

Ministère de l'Education Nationale

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2004/2005

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

Thèse N°...../2005

TITRE :

<p>AUTONOMIE, DEPENDANCE ET SANTE DES PERSONNES AGEES CAS DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)</p>

Thèse présentée et soutenue publiquement le...../2005

devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

par Monsieur **OUAKAM OUAKAM Jacques Fernand**

pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat).

JURY

PRESIDENT

Pr Abdoulaye Ag **RHALY**

MEMBRE

Dr Mamadou **KONATE**

DIRECTEUR

Pr Sanoussi **KONATE**

CODIRECTEUR

Dr Samba **DIOP**

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2004 – 2005

ADMINISTRATION

DOYEN : MOUSSA TRAORE - PROFESSEUR

1^{ER} ASSESSEUR : MASSA SANOGO - MAITRE DE CONFERENCES

2^{EME} ASSESSEUR : GANGALY DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE.

SECRETAIRE PRINCIPAL : YE MENIGUE ALBERT DEMBELE - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE.

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL – CONTROLLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE
D.E.R DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aida SOW	Gynéco Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale et thoracique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-obstétrique

5. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie -Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie - Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie – Traumatologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie-Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Aly TEMBELY	Gynécologie Obstétrique
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	O.R.L
Mr Samba Karim TIMBO	O.R.L

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie

Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie–Mycologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie chef de D.E.R
Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr. Flabou Bougoudogo	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie
Mr.Massa SANOGO	Chimie Analytique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie

Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie organique

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie moléculaire
Mr Guimogo DOLO	Entomologie moléculaire
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie moléculaire
Mr Djibril SANGARE	Entomologie moléculaire
Mr Mouctar DIALLO	Biologie parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Sacko	Biochimie

D.E.R DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar Alassane TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie

Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hepato-gastro-Entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-Entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses

5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

4. MAITRE ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Ababacar I. MAIGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

5. ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique, Chef de D.E.R.
----------------------------	---------------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
---------------------------	-----------------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
---------------------------	-----------------------

4. MAITRE ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane DICKO	Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N’Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Eric PICHARD	Pathologie Infectieuse
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DE JURY

A notre Maître et juge Professeur Abdoulaye AG Rhaly
Professeur Titulaire de médecine interne,
Ancien directeur de l'INRSP,
Ancien secrétaire général de l'OCCGE,
Directeur national du CNESS,
Chargé de cours d'endocrinologie de sémiologie et de pathologie médicale.

Cher maître,

Nous avons été séduits par la clarté de votre enseignement, vous nous avez transmis l'amour de la médecine. C'est avec une extrême rigueur que vous avez participé à l'amélioration de la qualité de ce travail. En plus de vos mérites scientifiques unanimement reconnus, Nous garderons de vous l'image d'un homme de caractère à la fibre paternelle prononcée et dévoué à ses étudiants.

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples sollicitations.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A notre maître et juge

Docteur Mamadou KONATE

Ancien directeur du Centre National d'Immunisation (CNI)

**Ancien secrétaire Général du Centre d'Etudes et de Recherche en Gériatrie et
Gérontologie**

**Ancien directeur de la l'institut National D'études et de recherche en Géronto-Gériatrie
appelé la "Maison des Aînés"**

Cher maître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre ardeur, votre expérience, votre dévouement à la recherche gériatrique, vos connaissances forcent notre admiration.

Cher maître soyez assuré de notre profond respect.

A notre maître et codirecteur de thèse

Docteur Samba Diop

**Enseignant-chercheur en Ethologie - écologie humaine, anthropologie et éthique
publique & sociétale / bioéthique**

Cher maître,

Vous nous avez accepté auprès de vous pour nous former sans ménager votre peine. Vos éminentes qualités humaines de pédagogue émérite ainsi que votre rigueur scientifique nous ont à plus d'un titre émerveillé.

La rigueur d'un travail scientifique, ainsi que la méthodologie nous l'avons perfectionné auprès de vous. Votre assiduité dans le travail, votre disponibilité constante, votre grande ouverture et vos conseils nous ont marqués. Votre humanisme nous a frappé dès les premiers instants ; à vos côtés le travail est comme une partie de plaisir.

Permettez-moi cher maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre attachement.

A notre maître et directeur de thèse
Professeur Sanoussi Konaté
Premier directeur de la cellule de planification
Maître de conférences en Santé publique

Cher maître,

Quel énorme privilège vous nous avez fait en acceptant de diriger ce travail.

Votre apport dans la réalisation de ce travail démontre vos qualités en santé publique. Vous nous avez fait profiter de votre expérience et de vos connaissances. Vous nous avez donné l'occasion de découvrir un modèle de maître auquel tout étudiant aimerait ressembler. Votre calme et votre sérénité sont des qualités idéales. Nous vous en remercions.

Recevez cher maître l'expression de notre profond respect.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS

GLOSSAIRE

INTRODUCTION ----- 1

1. CADRE THEORIQUE----- ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

1.1. QUI EST LA PERSONNE AGEE ? -----	5
1.2. LE MYTHE DU VIEILLISSEMENT -----	7
1.3. PERSONNES AGEES ET SOCIETES -----	7
1.3.1. ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES -----	8
1.4. SANTE ET VIEILLISSEMENT -----	9
1.4.1. LE VIEILLISSEMENT HUMAIN -----	10
1.4.1.1. Origines du vieillissement -----	10
1.4.1.1.1. Théorie de l'usure -----	10
1.4.1.1.2. Théorie du vieillissement cellulaire -----	10
1.4.1.1.3. Théorie immunitaire -----	11
1.4.1.1.4. Théorie des radicaux libres -----	11
1.4.1.1.5. Théorie du mutationnisme -----	11
1.4.1.1.6. Théorie de la glycation des protéines -----	12
1.4.1.2. Effets du vieillissement sur l'organisme -----	12
1.4.1.2.1. Effets du vieillissement sur les métabolismes -----	12
1.4.1.2.2. Effets du vieillissement sur le système nerveux central et périphérique -----	13
1.4.1.2.3. Effets du vieillissement sur le système nerveux autonome -----	13
1.4.1.2.4. Effets du vieillissement sur le système cardiovasculaire -----	14
1.4.1.2.5. Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire -----	14
1.4.1.2.6. Effets du vieillissement sur l'appareil digestif -----	15
1.4.1.2.7. Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur -----	15
1.4.1.2.8. Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire -----	15
1.4.1.2.9. Effets du vieillissement sur les organes sexuels -----	16
1.4.1.2.10. Effets du vieillissement sur la peau et les phanères -----	16
1.4.1.2.11. Effets du vieillissement sur le système immunitaire -----	16
1.4.1.3. Vieillesse et maladie -----	16
1.5. DEPENDANCE ET VIEILLISSEMENT -----	17
1.5.1. DEPENDANCE PHYSIQUE -----	18
1.5.2. DEPENDANCE FAMILIALE -----	18
1.6. PERSONNES AGEES ET FAMILLE -----	19
1.6.1. DEFINITION DE LA FAMILLE -----	19
1.6.2. FAMILLE ET PERSONNE AGEES DANS LES SOCIETES INDUSTRIELLES -----	20
1.6.3. FAMILLE ET PERSONNE AGEES DANS LES SOCIETES DITES EN DEVELOPPEMENT -----	21

2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE-----23

2.1. CADRE D'ETUDE -----	24
2.2. TYPE D'ETUDE -----	24
2.3. POPULATION D'ETUDE -----	24
2.4. ECHANTILLON ET VARIABLES -----	24
2.4.1. METHODE D'ECHANTILLONNAGE -----	24

2.4.2. CALCUL DE LA TAILLE DE L'ECHANTILLON	24
2.4.3. REPARTITION DE NOTRE ECHANTILLON	25
2.4.3.1. Tirage des communes	25
2.4.3.2. Tirage des quartiers par commune	25
2.4.3.3. Tirage des personnes âgées par quartier	25
2.4.3.3.1. Commune 2	26
2.4.3.3.2. Commune 4	26
2.4.3.3.3. Commune 5	26
2.5. VARIABLES, MATERIELS ET METHODES	28
2.5.1. METHODES	28
2.5.1.1. Interrogatoire	28
2.5.1.2. Examen clinique	28
2.5.2. VARIABLES ET MATERIELS	28
2.6. ASPECTS ETHIQUES	29
3. RESULTATS	31
4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	53
4.1. LIMITES DE L'ETUDE	54
4.2. ASPECTS DEMOGRAPHIQUES	54
4.2.1. CATEGORIES D'AGE	54
4.2.2. SEXE	54
4.2.3. GROUPE ETHNIQUE	54
4.2.4. NIVEAU SCOLAIRE	54
4.2.5. LIEU D'HABITATION	54
4.2.6. PERCEPTION DE PENSION	54
4.2.7. MONTANT DE LA PENSION	55
4.2.8. REPARTITION DES PERSONNES AGEES EN FONCTION DE LA CLASSE PROFESSIONNELLE AVANT L'AGE DE 60 ANS	55
4.2.9. ACTIVITE ACTUELLE	55
4.2.10 SITUATION MATRIMONIALE	55
4.3. SANTE DES PERSONNES AGEES	56
4.3.1. CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN	56
4.3.2. PREFERENCE MEDICALE	56
4.3.3. HANDICAP PHYSIQUE	56
4.3.4. DEPENDANCE PHYSIQUE DES PERSONNES AGEES	56
4.3.5. DEPRESSION CHEZ LES PERSONNES AGEES	56
4.3.6. GROUPE DE PATHOLOGIES PRESENTEES	57
4.3.7. AUTRES PATHOLOGIES PRESENTEES	57
4.3.8. TYPE DE MEDICAMENTS PRIS PAR LES PERSONNES AGEES	57
4.4. RAPPORT SOCIAL DES PERSONNES AGEES	57
4.4.1. RAPPORT FAMILIAL	57
4.4.1.1. Rapport avec les membres de la famille	57
4.4.1.2. Respect des personnes âgées par les jeunes	57
4.4.1.3. Relation intergénérationnelle	57
4.4.1.4. Vécu avec ou sans aide familiale	58
4.4.2. RAPPORT AVEC L'ETAT	58
4.4.2.1. Prise en charge des personnes âgées par l'Etat	58
4.4.2.2. Importance aux yeux de la communauté	58
4.5. MAISON DE RETRAITE	58
4.5.1. CONNAISSANCE DES MAISONS DE RETRAITE	58
4.5.2. VECU DANS LES MAISONS DE RETRAITE	58

<u>5.</u>	<u>CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</u>	<u>59</u>
5.1.	CONCLUSION	60
5.2.	RECOMMANDATIONS	61
5.2.1.	A L'ETAT	61
5.2.2.	AUX AGENTS DE SANTE PUBLIQUE	61
5.2.3.	AUX MEDECINS	62
5.2.4.	A LA POPULATION	62
<u>6.</u>	<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</u>	<u>63</u>

ABREVIATIONS

ADL : activity daily living

AGGIR : autonomie gérontologique groupe iso ressources

OMS : organisation mondiale de la santé

I.C : Intervalle de confiance

Glossaire [1]

Autonomie : Ensemble des habiletés permettant à une personne de se gouverner par ses propres moyens, de s'administrer et de subvenir à ses besoins

Aidant naturel : Parents accordant leur aide aux personnes âgées

Climatérique : Selon le petit Larousse climatérique se dit de chacune des années multiples de 7 ou de 9 surtout la soixante troisième (produit de 7 par 9)

Dépendance : Difficulté ou incapacité d'effectuer les gestes de la vie courante

Gériatrie : Il s'agit d'une branche de la gérontologie consacrée à l'étude de la personne âgée sur le plan médical

Gérontologie : Science des problèmes biologiques, physiques, sociaux et économiques des personnes âgées. C'est l'étude des modifications que l'âge engendre sur le fonctionnement humain sur les plans biologiques, psychologiques et social. C'est tout simplement une approche des problèmes de la vie.

Invalidité : Baisse du potentiel physique d'une personne pouvant donner lieu à une indemnisation

Personnes âgées : La personne âgée est une entité pas facile à exprimer. Le problème est différent d'une société à une autre. Au Canada et aux Etats Unis n'est âgée qu'une personne qui va en retraite c'est-à-dire entre 65 et 70 ans. Pour d'autres, être une personne âgée se dégage du fait où le corps ne suit pas l'âge chronologique. Comme quoi être âgées découle du vieillissement différentiel. Mais selon l'O.M.S. être une personne âgée est synonyme d'avoir au minimum 60 ans.

Perte d'autonomie ou dépendance : C'est la difficulté ou l'incapacité à accomplir des gestes de la vie courante. Elle influence le risque décès et la qualité de vie.

Vieillesse : Processus continu et irréversible qui s'inscrit dans la temporalité de l'individu du début à la fin de sa vie. Pour Michel Philibert c'est partout et toujours une personne plus âgée que la plupart de celles qui l'entourent. Mais une définition plus exacte du vieillissement serait difficile à établir. L'humain est un être biologique, pensant, social, affectif dont le vieillissement concerne ces différentes composantes. C'est ainsi que nous parlerons de vieillissement différentiel ou « des vieillissements » ; parmi lesquels le vieillissement pathologique est la représentation populaire de la vieillesse.

Vieillesse différentielle : Phénomène résultant de l'écart entre âge chronologique d'une personne c'est à dire le nombre le nombre d'année écoulée depuis sa naissance et son âge biologique correspondant à ses performances physiologiques. Il s'agit en quelque sorte du vieillissement de certains domaines biologiques par rapport à d'autres.

- *vieillesse physique* : c'est la perte progressive de la capacité du corps à se renouveler ;
- *vieillesse psychologique* : c'est la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de sa vie affective de l'individu ;
- *vieillesse comportementale* : résultats des changements ci-dessus dans le cadre d'un milieu donné et regroupant les aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation ;

Sénescence : Affaiblissement déterminé par l'âge c'est le vieillissement

Sénilité : Affaiblissement progressif des facultés corporelles et mentales chez le « vieillard »

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Le vieillissement est un phénomène de plus en plus préoccupant suscitant actuellement l'attention des médias et des gouvernements. L'état des recherches face à cette pathologie reste pour l'heure imprécis quant à la véritable raison de la genèse du processus. Les pays industrialisés ont depuis longtemps lancé la lutte contre ce problème de santé publique ainsi que de toutes ses conséquences sur les classes climatiques à croissance exponentielle. En Chine, les personnes âgées représentaient au 5^{ème} recensement national 132 millions de sexagénaires [2] soit environ 10 fois l'Etat du Cameroun. La vie sociale, politique économique de même que sanitaire des personnes âgées dépendent de leur rapport communautaire de leur place dans la famille et la société et surtout leur niveau social avant la retraite ou l'âge de 60 ans. Simone Beauvoir cité par Enos [3] abrège cette situation en ces termes "si la vieillesse en tant que destin biologique est une réalité, il n'en reste pas moins que ce destin est vécu de manière variable selon le contexte social". En Afrique le vécu social reflète une toute autre réalité. L'économie relativement inférieure à ceux des pays industrialisés, offre cependant des conditions diverses. En proie à une croissance exponentielle des personnes âgées (60% des 580 millions que compte notre planète) [4], la difficulté et la prise en charge des aînés revêt un caractère éprouvant pour nos pays.

Qualifié de drame du continent par le docteur Mamadou Coumé [5], le vieillissement n'est pas une préoccupation majeure du continent africain meurtri par les guerres, la famine, les maladies en l'occurrence le VIH-SIDA. Elle fait actuellement la première préoccupation des pays en développement. Au Mali, la prise en charge des personnes âgées est à l'état embryonnaire. Les études réalisées par son Institut de géronto-gériatrie dénoncent la marginalisation des personnes âgées (makôrô*) dont l'évolution fatale se fait vers une déliaison sociale par les jeunes. La santé et la dépendance des personnes âgées reste à évaluer. Cette dépendance beaucoup plus physique dans les pays nordiques serait autre chose dans nos contrées. La fragilité du thème choisi est certaine. Il concerne la personne âgée à la fois dans sa vie familiale et sociale et sur le plan de sa santé.

* Personne d'un certain âge en langue Bamanankan

Objectifs

Objectif général

Etudier la personne âgée dans son espace de vie qu'est la société malienne.

Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer l'importance de la personne âgée dans la société malienne
- ✓ Evaluer la dépendance, l'autonomie et la santé des personnes âgées
- ✓ Evaluer la prise en charge des personnes âgées par l'Etat

1. CADRE THEORIQUE

Dans les sociétés contemporaines, l'évolution dans les tensions modernisées est d'autant plus rapide que certaines classes d'âges ont du mal à suivre. Notre avenir est d'ors et déjà érigé par la société. Les personnes âgées sont le reflet de notre quotidien et de notre avenir. A travers cette classe d'âge que d'aucuns qualifieraient de « *hors jeu social* », nous découvrons des éléments qui pourraient nous aider à mieux comprendre les enjeux les valeurs et les éthiques nécessaires et indispensables à notre humanisation tout au long de notre séjour ici bas. Mais il n'en est pas moins que cette classe climatérique souffre de plusieurs maux dont les « adultes jeunes » sont loin de connaître si ce n'est qu'en faisant partie de cette classe. Les sciences que sont la gérontologie et la gériatrie s'attellent à l'étude des classes climatériques tant sur le plan médical que social en essayant de définir les éléments entourant et matérialisant la vie des personnes âgées. « Vieillir » est un mot qui fait cependant peur à certains tout en laissant d'autres indifférents. Mais à quel moment débute ce vieillissement ? Des discussions vives sans vraiment trouver de solutions ont été faites à ce propos ; certaines personnes s'accordent à dire qu'il n'est pas fonction de l'âge mais du vieillissement biologique qui parfois ne suit pas le vieillissement numérique (notion de vieillissement différentiel).

Selon l'OMS le vieillissement est pris en compte chez une personne lorsqu'elle passe la barre des soixante années de son existence. Mais la science met en évidence un vieillissement plus précoce ceci du fait de modifications génétiques portant sur le chromosome et le métabolisme oxydatif. Ces maux sont de plusieurs ordres : politiques, économiques, sanitaires, familiaux et éducatifs. Une approche plus complète du problème nécessite un passage obligatoire par quelques définitions nécessaires sur les personnes âgées.

1.1. Qui est la personne âgée ?

Le passage de l'enfance à l'âge adulte suscite l'engouement chez les plus jeunes ; mais celui de la personne adulte à la dernière ligne droite de la vie qu'est une personne âgée est pour la plus part très difficile à vivre. Pourquoi cela ? La personne âgée, fruit d'une longue existence et expérience sociétale n'est autre qu'une bibliothèque assez fournie témoins d'une autre époque. Les personnes âgées encore appelées « aînées » dans certains pays, " makôrô " en langue Bamanan* signifiant aîné, "elderly" dans la langue de Shakespeare, représentent dans bien des contrées un patrimoine humain fort précieux dont il faut craindre la croissance exponentielle dans les années à venir.

* Langue d'Afrique subsaharienne

En France, les 60 ans et plus représentaient 20% de la population en 1998. Le vocabulaire gérontologique est forcé de s'incruster de plus en plus dans cette société en perpétuelle mutation, laisse découvrir ce qui va révéler la nature exacte de nos aînés [6]. Partant des pathologies handicapantes en passant par l'altération physique et parfois psychique (du fait de la perte des proches et du rejet par la société), la personne âgée est l'expression même d'une baisse des capacités générales dont les capacités de déplacement, les capacités intellectuelles [7], les capacités tant physiologiques qu'anatomiques ainsi que la perte des moyens de raisonnement et de jugement. C'est ainsi que Michel Philibert déclare à ce propos en 1984 in *Statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et préindustrielles* : « Vieillir, pour tout être vivant, c'est à la fois durer et changer, avancer en se déformant, vers un terme certain quant au fait, et incertain quant aux circonstances ». Etre déclaré une personne âgée par son âge n'est pas un fait unanime. Cette notion diffère selon les sociétés, les chercheurs et les états. De part la variabilité différentielle d'un individu à l'autre, le vieillissement ne serait pas un déclin fonctionnel génétiquement programmé [8]. Dans certains cas, un vieillissement prématuré de cause génétique peut être en désaccord avec cette théorie. Plusieurs études s'accordent à considérer comme personne âgée toute personne entrant en retraite.

Cette vision de la personne âgée est plus applicable aux pays industrialisés quoique cette représentation du statut socioprofessionnel semble de plus en plus remise en cause tout en posant d'énormes défis d'innovation sociétale au patronat et au pouvoir politique, notamment en France. Vu que l'âge de la retraite au Mali est fixé à 55 ans ; exception faite aux cadres de l'enseignement supérieur qui peuvent exercer jusqu'à 65 ans [9] serait-ce donc des personnes âgées pour autant ? Cette dernière notion de retraite ne conviendrait pas aux individus chômeurs ou même à ces salariés qui ont encore parfois beaucoup à donner d'eux. L'âge, dernier facteur sur lequel s'affrontent et s'accordent une multitude de théorie serait moins révélateur de notre état de vieillesse. Mais de quel âge s'agit-il ? Âge chronologique, âge physiologique ou biologique, âge mental ou social ? Certains pays considèrent comme personne âgée tout individu ayant 65 ans ou plus ; comme c'est le cas aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada. Mais dans certains pays africains comme le Mali et la Tunisie, la personne âgée est par définition un individu de 60 ans et plus. L'O.M.S. proposa une classification sur la base chronologique des sujets âgés (in AMYOT J-J. p. 10)

- personnes d'âge moyen : 40 - 59 ans
- **personnes âgées : 60 - 74 ans**
- vieillards : 75 - 90 ans
- grands vieillards : plus de 90 ans

Une chose demeure certaine, quelque soit les considérations divergentes, une personne âgée sera toujours une personne plus âgée que la plupart de celles qui l'entourent, une personne qui a vécu plus que toutes celles qui font son entourage et c'est une personne qui sait que le temps qui lui reste à vivre est inférieur tout au plus égal à celui qu'il a déjà vécu [10].

1.2. Le mythe du vieillissement

Le vieillissement est un phénomène très divers. La divergence vient de la constitution et de l'espèce telle chez les animaux avec des records atteignant 200 ans pour les mollusques bivalves, les palourdes américaines et les glycimères. La flore voit son âge déterminé par les anneaux de croissance. Ainsi le Bristlecone peut vivre environ 5 000 ans [11]. Chez l'homme, de son comportement tant social qu'alimentaire et sportif, l'évolution dans la pyramide du vieillissement génère des groupes très variés. Dans cette aire de la mondialisation, la conception positive du vieillissement ne serait autre que le fait de leur influence et de l'accroissement numérique des aînés [12]. Sur l'observation des études réalisées à cet égard, la complexité de l'approche rend le problème difficile à cerner surtout avec la considération récente de la sexospécificité [13]. Résultat de l'intrication synergique de l'évolution biologique, sociale, culturelle, expérientielle (vécu personnel) et environnementale, le vieillissement est de ce fait un facteur multifactoriel et doit à ce titre être abordé d'une façon transdisciplinaire, holistique et contextuelle.

1.3. Personnes âgées et sociétés

Les personnes âgées méritent d'être connues de la société qui ne voit en eux qu'une étape de leur existence à laquelle il ne faudrait pas arriver. Les personnes âgées désignent une catégorie sociale, comme une corporation regroupant les individus qui appartiennent à une même profession, ou comme le nom d'un pays sert de racine à la désignation de ses habitants. En proie à une baisse d'activité et de performance physique les personnes âgées sont multi-dépendants et réclament une attention plus grande attention à leur égard. Quelles sont la vie familiale et sociétale dans la dépendance ou non des personnes âgées atterrés parfois par de multiples maladies ?

1.3.1. Aspects socio-démographiques

Dans les sociétés industrialisées, les générations *Baby boom* (*les soixante-huitards*) arrivent déjà à la vieillesse. L'effet résultant étant l'évolution démographique des populations vers la sénescence. Nous nous intéresserons dans ce paragraphe aux mutations minant les sociétés ainsi que les actifs de cette mutation. Ces variations ou réalités de la population sont d'un grand intérêt d'étude et d'intervention dans les pays industrialisés. Cependant, ils suscitent très peu de curiosité chez les statisticiens, les chercheurs ou universitaires ou encore pouvoir public dans la majorité des pays en développement.

Les modifications sociétales dans les tranches d'âge et par sexe passent de ce fait dans l'ombre de l'analyse globale et plus ou moins superficielle de la population. Le vieillissement des populations apparaît avec la décroissance des facteurs minant l'évolution des populations (mortalité, fécondité) [14]. L'espérance de vie mine aussi l'évolution d'une population. L'évolution démographique des sociétés industrialisées n'a pas les mêmes origines que celle des pays en développement. Dans ces derniers, les facteurs minant cette évolution de la population sont l'augmentation de la fécondité de l'après-guerre et la baisse de la mortalité au jeune âge. Cependant, dans les pays industrialisés on assiste à une baisse de la fécondité et une réduction de la mortalité infantile [15]. Estimé à 580 millions dans le monde entier, 60% des personnes âgées vivent dans les pays en développement. Ces chiffres dénoncent une conduite spéciale des dits pays qui devraient faire attention à cette explosion démographique climatérique. Halbwachs dans son approche réaliste de la démographie évoque la modification de façon indirecte des chiffres numériques dans les différentes classes d'âge, par la force de l'opinion, les coutumes et les contraintes. L'immigration, facteur presque souvent jamais évoqué serait un facteur influençant les classes d'âge. En effet, l'immigration étant le déplacement des populations vers de nouvelles contrées, retracerait la courbe des âges.

Ce flux de déplacement massif a plusieurs raisons telles l'emploi et l'attrait du niveau de vie dans les sociétés industrialisées. Un fait très important est l'âge des immigrants généralement jeunes dont l'âge serait compris entre 15 et 65 ans [16]. Dans un contexte de sous-fécondité et de vieillissement de la population, l'immigration internationale serait un remède efficace et rapide pour rajeunir la population. En outre, au-delà de l'impact direct de l'immigration internationale sur la structure par âge de la population d'un territoire donné, il y a un ensemble d'effets induits (essentiellement liés à la natalité et à la mobilité géographique) qui sont eux aussi fortement déterminés par l'âge. L'indice de vieillissement est moins élevé dans le cas où la population totale est ouverte à l'immigration que lorsqu'elle lui est fermée.

L'immigration internationale ralentirait le vieillissement sans pour autant l'arrêter. Toutes les grandes métropoles souffrent de ce fléau. Cet impact est encore très mal évalué dans les pays en développement. Mais au vu de la composition de la population des immigrants la stricte majorité serait originaire des pays en développement. La baisse de la mortalité et l'augmentation de la fécondité qui seraient-elles à l'origine d'une augmentation de l'indice de vieillissement ?

Mais il est difficile de comprendre comment, berceau de l'humanité, le continent africain est aujourd'hui miné par les aléas environnementaux, par les avatars des politiques de mauvaise gouvernance et les plus graves crises humanitaires (conflits armés, génocides et endémies graves). En effet, les guerres, la famine, la misère ou les maladies obligent l'immigration préférentiellement des jeunes vers les pays riches pour chercher de l'argent afin d'aider leur famille comme l'a démontré Dominique Agossou [16], ils arrivent en âge d'activité professionnelle. Cette immigration n'est pas seulement intercontinentale ; elle est également intracontinentale. Les apports de ce fléau sont mal définis. Le vieillissement reste dans notre continent un phénomène caractérisé de « drame du continent » par le Professeur Mamadou Coumé spécialiste en gériatrie à Dakar [5]. Il est encore très mal connu des populations.

1.4. Santé et vieillissement

L'effectif des personnes âgées dont la majorité constitue le sexe féminin, ne cesse de croître cette tendance a une double explication. Dans les débuts de la vie, le sexe féminin est plus affecté par les maladies néonatales ; la courbe de mortalité s'inverse à l'âge adulte avec une augmentation de décès chez le sexe dominant. Le risque est bien cher payé par les accidents, l'alcoolisme, la violence, chutes d'arbres etc. pour les hommes soit disant en quête d'affirmer leur virilité en tout temps dans une société où règne l'inégalité en tout pour ne pas dire un sexisme généralisé [17]. La modification de l'effectif des personnes âgées témoigne de l'amélioration de la santé des personnes âgées (augmentation de l'espérance de vie), la baisse du taux de mortalité dans tous les groupes d'âges ainsi que la baisse de la fécondité. La particularité des sexagénaires est la coexistence de polypathologies le plus souvent chroniques. Ces pathologies s'ajoutent à la détérioration liée à l'âge. Une bonne maîtrise du vieillissement est nécessaire afin de différencier les effets du vieillissement de ceux des maladies. En Afrique, avec l'avènement du VIH-SIDA, l'espérance de vie à la naissance a diminué ainsi que les populations jeunes entre 15 et 49 ans [18]. Ces dernières années, la proportion de personnes âgées a quand même augmenté car la plupart des décès dus au VIH-

SIDA surviennent dans les groupes d'âge les plus jeunes. La bonne santé primordiale chez les personnes âgées fait qu'elles assistent de plus en plus leurs enfants adultes, tant sur le plan sanitaire que sur celui financier ou moral tout en continuant de s'occuper de leurs petits-enfants.

1.4.1. Le vieillissement humain

Le processus de vieillissement est complexe et multifactoriel. Il résulte d'une évolution progressive avec modifications physiologiques et génétiques.

A présent plusieurs facteurs ont été mis en évidence tel le rôle important des facteurs génétiques, des altérations du fonctionnement cellulaire ou des systèmes de protection contre l'oxydation, ou encore le rôle des modifications du métabolisme des protéines. De plus la qualité de vie des personnes âgées y est pour beaucoup depuis leur jeune âge et surtout dans leurs dernières années climatériques [19]. Certains modèles d'étude du vieillissement sont applicables sur les facteurs de vieillissement précoce tel que le *syndrome de Werner (mutation récessive en 8p)*, la *Progeria*, la *trisomie 21*, etc.

1.4.1.1. Origines du vieillissement

Les mécanismes responsables du vieillissement ne sont pas totalement élucidés. Phénomène multifactoriel, le vieillissement suscite l'engouement des chercheurs à l'origine de progrès permettant de mieux appréhender certains facteurs intervenant dans ce processus.

1.4.1.1.1. Théorie de l'usure [11]

Les chercheurs font part des aspects mécaniques et biochimiques à l'origine des modifications irréversibles. C'est ainsi que certaines molécules irremplaçables peuvent être détruites par les radicaux libres endogènes qui s'accumulent avec le vieillissement.

1.4.1.1.2. Théorie du vieillissement cellulaire [11, 20]

Fondé sur le phénomène d'Hayflick (Division cellulaire *finie* in vitro par les fibroblastes de la peau). L'homme posséderait donc un renouvellement cellulaire limité, proportionnel à la longévité de l'espèce. On observe avec la sénescence une perte de l'ADN au niveau de son extrémité (Téломère) ainsi que des phénomènes de mort cellulaire programmée (apoptose) qui pourrait être déterminée par des gènes spécifiques s'exprimant après un certain nombre de cycle de division cellulaire. D'où l'hypothèse d'une programmation de la durée de vie.

1.4.1.1.3. Théorie immunitaire [11]

Théorie basée sur la baisse de la réponse immunitaire avec l'âge où l'on note une augmentation des cellules T mémoire au dépend des cellules T vierges. De ce fait les sujets âgés sont plus exposés aux infections tel que la pneumonie et la grippe. L'hyperexpression du système immunitaire est à l'origine des maladies auto-immunes.

1.4.1.1.4. Théorie des radicaux libres

Théorie de plus en plus plausible grâce aux lésions oxydatives des radicaux libres. Les radicaux libres endogènes ont des effets délétères somatiques et endommagent les protéines. Le collagène et l'élastine ont tendance à accumuler les acides aminés oxydés et les dérivés du glucose qui sont des produits provenant de la dégradation des radicaux libres ; on parlera ainsi de protéine glyquée [11]. La formation de pontages moléculaires entre les fibres de collagène, le rendant plus rigide et moins soluble et non renouvelable. Enfin, les AGE pourraient avoir d'autres actions en se liant à des récepteurs spécifiques présents sur les macrophages, les cellules endothéliales et mésangiales, en induisant la sécrétion de cytokines proinflammatoires ou de facteurs de croissance [20]. Le diabète est considéré par certains aspects comme un modèle de vieillissement accéléré, et il existe de nombreuses analogies entre les effets du diabète et ceux du vieillissement. Ces mécanismes sont à l'origine de stress oxydatif (ou stress d'oxydo-réduction) impliqués dans la maladie de Parkinson et d'Alzheimer. Certains auteurs font part du rôle des anti-oxydants (**Vitamine E, Vitamine C, bêta-carotène**) qui réduirait l'action des radicaux libres. Espèces réactives de l'oxygène (ERO : anion superoxyde, radical hydroxyl, hydroperoxyde d'hydrogène et de l'oxyde nitrique) il sont incriminés dans la mort cellulaire, la défense contre les infections (immunocompétence), ainsi que le rôle de messenger cellulaire [21].

1.4.1.1.5. Théorie du mutationnisme [11, 20]

Plusieurs travaux ont mis en évidence des relations étroites entre certains facteurs génétiques et le vieillissement. Chez les centenaires, certains génotypes sont retrouvés en moyenne plus fréquemment que chez des sujets plus jeunes, indiquant qu'un terrain génétique particulier est associé à une plus grande longévité. Enfin, l'origine génétique des syndromes de vieillissement prématuré (Syndrome de Werner etc.) met en relief le rôle des facteurs héréditaires dans le contrôle du vieillissement. Certaines altérations acquises du matériel génétique pourraient intervenir dans le vieillissement. La fréquence des altérations du DNA (délétions, mutations) et des anomalies de sa réparation augmente de façon importante avec

l'âge. L'ADN mitochondrial serait le siège le plus fréquent de ces anomalies qui pourraient être induites par des facteurs extérieurs, comme par exemple l'exposition aux radiations, ou bien à des facteurs intrinsèques, comme par exemple la division cellulaire.

1.4.1.1.6. Théorie de la glycation des protéines

Les modifications structurales de la matrice extracellulaire du collagène par le glucose altèrent le renouvellement des protéines en les rendant plus résistantes à la protéolyse, rendant ainsi les fibres de collagène plus rigides et moins solubles.

1.4.1.2. Effets du vieillissement sur l'organisme

La diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme est de règle dans l'évolution vers la sénescence. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (effort, stress, maladies aiguës). Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. De plus, à âge égal, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu âgé à l'autre (vieillesse inter-individuel). La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité. En effet, les conséquences du vieillissement peuvent être très importantes chez certains sujets âgés et être minimales voire absentes chez d'autres individus du même âge (vieillesse réussie, vieillissement usuel, vieillissement avec maladies). Quels sont ces effets et quelles en sont les modifications associées.

1.4.1.2.1. Effets du vieillissement sur les métabolismes

La composition corporelle de l'organisme se modifie au cours du vieillissement. Ce dernier s'accompagne à poids constant, d'une réduction de la masse maigre (en particulier chez le sujet sédentaire) et d'une majoration proportionnelle de la masse grasse (en particulier viscérale). Les besoins alimentaires (qualitatifs et quantitatifs) des personnes âgées sont sensiblement identiques à ceux d'adultes plus jeunes ayant le même niveau d'activité physique. Le métabolisme des glucides est modifié au cours de l'avance en âge. La tolérance à une charge en glucose est réduite chez les personnes âgées indemnes de diabète sucré ou d'obésité, témoignant d'un certain degré de résistance à l'insuline. D'une façon générale, les tests biologiques d'exploration dynamique s'avèrent fréquemment perturbés en raison de la réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations de stress, sans que cette réponse ne soit obligatoirement le témoin d'une pathologie.

1.4.1.2.2. Effets du vieillissement sur le système nerveux central et périphérique

De nombreuses modifications neuropathologiques et neurobiologiques du **système nerveux central** ont été décrites au cours du vieillissement parmi lesquelles il faut principalement mentionner : la diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neuro-transmetteurs intracérébraux (en particulier l'acétylcholine). Les fonctions motrices et sensitives centrales sont peu modifiées par le vieillissement. Une réduction modérée des performances mnésiques concernant notamment l'acquisition d'informations nouvelles. Cette réduction, objectivée au moyen de certains tests, n'est pas à même d'expliquer les troubles de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne. La baisse de production de mélatonine serait à l'origine de la modification du rythme circadien réduction et la déstructuration du sommeil. La réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif (osmorécepteurs, pouvant expliquer la déshydratation facile sans compensation des personnes âgées) et les modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine (AVP) rendent compte au moins en partie de la diminution de la sensation de la soif chez les personnes âgées. L'ensemble de ces modifications concourt à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions, et notamment le risque de syndrome confusionnel. Les muscles squelettiques perdent du tonus, les réflexes ralentissent (le réflexe achilléen). La marche se fait de plus en plus courbée et le tremblement physiologique s'intensifie [22].

La diminution du nombre de fibres fonctionnelles mesurables par l'augmentation des temps de conduction des nerfs périphériques est à l'origine d'une diminution de la sensibilité proprioceptive (hypopallesthésie) qui favorise l'instabilité posturale.

1.4.1.2.3. Effets du vieillissement sur le système nerveux autonome

Le vieillissement du système nerveux autonome se caractérise par une hyperactivité sympathique (augmentation des taux plasmatiques des catécholamines) et par une réduction des réponses sympathiques en raison d'une diminution de sensibilité des récepteurs aux catécholamines. La tachycardie induite par l'effort est ainsi moins marquée chez les sujets âgés que chez les adultes d'âge moyen. La sensibilité aux β -mimétiques et β -bloqueurs est moindre. Le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près.

Ce processus débute en fait dès l'enfance, mais les conséquences fonctionnelles apparaissent vers l'âge de la cinquantaine. Il se produit aussi une opacification progressive du cristallin

débutant à un âge plus tardif et retentissant sur la vision (cataracte). Le vieillissement de l'appareil cochléovestibulaire s'accompagne d'une perte progressive de l'audition (portant principalement sur les sons aigus) à l'origine d'une presbyacousie [20]. De plus d'autre pathologie tel la nocturie, la constipation, l'insuffisance sexuelle, l'insomnie relative, tendance à l'hypotension orthostatique, etc. touchent principalement les individus de plus de 70 ans [22]. Les données concernant les modifications du goût et/ou de l'olfaction au cours du vieillissement sont plus controversées.

1.4.1.2.4. Effets du vieillissement sur le système cardiovasculaire

Le débit cardiaque au repos est stable et diminue peu à l'effort avec l'avance en âge. Toutefois, le vieillissement cardiaque s'accompagne de modifications anatomiques : augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche à l'origine du moins bon remplissage ventriculaire par défaut de la relaxation ventriculaire. Cette altération de la fonction diastolique est habituellement compensée par la contraction des oreillettes (contribution de la systole auriculaire) et la préservation de la fonction systolique ventriculaire qui contribuent au maintien du débit cardiaque. Cette hyperexcitabilité rend compte de la grande prévalence des troubles du rythme auriculaire chez le sujet âgé. Le vieillissement de la paroi artérielle se caractérise par des modifications structurelles de l'élastine, la rigidification du collagène et l'altération de la vasomotricité artérielle. La diminution de la compliance artérielle en résultant rend compte de l'augmentation de la pression artérielle systolique avec l'âge.

1.4.1.2.5. Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement. On constate une augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration et une réduction du calibre des bronches distales qui diminue les débits expiratoires (c'est à dire la baisse du rapport volume expiré / unité de temps étudié par le VEMS ou par le débit expiratoire de pointe). Par ailleurs, la capacité de diffusion de l'oxygène et la pression partielle en oxygène du sang artériel (PaO₂) diminuent progressivement avec l'âge.

1.4.1.2.6. Effets du vieillissement sur l'appareil digestif

Le vieillissement s'accompagne de modifications de l'appareil bucco-dentaire, d'une diminution du flux salivaire, d'une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales gastriques et d'une hypochlorhydrie gastrique. Par ailleurs, le temps de transit intestinal est ralenti chez le sujet âgé par diminution du péristaltisme. La fonction pancréatique exocrine n'est que modérément altérée. Le vieillissement est associé à une diminution de la masse et du débit sanguin hépatiques. La réduction de la clairance métabolique en résultant peut-être diminuée pour certains médicaments.

1.4.1.2.7. Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur

Le vieillissement du muscle squelettique se traduit au plan histologique par une diminution de la densité en fibres musculaires (principalement de type II), au plan anatomique par une réduction de la masse musculaire (sarcopénie) et au plan fonctionnel par une diminution de la force musculaire. Le vieillissement osseux se caractérise par la réduction de la densité minérale osseuse ou ostéopénie (principalement chez la femme sous l'effet de la privation oestrogénique de la ménopause) et par la diminution de la résistance mécanique de l'os. Le vieillissement du cartilage articulaire se caractérise essentiellement par la diminution de son contenu en eau, la réduction du nombre de chondrocytes et la modification de sa composition en glycosaminoglycanes. Ces modifications génèrent un amincissement du cartilage et une altération de ses propriétés mécaniques à l'origine d'une fragilité, accentuée par l'existence d'ostéophytes marginaux.

1.4.1.2.8. Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire

Au cours du vieillissement, il se produit une perte du nombre de néphrons fonctionnels (variable d'un individu à l'autre), induisant une réduction de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein. La clairance de la créatinine des personnes âgées de 80 ans est d'environ la moitié de celle de sujets de 20 ans ayant le même poids. Cependant, les résultats de certaines études telles que l'étude longitudinale de Baltimore démontrent que cette modification de la fonction rénale épargne certains individus âgés et résulterait plus des effets cumulés de différents processus pathologiques (immunologiques, infectieux, toxiques, ischémiques...) que des effets propres du vieillissement. La fonction tubulaire est aussi modifiée au cours du vieillissement. Les capacités de concentration et de dilution des urines diminuent progressivement avec l'avance en âge.

1.4.1.2.9. Effets du vieillissement sur les organes sexuels

Chez la femme, la ménopause s'accompagne de l'arrêt de la sécrétion ovarienne d'oestrogènes, de la disparition des cycles menstruels, de l'involution de l'utérus et des glandes mammaires. Chez l'homme, il se produit une diminution progressive de la sécrétion de testostérone qui est variable d'un individu à l'autre. Une proportion importante d'hommes âgés conserve une spermatogenèse suffisante pour procréer. Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du volume de la prostate. Le retentissement du vieillissement sur la fonction sexuelle est variable d'un individu à l'autre, et est influencé par le statut hormonal, mais aussi par des facteurs sociaux, psychologiques et culturels.

1.4.1.2.10. Effets du vieillissement sur la peau et les phanères [20]

Le vieillissement cutané intrinsèque est caractérisé par une altération du tissu élastique, un épaissement fibreux du derme, un aplanissement de la jonction dermo-épidermique et une diminution du nombre de mélanocytes. Ces modifications sont plus prononcées sur les zones découvertes exposées aux rayonnements UV (vieillissement extrinsèque, actinique ou héliodermie). La peau du sujet âgé prend un aspect plus pâle, marquée par des rides et des ridules. La vitesse de croissance des cheveux et des ongles diminue avec l'âge. La réduction du nombre de mélanocytes contribue au grisonnement des cheveux. L'activité des glandes sébacées, sudoripares, eccrines et apocrines diminue, contribuant à une certaine sécheresse cutanée.

1.4.1.2.11. Effets du vieillissement sur le système immunitaire [20]

La réponse immunitaire humorale est globalement préservée chez les personnes âgées. En revanche, les réponses immunitaires à médiation cellulaire sont diminuées, notamment celles impliquant les lymphocytes T. La mise en jeu de certaines interleukines (IL), qui interviennent dans la coopération des cellules immunitaires, est modifiée avec l'avance en âge : diminution de la production d'IL-2 et d'IL-4 et augmentation de l'IL-6. L'immunisation conférée par la vaccination n'est pas altérée chez les personnes âgées en bonne santé, même si les taux d'anticorps produits sont inférieurs à ceux observés chez des sujets plus jeunes.

1.4.1.3. Vieillesse et maladie

L'avancée en âge s'accompagne d'une dégradation de l'état de santé. Les personnes âgées ont de ce fait recours couramment à des soins de santé. En effet de nombreuses atteintes et vieillissement somatiques en sont la cause. La question actuelle est de savoir comment répondre aux besoins des personnes âgées les plus dépendantes. La particularité frappante de

la personne âgée est la polypathologie prédominante chez la femme que l'homme [23, 24]. L'approche générale de la personne âgée actuelle est de limiter le plus possible l'évolution vers l'incapacité. La conception de cet état par les sexagénaires est relative par rapport à celle présentée par les médecins, experts de l'O.M.S. réagissant par rapport au concept de « nature subjective de l'autoperception de la santé : « ... Si un mauvais état de santé s'avérait n'être qu'une impression subjective, alors leur état de santé ne serait pas amélioré par des mesures sanitaires supplémentaires. Il se pourrait cependant qu'il soit possible d'améliorer la perception de leur santé à l'aide par exemple, de mesures sociales supplémentaires... » [25].

Pouvons-nous nous fier au modèle occidental de la prise en charge des personnes âgées quand bien même nous ne sommes pas sûr de l'efficacité de ce système par rapport au défi futur ?

Les pays en développement, encore novice dans ce qui est de nos jours un réel défi, tentent tant bien que mal de trouver leur marque en essayant de déterminer leurs systèmes de soins, à la fois au niveau institutionnel et communautaire, voire domestique (par exemple dans les zones désertiques ou enclavées).

1.5. Dépendance et vieillissement

Les personnes âgées sont des individus à part entière qui ont des besoins, et requièrent une attention particulière. Ces besoins quotidiens sont d'autant plus importants que la personne âgée est évoluée en âge. La forte augmentation des personnes âgées est un facteur prédisposant sans aucun doute à la croissance de la dépendance imposant un enjeu social voire de santé publique. La dépendance se définissant comme la perte d'exécution des gestes de la vie courante, elle limite la considération de la personne âgée à sa personne. C'est ainsi que plusieurs échelle d'évaluation de la dépendance ont été mise sur pied : AGGIR, ADL, etc. La considération de la personne âgée dans son environnement, dans son vécu de tous les jours nous permet de reconsidérer cette notion de dépendance. Une personne âgée de 75 ans sans pathologie apparente et en activité parallèle non gouvernementale est éprise de l'envie de connaître ses petits enfants et ses arrières petits enfants (souhaites que nous aimerions tous avoir). Refoulée dans des lieux où elle ne pourra certainement pas les voir régulièrement : le village, la maison de retraite etc., ils souffriront certainement d'un manque qui ne saurait s'expliquer par l'évaluation des gestes quotidiens de la vie.

Tant nous avons besoin d'éducation, d'ambition et de nous nourrir, autant les sexagénaires ont besoin de cette chaleur infantile, de ce contact humain. Cette notion affective leur permettra par moment d'oublier les tragiques évènements de leur vie (personnes disparues, déceptions,

etc.) et de les entrevoir comme la preuve patente de leur existence. Une revue de la littérature montre la considération de la dépendance des personnes âgées comme unique et égale à une difficulté ou incapacité d'effectuer les gestes de la vie courante ; la famille, la collectivité sont aussi des facteurs de dépendance ; elle serait en quelque sorte une entité multidimensionnelle s'étalant du physique au psychique de l'individu.

1.5.1. Dépendance physique

L'âge avancé fait plus ou moins état de la perte de moyens de locomotion, de subvenir à ses besoins. En effet dans la grande majorité des cas avec la décroissance du potentiel biologique et mental, les personnes âgées se retrouvent dans un état de dépendance tant partielle que complète. La perte d'autonomie, définie comme le besoin d'être aidé pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne ou le besoin d'une surveillance régulière, peut se quantifier à l'aide de nombreux indicateurs. En effet, il existe plusieurs grilles d'évaluation de la dépendance : AGGIR, KATZ. L'outil AGGIR comportant 10 variables discriminantes : cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination urinaire et fécale, transferts, déplacement à l'intérieur, déplacement à l'extérieur, communication à distance est retenue depuis la loi du 24 janvier 1997 comme grille nationale (France) d'évaluation de la perte d'autonomie. Cet indicateur ne prend toutefois que partiellement en compte la perte d'autonomie mentale pour les GIR 1 à 4. L'indicateur dit « EHPA » permet, quant à lui, d'appréhender à la fois la dépendance physique et la dépendance psychique. Pour les deux indicateurs, la prévalence de la dépendance augmente de manière très forte avec l'âge, surtout à partir de 75-80 ans [26]. L'Echelle de Katz est l'une des plus anciennes et décrit les activités de la vie quotidienne : toilette, habillement, déplacement, alimentation, déplacement au WC, contrôle des sphincters [27]. N'est dépendante ici qu'une personne ayant un score à 6.

1.5.2. Dépendance familiale

La dépendance tel que connue dans la littérature fait plus état d'un état physique qu'autre chose. Les personnes âgées souffrent d'une dépendance autre indispensable à leur équilibre tant psychique que social. Faute de savoir et d'évaluer cela de nombreuses personnes âgées sont internées par les leurs en maison de retraite.

La vie en pays industrialisé aussi moderne qu'elle soit présente des valeurs familiales différentes de celles de la majorité des pays en développement (voir ci-dessous). En effet les plus de 60 ans manifestent généralement le besoin de vivre auprès des leurs, auprès de leurs petits enfants, sans doute pour avoir en face d'eux la preuve de leur passage ici bas. Ce

contact très peu ressenti par les adultes jeunes s'amplifie avec l'âge. Les avatars de la modernisation ont tôt fait de modifier cette relation même dans les pays en développement. Quel avenir pour nos personnes âgées qui n'hésitent pas à nous dire « les maisons de retraites représentent une malédiction pour notre société... ». Pendant que la politique des personnes âgées dans les pays nordiques (Canada) tant à ramener les personnes âgées dans un cadre familial propice à son épanouissement ou à retarder son internat, celle des pays du sud tant à adopter l'ancienne politique de ces pays qui est de développer des maisons de retraite parfois sans étude préalables. Ceci nous laisse donc penser que les personnes âgées seraient mieux pris en charge dans nos pays ; le seul problème à résoudre serait pour nous d'améliorer leur conditions de vie sur le plan sanitaire et financier.

1.6. Personnes âgées et Famille

1.6.1. Définition de la famille

La notion de famille est différente d'une culture à l'autre et change avec le temps. La définition de la famille diverge selon les dictionnaires. Le dictionnaire universel Hachette définit la famille comme l'ensemble formé par le père la mère et les enfants ; ou l'ensemble des enfants issus d'un même mariage. Cette même définition est rencontrée aussi dans le Petit Larousse 1994. Une nuance se fait sentir car dans ce dernier la famille serait aussi un ensemble de personnes. Ces définitions ne correspondent pas au vécu de la famille africaine ou dans les pays en développement. Ici la famille est l'ensemble de tous ceux qui sont unis par des liens de fratrie quelque soit le degré. Pourquoi cette définition est exacte chez nous et pas dans les pays occidentaux ? L'encyclopédie Encarta 2004 (dictionnaire multimédia) nous montre une évolution de la définition de la famille au fil du temps. Sur le plan juridique la famille serait un groupe de personnes reliées entre elles par les liens du mariage et de filiation. La personnalité morale est exclue de cette définition mais on note les relations entre les membres qui suivent une réglementation particulière. La cohésion de la famille est extérieurement symbolisée par l'usage du nom patronymique, ou nom de famille, qui distingue les individus appartenant à une même famille et qui se transmet en ligne directe, paternelle dans la famille légitime.

Le lien familial résulte de la filiation ; c'est le lien de parenté. La parenté est légitime, lorsque la filiation est rattachée à un mariage. Elle peut aussi être naturelle ou adoptive. Les ascendants et descendants ont un lien de parenté en ligne directe, tandis que les personnes qui ont un auteur commun (exemple : frère et sœur) sont des parents en ligne collatérale, dans la

ligne paternelle, dans la ligne maternelle ou dans les deux. La famille, qui était à l'origine une structure forte, contraignante et hiérarchisée, plaçant ses membres sous l'autorité du chef de famille, c'est-à-dire le père, a évolué vers un affaiblissement de ses liens et une prise d'autonomie des individus qui la composent. Elle s'est rétrécie et ne désigne plus, au sens strict, que les parents et les enfants, voire même qu'un parent et son ou ses enfants (famille dite « monoparentale »). Le lien familial repose de moins en moins souvent sur le mariage, du fait de l'accroissement du nombre de couples vivant en union libre, laquelle ne crée pas de liens de droit entre les concubins et ne fait place qu'au lien de parenté [28]. Cette définition de la famille expliquerait au mieux l'évolution du modèle familial dans les pays occidentaux. L'influence étatique étant pour beaucoup, il nous conviendrait de dire que le développement évolue parallèlement au modèle familial. Ce pendant le développement de l'homosexualité redéfinirait la notion de famille.

1.6.2. Famille et personne âgées dans les sociétés industrielles

On entend beaucoup parler ces derniers temps de la diminution du rôle de la famille et des conséquences des migrations. Cependant, une approche différente de l'aîné est possible. Au départ les enfants considèrent leurs parents comme omniscients et omnipotents donc ils leur doivent toute leur existence, tout leur savoir. Mais avec la croissance les choses se révèlent autrement à enfants. Le parcours naturel de l'enfance à l'âge adulte perd son mystère et l'acquisition de la maturité de réflexion est effective. C'est ainsi qu'il se retourne vers « l'ancêtre » et le questionne. De là naissent des liens d'affection entre les grands-parents et les petits enfants. Dans ces sociétés où l'espérance de vie est supérieure à 75 ans environ dans les deux sexes, les enfants ne découvrent vraiment la réalité de leur existence et le but à la mort de ceux vers qui ils se sont tournés. Ceci est un exemple pouvant illustrer les rapports qui peuvent se créer entre des générations différentes. C'est ainsi que malgré leur vieillesse et contrairement à nos croyances, la personne âgée occupe beaucoup plus une place primordiale dans ces sociétés stressantes et contraignantes.

Les aînés sont comme une roue de secours pour les adultes en proie à leur travail et à leurs occupations. Leur aide est parfois bénéfique et ne s'observe que dans les situations extrêmes comme le règlement des litiges entre les adultes et leurs enfants qui comme nous l'avons dit viennent trouver refuge auprès des grands-parents. En outre, ils sont d'une grande utilité pour leurs enfants (adultes) qui avec le poids des problèmes tant économiques que familiaux se dirigent vers les parents qui au soir de leur existence ont sans nul doute la réponse à leur

problème (les générations de retraité jadis prospères). Là aussi ressort une notion de bon juge mais qui nous amène à nous poser plus de questions : des grands-parents ou des adultes qui s'occupe ou qui devrait s'occuper de l'autre ? Actuellement les ascendants (surtout ceux se situant en dessous de 80 ans) jouent dans les pays développés un rôle de banquier envers les plus jeunes surtout lorsque ces derniers sont en difficulté au moment où ils ne sont plus à même de recevoir une quelconque aide. Cette somme même modique joue un rôle essentiel dans l'évolution sociale des plus jeunes. Ceci nous oriente vers une position selon laquelle les aînés sont incontournables et surtout très aimable. Mais reconsidérant le débat dans un sens où ces retraités se retrouvent diminués aussi sur le plan financier, les choses se présentent sous un tableau tout aussi différent.

Ici la personne âgée n'est plus autonome mais elle dépend non seulement de sa famille et de l'Etat qui pour palier à cette perte financière dans l'avenir se voit donc supprimer les multiples aides qui font d'énormes déficits budgétaires dans ses caisses. C'est ainsi que la personne âgée n'a de soutien autre que sa famille. Cette dépendance forcée du parfois même au manque de structures, héberge en son sein les prémices d'une altération relationnelle intergénérationnelle [29]. Les aînés sont cette fois dans une situation de parasitisme leur attribuant ainsi le fardeau de leur amortissement physique ; ils sont coupables d'avoir vécu plus qu'il n'en fallait. Cette situation conflictuelle n'est pas sans suite ; elle est liée en partie à l'état de marginalité et dans lequel vivent les aînés : la marginalité entraînant la passivité, la passivité augmente la dépendance, et la dépendance crée, une mentalité de « *victime fautive* » masquant l'origine du problème [30]. Tout ceci témoigne d'une marginalisation plus ou moins prononcée selon la position dans laquelle nous nous trouvons. Ces propos sont mieux illustrés par cette phrase : « la pauvreté, la marginalité et la dépendance du à l'âge ne sont pas une conséquence du vieillissement mais de notre économie politique. » [31].

1.6.3. Famille et personnes âgées dans les sociétés dites en développement

La personne âgée devrait être considérée comme un parent ou un grand parent et non comme une personne faisant partie d'un groupe d'âge. Dans le premier cas il s'agit d'une personne de la famille tandis que dans le second c'est un fardeau. L'exemple de la famille africaine que nous avons jadis connue et que nous rencontrons dans certaines contrées actuelles, révèle une fécondité élevée (soit 4 à 5 voire 7 à 15 enfants dans une famille pour une femme) ainsi que la polygamie. Signes de richesse et de puissance dans certaines contrées, les enfants développent

un grand respect pour les « vieillards ». Le système de stratification sociétal était les classes ou groupes d'âge. Nous avons d'une part les groupes d'âge biologiques soit l'ensemble de ceux qui sont nés à la même période (en bamanan on dit *olu wôlô la kunyôkô kelen kônô* ce qui veut dire l'ensemble de ceux qui sont nés dans la même semaine). D'autre part il existe les groupes d'âge social [32]. La vie en communauté entre individus de classe d'âges différents a une influence sur le regard qu'ils s'attribuent mutuellement. Le bénéfice à tirer est d'autant réciproque que les plus jeunes prennent conscience de leur jeunesse et de leur manque d'expérience tandis que les personnes âgées contemplant leurs petits fils comme le fruit d'une existence et la réalisation de tous leurs rêves. D'après Amadou Hampaté Bâ, les personnes âgées ont terminé leur phase ascendante après laquelle ils enseignent ce qu'ils ont appris et mûri dans les années précédant leur vieillesse. Ils inspirent le respect des autres générations et parfois la convoitise. Les jeunes sont ainsi initiés à la vie culturelle, politique et sociale. La personne âgée quelque soit son statut social joue un rôle primordial qui est l'enseignement et est vénéré des plus jeunes [33].

Elevés ici aux sommets de la société les personnes âgées sont des êtres suprêmes. Mais une chose est inévitable c'est le développement de la modernité. Le modèle séculaire de la vie de famille des personnes âgées a souffert et souffrira toujours de ce facteur qui tend à rejoindre ou plus exactement à adopter le mode de vie des pays industrialisés. En effet, l'arrivée des nouveaux courants constitue les prémisses des troubles culturels, économique, politique, social, religieux associant une déstabilisation des populations. Dès lors les divergences se font sentir. Les jeunes sont plus réceptifs tandis que leurs parents se font passésistes. De vives tensions douloureuses s'installent et échappent à la loi naturelle stipulant : « Jeunes et vieux comme deux âmes sœurs étouffent leurs différences et qu'ensemble ils portent le regard vers la même direction ». Les concepts ancestraux provocateurs à l'origine de rupture sont dépassés.

On assiste à un contrôle parental défaillant et des enfants tournés vers le futur marquant la déliaison sociale [34]. Les classes climatiques perdent leurs honneurs et ne sont à présent que le reflet d'une expérience antérieure et de connaissances accumulées dans le temps. L'exemple palpable vient de notre étude où à la question : Pensez-vous que la relation entre les personnes âgées et enfants s'est modifiée avec le temps ? , notre désagrément était de voir fondre en larme cette septuagénaire confessant l'avatar des idéaux. Auparavant les parents percevaient le salaire de leurs enfants afin d'en assurer la gestion tel n'est plus le cas de nos jours [35]. Désormais en famille les classes d'âges ne comptent plus et les plus vieux bénéficient d'un statut particulier auprès des plus jeunes.

2. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée en plein cœur de Bamako, précisément dans les communes 2, Commune 4, Commune 5.

2.2. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude transversale portant sur 210 personnes âgées tirées au hasard dans les quartiers de Bamako dans la période allant de 04 novembre 2003 au 17 décembre 2004, soit une durée d'un an et deux semaines.

2.3. Population d'étude

Les personnes âgées étaient notre cible d'étude dans la tranche d'âge allant de 60 ans à plus.

Les critères d'inclusion

Toutes les personnes âgées appartenant aux communes 2, 4 et 5 de Bamako et répondant aux critères d'échantillonnage.

Les critères d'exclusion

Toutes personnes âgées ne répondant pas à nos critères d'échantillonnage.

2.4. Echantillon et variables

2.4.1. Méthode d'échantillonnage

Notre étude cerne les personnes âgées de 60 ans et plus se situant dans une des communes de Bamako répondant à nos critères de sélection.

2.4.2. Calcul de la taille de l'échantillon

Notre étude porte à priori sur la santé de la personne âgée en l'occurrence la personne âgée physiquement dépendante. Selon une étude systématique menée en 1999 sur 487 patients dans les CHU du Point G et Gabriel Touré de Bamako [36], la fréquence des invalidités physiques chez les personnes âgées était estimée à 14,16% soit 69 patients. Mais parmi les pathologies citées comme invalidantes figuraient : les hémipariésies 30 patients, les hémipariésies 9 patients, l'impuissance sexuelle 7 patients, la cécité 6 patients, l'incontinence urinaire 6 patients, la surdité 6 patients, la paraplégie 5 patients. La dépendance physique de la personne âgée étant l'incapacité pour cette dernière d'accomplir les gestes de la vie courante, nous considérerons toutes les pathologies sus citées sauf l'impuissance sexuelle. Notre fréquence de dépendance se verra réduite à 12,73%.

A l'aide du logiciel *Statcalc* de Epi info 6. fr la taille de notre échantillon est estimée avec une marge d'erreur de 5% à 170 personnes âgées. Compte tenu des pertes de donnée probables par le manque de réponse nous ferons une marge d'erreur sur les données de 40 personnes âgées. Notre échantillon final est de 210 personnes âgées.

2.4.3. Répartition de notre échantillon

La répartition de notre échantillon dans les diverses strates de la ville s'est effectuée à l'aide du logiciel Epi Stat de Epi info 6. fr.

2.4.3.1. Tirage des communes

L'étude se déroulant à Bamako, Notre échantillon sera réparti dans les six communes de Bamako (Commune 1, Commune 2, Commune 3, Commune 4, Commune 5, Commune 6). Mais cette fois pour la répartition aléatoire nous exploiterons le logiciel Epi table de Epi info 6.fr. C'est ainsi que nous obtenons en choisissant trois (choix personnel) communes au hasard, la commune 2, la commune 4 et la commune 5 tirées au hasard dans les six communes.

2.4.3.2. Tirage des quartiers par commune

La répartition des quartiers par commune est celle adoptée par la ville de Bamako (Confère Tableau I). Toujours à l'aide du logiciel Epi Stat de Epi info 6. fr, nous avons effectué le tirage. Les quartiers tirés dans la commune :

- II : Missira, T-S-F, Zone Industrielle ;
- IV : Djikoroni Para, kalabambougou ;
- V : Badalabougou, Garantibougou, Sabalibougou.

2.4.3.3. Tirage des personnes âgées par quartier

La répartition représentative des 210 cas dans les communes de Bamako revient à répartir 210 personnes âgées dans trois communes soit huit quartiers. Un total d'environ 26 personnes âgées par quartier. Les 2 personnes âgées n'entrant pas dans cette répartition seront ajoutés à la commune qui a le plus grand nombre de quartier (La commune 2), et au quartier ayant le plus grand nombre de concessions (Missira). En somme nous avons 28 personnes âgées à Sabalibougou et 26 personnes âgées dans les autres quartiers.

N.B : Si au bout de ce pas de recrutement nous n'avons pas de personnes âgées nous passons à la concession suivante jusqu'à en trouver et reprendre par la suite avec le même pas.

2.4.3.3.1. Commune 2

2.4.3.3.1.1. Missira

Les 26 personnes âgées tirées seront réparties dans les **606** concessions de Missira. Le mode de recrutement sera d'une personne âgée toutes les **21** concessions.

2.4.3.3.1.2. T.S.F

Nous avons 26 personnes âgées à répartir sur **456** concessions. Soit un mode de recrutement d'une personne âgée toutes les **17** concessions.

2.4.3.3.1.3. Zone industrielle

Ici il existe **445** concessions. Le mode recrutement est d'une personne âgée toutes les **17** concessions.

2.4.3.3.2. Commune 4

2.4.3.3.2.1. Djikoroni Para

Il existe **4024** concessions. Le mode recrutement est d'une personne âgée toutes les **154** concessions.

2.4.3.3.2.2. Kalabambougou

On a **261** concessions. Le mode recrutement est d'une personne âgée toutes les **10** concessions.

2.4.3.3.3. Commune 5

2.4.3.3.3.1. Badalabougou

Huit cent trente huit concessions dénombrées dans ce quartier. Le mode recrutement est d'une personne âgée toutes les **32** concessions.

2.4.3.3.3.2. Garantibougou

On dénombre **187** concessions. Le mode recrutement est d'une personne âgée toutes les **7** concessions.

2.4.3.3.3.3. Sabalibougou

Les 28 personnes âgées à tirer seront réparties dans les **4783** concessions. Le mode recrutement est d'une personne âgée toutes les **184** concessions.

Tableau I : Répartition des quartiers et leur nombre de concessions dans les communes tirées [37]

Communes	Commune 2		Commune 4		Commune 5		
	Quartiers	Nombre de concessions	Quartiers	Nombre de concessions	Quartiers	Nombre de concessions	
Quartiers	1	Bagadadji	471	Djikoroni Para	4024	Baco Djikoroni	3115
	2	Bakaribougou	258	Hamdalaye	2008	Badalabougou	838
	3	Bougouba	220	Kalabambougou	261	Flabougou, Daoudabougou	3490
	4	Bozola	710	Lafiabougou	4604	Garantibougou	187
	5	Hippodrome	1929	Lassa	160	Kalabancoura	3168
	6	Medina Coura	859	Sebenikoro	2512	Quartier Mali	536
	7	Missira	606	Sibiribougou	190	Quartier Sema	261
	8	Niarela	695	Taliko	623	Sabalibougou	4783
	9	Qinzambougou	600			Sema II	355
	10	T-S-F	456			Torokorobougou	968
	11	Zone Industrielle	445				

2.5. Variables, matériels et méthodes

2.5.1. Méthodes

2.5.1.1. Interrogatoire

Il a été effectué sur la base des variables reportées sur la fiche d'enquête nous permettant d'avoir des renseignements précis.

2.5.1.2. Examen clinique

L'examen clinique des personnes âgées était fondé sur la démarche médicale normale en récoltant en plus des données sociodémographiques,

- *prise des constantes hémodynamiques* : prise de la tension artérielle, du pouls et de la fréquence respiratoire des patients,
- *un interrogatoire médical* : dans lequel nous avons recherché des éléments concernant des symptômes présentés ou des pathologies ; la recherche d'éventuels antécédents médicaux, chirurgicaux, prise médicamenteuse et voyage récent,
- *un examen physique complet* : l'examen était déroulé appareil par appareil.

2.5.2. Variables et matériels

Les variables étudiées étaient : sexe, catégories d'âge, groupe ethnique, niveau scolaire, lieu d'habitation, montant de la pension, catégorie professionnelle, activité actuelle, situation matrimoniale, consultation, handicap physique, groupe de pathologie, pathologies présentées, prise médicamenteuse, classe de médicament, dépendance médicamenteuse, rapport familial, rapport intergénérationnels, aide par aidants naturels, rapport avec l'état, rapport avec la communauté, la connaissance des maisons de retraite, la dépendance physique, la dépression mentale.

Les variables ont été recueillies sur la base d'un interrogatoire et une conversation discussion de même qu'un examen médical. Nos variables ont été recueillies sur des fiches d'enquêtes, tableau d'évaluation de dépendance (Echelle ADL de KATZ), tableau d'évaluation de dépression (Mini GDS).

Toutes les variables et leurs supports techniques sont regroupés dans le tableau I.

Les données ont été saisies et analysées sur les logiciels SPSS 11.0, Microsoft Excel 2003 et les proportions calculées et comparée au seuil $\alpha=0,05$. Les données corrigées aux tests statistiques de *Khi deux corrigé de Yates* et le test statistique exact *Fisher*.

Tableau II : Variables étudiées, techniques de mesure et support des données

Variables	Technique de mesure	Support des données
Sexe	Interrogatoire	
Catégories d'âge		
Groupe ethnique		
Niveau scolaire		
Lieu d'habitation		
Montant de la pension		
Catégorie professionnelle		
Activité actuelle		
Situation matrimoniale		
Consultation		
Handicap physique		
Groupe de pathologie		
Pathologies présentées		
Prise médicamenteuse	Interrogatoire	
Classe de médicament		
Dépendance médicamenteuse		
Rapport familial	Interrogatoire, conversation discussion	
Rapport intergénérationnels		
Aide par aidants naturels		
Rapport avec l'état		
Rapport avec la communauté		
Connaissance des maisons de retraite		
Dépendance	Interrogatoire	Echelle ADL de Katz
Dépression		Mini GDS

2.6. Aspects éthiques

Les données ont été récoltées avec le consentement éclairé oral des personnes âgées et/ou de leurs parents pour toutes les variables étudiées.

L'approche des personnes âgées s'est faite selon les mœurs ethniques. L'anonymat des participants a été préservé.

3. RESULTATS

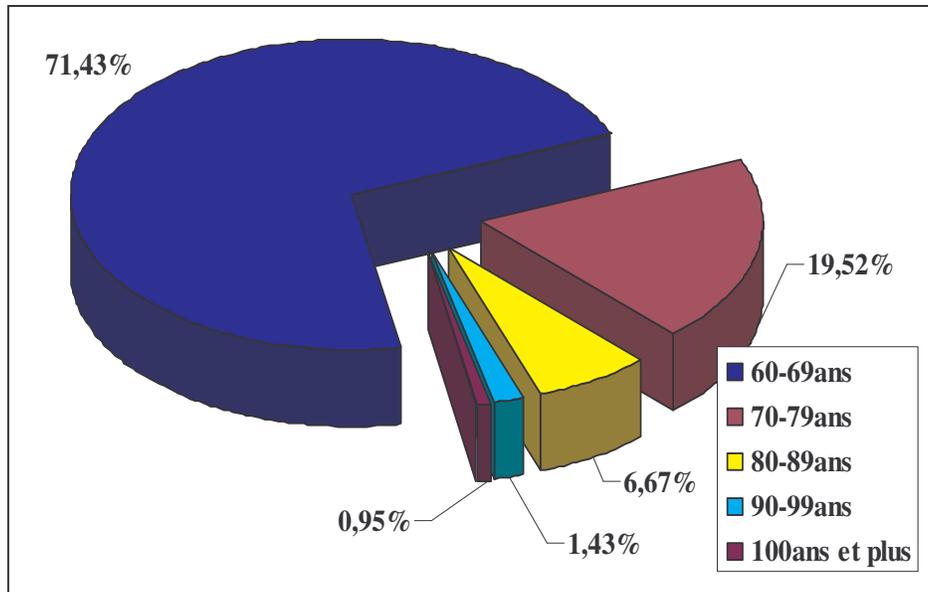


Figure 1 : Répartition des personnes âgées selon la classe d'âge

$$\xi = 42 \quad \sigma = 62,39$$

Dans notre série la tranche d'âge prédominant était celle de 60-69 ans l'âge avec 71,43% ± 5,97 soit Intervalle de confiance à 95% (95% I.C) : (67,45 ; 79,4).

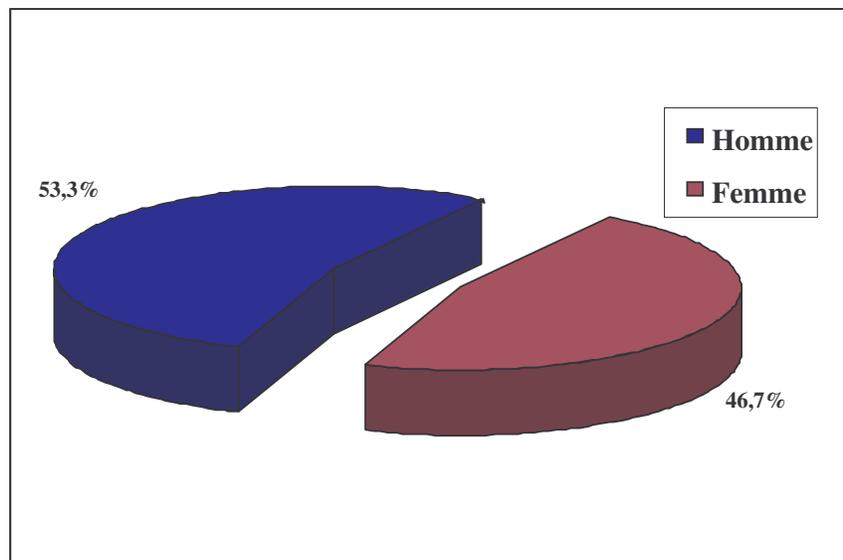
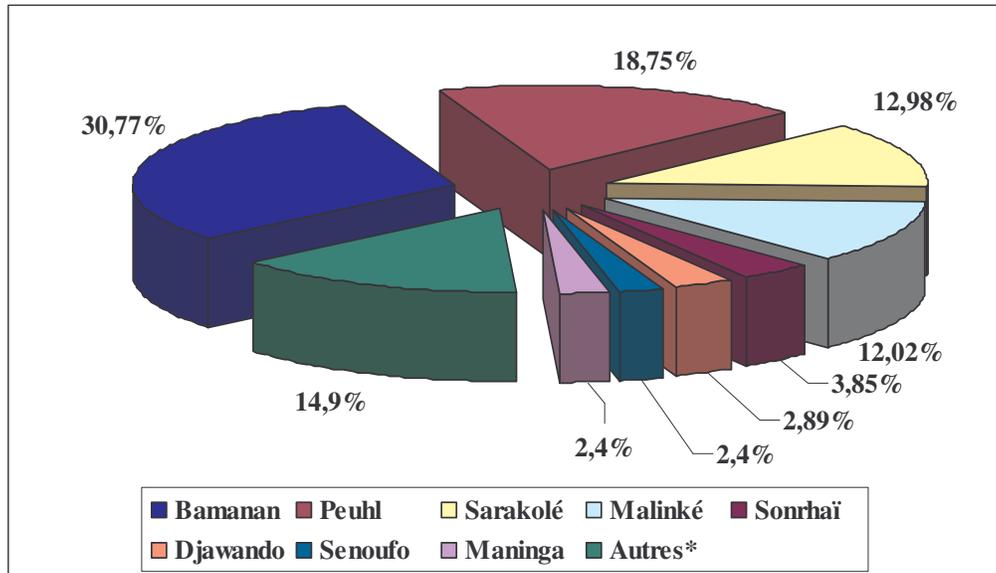


Figure 2 : Répartition des personnes âgées selon le sexe

$$\xi = 105 \quad \sigma = 9,9$$

Notre série était en majorité constituée d'homme soit 53,3% ± 6,75 soit 95% I.C : (46,55 ; 60,05)



* Autres = Dogon, Miniaka, Noumou, Dafin, Forgeron, Kassonké, Bobo, Souraka, Bozo, Samoko, Touareg, Somono, Griot, Refuse

Figure 3 : Répartition des personnes âgées selon les groupes ethniques

$$\xi = 23,33 \quad \sigma = 9,9$$

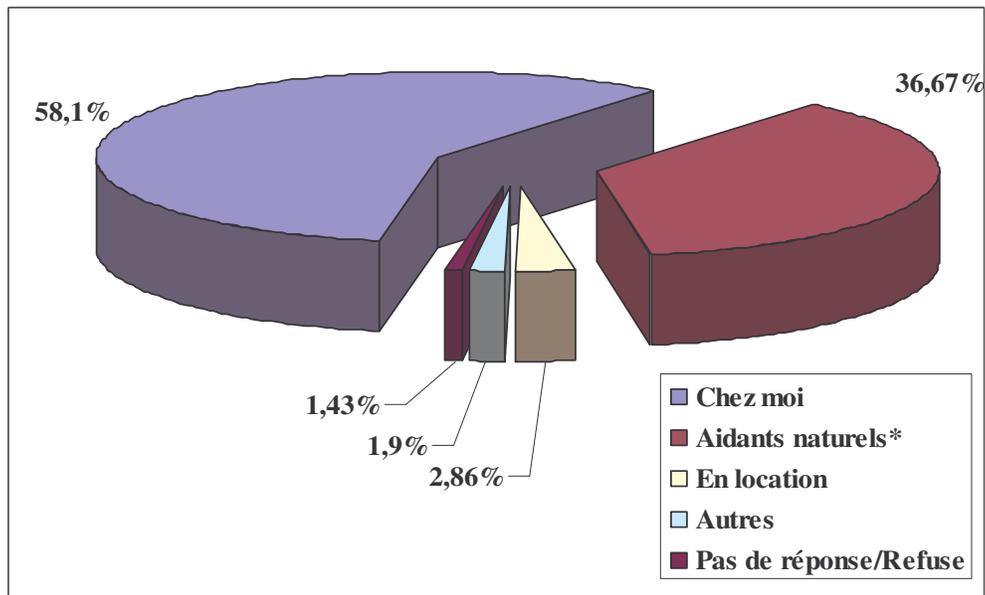
Dans notre série les groupes ethniques étaient en majorité constitués de Bamanan soit 30,77% $\pm 6,27$ soit 95% I.C : (24,49 ; 37,04)

Tableau III : Répartition de l'effectif selon le niveau scolaire

Niveau scolaire	Fréquence absolue	Fréquence relative
Aucune scolarité	169	80,48
Ecole primaire terminée	24	11,43
Etudes supérieures(Maîtrise, Doctorat)	5	2,38
Etudes secondaires terminées	4	1,9
Décrochés scolaires 1 ^{er} et 2 nd cycle	5	2,38
Quelques années d'études universitaires	2	0,95
Etudes universitaires terminées	1	0,48
Total	210	100

$$\xi = 30 \quad \sigma = 61,79$$

Dans notre série, 80,48% $\pm 5,36$ des personnes âgées n'avaient aucune scolarité soit 95% I.C : (75,12 ; 85,84).



*Aidants naturels = Mari, père, Fils, mon frère

Figure 4 : Répartition des personnes âgées selon le lieu d'habitation

$$\xi = 23,33 \quad \sigma = 9,9$$

La majeure partie des personnes âgées vivait chez eux soit une fréquence relative de **58,1% ± 6,67** soit 95% I.C : (51,43 ; 64,77), suivi des aidants naturels **36,67% ± 6,51** soit 95% I.C : (30,152 ; 43,187).

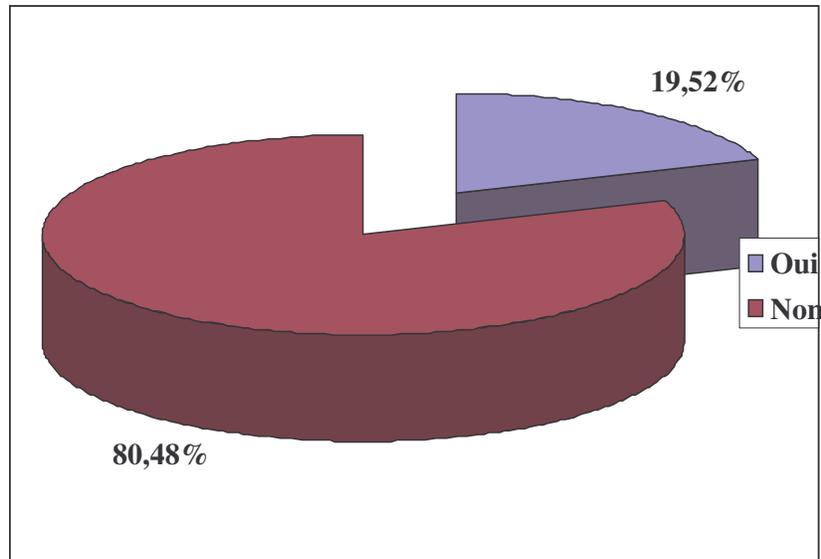


Figure 5 : Répartition des personnes âgées selon la perception ou non de pension

$$\xi = 105 \quad \sigma = 90,51$$

80,48% \pm 5,36 des personnes âgées ne percevaient pas de pension après leur 60ans soit 95% I.C : (75,53 ; 86,17).

Tableau IV : Répartition des personnes âgées en fonction du montant de la pension

Montant	Fréquence absolue	Fréquence relative
Moins de 25.000fcfa	6	37,5
De 25.000fcfa à moins de 40.000fcfa	3	18,75
De 60.000fcfa à moins de 80.000fcfa	1	6,25
80.000fcfa et plus	6	37,5
Total	16	100

$$\xi = 4 \quad \sigma = 2,45$$

169 patients ne percevaient pas de pension et 25 d'entre eux ont délibérément refusé de nous confier le montant exact de leur pension.

Nous ne considérons ici que ceux qui ont perçu et donner le montant de leur pension. Dans notre échantillon 37,5% \pm 23,72 des personnes âgées touchait soit moins de 25.000fcfa, soit 80.000fcfa et plus avec un 95%I.C : (13,78 ; 61,22).

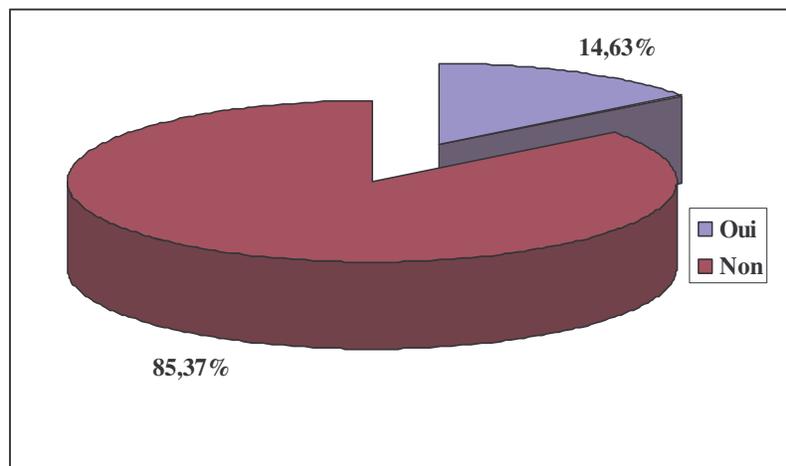
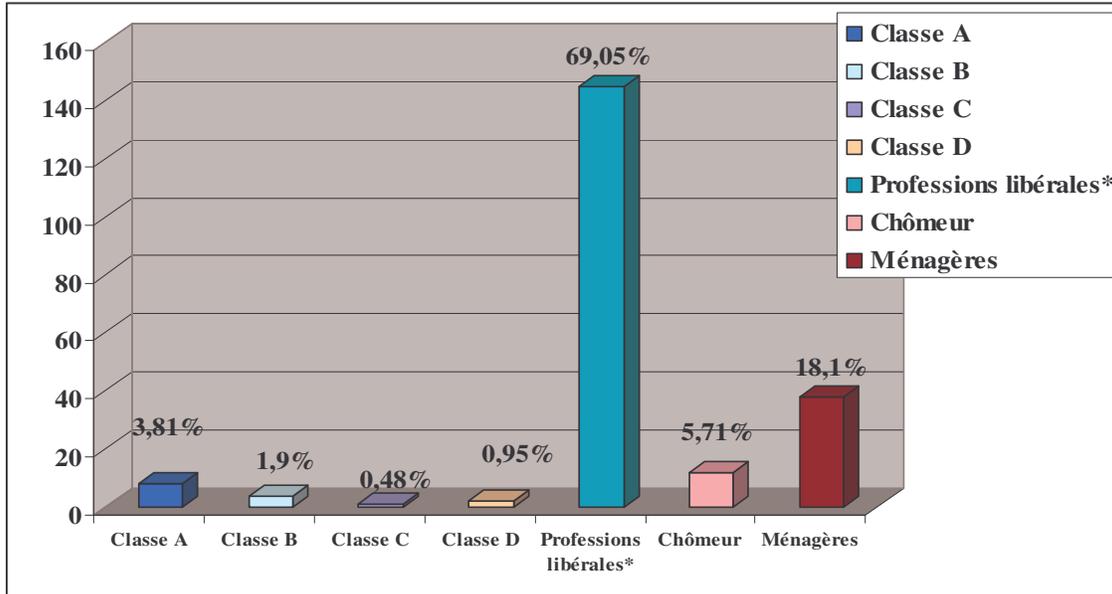


Figure 6 : Répartition des personnes âgées selon la suffisance de la pension

$$\xi = 20,5 \quad \sigma = 20,5$$

Parmi les personnes âgées qui recevaient une pension (41 personnes âgées), $85,37\% \pm 10,82$ trouvait qu'elle était insuffisante avec 95% I.C : (74,55 ; 96,19)



* Professions libérales = Commerçants, chef de quartier, maçon, berger, Pr d'Arabe, mécanicien, cultivateur, peintre, marabout, chef de village, menuisier, tailleur, gardien, bijoutier, secrétaire de bureau

Figure 7 : Répartition des personnes âgées en fonction de leur classe professionnelle avant l'âge de 60ans

$$\xi = 30 \quad \sigma = 52,28$$

La majeure partie des personnes âgées s'adonnait aux professions libérales dans $69,05\% \pm 6,63$ avec 95% I.C : (53,43 ; 66,68)

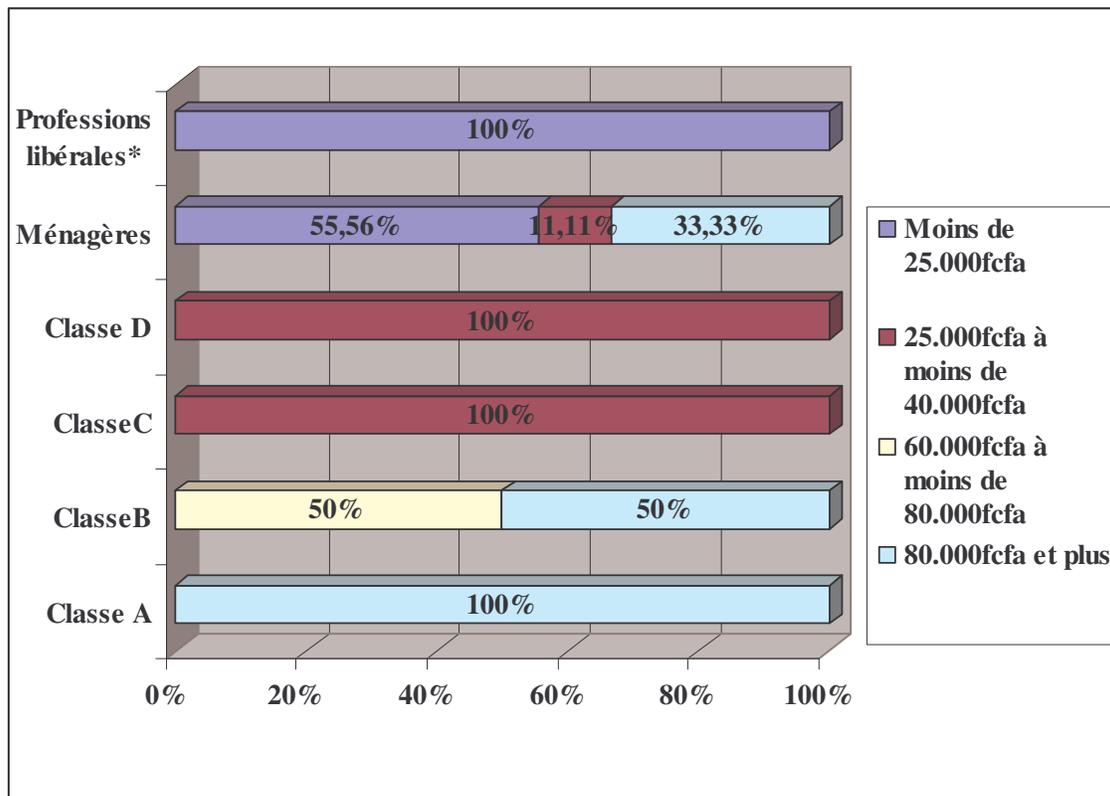


Figure 8 : Répartition des classes professionnelles avant 60 ans et du montant de la pension versée aux personnes âgées.

Seulement 41 personnes âgées touchaient la pension mais 16 personnes âgées nous ont révélé le montant.

$$P < 0,0000000$$

Le χ^2 n'est pas valide mais le croisement est statistiquement significatif.

Dans notre série nous constatons une répartition inhomogène du montant de la pension dans les classes professionnelles.

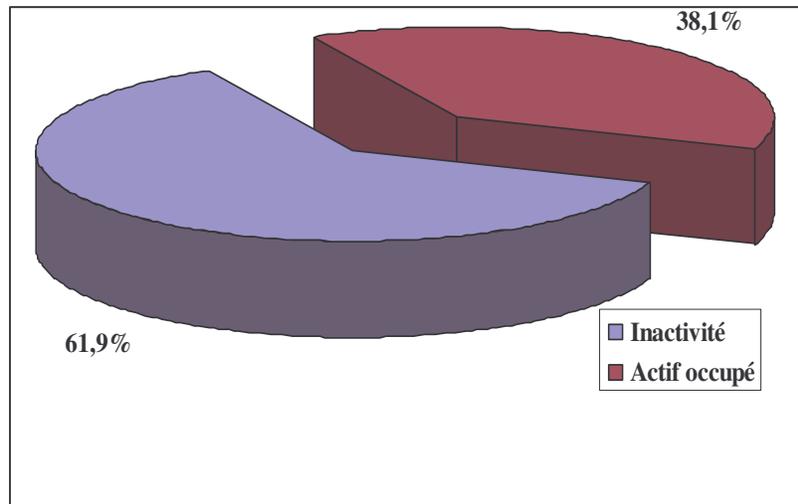


Figure 9 : Répartition des personnes âgées en fonction de leur activité actuelle

$$\xi = 105 \quad \sigma = 35,35$$

Au-delà de 60ans la majorité des personnes âgées n'est pas active soit une fréquence relative $61,9\% \pm 6,57$ avec 95% I.C : (55,33 ; 68,47).

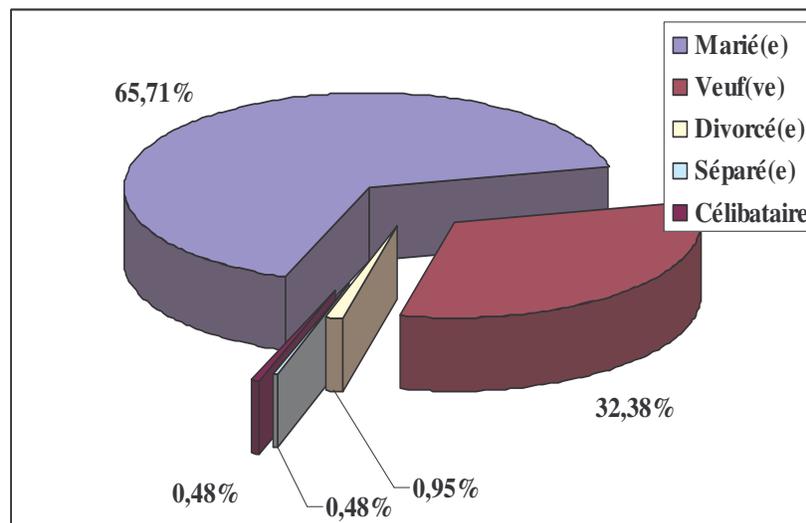


Figure 10 : Répartition des personnes âgées en fonction du statut matrimonial

$$\xi = 42 \quad \sigma = 60,94$$

La majorité des personnes âgées était mariée soit $65,71\% \pm 6,42$ avec 95% I.C : (59,29 ; 72,13).

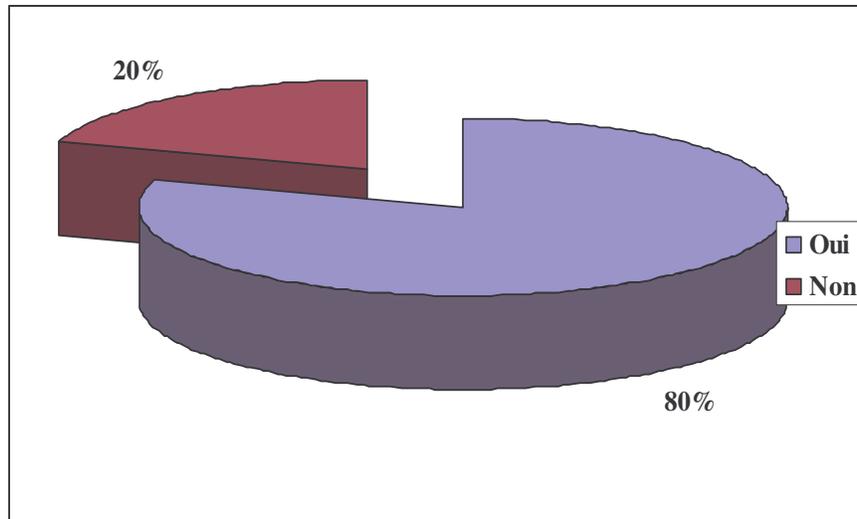


Figure 11 : Répartition des personnes âgées en fonction de la consultation d'un médecin lors des épisodes de maladie

$$\xi = 105 \quad \sigma = 89,1$$

80% \pm 5,41 des personnes âgées s'étaient faits consulter par un médecin lors d'un épisode de maladie avec 95% I.C : (74,59 ; 85,41).

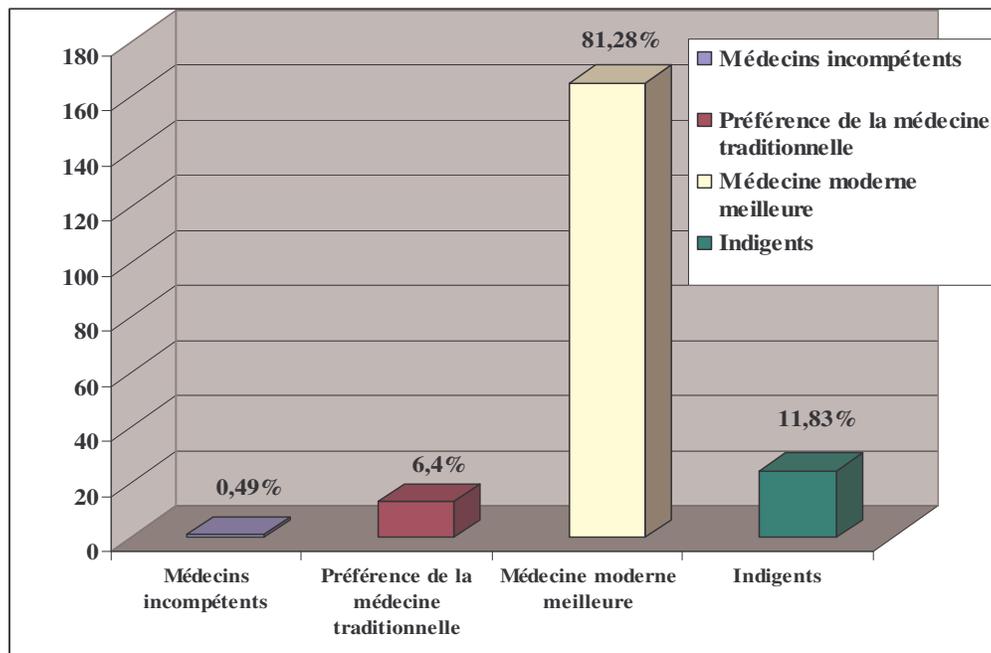


Figure 12 : Répartition des personnes âgées en fonction de la cause de préférence médicale

$$\xi = 50,75 \quad \sigma = 76,74$$

Dans notre série 7 personnes âgées n'ont pas répondu à cette question. Nous ne considérons donc que ceux qui ont donné une réponse soit 203 personnes âgées. La médecine moderne était considérée comme meilleure dans $81,28\% \pm 5,36$ avec 95% I.C : (75,91 ; 86,64).

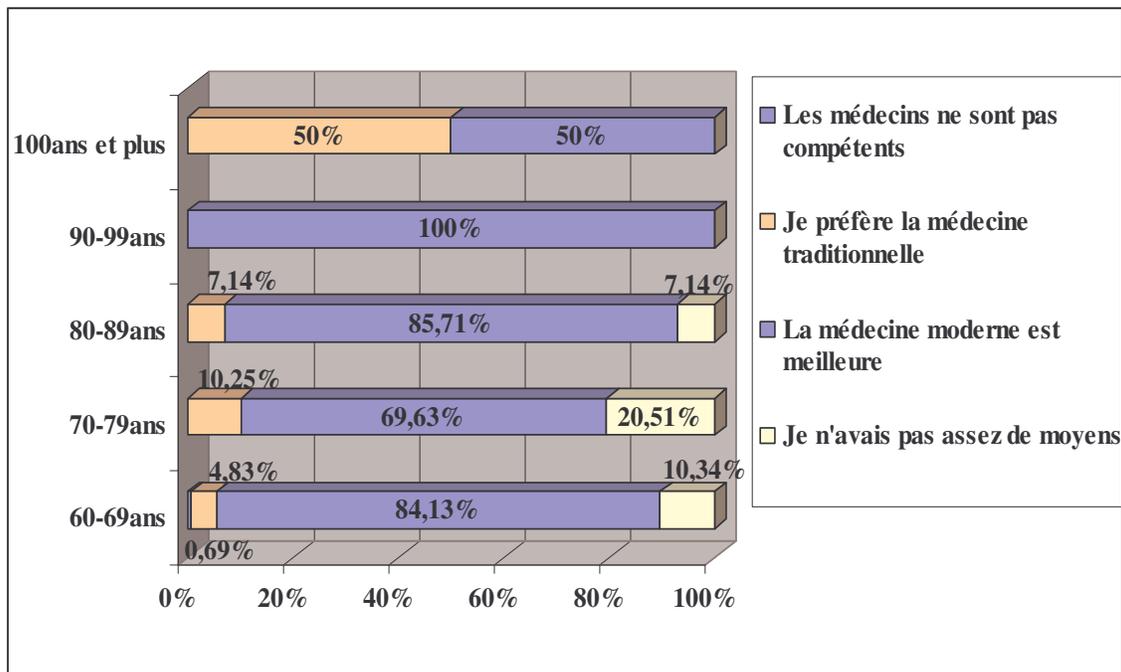


Figure 13 : Répartition de la préférence médicale en fonction des catégories d'âges

χ^2 non valide $p = 0,59$

La médecine moderne était considérée comme meilleure dans l'ensemble des catégories d'âges. Majoritairement elle l'était dans la tranche d'âge de 60-69ans avec un pourcentage de $60,1\% \pm 6,73$ avec I.C : (53,36 ; 66,83).

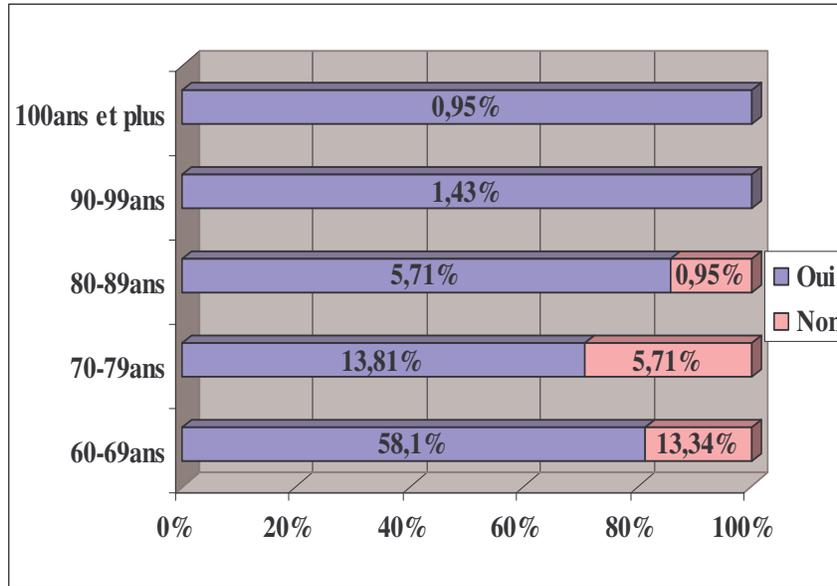


Figure 14 : Répartition des classes d'âges en fonction de la consultation d'un médecin

$$\chi^2 \text{ corrigé de} = 32,62, p \leq 0,00000142$$

Les personnes âgées ont recours à un médecin dans 58,1% des cas \pm 6,79 dans la tranche d'âge de 60 à 69ans avec 95% I.C : (51,31 ; 64,89).

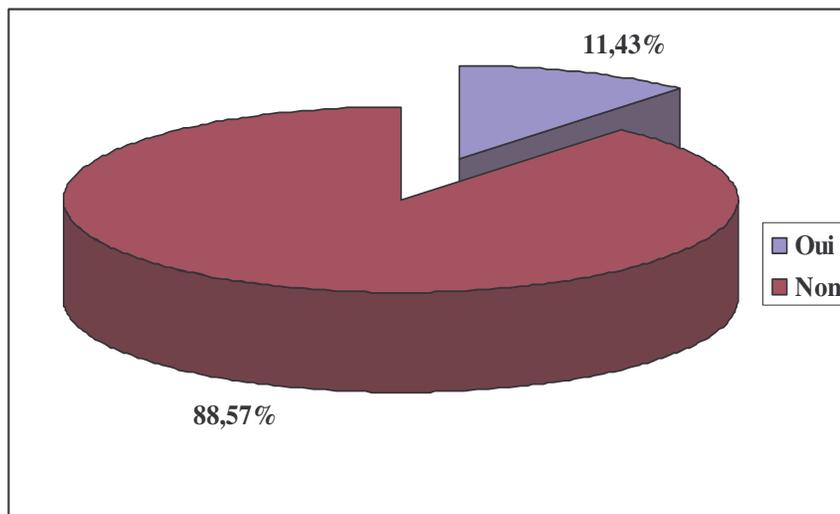


Figure 15 : Répartition des personnes âgées en fonction du handicap physique

$$\xi = 105 \quad \sigma = 114,85$$

Le handicap physique n'était pas retrouvé chez les personnes âgées soit une proportion de 88,57% \pm 4,38 avec 95% I.C : (84,19 ; 92,95).

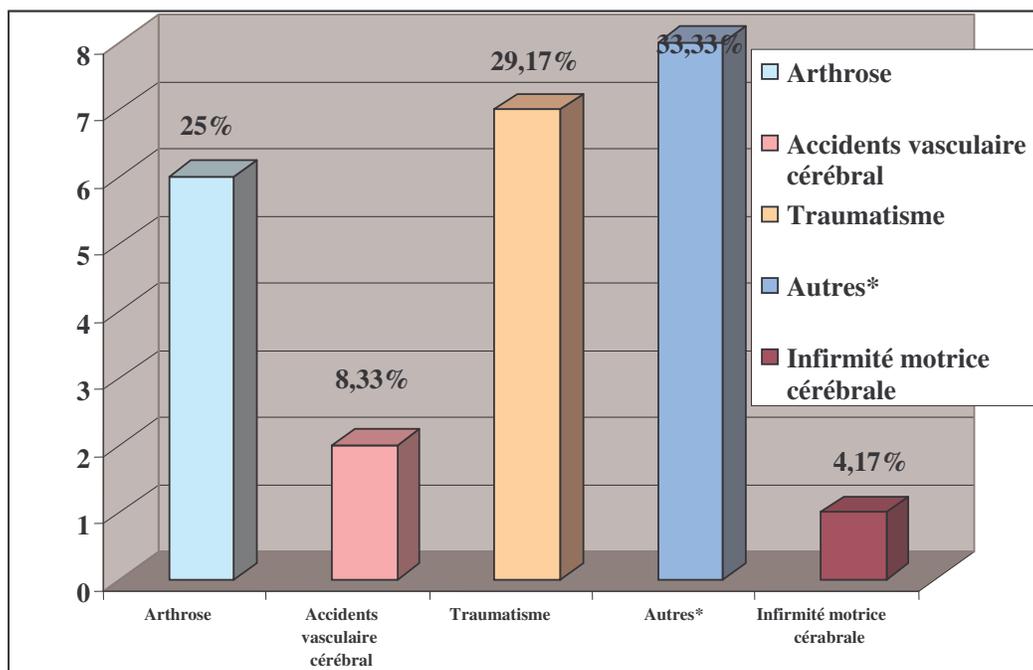


Figure 16 : Répartition des personnes âgées selon la cause du handicap physique

$$\xi = 4,8 \quad \sigma = 3,11$$

* autres = lèpre, paresthésie, claudication

186 personnes âgées ne présentaient pas de handicap physique. La plus grande cause de handicap physique était les autres (paresthésie, claudication, lèpre) soit 33,33% \pm 18,86 avec 95% I.C : (14,47 ; 52,18) suivi des traumatismes 29,17% \pm 18,19 avec 95% I.C : (10,98 ; 47,35), de l'arthrose 25% \pm 17,32 avec 95% I.C : (7,67 ; 42,32) et des accidents vasculaires cérébraux 8,33% \pm 11,05 avec 95% I.C : (-2,72 ; 19,38).

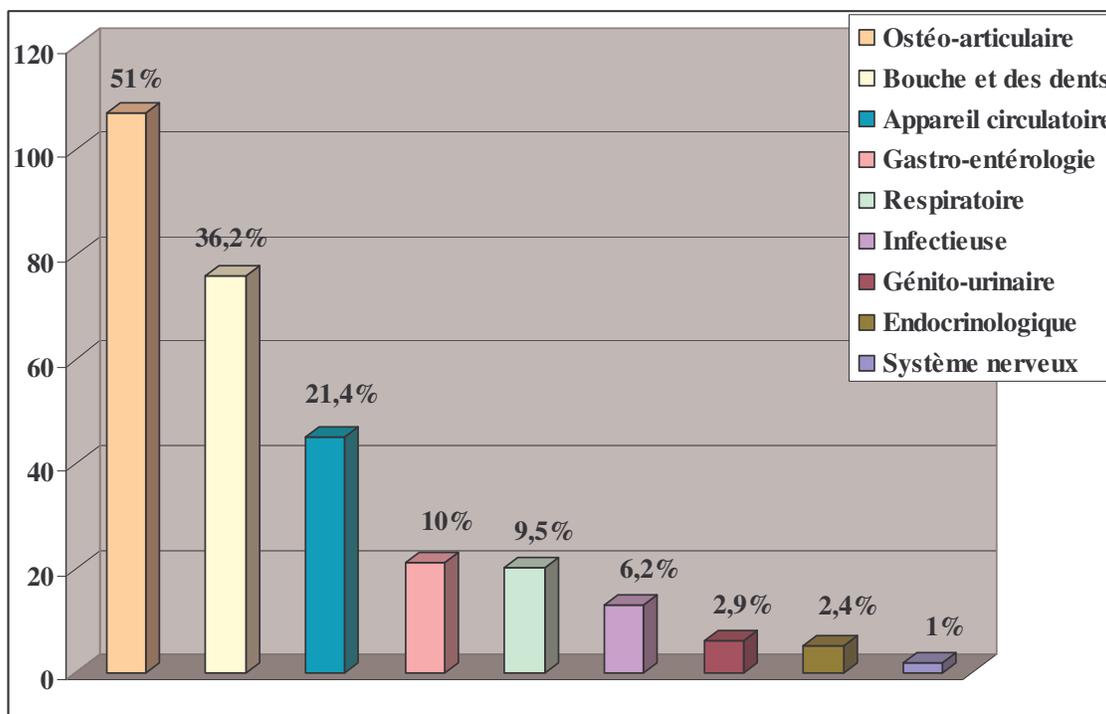


Figure 17 : Répartition des personnes âgées selon les groupes de pathologies présentées
 Les pathologies ostéoarticulaires représentaient le plus grand groupe de pathologie présentée par les personnes âgées avec $51\% \pm 6,76$ avec 95% I.C : (44,24 ; 5176).

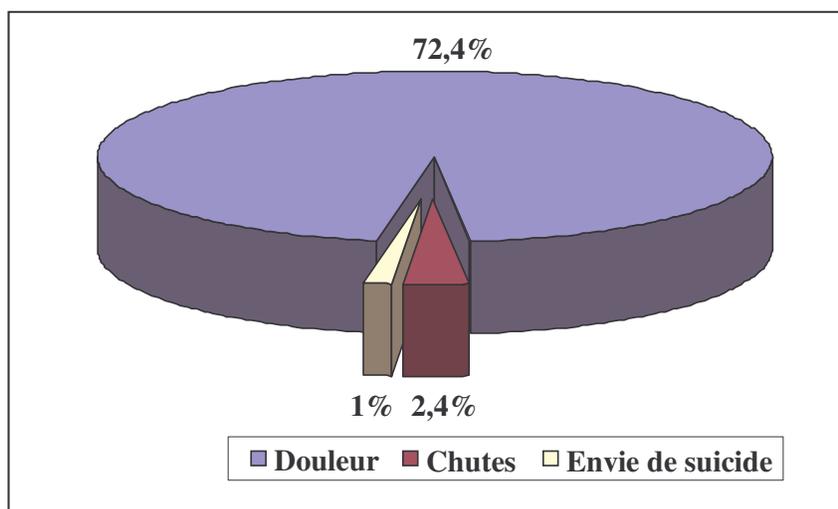


Figure 18 : Répartition des personnes âgées en fonctions d'autres pathologies présentées
 Les autres pathologies étaient dominées par la douleur qui préoccupait $72,4\% \pm 6,04$ des personnes âgées avec 95% I.C : (66,35 ; 78,44).

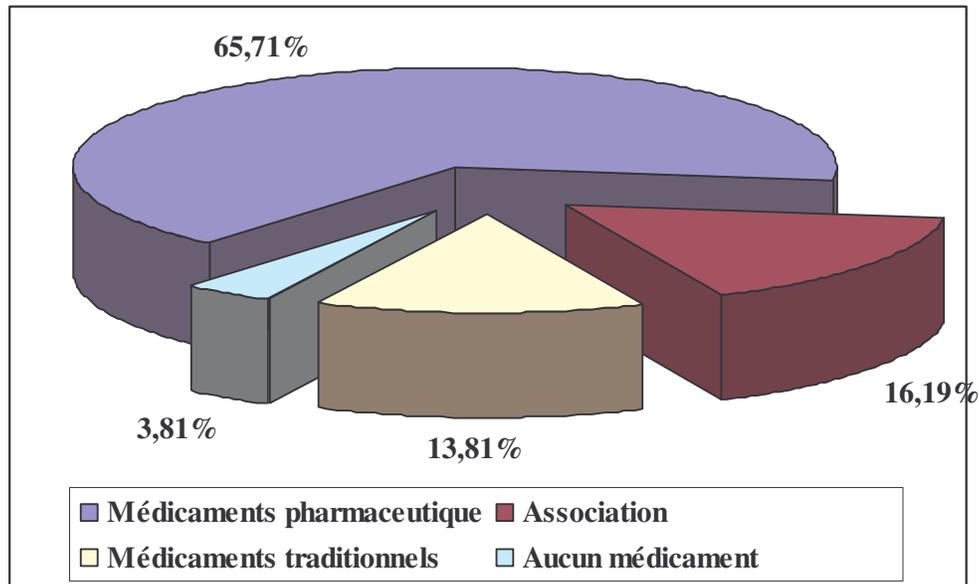


Figure 19 : Répartition des personnes âgées en fonction du type de médicament utilisé lors de traitement

Les médicaments pharmaceutiques constituaient la préférence des personnes âgées soit 65,71% ± 6,42 avec 95% I.C : (59,29 ; 72,13)

Tableau V : Répartition des personnes âgées en fonction du rapport avec la famille

Bon rapport	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	204	97,14
Non	6	2,86
Total	210	100

$$\xi = 105 \quad \sigma = 140,01$$

Les rapports familiaux étaient bons dans 97,14% ± 2,25 des cas avec 95% I.C : (14,89 ; 99,39).

Tableau VI : Répartition des personnes âgées selon le respect par les jeunes

Respect	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	161	76,67
Non	22	10,48
Je ne sais pas	27	12,86
Total	210	100

$$\xi = 70 \quad \sigma = 78,45$$

Le respect des jeunes était remarqué dans 76,67% \pm 5,72 avec 95% I.C : (70,95 ; 82,39) des cas.

Tableau VII : Répartition des personnes âgées selon la raison du respect des jeunes

Raison du respect	Fréquence absolue	Fréquence relative
Immaturité/ éducation	136	65,7
Respect /compassion	68	32,85
Dynamisme dignité	3	1,45
Total	207	100

$$\xi = 69 \quad \sigma = 66,51$$

Trois personnes âgées n'avaient donné de réponse à cette question. Le respect des personnes âgées leur était rendu selon l'éducation et le degré de maturité des jeunes dans 65,7% \pm 6,47 des cas avec 95% I.C : (59,23 ; 72,17).

Tableau VIII : Répartition des personnes âgées en fonction du respect et de la raison

N=207	Respect			Total
	Oui	Non	Je ne sais pas	
<u>Compassion</u>	65 (40,88)	3 (13,64)	0	68
<u>Dignité</u>	3 (1,89)	0	0	3
<u>Selon l'éducation</u>	91 (57,23)	19 (86,36)	26 (100)	136
Total	159	22	26	207

$$\chi^2 \text{ non valide } p < 0,000000$$

Trois personnes âgées n'avaient pas émis de réponse à cette question. Les personnes âgées trouvaient le respect des jeunes selon la fluctuation de leur éducation dans 57,23% \pm 7,7 soit (49,54 ; 64,72).

Tableau IX : Répartition des personnes âgées selon la modification dans le temps de leur relation avec les jeunes

Modification	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	150	71,43
Non	33	15,71
Je ne sais pas	27	12,86
Total	210	100

$$\xi = 70 \quad \sigma = 69,34$$

Les personnes âgées pensent que la relation avec les jeunes s'est modifiée avec le temps dans 71,43% \pm 6,15 avec 95% I.C : (65,27 ; 77,58).

Tableau X : Répartition de l'effectif selon la cause de la modification de rapport entre jeunes et personnes âgées

Cause	Fréquence absolue	Fréquence relative
Modification éducationnelle	150	100
Total	150	100

Seulement 150 personnes âgées avaient répondues à cette question. La modification du rapport des personnes âgées serait du à la modification éducationnelle des jeunes observée dans 100% des cas.

Tableau XI : Répartition de l'effectif selon le vécu sans l'aide de la famille

Vivre sans aide familiale	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	24	11,43
Non	171	81,43
Je ne sais pas	15	7,14
Total	210	100

$$\xi = 70 \quad \sigma = 87,58$$

Parmi nos personnes âgées 81,43% \pm 5,25 pensent ne pas pouvoir vivre sans l'aide de la famille ; avec 95% I.C : (76,17 ; 86,69).

Tableau XII : Répartition des personnes âgées selon la dépendance familiale

Raison		Fréquence absolue	Fréquence relative
Dépendance	Aidants naturels	104	53,89
	Affection et famille	65	33,68
Autonomie		24	12,44
Total		193	100

$$\xi = 64,33 \quad \sigma = 40$$

Dix sept personnes âgées n'ont pas répondu à cette question. Notre effectif total sera donc de 193. Cent quatre personnes âgées avaient besoin d'aide de leurs proches (aidants naturels, famille) dans 53,89% \pm 7,03 des cas avec 95% I.C : (46,85 ; 60,92).

Tableau XIII : Répartition des personnes âgées selon la prise en charge par l'état

Bonne prise en charge	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	50	23,81
Non	125	59,52
Je ne sais pas	35	16,67
Total	210	100

$$\xi = 70 \quad \sigma = 48,22$$

Cent vingt cinq personnes âgées trouvaient que l'état effectuait une mauvaise prise en charge à leur égard soit 59,52% \pm 6,45 des cas avec 95% I.C : (52,57 ; 65,86)

Tableau XIV : Répartition des personnes âgées en fonction de la qualité de prise en charge de l'Etat et la classe professionnelle avant l'âge de 60ans

N=210		Oui	Non	Je ne sais pas	Total
Classes professionnelles	Classe A	4	4	0	8
	Classe B	0	3	1	4
	Classe C	0	1	0	1
	Classe D	0	2	0	2
	Chômeur	3	7	2	12
	Ménagères	9	15	14	38
	Professions libérales	34	93 (74,4)	18	145
Total		50	125	35	210

$$\chi^2 \text{ non valide } p=0,05$$

Les personnes âgées ayant une profession libérale avant l'âge de 60 ans se plaignaient le plus de la prise en charge de l'Etat soit 74,4% \pm 7,65 avec 95% I.C : (66,75 ; 82,05)

Tableau XV : Répartition des personnes âgées selon l'importance aux yeux de la communauté

Importance	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	184	87,62
Non	16	7,62
Je ne sais pas	10	4,76
Total	210	100

$$\xi = 70 \quad \sigma = 98,7$$

Dans notre série 184 personnes âgées trouvaient qu'ils n'étaient pas importants aux yeux de la communauté soit 87,62% \pm 4,45 des cas avec 95% I.C : (83,16 ; 92,07)

Tableau XVI : Répartition des personnes âgées selon les raisons de l'importance aux yeux de la communauté

Raisons	Fréquence absolue	Fréquence relative
Aidants naturels actifs	105	53,3
Aidants naturels passifs	81	41,12
Aucune importance	11	5,58
Total	197	100

$$\xi = 65,66 \quad \sigma = 48,83$$

Trois personnes âgées n'avaient pas répondu à cette question. Cent sept personnes âgées étaient des aidants actifs pour la communauté soit 53,3% \pm 6,96 avec 95% I.C : (46,33 ; 60,26).

Tableau XVII : Répartition des personnes âgées en fonction de l'importance aux yeux de la communauté et des raisons de cette importance

	N=210	Importance		Total
		Oui	Non	
Raisons	Aidants naturels actifs	105 (57,07)	0	105
	Aidants naturels passifs	78 (42,39)	3	81
	Inutile	1 (0,54)	10	11
Total		184	16	210

$$\chi^2 \text{ non valide } p < 0,0000$$

Dans notre série il n'y a que les personnes âgées aidants actifs qui sont importants aux yeux de la communauté soit 57,07 \pm 7,15 avec 95%I.C : (49,91 ; 64,22)

Tableau XVIII : Répartition des personnes âgées selon la connaissance des maisons de retraite

Connaissance	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	34	16,19
Non	176	83,81
Total	210	100

$$\xi = 105 \quad \sigma = 100,41$$

Les maisons de retraite n'étaient pas connues dans 83,81% \pm 4,98 avec 95% I.C : (78,83 ; 88,79).

Tableau XIX : Répartition des personnes âgées selon l'envie de vivre en maison de retraite

Vivre en M.R	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	48	22,86
Non	162	77,14
Total	210	100

$$\xi = 105 \quad \sigma = 80,61$$

Cent soixante deux personnes âgées ne voulaient pas vivre dans les maisons de retraite soit 77,14% \pm 5,68 des cas avec 95% I.C : (71,46 ; 82,82)

Tableau XX : Répartition des personnes âgées selon la dépendance physique

Dépendance	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	5	2,38
Non	205	97,62
Total	210	100

$$\xi = 105 \quad \sigma = 141,42$$

La dépendance physique était constatée dans 97,62% \pm 2,06 des cas avec 95% I.C : (95,55 ; 99,68)

Tableau XXI : Répartition des personnes âgées selon la dépression

Dépression	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	130	61,9
Non	80	38,1
Total	210	100

$$\xi = 105 \quad \sigma = 35,35$$

La majorité des personnes âgées étaient déprimée soit 61,9% \pm 6,57 des cas avec 95% I.C : (53,33 ; 68,47)

Tableau 22 : Répartition de la dépendance physique en fonction du handicap physique

N=210		Dépendance physique				Total	
		Oui		Non			
Handicap physique	Oui	3	12,5%	21	87,5%	24	100,0%
	Non	2	1,1%	184	98,9%	186	100,0%
Total		5	2,4%	205	97,6%	210	100,0%

P exact de Fisher: 0,011, Odd ratio 13,143 avec 95% I.C: (2,076 ; 83,172)

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

4.1. Limites de l'étude

Les difficultés que nous avons rencontrées tout au long de notre étude sont les suivantes :

- Un manque de bibliographie concernant les personnes âgées
- Un manque de financement
- Un problème de communication directe avec les personnes âgées

4.2. Aspects démographiques

4.2.1. Catégories d'âge

Dans notre étude, nous avons eu une prédominance des personnes âgées dans la tranche d'âge de 60 à 69 ans avec des extrêmes de 60 et 107ans soit $71,43\% \pm 5,97$.

4.2.2. Sexe

Le sexe masculin était le plus représenté avec un sex ratio de 1,14 soit $53,3\% \pm 6,75$. Ceci serait dû à la prédominance des personnes âgées dans la tranche de 60-69 ans. Avec une présence de $74,74\%$ de la totalité des hommes de notre échantillon.

4.2.3. Groupe ethnique

Les bamanan ont représenté la majorité de notre échantillon soit $30,48\% \pm 6,23$.

4.2.4. Niveau scolaire

La majorité des personnes âgées de notre échantillon n'avait aucune scolarité soit $80,48\% \pm 5,36$.

4.2.5. Lieu d'habitation

La majeure partie des personnes âgées vivait chez eux soit une fréquence relative de **$58,1\%$** $\pm 6,67$.

4.2.6. Perception de pension

La pension n'était pas administrée aux personnes âgées dans $80,48\% \pm 5,36$ des cas. Pour toucher la pension les personnes âgées devraient avoir été fonctionnaires ou femme de fonctionnaires.

4.2.7. Montant de la pension

Seulement seize personnes âgées recevant la pension ont accepté de nous donner le montant de celle-ci. Dans notre échantillon $37,5\% \pm 23,72$ des personnes âgées touchait soit moins de 25.000fcfa, soit 80.000fcfa et plus avec un 95%I.C : (13,78 ; 61,22). En effet au Mali une femme touche la pension de son mari au décès de ce dernier. Ce qui explique pourquoi certaines ménagères touchent la pension. Cependant $85,37\% \pm 10,82$ des personnes âgées trouvaient que cette pension ne suffisait pas pour subvenir à leurs besoins.

4.2.8. Répartition des personnes âgées en fonction de la classe professionnelle avant l'âge de 60 ans

La majeure partie des personnes âgées s'adonnait aux professions libérales dans $69,05\% \pm 6,63$.

4.2.9. Activité actuelle

Dans notre échantillon au-delà de 60 ans, $61,9\% \pm 6,57$ n'est pas active. Ceci s'expliquerait par le fait que dans notre pays la majorité des personnes âgées est prise en charges par la famille.

4.2.10. Situation matrimoniale

Les personnes âgées étaient mariées dans $65,71\% \pm 6,42$ des cas. L'étude menée par Delbès [38] montre une vie en couple dans $50,25\% \pm 4,9$. Nos résultats sont supérieurs aux leurs et pourraient s'expliquer par le fait que dans notre série les personnes âgées sont dominées par les hommes ont plusieurs compagnes dont la mort d'une n'influence pas le statut du mari. Cependant le veuvage était constaté dans $32,38\% \pm 6,33$ des cas dans notre étude contre $38,5\% \pm 4,77$ dans celle de Delbès [38] ; ces résultats sont similaires aux nôtres. Ce veuvage était plus prononcé dans le sexe féminin soit $85,29\% \pm 11,73$ des cas ce à partir de la tranche de 70-79ans des cas ; Delbès [38] retrouve une prédominance du veuvage dans $74,68\% \pm 6,87$ touchant le sexe féminin. Ces résultats sont similaires aux nôtres. Cette prédominance féminine dans notre étude s'expliquerait par le fait que les femmes se marient très jeunes dans notre pays ainsi que l'espérance de vie plus élevé chez la femme que chez l'homme.

4.3. Santé des personnes âgées

4.3.1. Consultation chez un médecin

Les personnes âgées de notre série consultaient un médecin chaque fois qu'ils étaient malades dans $80\% \pm 5,41$. Ceci serait dû à la confiance qu'ils ont en ces médecins et la réceptivité des personnes âgées.

4.3.2. Préférence médicale

La médecine moderne était considérée meilleure dans $81,28\% \pm 5,36$. Cette appréciation de la médecine moderne était retrouvée dans pratiquement toutes les catégories d'âge surtout dans la tranche de 60 à 69ans soit $60,1\% \pm 6,73$.

4.3.3. Handicap physique

Le handicap physique n'était pas retrouvé chez les personnes âgées dans $88,57\% \pm 4,38$. Lorsqu'il était retrouvé les causes étaient : autres (lèpre, claudication, paresthésie) soit $33,33\% \pm 18,86$ suivi des traumatismes $29,17\% \pm 18,19$, de l'arthrose $25\% \pm 17,32$ et des accidents vasculaires cérébraux $8,33\% \pm 11,05$.

4.3.4. Dépendance physique des personnes âgées

La dépendance physique n'était pas retrouvée dans $97,62\% \pm 2,06$ des cas contre 87% dans l'étude de Colin C. et coll [39]. Cette différence serait sûrement due à l'échantillon de la population de notre étude très petit 210 cas contre 1.500.000 cas et aussi la grille d'évaluation de la dépendance utilisée : Echelle de KATZ dans notre étude et EHPA dans celle de Collin C. Une personne sans handicap physique a un *Odd ratio* de 13,143 de ne pas avoir une dépendance physique avec 95% I.C : (2,076 ; 83,172). La dépendance était retrouvée chez les personnes âgées dans $2,38\% \pm 2,06$ contre $6,6\%$ trouvées par Bontout et coll [26] ainsi que Collin C. et Coll 13%. Nos résultats sont très largement inférieurs aux leurs. Le mode de vie pourrait expliquer cette divergence de résultats.

4.3.5. Dépression chez les personnes âgées

Les personnes âgées étaient déprimées dans $61,9\% \pm 6,57$ des cas.

4.3.6. Groupes de pathologies présentées

Les pathologies ostéoarticulaires représentaient le plus grand groupe de pathologie présentée par les personnes âgées avec $51\% \pm 6,76$. La majorité des personnes âgées présentaient des douleurs articulaires pour lesquelles ils ne recevaient aucun traitement et n'avaient pas consulté pour la plupart. Yombo [36] rapportait une prédominance des pathologies pulmonaires dans $39,6\%$ des cas. Cette différence pourrait s'expliquer par la minimisation des pathologies de la part des personnes âgées et la tendance à la consultation d'un médecin lors de l'aggravation des pathologies.

4.3.7. Autres pathologies présentées

La douleur était la principale autre pathologie présentée par les personnes âgées soit $72,4\% \pm 6,04$.

4.3.8. Type de médicaments pris par les personnes âgées

Les médicaments pharmaceutiques constituaient la préférence des personnes âgées soit $91,9\% \pm 7,2$.

4.4. Rapport social des personnes âgées

4.4.1. Rapport familial

4.4.1.1. Rapport avec les membres de la famille

Les rapports familiaux étaient bons dans $97,14\% \pm 2,25$. La société malienne qui est une société traditionaliste respecte beaucoup les personnes âgées.

4.4.1.2. Respect des personnes âgées par les jeunes

Le respect des personnes âgées par les jeunes était remarqué dans $76,67\% \pm 5,72$. Ce respect leur était accordé selon la fluctuation de leur éducation dans $57,23\% \pm 7,7$.

4.4.1.3. Relation intergénérationnelle

On note une détérioration des rapports intergénérationnels dans $71,43\% \pm 6,15$. Cette détérioration serait due à la modification éducationnelle des enfants selon les personnes âgées dans 100% des cas. Cet aveu était quelque fois fait avec des larmes aux yeux et beaucoup de regret de la part des aînés en pitié pour les générations avenir et le devenir de leur progéniture en occidentalisation avec abandon progressif des valeurs traditionnelles.

4.4.1.4. Vécu avec ou sans aide familiale

81,43% \pm 5,25 pensent ne pas pouvoir vivre sans l'aide de la famille. La dépendance familiale (aidants naturels et affection familiale) était retrouvée dans 87,56% \pm 4,66 des cas avec une dépendance des aidants naturels de 53,89% \pm 7,03 et une affection familiale dans 33,68% \pm 6,67. Le manque de moyen et l'incapacité d'assurer les besoins seuls étaient retrouvés dans la dépendance des aidants naturels, mais aussi l'affection familiale serait pour beaucoup dans l'équilibre des personnes âgées.

4.4.2. Rapport avec l'Etat

4.4.2.1. Prise en charge des personnes âgées par l'Etat

Dans notre série la majeure partie des personnes âgées soit 59,52% \pm 6,45 trouvaient que l'Etat ne s'occupait pas assez d'eux. Ce d'autant plus qu'ils avaient une profession libérale avant les 60 ans soit 74,4% \pm 7,65. L'Etat délaisse les non fonctionnaires dans leur vieillesse. Ces derniers n'ont qu'un seul recours c'est la famille (aidants naturels).

4.4.2.2. Importance aux yeux de la communauté

184 personnes âgées trouvaient qu'ils n'étaient pas importants aux yeux de la communauté soit 87,62% \pm 4,45. Dans la majorité des cas, les aidants naturels se trouvaient importants soit 57,07 \pm 7,15.

4.5. Maison de retraite

4.5.1. Connaissance des maisons de retraite

Les maisons de retraite n'étaient pas connues dans 83,81% \pm 4,98.

4.5.2. Vécu dans les maisons de retraite

77,14% \pm 5,68 ne voulaient pas vivre dans les maisons de retraite. Certaines personnes âgées qualifient ces édifices de malédiction et qu'il ne faudrait pas les implanter dans notre pays.

5. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

5.1. Conclusion

Le vieillissement est un phénomène préoccupant suscitant un grand intérêt de notre part. L'état des connaissances dans ce domaine dans les pays dits industrialisés est relativement supérieur au notre. Au Mali cependant, au vu de l'état actuel des recherches dans le domaine géronto-gériatrique, la marginalisation occuperait une place primordiale dans le vécu des personnes âgées de plus en plus dépendantes avec l'âge. Notre étude réalisée à cet effet montrait que les personnes âgées ne sont pas bien prises en charge par notre gouvernement dans 59,52% dénotant d'une marginalisation certaine. La dépendance physique n'était pas retrouvée dans la majorité des cas soit 97,62% et la dépendance familiale quant à elle se retrouvait dans 87,56% signes du rôle joué par la famille auprès des classes climatiques. L'importance accordée aux personnes âgées n'est pas toujours effective face aux jeunes dans 76,67% des cas avec une relation intergénérationnelle modifiée dans 71,43% des cas. Les classes climatiques perdent de leur place dans notre pays allons nous donner raison à ces croyances selon lesquelles les personnes âgées devraient faire de la place pour les plus jeunes ? La vie de famille serait un meilleur moyen d'assurer un équilibre aux personnes âgées. Une meilleure prise en charge des personnes âgées serait un pas certain pour notre avenir, nous futurs personnes âgées.

Mais une question demeure quelle est la véritable place de la personne âgée dans la société actuelle ? Entité purement à part et malgré l'avancée des recherches la personne âgée reste une énigme dans bien des domaines (biologie, vie sociale etc.). Les effets de la société y sont pour beaucoup dans le quotidien climatique très loin de nos pensées mais pour tant si proche de nous. Représentant des époques lointaines, la personne âgée telle que vue actuellement transmet le savoir, les valeurs et les mœurs à adopter sans modification aucune. Le modèle sociétal familial occidental souffre d'une déliaison familiale. Cette dernière est acceptée par la plupart des personnes âgées qui se sont résolues à leur sort d'emblée dictée par leur concept de vie. L'évolution de la société par la mondialisation est loin d'être parallèle à ce mode de vie. La fracture intergénérationnelle prend forme et l'évolution de la médecine contribue à une réflexion plutôt démesurée sur la question. Une amélioration de la qualité de vie implique une augmentation d'espérance de vie qui à son tour révèle une augmentation massive des aînés. Cette dernière n'a pour effet que la mauvaise gestion des effectifs non seulement par la famille mais aussi par le gouvernement sans compter la dépendance avec l'âge. Quelque soit le type de société (traditionaliste, industrialisée, etc.) la vie de famille surtout les liens intergénérationnels ne sont pas envisageables sans ce lien d'affection qui nous anime. Les sociétés traditionalistes restent pour la plupart attachées aux liens familiaux. La personne âgée

devrait actuellement être vue comme notre avenir ou plutôt notre devenir et non le passé qui se révèle être parfois nostalgique à son égard. L'analyse de ces termes nous en dit long : « Avant les enfants respectaient les grands-parents, ce qui n'est pas le cas actuellement ... » ces propos se terminent dans les sanglots d'une grand-mère dépendante ; un autre dit ceci « ...elles portent des habits mini et passent devant nous sans même dédaigner un bonjour... ». Ces propos sont plus ou moins troublant mais reflètent le monde d'aujourd'hui ou plus exactement l'Afrique d'aujourd'hui. L'importation de nouvelles cultures est-elle là un avenir certain pour nous ? La réponse serait-elle dans les télécommunications et la façon d'interpréter les messages. En somme quelle éducation attribuons-nous aux nouvelles générations. Charlemagne rime t'il avec occident, ou dialecte avec tradition ? Dans un cas comme dans l'autre la vie familiale est et demeure un point hautement sensible sur lequel il faudrait s'appuyer pour maintenir l'harmonie entre les générations. Il ressort que l'évolution des sociétés doit être en harmonie avec celle de la famille dans tous les groupes d'âge. Le vécu des derniers instants de vie des aînés est tout autre devant des liens socio-affectifs familiaux prédominant. Elle enseigne aux enfants leur futur et reconforte les aînés se laissant facilement à la dépression. Cette conclusion plutôt hâtive serait elle justifiée : « En Afrique même en l'absence de structures particulières pour les personnes âgées, nous nous occupons bien de nos aînés. ». Mais cela laisse à réfléchir en face des métamorphoses sans cesse croissantes au sein de notre société. Ne nous laissons pas prendre au piège des de cette modernisation comme le dit ce *Makôrô* « les maisons de retraites représentent une malédiction, il ne faut pas les implanter dans notre pays ».

5.2. Recommandations

5.2.1. A l'Etat

- ✓ Améliorer les conditions de vie des personnes âgées
- ✓ Encourager l'enseignement de la gériatrie à la faculté de médecine et école paramédicale

5.2.2. Aux agents de santé publique

- ✓ Organiser des campagnes de santé pour les personnes âgées
- ✓ Assurer le maintien de la personne âgée en famille
- ✓ Sensibiliser les jeunes quant au problème de la personne âgée
- ✓ Effectuer une recherche sur l'autonomie dépendance et santé des personnes âgées auprès des médecins

5.2.3. Aux médecins

- ✓ Effectuer des visites à domicile pour les personnes âgées
- ✓ Evaluer la dépendance physique des personnes âgées de façon systématique lors des consultations

5.2.4. A la population

- ✓ Respecter les personnes âgées comme individu à part entière
- ✓ Améliorer la relation intergénérationnelle

6. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Comité des Yvelines d'éducation pour la santé :**
Approche thématique rubrique personnes âgées quelques définitions.
WWW.cyes.info/themes/personnes_âgées/définitions_personnes_âgées.php mise à jour du 21/04/2004
- 2. Le secteur lié aux personnes âgées est très prometteur.**
http://french.peopledaily.com.cn/french/200312/29/fra20031229_64682.html
- 3. Enos G.**
Sexualité des personnes âgées.
Praticiens et troisième âge, septembre 2000, TOME XIX-4-168, p 150-153
- 4. OMS**
Vieillesse transcender le mythe
WHO/HSC/AHE/99.1, 24p
- 5. Agence universitaire de la francophonie-bureau Afrique de l'Ouest**
Drame menaçant le continent
<http://www.refer.sn/article818.html> mise à jour du 19 juin 2003..
- 6. Rapport D'étude**
La mobilité des personnes âgées. Analyse des enquêtes ménages déplacements.
Collection CERTU 1998
- 7. Bernard A., Bussière Y. et Thouez J.P.**
Vieillesse et incapacité au Québec perspectives régionales 1991-2006
Cahier québécois de la démographie, 26, N°1, Printemps 1997, p91-107
- 8. Troisième âge-Info**
Congrès de gériatrie et de gérontologie sociale à Tunis
Bulletin trimestriel d'information d'étude et de recherche en géronto-gériatrie, Juin 2004, page 3
- 9. Présidence de la république**
Article 78 Loi 067 du 30 dec 1998 portant statut du personnel enseignant de l'enseignement supérieur, page 13.
- 10. Philibert M.**
Statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et préindustrielles
Sociologie et sociétés, 16, N°2, Octobre 1984, p 15-27
- 11. Finch E. C., Schneider E. L.**
Biologie du vieillissement
CECIL, Traité de médecine Interne, 1^{ère} édition française, Paris, Médecine-Science Flammarion, 1997, pp 12-15
- 12. Nations Unies / Division des politiques sociales et du développement social**
Situation des personnes âgées
<http://www.un.org/esa/socdev/iyop/friycf1.htm> mise à jour 31 Mai 2000

13. Alexandre Kalache

Restons actifs pour mieux vieillir

Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé, Article N°1, 1999

14. Michel Loriaux

Les conséquences de la révolution démographique et du vieillissement sociétal : restauration des âges et modifications des rapports entre générations

Sociologie et société, vol XXVII, n°2, automne 1995, p.9-26

15. Desjardin B., Légaré J.

Le seuil de la vieillesse ; Quelques réflexions des démographes

Sociologie et Sociétés, vol XVI, n° 2, octobre 1984, p. 37-48

16. Dominique Agossou

Effet de l'immigration internationale sur le vieillissement de la population des régions métropolitaines et non métropolitaines du Canada

Cahiers québécois de démographie Vol. 31, no 2, automne 2002, p. 275-302.

17. Didier Fassin

Inégalité, genre et santé entre l'universel et le culturel ;

18. Kamsi A.

Etude épidémiologique, clinique et économique du VIH/SIDA dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital National du Point G à propos de 71 cas ; 2004

Thèse de Médecine, FMPOS,

19. OMS

Vieillesse et santé

Rapport du secrétariat A55/17, 4 avril 2002 pp 2

20. Collège National des enseignants de gériatrie

Le vieillissement humain

Corpus Médical, 2000, p 9-18

21. Marc Bonnefoy, Drat J., Kostka T.

Le vieillissement humain ; Les antioxydants pour retarder les effets du vieillissement faits et perspectives.

La presse médicale, 27 juillet 2002, Tome 31, pages 1174-1184

22. Plum Fred

Problèmes neurologiques liés au vieillissement

CECIL Traité de médecine interne, 1^{ère} édition française, Paris, Médecine-Sciences

Flammarion, 1997, p16-17

23. François Höpflunger et Valérie H.

Etat de santé des personnes âgées

Observatoire Suisse de la santé, Berne, Ed. Haus-Huber, 2003, pp 1 à 4

24. Henrard J-Cl.

Vieillesse et âge, Age et représentation de la vieillesse
Actualité et dossier en santé publique, n°21, décembre 1997, pp 4- 11.

25. *La promotion de la santé pour les personnes âgées,*
Eurolink Age, 1996, pp 1-40.

26. Bontout O., Colin C., Kerjosse R.

Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040
Etudes et résultats, N°160, Février 2002

27. Wolmark Y.

Perte d'autonomie du sujet âgé, étiologies moyens d'évaluation, conséquences sur la prise en charge médico-sociale
La revue du praticien, Paris, 1998, 48 p 1836 – 1840

28. Encyclopédie Microsoft Encarta 2004

Cd-ROM © 1993-2003 Microsoft corporation Tous droits réservés

29. Agnès Pitrou

Vieillesse et famille : qui soutient l'autre ?
1997 Lien Social et Politique, RIAC 38, pp 145-158

30. Jacqueline C. Massé, Marie-Marthe T.-Brault

Société, vieillissement et stratification des âges
Sociologie et société 1984, vol XVI, N°2, p8, p3-14

31. CL.Estes

The aging entreprise
San Francisco, Washington and London: Jossey-Bass, 1979

32. Tamba Doumbia

Groupes d'âge et éducation chez les Malinké du sud du Mali
Collection Culture et cosmologie ; Edition L'Harmattan 2001

33. Amadou Hampaté Ba

Aspects de la civilisation africaine
Edition NEAS, 1975

34. Dembelé C. Oumar

Le conflit de génération dans quelques romans négro africains
1976 Mémoire de lettre, ENSUP, 76-A-9

35. Institut National D'études et de recherche en Géronto-Gériatrie

La maison des aînés » : « *Les aînés au mali* » Fin 1999

36. YOMBO K. J. D.

Etude des affections du sujet âgé à l'hôpital national du Point G. Problématique et perspectives
1999, Thèse de Médecine, FMPOS, 99-M-28

37. Direction Nationale de Statistique et de l'informatique

Recensement de la population et de l'habitat d'Avril 1998, Résultats définitifs.

Série Démographique, Tome I, page 340-342

38. Delbès Christiane, Gaymu J.

Passé 60ans : de plus en plus souvent en couple

Population et société, N°389, Ined, Avril 2003

39. Collin C. et Kerjosse R.

les différents modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Handicap-Incapacité-dépendance, Colloque scientifique, Montpellier, N°16, Juillet 2001

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant avec mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je Le Jure !

FICHE SIGNALÉTIQUE

Noms : OUAKAM OUAKAM

Prénoms : JACQUES FERNAND

TITRE : AUTONOMIE, DEPENDANCE ET SANTE DES PERSONNES AGEES. CAS DU DISTRICT DE BAMAKO (MALI)

Année académique : 2004-2005

Pays d'origine : CAMEROUN

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie de Bamako.

Département : Santé publique, Epidémiologie, Biostatistique, Anthropologie et Ethique publique, sociétale et, bioéthique

Résumé : Il s'agit d'une étude portant sur l'autonomie, la dépendance et la santé des personnes âgées dans le district de Bamako. D'actualité dans les pays dit industrialisés, ce champ d'études et de recherches souffre d'un déficit d'investissement en Afrique, notamment subsaharienne. Cette étude transversale s'est déroulée sur une année, de novembre 2003 à décembre 2004.

Deux cent dix personnes âgées ont participé à notre étude. Il en ressort que 59,52% de notre effectif souffrait d'une marginalisation étatique. La dépendance physique n'était pas retrouvée dans 97,62% selon l'échelle de KATZ. La dépendance tel que conçue par plusieurs auteurs est essentiellement physique, nous avons mis en évidence une dépendance socio-affective entre les personnes âgées et la famille qui se rencontrait dans 76,67% des cas. La déliaison intergénérationnelle constituant l'un des plus grands soucis des classes climatiques était présente dans 71,43% des cas. La famille aurait un très grand rôle à jouer dans l'assurance d'un équilibre harmonieux entre les personnes âgées et le milieu dans lequel ils se trouvent. La rupture de cet équilibre pourrait aboutir à l'apparition de socio-pathies comme la dépression retrouvée dans 61,9% des cas. L'âge étant une « valeur » en Afrique, le modèle familial africain intégrant la personne âgée comme part entière et centrale de la vie familiale serait un exemple à suivre. Dans cette même optique, les grandes métropoles occidentales telles au Canada ou en France ont entrepris de réviser leur politique sociale envers les personnes âgées. Ils innoveront à les réintégrer dans une vie familiale.

Mots clés : Personne âgée, dépendance, fracture intergénérationnelle, famille.

ABSTRACT

Name: OUKAM OUKAM

First name: JACQUES FERNAND

TITLE: AUTONOMY, DEPENDENCE AND HEALTH OF THE ELDERLY.
BAMAKO DISTRICT CASE STUDY.

Accademic year: 2004-2005

Heading country: CAMEROUN

Registration: Library of Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie,
Université de Bamako.

Department: PUBLIC HEALTH, EPIDEMIOLOGY, BIOSTATISTIC, ANTHROPOLOGY
AND ETHICS / BIOETHIC

Summary: The lack of research on ageing people life in Africa as here in Mali contrasting with developed countries. This study at the bearing country was built on autonomy, dependence and health of the elderly in Bamako. We present a transversal study compiled from November 2003 to December 2004.

The sample of study was two hundred and ten (210) old people. We recorded 59,52% of governmental marginalization. The physical dependence was not found in 97,62% according to the scale of KATZ. The conception of dependence by several authors is essentially physical, we highlighted a socio-emotional dependence between the old people and the family in 76,67% of the cases. Psychosocial failure between old people and young people appear as one of major social challenge on « climateric people » social and medical care : around 71,43% of cases. Family structure and dynamic should be better to protect and to take care of elderly people in society. The disruption of social network around them seems to be the major psychosocial troubles sources as « break down » in 61,9% of cases. African Family Model which keep elderly people as a « social value » should be an exemple for developed countries. In case, some occidental megalopolis as in Canada and in France work to review their social politics to integrate elderly people in a family life.

Key words : The elderly, dependence, generational failure, family.

ANNEXES



ANNEXE 1

Fiche d'enquête

A. Questions d'ordre démographiques

1. Quels sont votre nom et nationalité ?

2. Sexe

1. Homme 2. Femme

3. Quelle est votre catégorie d'âge ?

1. 60-64ans 2. 65-69ans 3. 70-74ans 4. 75-79ans
 5. 80-84ans 6. 85-89ans 7. 90-94ans 8. 95-100ans
 9. 100ans et plus Pas de réponse/Refuse

4. A quel groupe ethnique ou culturel appartenez-vous ?

1. Bambara 2. Peulh 3. Senoufo 4. Malinké
 5. Sarakolé 6. Autre (Préciser _____) 7. Pas de réponse/refuse

5. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez complété ?

1. Ecole primaire 2. Quelques années d'école secondaire
 3. Etudes secondaires terminées 4. Quelques années d'études universitaires
 5. Etudes universitaires terminées 6. Etudes supérieures (Maîtrise, Doctorat)
 7. Aucune scolarité 7. Pas de réponse/Refuse

Vous pouvez cocher plusieurs cases

6. Lieu d'habitation ?

1. Chez toi 2. Chez mon fils 3. Chez mon beau fils
 4. Autre (Préciser _____) 5. Pas de réponse/ Refuse

7. A des fins statistiques uniquement, nous avons besoin d'information à propos de votre revenu ,
veuillez me dire quelle est celle qui correspond le mieux au revenu total à revenu total annuel

1. Moins de 25.000fcfa 2. De 25.000 à moins de 40.000fcfa 3. De 40.000 à moins de 60.000fcfa
 4. De 60.000 à moins de 80.000fcfa 5. 80.000fcfa et plus 6. Ne sais pas/Refuse

8. Quelle était votre catégorie professionnelle avant la retraite (ou l'âge de 60ans) ?

1. Classe A 2. Classe B 3. Classe C 4. Classe D 5. Autres (Préciser _____)

9. Quel est votre type d'activité actuel ?

1. Chômeur 2. Inactivité 3. Actif Occupé (préciser l'activité _____)

10. Quelle est votre situation matrimoniale ?

1. Marié 2. Séparé 3. Divorcé 4. Célibataire (Jamais marié)
 5. Veuf (veuve) 5. Pas de réponse/Refuse

B. Etat de santé des personnes âgées

I. Antécédents

11. Avez vous déjà été malade ?

1. Oui 2. Non

12. Avez vous consulté un médecin chaque fois que vous étiez malade ?

1. Oui 2. Non 3. Parfois

13. Pourquoi ?

1. Les médecins ne sont pas compétents 2. Ils ne s'occupent pas suffisamment de moi

3. Je préfère la médecine traditionnelle 4. La médecine moderne est meilleure

5. Je n'avais pas assez de moyen 6. Pas de réponse/Refuse

II. Etat physique

1. Handicap

14. Handicap physique

14.1. Possibilités

1. Oui 2. Non

14.2. Quelle en est la cause ?

1. Poliomyélite antérieure aiguë 2. Séquelle d'injection 3. Infirmité motrice cérébrale 4. Traumatisme

5. Guillain Barré 6. Accident vasculaire cérébral 7. Autres (préciser _____)

7. Je ne sais pas/ refuse

15. Handicap visuel

15.1. Avez-vous des problèmes de vision ?

1. Oui 2. Non

15.2. Si oui quelle est sa classification médicale

1. Déficience légère 2. Déficience modérée 3. Déficience visuelle grave

4. Déficience visuelle profonde 5. Déficience visuelle totale 6. Déficience totale

15.3. Causes

1. Acquis 2. Cataracte 3. Trachome 4. Onchocercose 5. Glaucome 6. Traumatisme oculaire

7. Autre (Préciser _____) 8. Je ne sais pas/ Refuse

16. Handicap auditif

16.1. Avez-vous des problèmes auditifs

1. Oui 2. Non

16.2. Si oui : Classification

1. Déficience légère (20 à 40dB) 2. Déficience légère (40 à 70dB) 3. Déficience profonde (90dB)

4. Non quantifiée

16.3. Quelle en est la cause ?

1. Prénatale 2. Néonatale 3. Infectieuse 4. Traumatique 5. Médicamenteux

6. Autre (Préciser _____) 7. Je ne sais pas/Refuse

17. Handicap mental

18. Quelle autre pathologie présentez-vous ?

1. Maladies de l'appareil circulatoire 2. Maladies de la bouche et des dents 3. Maladies ostéo-articulaires

4. Affections endocrinienne 5. Maladies de l'appareil respiratoire 6. Maladies des organes génitaux et urinaires

7. tumeurs 8. Maladies infectieuses 9. Je ne sais pas/ refuse

19. Présentez-vous une ou plusieurs de ces pathologies ?

1. Les chutes 2. La dénutrition 3. la douleur 4. La pathologie iatrogène

5. La dépression 6. les suicides 7. Les démences 8. Autres

(Préciser _____)

III. Prise médicamenteuse

20. Quel type de médicament prenez-vous pour vos soins ?

1. Médicaments pharmaceutiques 2. Médicaments traditionnels 3. Aucun médicament

21. Classe des médicaments ?
 1. Antihypertenseurs 2. Antalgiques 3. Anti-inflammatoires 4. Anticoagulants
 5. Neuroleptiques 6. Antidépresseurs 7. Autres (Préciser _____)
Cochez plusieurs réponses si c'est le cas

22. Eprouvez-vous une dépendance face un ou plusieurs de ces médicaments ?
 1. Oui 2. Non
22.1. Si oui le (les) citer (*Ne mettre que la classe pharmaceutique du médicament*)

C. Rapport social des personnes âgées

I. Rapport familial

23. Avez-vous de bons rapports avec les membres de votre famille ?
 1. Oui 2. Non 3. Refuse

24. Pensez-vous que les plus jeunes ont du respect pour vous ?
 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas/refuse
24.1. Dites pourquoi

25. Pensez-vous que la relation entre les personnes âgées a changé avec le temps ?
 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas/Refuse
25.1. Si oui dites pourquoi

26. Pouvez-vous vivre sans l'aide de votre famille ?
 1. oui 2. Non 3. Je ne sais pas/Refuse
26.1. Si oui dites comment, si non dites pourquoi

II. Rapport avec l'état

27. Pensez-vous que l'état s'occupe assez des personnes âgées ?
 1. Oui 2. Non 3. je ne sais pas/Refuse

28. L'état vous verse t'il une pension ?
 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas/Refuse
29.1. Si oui suffit elle à vos besoins ?
 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas/Refuse

29. Etes vous important aux yeux de la communauté ?
 1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas/Refuse
29.1. Pourquoi ?

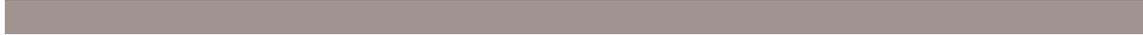
D. Divers

30. Connaissez-vous ce qu'est une maison de retraite ?

1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas /Refuse

30.1. Aimeriez-vous y vivre ?

1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas/Refuse



ANNEXE 2

Echelle d'évaluation de la dépendance

Echelle d'autonomie de Katz pour les activités de base de la vie quotidienne ADL (activities of daily living)

Activité	Description	Score
Hygiène corporelle	Autonome	0
	Aide partielle pour une partie du corps	1
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	2
Habillage	Autonome pour le choix et l'habillage	0
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	1
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé	2
Aller aux toilettes	Autonome	0
	Doit être accompagné, besoin d'aide	1
	Ne va pas aux wc, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	2
Locomotion	Autonome	0
	Besoin d'aide	1
	Grabataire	2
Continence	Continent	0
	Incontinence occasionnelle	1
	Incontinence permanente	2
Repas	Autonome	0
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	1
	Aide complète ou alimentation artificielle	2
TOTAL		

RESULTATS :

Cette échelle validée nécessite 3 évaluations étalées dans le temps.

Un score > 6 signe une dépendance.

Utile pour juger de l'état d'autonomie fonctionnelle du patient et décider des aides adéquates (repas à domicile, aide-ménagère, auxiliaire de vie, protection juridique)

A signaler qu'il existe plusieurs échelles ADL type Katz, selon les articles, avec des différences sur les points attribués ou les items.

Ref: Le suivi médical dans la maladie d'Alzheimer-F.Nourhashémi-Concours Médical n° 38 du 25/11/2000. Prescription pluri-médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans-ANAES-Concours Médical du 06/12/1997

ANNEXE 3

Echelle d'évaluation de la dépression

Dépression de la personne âgée : mini GDS (Geriatric Depression Scale)

Dans la semaine qui vient de s'écouler	Oui	Non
1-Vous êtes-vous senti(e) souvent découragé(e) et triste ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Etes-vous heureux (se), bien, la plupart du temps ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TOTAL	<input type="text" value="0"/>	
RESULTATS : Un point ou plus suffit à évoquer une dépression Il conviendra de l'évaluer plus avant		

Ref: Dépression, présentation clinique et diagnostic chez la personne âgée-P.Thomas-C.Hazif-Thomas-Revue de Gériatrie-Tome 28 n° 3 Mars 2003



Awa Sacko (129 ans) serait la femme la plus âgée du Mali et peut-être du monde

"Je me rappelle que quand les troupes d'Almamy Samory Touré approchaient, j'étais enceinte de mon second fils. Quand on m'a dit qu'il arrivait, j'étais terrorisée. On disait qu'il ouvrait les ventres des femmes enceintes pour voir ce qu'il y avait à l'intérieur, qu'il avait tué son propre fils parce qu'il lui avait désobéi, qu'il faisait griller les enfants et qu'ils les appelaient arachides grillées. Quand les hommes blancs sont venus, ils étaient encore pires. Nous ne pouvions pas fuir car nous avons peur. Même les enfants avaient peur. Pour capturer les gens, ils s'approchaient de leurs habitations et détruisaient tout jusqu'aux murs. Nous avons sacrifié des moutons pour eux et nous leur avons donné de la viande à manger ; ils l'ont donnée à leurs chevaux."

- ¹ **Comité des Yvelines d'éducation pour la santé** : *Approche thématique rubrique personnes âgées quelques définitions*. WWW.cves.info/themes/personnes_âgées/définitions_personnes_âgées.php mise à jour du 21/04/2004
- ² **Le secteur lié aux personnes âgées est très prometteur**. http://french.peopledaily.com.cn/french/200312/29/fra20031229_64682.html
- ³ **Enos G.** : *Sexualité des personnes âgées*. Praticiens et troisième âge, Septembre 2000, TOME XIX-4-168, p 150-153
- ⁴ **OMS** : *Viellissement transcender le mythe* WHO/HSC/AHE/99.1, 24p
- ⁵ **Agence universitaire de la francophonie-bureau Afrique de l'ouest** : *Drame menaçant le continent* <http://www.refer.sn/article818.html> 19 juin 2003..
- ⁶ **Rapport D'étude** : *La mobilité des personnes âgées. Analyse des enquêtes ménages déplacements*. Collection CERTU 1998
- ⁷ **Bernard A., Bussière Y. et Thouez J.P.** : *Viellissement et incapacité au Québec perspectives régionales 1991-2006* Cahier québécois de la démographie, 26, N°1, Printemps 1997, p91-107
- ⁸ **Troisième âge-Info** : *Congrès de gériatrie et de gérontologie sociale à Tunis* Bulletin trimestriel d'information d'étude et de recherche en géronto-gériatrie, Juin 2004, page 3
- ⁹ **Présidence de la république** : *Article 78 Loi 067 du 30 dec 1998* portant statut du personnel enseignant de l'enseignement supérieur, page 13.
- ¹⁰ **Philibert M.** : *Statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et préindustrielles* Sociologie et sociétés, 16, N°2, Octobre 1984, p 15-27
- ¹¹ **Finch E. C., Schneider E. L.** : *Biologie du vieillissement* : CECIL, Traité de médecine Interne, 1^{ère} édition française, Paris, Médecine-Science Flammarion, 1997, pp 12-15
- ¹² **Nations Unies / Division des politiques sociales et du développement social** : *Situation des personnes âgées* ; <http://www.un.org/esa/socdev/iyop/frivcfl.htm> mise à jour 31 Mai 2000
- ¹³ **Alexandre Kalache** : *Restons actifs pour mieux vieillir* ; Bulletin de l'Organisation Mondiale de la santé, Article N°1, 1999
- ¹⁴ **Michel Loriaux** : *Les conséquences de la révolution démographique et du vieillissement sociétal : restauration des âges et modifications des rapports entre générations* ; Sociologie et société, vol XXVII, n°2, automne 1995, p.9-26
- ¹⁵ **Desjardin B., Légaré J.** : *Le seuil de la vieillesse ; Quelques réflexions des démographes* Sociologie et Sociétés, vol XVI, n° 2, Octobre 1984, p. 37-48
- ¹⁶ **Dominique Agossou** : *Effet de l'immigration internationale sur le vieillissement de la population des régions métropolitaines et non métropolitaines du Canada* Cahiers québécois de démographie Vol. 31, no 2, automne 2002, p. 275-302.
- ¹⁷ **Didier Fassin** : *Inégalité, genre et santé entre l'universel et le culturel* ;
- ¹⁸ **Kamsi A.** : *Etude épidémiologique, clinique et économique du VIH/SIDA dans le service des maladies infectieuses de l'hôpital National du Point G à propos de 71 cas* ; 2004, Thèse de Médecine, FMPOS,
- ¹⁹ **OMS** : *Viellissement et santé ; Rapport du secrétariat A55/17*, 4 Avril 2002 pp 2
- ²⁰ **Collège National des enseignants de gériatrie** : *Le vieillissement humain*, Corpus Médical, 2000, p 9-18
- ²¹ **Marc Bonnefoy, Drat J., Kostka T.** : *Le vieillissement humain ; Les antioxydants pour retarder les effets du vieillissement faits et perspectives*. La presse médicale, 27 juillet 2002, Tome 31, pages 1174-1184
- ²² **Plum Fred** problèmes neurologiques liés au vieillissement : CECIL Traité de médecine interne, 1^{ère} édition française, Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 1997, p16-17
- ²³ **François Höpflinger et Valérie H.**, « *Etat de santé des personnes âgées* » Observatoire Suisse de la santé, Berne, Ed. Haus-Huber, 2003, pp 1 à 4
- ²⁴ **Henrard J-Cl.** : *Viellissement et âge, Age et représentation de la vieillesse*, Actualité et dossier en santé publique, n°21, Décembre 1997, pp 4- 11.
- ²⁵ *La promotion de la santé pour les personnes âgées*, (1996), Eurolink Age, 1996, pp 1-40.
- ²⁶ **Bontout O., Colin C., Kerjosse R.** : *Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040* Etudes et résultats, N°160, Février 2002
- ²⁷ **Wolmark Y.** *Perte d'autonomie du sujet âgé, étiologies moyens d'évaluation, conséquences sur la prise en charge médico-sociale* La revue du praticien, Paris, 1998, 48 p 1836 - 1840
- ²⁸ **Encyclopédie Microsoft Encarta 2004** Cd-ROM © 1993-2003 Microsoft corporation Tous droits réservés
- ²⁹ **Agnès Pitrou** : « *Vieillesse et famille : qui soutient l'autre ?* » 1997 Lien Social et Politique, RIAC 38, pp 145-158
- ³⁰ **Jacqueline C. Massé, Marie-Marthe T.-Brault**, « *Société, vieillissement et stratification des âges* », Sociologie et société 1984, vol XVI, N°2, p8, p3-14

-
- ³¹ **CL.Estes**, The aging entreprise, San Francisco, Washington and London : Jossey-Bass, 1979
- ³² **Tamba Doumbia** : Groupes d'âge et éducation chez les Malinké du sud du Mali ; Collection Culture et cosmologie ; Edition L'Harmattan 2001
- ³³ **Amadou Hampaté Ba** : Aspects de la civilisation africaine
- ³⁴ **Dembelé C. Oumar** : « Le conflit de génération dans quelques romans négro africains » 1976 Mémoire de lettre, ENSUP, 76-A-9
- ³⁵ **Institut National D'études et de recherche en Géroto-Gériatrie** « La maison des aînés » : « *Les aînés au mali* » Fin 1999
- ³⁶ **Kedi YOMBO. J. D.** : Etude des affections du sujet âgé à l'hôpital national du Point G. Problématique et perspectives ; 1999, Thèse de Médecine, FMPOS, 99-M-28
- ³⁷ **Direction Nationale de Statistique et de l'informatique** : *Recensement de la population te de l'habitat d'Avril 1998, Résultats définitifs*. Série Démographique, Tome I, page 340-342
- ³⁸ **Delbès Christiane, Gaymu J.** : *Passé 60ans : de plus en plus souvent en couple* Population et société, N°389, Ined, Avril 2003
- ³⁹ **Collin C. et Kerjosse R.** : *les différents modes de prise en charge des personnes âgés dépendantes* Handicap-Incapacité-dépendance, Colloque scientifique, Montpellier, N°16, Juillet 2001