKAM, Interview réalisée dans le dossier de Récup'Action n°006, décembre 2003

FOMEKONG Félicien ; Influence des caractéristiques démographiques et socio-économiques sur la prise en charge du paludisme dans une plantation du Sud Cameroun (Hévécam), Mémoire DESSD, Janvier 2004

FOMEKONG Félicien, Honoré MIMCHE, Le vieillissement de la population en Afrique subsaharienne. Quels défis pour les politiques sociales et de population ? in revue Internationale des Sciences Humaines et Sociales, Vol1, No 1 Août 2006, Yaoundé- Cameroun

GENDREAU, F., *Démographie africaine. Perspectives sur l'an 2000*, AUPELF/UREF.

HENRARD, J.-C., Le système de soins et d'aide aux personnes âgées , pp. 21-35, in Plan urbain et MIRE, *Vieillir dans la ville*, Paris, L'Harmattan, Collection « Villes et Entreprises » Ministère de la santé publique, 1990, *Carte sanitaire du Cameroun*.

Nations-Unies, *Perspectives de la population dans le monde 2002*, Population Reference Bureau, 2003

NGUINI, R : *Health seeking behaviour in the reform process for rural household : the case of Mwea division, Kiringaga district*, AERC Research paper 95, Nairobi, Mars 1999

OMS, Gouvernement du Mali, UNICEF, 1999, *Rapport sur la revue de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako*, Bamako, 8-12 mars 1999.

OMS : *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*, 2002.