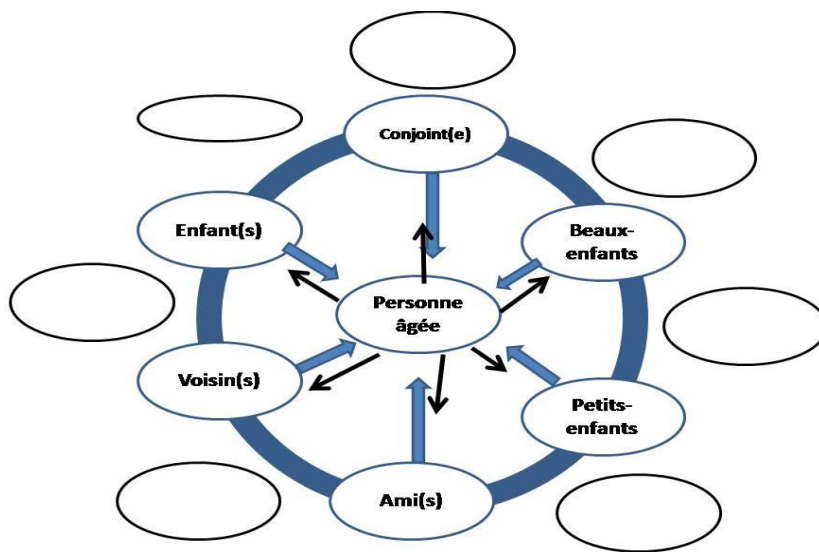


LE SYSTEME BURKINABE DE MAINTIEN DES PERSONNES AGEES EN AUTONOMIE FONCTIONNELLE A DOMICILE

Analyse centrée sur les acteurs de la
ville de Bobo-Dioulasso



Abdramane BERTHE

Juillet 2013

Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de
« **Docteur en Sciences de la Santé Publique** »
Institut de Recherche Santé et Société (IRSS)

UCL
Université
catholique
de Louvain



A mon épouse Lalla

A mes filles Jamal Moulaïka et Amira Moubaraka

En hommage à mon père Bakary † et ma mère Salimata †

Le jury

Président	Pr William D'HOORE Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) Secteur des Sciences de la Santé Université Catholique de Louvain (UCL), Bruxelles, Belgique
Promoteur	Pr Jean MACQ Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) Secteur des Sciences de la Santé Université Catholique de Louvain (UCL), Bruxelles, Belgique
Co- Promoteur	Pr Fatoumata BADINI-KINDA Département de Sociologie Université de Ouagadougou Burkina Faso
Membres	Pr Vincent LORANT Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) Faculté de Santé Publique (FSP) Secteur des Sciences de la Santé Université Catholique de Louvain (UCL), Bruxelles, Belgique Pr Christian SWINE Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) Secteur des Sciences de la Santé Université Catholique de Louvain (UCL), Bruxelles, Belgique Pr Bruno Dujardin Politiques et systèmes de Santé - Santé internationale [Policies and Health Systems - International Health] (CR3) Ecole de santé publique (ESP) Université libre de Bruxelles Pr Luc Van Campenhoudt Centre d'Etudes Sociologiques (CES) Facultés Universitaires Saint Louis (FUSL), Bruxelles, Belgique.

Curriculum Vitae

Financements mobilisés en tant qu'investigateur principal

Titre de la Recherche [période]	Organisme et montant en € (648.203 €)
Projet Interuniversitaire Ciblé : «Développement d'un ensemble d'approches systémiques pour améliorer la prise de décision dans l'organisation des services de soins et de support aux personnes âgées au Burkina Faso» [09/2011 au 08/2016]	CUD-Belgique : 405.999,98 €. Soit 261 029,75 € au Burkina Faso et 138 969,60 € en Belgique
Le système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile : analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso [10/2009 au 06/2013]	49860 € : soit UCL = 32000 €, Centre Muraz = 11.860€ et CUD = 6.000€
Recherche-action pour la prévention du VIH-SIDA à Madagascar et au Burkina Faso : étude de l'impact en population du programme MFPP« réduction des risques sexuels en directions des femmes » basé sur la formation de formateurs, l'abord global de la sexualité et une approche de santé communautaire (ANRS 12189) [01/2008 au 12/2010]	Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites (ANRS, France : 84068 €
Recherche-action pour la prévention du VIH-sida à Madagascar, au Burkina Faso et au Cameroun : étude de l'impact en population du programme MFPP «Réduction des risques sexuels en direction des femmes» basé sur la formation de formatrices, l'abord global de la sexualité et une approche de santé communautaire [02/2010 au 09/2010]	Fondation de France : 35200€
Analyse participative nationale sur les besoins et les aspirations de jeunes (y compris des jeunes handicapés) en contexte de développement durable [02/2010 au 07/2010]	UNICEF/UNFPA ET RAJS : 33518€
Recherche action au profit du PAMAC et de ses associations partenaires à partir de leurs thèmes prioritaires [08/2009 au 01/2010]	Ambassade du Danemark et PAMAC : 52594,75 €
Évaluation de l'apport des socio-anthropologues à l'atteinte des objectifs du projet Foresa (un projet de recherche action dans le domaine de la tuberculose) au Bénin, Burkina Faso, Mali et Sénégal [12/2008 au 04/2009]	FORESA/ Université Libre de Bruxelles : 11586€
VIH/SIDA, traitements antirétroviraux et stigmatisation. Connaissances, perceptions et attitudes des enfants à Bobo-Dioulasso et Dafinso (Burkina Faso) [05/2009 au 11/2009]	Royal Tropical Institute et (KIT), Université d'Amsterdam 7411,46 €
Analyse de la situation de la prostitution et de la réponse au VIH dans le secteur du commerce sexuel à Ouagadougou (Burkina Faso) [octobre-décembre 2008]	CRIS/OU, ANRS et EDCTP : 8591€
Étude sur la tuberculose à l'aide de la Méthode d'Analyse en Groupe (MAG) [08/2007]	Centre National d'Appui à la Lutte contre la Maladie (CNAM) Mali : 5200€

Monitoring socio-comportemental de l'essai clinique randomisé, contrôlé de l'effet du gel 'sulfate de cellulose' 6% sur la transmission vaginale du VIH [07/2005 au 06/2007]	FHI, USA : 78463,97 €
Étude de faisabilité de l'essai clinique randomisé, contrôlé de l'effet du gel sulfate de cellulose 6% sur la transmission vaginale du VIH [01/2005 au 06/2005]	Family Health International (FHI), USA: 20679,67 €

Articles publiés dans des revues avec comité de lecture

1. **Berthé A**, Traoré I, Berthé-Sanou L, Somé J, Salouka S, Rouamba J, et al. Acceptabilité d'un essai vaccinal contre le VIH à moyen terme au Burkina Faso: perceptions des acteurs. Santé Publique 2013 ; in Press [RSP120280 accepté le 23 mai].
2. Berthé-Sanou L, **Berthé A**, Drabo M, Badini-Kinda F, Somé M, Ouédraogo D, et al. Analyse du Programme National de Santé des Personnes Agées (PNSPA) 2008-2012 du Burkina Faso. Santé Publique 2013 ; in Press [RSP130026 accepté le 21 mai].
3. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Comment repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile en Afrique Subsaharienne? L'utilisation du PRISMA7 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Revue de Gériatrie 2013;38(4) : 249-255.
4. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. Les personnes âgées en Afrique subsaharienne: une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. Santé Publique 2013;[RSP120188, article sous presse à paraître le Santé Publique n°3 de mai-juin 2013].
5. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé publique 2012;24(5):439-451.
6. Kouanda S, Yameogo WM, **Berthé A**, Bila B, Bocoum Yaya FK, Somda A, et al. [Self-disclosure of a HIV-positive serostatus: factors favoring disclosure and consequences for persons living with HIV/AIDS in Burkina Faso]. Rev Epidemiol Sante Publique 2012;60(3):221-8.
7. Gausset Q, Mogensen HO, Yameogo WM, **Berthé A**, Konate B. The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso. Soc Sci Med 2012;74(7):1037-44.
8. Zerbo R, Drabo M, **Berthé A**, Ouédraogo JB, Macq J, Dujardin B, et al. Approche socio-anthropologique de la dynamisation du réseau d'acteurs de prise en charge des malades tuberculeux au Burkina Faso. Global Health Promotion 2009;16(1):72-80.
9. Drabo M, Zerbo R, **Berthé A**, Ouédraogo L, Konfé S, Mugisho E, et al. Implication communautaire aux soins tuberculeux dans 3 districts sanitaires du Burkina Faso. Santé publique 2009;5:485-497.
10. Sanon A, Traore I, Diallo R, Ouedraogo A, Andonaba J, Konate I, et al. [Do commercial sex workers who discuss treatment with family and friends adhere to it better?]. Sante 2009;19(2):95-9.

11. **Berthé A**, Maguiraga F, Traore L, Mugisho E, Drabo M, Traore AK, et al. [Social anthropological approach to tuberculosis in Mopti (Mali): popular representations and use of treatment]. *Sante* 2009;19(2):87-93.
12. **Berthé A**, Huygens P, Ouattara C, Sanon A, Ouedraogo A, Nagot N. [Understanding and reaching young clandestine sex workers in Burkina Faso to improve response to HIV]. *Sante* 2008;18(3):163-73.
13. **Berthé A**, Huygens P. [Communicating with vulnerable women for positive behaviour change: the Yerelon project in Bobo Dioulasso (Burkina Faso)]. *Sante* 2007;17(2):103-9.
14. Zerbo R, Somé T, **Berthé A**, Bakiono F, Huygens P, Soubéiga A, et al. Recours thérapeutiques et logiques sociales: La consommation des médicaments de rue au Burkina Faso. *TERROIRE* 2005;4:111-124.

Articles soumis ou à soumettre dans des revues avec comité de lecture

1. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Drabo M, Hien H, Tou F, et al. The system of family support to the Elderly living at home with functional disabilities (Bobo-Dioulasso, Burkina Faso). Article soumis le 23 avril 2013 à la revue *Social Science and Medicine* (Call for Papers: Social Networks, Health, and Mental Health).
2. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Drabo M, Hien H, Tou F, et al. Evolutions des soutiens familiaux aux Personnes Agées (PA) en incapacités fonctionnelles vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): essai de construction de la théorie des solidarités adaptatives aux contextes. [Article soumis à la revue *Enfances Familles Générations* le 1 mars 2013].
3. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Bamba I, et al. Perceptions sociales de l'utilité des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [mst130051, article soumis à la *Revue Médecine et Santé Tropicales* le 30 janvier 2013].
4. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Le dysfonctionnement du système familial de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Article soumis au *Journal of Family Violence* le 20 mars 2013.
5. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Motivations, gains et pertes des acteurs soutenant les personnes âgées en incapacités fonctionnelles vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Article soumis à la *Revue de Gériatrie* le 30 janvier 2013].
6. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. « L'euthanasie » invisible et inavouée des personnes âgées en incapacités fonctionnelles modérées à graves à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [RESPE-D-13-00011, article soumis à la *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (RESP)* le 30 janvier 2013].

7. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les besoins non couverts des personnes âgées en incapacités fonctionnelles à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [RESPE-D-13-00009, version révisée renvoyée le 2 avril 2013 à la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique (RESP)].
8. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. L'influence du réseau social sur la santé des personnes âgées: critique de la littérature et perspectives de recherche en Afrique subsaharienne. [mst120411, version révisée renvoyée à la Revue Médecine et Santé Tropicales le 16 avril 2013].
9. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les incapacités fonctionnelles dans les domaines des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et Domestique (AVD) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Article soumis à Annales de Gériatrie le 11 avril 2012].
10. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Somda S, Konaté B, Hien H, Tou F, et al. The best in the world? A study on key actors maintaining elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).[6046513799187211, article soumis BMC Public Health le 14 février 2013].
11. **Berthé A**, Somda S, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, et al. Gains et « pertes » liés à l'utilisation du SMAF précédé du PRISMA7 dans la mesure du statut fonctionnel des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Article soumis à la Revue de Gériatrie le 28 mars 2013].
12. **Berthé A**, Traoré I, Somé J, Berthé-Sanou L, Salouka S, Rouamba J, et al. Le modèle burkinabè de constitution d'un Comité Consultatif Communautaire (CCC) pour une meilleure conception/exécution des projets de recherche sur le VIH. [RSP120278, article soumis à la Revue française de Santé Publique, commentaires des reviewers reçus le 28 mars 2013].
13. **Berthé A**, Konaté B, Berthé-Sanou L, Hien H, Tou F, Bamba I, et al. Les conflits familiaux centrés sur la personne âgée: causes et solutions analysées en groupe par les acteurs et/ou les témoins à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Article à soumettre au Journal of Family Violence en 2013].
14. **Berthé A**, Millogo A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, et al. Enquête sur enquête: perception d'une enquête longitudinale en famille par les enquêtés à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Article à soumettre à une revue en 2013].

Communications scientifiques

Communications orales ou affichées dans le contexte international

1. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. Functional disability among elderly people in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 2011 3-7 October; Barcelona (Spain); 2011.
2. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. The influence of social networks on the health of older people: review of literature and research opportunities. In: 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 2011 3-7 October; Barcelona (Spain); 2011.
3. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. Identification of elders with functional disability in Bobo-Dioulasso Burkina Faso. In: 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 2011 3-7 October; Barcelona (Spain); 2011.
4. **Berthé A**, Badini-Kinda F, Macq J. L'incapacité fonctionnelle chez les Personnes Agées (PA) à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: Journée des doctorants 2011; 2011 17 novembre; Bruxelles (Belgique): ED-SPSS; 2011.
5. **Berthé A**, Badini-Kinda F, Macq J. L'influence du réseau social sur la santé des personnes âgées: critique de la littérature et perspectives de recherche en Afrique. In: Journée des doctorants 2011; 2011 17 novembre; Bruxelles (Belgique): ED-SPSS; 2011.
6. **Berthé A**, Méda N, Traoré I, Salouka S, Sanou L, Ouédraogo D, et al. Preparation for HIV vaccine trials in Africa: barriers and facilitators for the establishment of a Community Advisory Board in Burkina Faso. In: Conference AV, editor. Paris; 2009.
7. **Berthé A**, Ouédraogo A, Sanou ZE, Bamba I, Nagot N, Mack N, et al. Effects of the Non-implementation of a Microbicide Trial in Burkina Faso. In: Microbicides Conference; 2008 24-27 February; New Delhi, India; 2008.
8. **Berthé A**. Chercheurs et Communautés: comment s'impliquer mutuellement dans la recherche-action? In: Atelier satellitaire de sidaction, 8ème conférence sur le VIH/sida (AIDS Impact); 2007 1-4 juillet; Marseille (France): Sidaction; 2007.
9. **Berthé A**, Sanon A, Sanou ZE, Bamba I, Huygens P. Les impacts de la Communication pour le Changement de Comportement (CCC) sur la vulnérabilité des femmes multipartenaire sexuel: Yêrêlon, un modèle burkinabè. In: 4ème conférence francophone sur le VIH; 2007 29-31 mars; Paris (France); 2007.
Berthé A, Sanon A, Ouédraogo A, Sanou ZE, Bamba I, Nagot N, et al. Essais cliniques et inquiétudes populaires: une analyse socioanthropologique des inquiétudes soulevées par un essai Microbicide au Burkina Faso. In: 4ème conférence francophone sur le VIH; 2007 29-31 mars; Paris (France); 2007.

10. **Berthé A**, Huygens P, Sanon A. The contribution of socio-anthropology in HIV prevention through prevention through arts in Burkina Faso. In: XVI International AIDS Conference (AIDS 2006); 2006 13-18 August; Toronto (Canada); 2006.
11. **Berthé A**, Huygens P, Sanogo J, Sanon A, Traoré A, Hien SR. Les arts comme outils de promotion de la santé: l'exemple du cinéma au Burkina Faso. In: 2ème Colloque international sur les programmes locaux et régionaux de santé; 2004 12-15 octobre; Québec (Canada); 2004.

Communications orales ou affichées en Afrique

1. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les acteurs du système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile: Analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso. In: 2ème Conférence Scientifique du ROARES; 2013 5-7 mars; Ouagadougou (Burkina Faso): ROARES; 2013.
2. **Berthé A**, Méda N, Traoré I, Salouka S, Sanou L, Rouamba J, et al. Establishment of a HIV Vaccine Cohort among Clandestine Female Sex Workers in Ouagadougou, Burkina Faso: Situation Analysis of Sexual and Reproductive Health and HIV Needs. In: The Fifth EDCTP Forum; 2009 12 – 14 October; Arusha (Tanzania); 2009.
3. **Berthé A**, Huygens P, Sanogo JS, A. Les apports de la recherche pluridisciplinaire à l'amélioration de la prévention du VIH par les arts (musique, théâtre, cinéma) au Burkina Faso. In: Congrès Francophone d'Epidémiologie en Milieu Tropical; 2007 23-25 janvier; Ouidah, Bénin: ADELf et EPITER; 2007.
4. **Berthé A**, Sanon A, Ouédraogo A, Sanou ZE, Bamba I, Nagot N. Helping high-risk women understand the objectives and methodological principles of a phase III randomized controlled trial of 6% cellulose sulfate gel in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. In: Microbicides Conference 2006; 2007 23-26 April; Cape Town (South Africa); 2007.
5. **Berthé A**, Sanon A, Huygens P, Ouédraogo A, Nagot N, Méda N, et al. L'évolution des comportements sexuels des femmes vulnérables au Burkina Faso: résultats d'observations pluridisciplinaires d'une cohorte de femmes (cohorte Yerelon). In: Congrès Francophone d'Epidémiologie en Milieu Tropical; 2007 23-25 janvier; Ouidah, Bénin: ADELf et EPITER; 2007.
6. **Berthé A**, Huygens P, Traoré A, Tiendrebeogo S, Méda N, Ouangré A, et al. Les risques sanitaires en milieu carcéral burkinabè: étude pluridisciplinaire des facteurs influençant la santé des prisonniers face au VIH/SIDA. In: Congrès Francophone d'Epidémiologie en Milieu Tropical; 2007 23-25 janvier; Ouidah, Bénin: ADELf et EPITER; 2007.
7. **Berthé A**, Huygens P, Traoré A, Tiendrebeogo S, Méda N, Ouangré A, et al. La prévention des conduites à risque depuis la Maison d'Arrêt et de Correction de Bobo-Dioulasso (MACB), Burkina Faso. In: XIIèmes Conférence internationale sur le sida et les infections sexuellement transmissibles en Afrique (CISMA); 2001 9-13 décembre; Ouagadougou, Burkina Faso; 2001.

8. **Berthé A**, Huygens P, Ouattara C, Konaté B, Traoré A, Van De Perre P. Essai de synthèse rétrospective sur la situation et la réponse à la pandémie du VIH/SIDA et des IST dans la ville de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. In: XIIèmes Conférence internationale sur le sida et les infections sexuellement transmissibles en Afrique (CISMA); 2001 9-13 décembre; Ouagadougou (Burkina Faso); 2001.

Communications orales ou affichées, conférences au Burkina Faso

1. **Berthé A**. Tous ensemble, réfléchissons sur les problèmes, les causes et les solutions de l'exclusion sociale des personnes âgées (60 ans ou plus) au Burkina Faso. In: Conférence grand public du CNPA-BF et ANRBF; 2012 20 octobre; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): CNPA-BF et ANRBF; 2012.
2. **Berthé A**, Traoré I, Méda N. Cartographie des points chauds (zones) de prostitution dans la ville de Ouagadougou. In: 11ème session ordinaire du CNLS-IST; 2012 25 mai; Ouagadougou (Burkina Faso): CNLS-IST; 2012.
3. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. L'incapacité fonctionnelle chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 16èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2012 7-11 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2012.
4. **Berthé A**, Somé M, Konaté B. Evaluation des 15èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB). In: 16èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2012 7-11 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2012.
5. **Berthé A**, Berthé-Sanou L, Drabo M, Macq J. Le rôle du réseau social dans l'accès aux soins des personnes âgées: état de la question dans la littérature et perspectives de recherche. In: 15èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2010 4-6 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2010.
6. **Berthé A**, Maguiraga F, Traoré LF, Naco A, Berthé M, Kanouté AK, et al. Approche socio anthropologique de la Tuberculose à Mopti (Mali): situation de la tuberculose, recours thérapeutiques et acteurs de la lutte anti-tuberculose. In: 14èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2008 6-9 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2008.
7. **Berthé A**, Sanou ZE, Bamba I, Ouédraogo A, Nagot N, Mack N, et al. Les effets de l'arrêt d'un essai microbicide au Burkina Faso. In: 14èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2008 6-9 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2008.
8. **Berthé A**, Sanou ZE, Bamba I, Ouédraogo A, Nagot N, Mack N, et al. Perception d'un essai clinique microbicide avant et après son arrêt prématuré. In: 14èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2008 6-9 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2008.

9. **Berthé A.** Voyage du corps réel au corps idéal: une analyse sociologique des motivations des femmes pour la dépigmentation cutanée. In: 13èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2006 9-12 juin; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2006.
10. **Berthé A,** Sanou ZE, Bamba I, Huygens P. Communiquer avec les femmes vulnérables pour un changement positif de comportement: l'exemple du projet Yêrêlon du Centre Muraz (Bobo-Dioulasso, Burkina Faso). In: 13èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2006 9-12 juin; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2006.
11. **Berthé A,** Sanon A, Ouédraogo A, Sanou ZE, Bamba I, Nagot N. Les inquiétudes soulevées par l'essai randomisé contrôlé de l'effet du gel de Sulfate de Cellulose 6% sur la transmission vaginale du VIH (Burkina Faso). In: 13èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2006 9-12 juin; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2006.
12. **Berthé A,** Sanon A, Ouédraogo A, Sanou ZE, Bamba I, Nagot N. Aider les femmes à mieux comprendre les objectifs et les principes méthodologiques de l'essai randomisé contrôlé de l'effet du gel de Sulfate de Cellulose 6% sur la transmission vaginale du VIH (Bobo-Dioulasso, Burkina Faso). In: 13èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2006 9-12 juin; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2006.
13. **Berthé A,** Sanon A, Ouédraogo A, Sanou ZE, Bamba I, Nagot N. L'acceptabilité de l'essai randomisé contrôlé de l'effet du gel de Sulfate de Cellulose 6% sur la transmission vaginale du VIH au Burkina Faso. In: 13èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2006 9-12 juin; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2006.
14. **Berthé A,** Konaté B, Tou F, Traoré A, Huygens P, Médà A, et al. Paludisme: connaissances et recours thérapeutiques des communautés du Département de Karangasso-Vigué, Burkina Faso. In: XIèmes Journées des sciences de la santé de Bobo-Dioulasso (JSSB). Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2002.
15. **Berthé A,** Ouédraogo A. Famille en crise. In: Conférence; 2001 3 février; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): SNEA-B (Syndicat National des Enseignants Africains du Burkina Faso); 2001.
16. **Berthé A,** Huygens P, Traoré A, Ouattara C, Konaté B, Dahourou JG, et al. Problématiques posées pour la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA: pratiques à risques, inégalités face à la prévention et à la PEC, représentations de la maladie, forces et faiblesses des interventions. In: 7ème session de formation des cadres supérieurs du développement social; 2001 21-26 mai; Ouagadougou (Burkina Faso); 2001.
17. **Berthé A,** Huygens P, Ouattara C, Konaté B, Traore A, Van De Perre P. Etendre la lutte contre les IST et le VIH/SIDA aux prostituées clandestines (PC) à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. In: 10èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2001 8-11 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2001.

18. **Berthé A**, Huygens P, Ouattara C, Konaté B, Traore A, Van De Perre P. Forces et faiblesses des interventions réalisées pour atténuer la vulnérabilité des femmes plus ou moins professionnelles du sexe (PS) à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 10èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2001 8-11 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2001.
19. **Berthé A**, Traoré A, Huygens P, Tiendrebeogo S, Méda N, Ouangre A, et al. Jeunes, prison et vulnérabilité: étude socio-anthropologique des inégalités chez les détenus de la Maison d'Arrêt et de Correction de Bobo-Dioulasso (MACB). In: 9èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2000 9-12 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2000.
20. **Berthé A**, Traoré A, Huygens P, Tiendrebeogo S, Méda N, Ouangre A, et al. Vers une réforme de la santé en milieu carcéral: comment améliorer la prise en charge médicale des détenus de la Maison d'Arrêt et de Correction de Bobo-Dioulasso (MACB) Burkina Faso. In: 9èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2000 9-12 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2000.

Remerciements

Mes remerciements vont :

A toutes les personnes ayant participé aux différentes enquêtes et/ou restitutions des résultats de cette thèse. Merci pour le don de données, de feed-back ou d'informations stratégiques. J'espère que le contre-don (utilité pratique de cette thèse) sera à la hauteur de vos attentes ;

Aux Promoteurs Jean MACQ et Fatoumata Badini-Kinda qui m'ont guidé étape par étape avec des conseils appropriés à ce genre de travail. Une prise en compte de toutes vos suggestions aurait pu l'exempter de la quasi-totalité des critiques négatives ultérieures. D'avance je vous demande de tolérer mes imperfections ;

A l'UCL pour cette bourse doctorale qui a permis/facilité mes séjours en Belgique ; à la Commission Universitaire pour le Développement (Belgique) qui à travers le Projet Interuniversitaire Ciblé (PIC) sur les Personnes Agées au Burkina Faso (PICPABF) m'octroie une bourse locale pour mes activités de terrain ; à tout le personnel du Centre Muraz (notamment les professeurs Nicolas Méda, Jean-Bosco Ouédraogo, Serge P. Diagbouga, Halidou Tinto) qui ont soutenu ma candidature doctorale à l'UCL, m'ont permis de me consacrer exclusivement à cette thèse et ont garanti mon salaire/bourse locale pour les activités de terrain durant 4 ans ;

Aux membres du comité d'accompagnement ou membres du jury de cette thèse (les professeurs William D'Hoore, Vincent Lorant, Christian Swine, Bruno Dujardin, Luc Van Campenhoudt). Si une thèse avait plusieurs auteurs, vous seriez co-auteurs de celle-ci au regard de vos apports majeurs dans tout le processus. Nos rencontres ont toujours été bénéfiques surtout pour moi ;

Aux co-auteurs (Drabo M, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, Bamba I et Millogo A) des différents articles conçus dans le cadre de ce travail. Vous êtes des co-auteurs partiellement visibles de cette thèse. J'assume ses imperfections qui n'ont pas toujours été à la hauteur de vos exigences ;

Aux Huygens (Pierre, Corine, Mariette, Patrick Shifner) et amis (Sabine Vassart, Daniel Waxmann, Patty et Olivier Lisein). Les mots me manquent pour vous témoigner ma gratitude. Si je vous dis MERCI, les lecteurs penseront que ce mot est à la hauteur des dons (scientifiques/techniques, matériels, financiers et autres soutiens non tangibles) que vous m'apportez depuis avril 1999. Si je ne vous dis rien, ils penseront que vous n'avez rien fait pour moi. Et pourtant, en parcourant mon curriculum vitae, tous ont une partie suffisante de « la preuve de la preuve » de vos actions en ma faveur. Mes réflexes de chercheur font de moi un « *Huygeniste* » (un chercheur qui, comme Pierre Huygens, est fortement attaché à la recherche réellement utile/pratique pour la population d'enquête et non aux titres académiques) ;

Aux membres du comité de pilotage du PICPABF et à leurs structures respectives (notamment Daouda Cessouma, Narcisse Naré). Vos suggestions sur le PICPABF lors de nos différentes rencontres ont aussi contribué à améliorer cette thèse ;

A Pauline GERVAIS, Directrice Scientifique du SMAF France du Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (Canada) pour l'autorisation d'utiliser le SMAF dans le cadre de cette thèse et aux collaborateurs du PICPABF et de l'équipe invisible SHADEI du centre Muraz (Salouka S, Ouattara C, Sanon A, Coulibaly O V, Ky-Ouédroago B, Bambara M, Héma K, Ouédraogo G A, Soulama A, Doli H C et Traoré O) pour leurs soutiens techniques et/ou logistiques durant cette thèse ;

Aux collaborateurs de l'IRSS/UCL (Malengreau M, Annie R, Chaidron N, Chiem J-C, Habimana L, Kirakoya F, Maulet N, Coulibaly Z, Nicaise P, Ribesse N, Thone D, Samadoulougou S, Van-Durme Th, Zinnen V, Arokium, Below R et Van Malderen C) pour leurs soutiens techniques et les encouragements multiformes ;

Aux collaborateurs du Burkina Faso (Fidèle Bakiono, Somé M et l'association Burkinabè de Santé Publique, Moctar Ouédraogo, le personnel de AfricSanté, du Centre de Recherche International en Santé, Ky-Zerbo O, Sawadogo RC, Nyamba A, Soubéiga A, Sanou Fernand, Tétuan F, Barro S Hamed, Zerbo Roger, Tamini Ida, Patrice Sanon, Yvonne Clémence Bambara, Constatin Hien) de la France (Desclaux F, Van de Perre Ph, Msellati Ph, Nagot N, Visier L, Héjoaka F, Djeudjé M, Capochichi H, Alfieri C, Eric Bayala, Patrick Nikyema), de la Belgique (Mugisho E, Martiny P, Laokri S, Abraham Franssen), des Etats Unis (Maguiraga F) pour leurs soutiens techniques et les encouragements multiformes ;

Aux amis et promotionnaires du DEA interuniversitaire en sciences sociales 2003-2004 à l'Université Libre de Bruxelles (Siroux J L, Flincker D, Cambier M, Gutierre C, Capochichi-Guedegbe J, etc.) du département de sociologie de l'Université de Ouagadougou, du lycée Municipal de la Bobo-Dioulasso et de l'Ecole Primaire Publique Accart-Ville Nord « A » (Bobo-Dioulasso). Merci à pour ce lien scolaire qui s'est transformé en amitié/parenté et pour vos soutiens avant, pendant, et même après ce travail ;

Aux amis et parents en Belgique (Mariam Fofana, Diata Héma, Prudence Kaboré, Fatimata Bamba, Pierre B. Paré, Ernest Soma, Mamadou Dakouo, Florence Binon et le personnel de Solidarité Etudiants Tiers monde, Jocelyne Sanou), à la famille Dupriez-Blanckaert (Sabine, Damien, Maël, Elyne et Louenn) qui ont assuré le côté social de mes séjours en Belgique

A ma famille d'origine. Ma mère Maïmouna Konaté, mes frères et sœurs (Sita, Aguibou, Issiaka, Safiatou, Ousmane, Fatoumata Y ., Mariam, Salimata, Djénèba, Oumar, Seydou N. ; Aïcha Sankara), mes cousins et cousines (Seydou et Fatou, Ami et Salif Kaboré, Soumaïla Diallo, Lalaïssa Berthé), ma belle famille Sanou (Moussa, Fatoumata ; Adama et Nadira, Korotimi, Maïmouna, Djénèba, Fatoumata, Adjaratou, Harouna, Hamed et leurs oncles et tantes à Ouagadougou) qui m'ont réconforté et soutenu ma famille restreinte lors de mes absences au Burkina Faso ;

Mon épouse (Lalla, co-auteur de cette thèse), mes deux filles (Jamal Moulaïka et Amira Moubaraka) qui ont supporté mes absences (séjours en Belgique). Tout Homme se construit à l'aide d'autres Hommes, vous restez mon espoir. Notre union fait de nous une force et un modèle à imiter.

A ceux ou celles qui méritent d'être remerciés et qui sont restés dans l'anonymat sur leur volonté ou par omission de ma part, je vous dis Merci pour vos soutiens.

A toutes et à tous, je me résume en reconnaissant que cette thèse qui est aussi la vôtre est en deçà des ressources humaines que vous êtes, des ressources matérielles, financières ou immatérielles que vous avez mis à ma disposition durant 4 ans. Je vous prie de l'accepter avec ses forces mais surtout avec ses faiblesses car non seulement je ne suis pas parfait, aussi il faut que d'autres chercheurs aient quelque chose à dire sur le même thème.

Liste des abréviations

AVD	Activités de la Vie Domestique
AVQ	Activités de la Vie Quotidienne
COM	Communication
FM	Fonction Mentale
MAG	Méthode d'Analyse en Groupe
MOB	Mobilité
PA	Personne(s) Agée(s)
PICPABF	Projet Interuniversitaire Ciblé sur les Personnes Agées au Burkina Faso
PNSPA	Programme National de Santé des Personnes Agées
PRISMA7	Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie (Questionnaire à 7 items)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SMAF	Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle

Présentation Générale de la thèse

La figure 1 ci-dessous présente le plan ou la logique structurale de cette thèse.

Le système burkinabè de maintien des PA en autonomie fonctionnelle à domicile : analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso	
1. Introduction Générale	
2. Méthodes Générales	
3. Statut Fonctionnel des PA 3.1. AVQ/AVD 3.2. MOB/COM/FM	
4. Autonomie fonctionnelle des PA 4.1. Les Acteurs de maintien des PA en autonomie 4.2. Schéma court de repérage, d'évaluation du statut fonctionnel des PA et d'identification des acteurs de leur maintien en autonomie fonctionnelle 4.2.1. Repérage des PA en incapacités fonctionnelles 4.2.2. Gains/pertes du schéma court	
5. Le système des soutiens familiaux aux PA en incapacités fonctionnelles à domicile	
6. Dysfonctionnement du système familial de soutiens aux PA	
7. Conclusion Générale	

Cette thèse est donc composée de 7 chapitres.

Le chapitre 1, introduction générale se subdivisera en 3 parties.

La 1ère partie (1.1) présente un point de vue sur les personnes âgées (PA) vues comme une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques en Afrique subsaharienne. Elle argumentera que beaucoup de personnes et d'institutions financières pensent qu'en Afrique subsaharienne, région marquée par des crises sociopolitiques, économiques et sanitaires, les PA ne constituent pas une priorité.

Elle critiquera cette perception et montrera que dans cette partie du monde, les PA constituent une population vulnérable prioritaire mais négligée par l'ensemble des acteurs principalement par les partenaires techniques et financiers de ces pays. Elle conclura que quatre raisons principales (systémique, éthique/humanitaire, développementaliste et/ou une question d'intérêts ou d'avenir des générations jeunes ou adultes) devraient motiver tous les acteurs à faire d'elles une population non négligée en Afrique subsaharienne.

La 2ème partie (1.2) présentera le contexte de l'étude (le Burkina Faso et la ville de Bobo-Dioulasso). Elle se réfèrera à différents documents pour présenter la situation démographique, sociale, économique, sanitaire de ce contexte de l'étude et des PA. Dans ce pays régulièrement classé parmi les derniers du monde selon l'Indice du Développement Humain (IDH), les PA âgées constituent une des populations la plus à risque de maladie et qui nécessitent des soins de santé.

La 3ème partie (1.3) montrera la pertinence de cette étude au Burkina Faso où la politique nationale sanitaire identifie les PA comme une population vulnérable prioritaire au regard du bas niveau des indicateurs qui caractérisent leur état de santé. Malgré l'adoption d'un plan national de santé de la personne âgée (PNSPA) 2008-2012, peu d'études ont ciblé les PA. Les quelques études qui les ont ciblées sont quasi-unanimes à mentionner qu'en cas de difficultés (maladies ou incapacités), elles recourent d'abord à elles-mêmes, à leur famille ou à de tierces personnes physiques ou morales (l'ensemble de ces acteurs constituant le système de maintien de la PA en autonomie fonctionnelle). Cette partie présentera les objectifs de notre étude qui vise à rendre compréhensible le système burkinabè (à travers celui de la ville de Bobo-Dioulasso) de maintien des PA en autonomie fonctionnelle.

Le chapitre 2 présentera la méthode générale de la thèse. Il se subdivisera en 6 parties. Sa 1ère partie (2.1) décrira la méthode de la revue de littérature. Cette revue a exploré différentes bases de données d'articles (principalement pubmed) à l'aide de différents mots clés. Elle a été conduite en trois moment : une phase qui a permis de concevoir l'idée de la thèse, une phase principale qui a permis de rédiger le protocole de recherche, et une phase de surveillance des publications sur nos mots clés et de recherche d'articles spécifiques pour la rédaction des différents chapitres ou articles de cette thèse.

La 2ème partie (2.2) présentera la méthode du volet quantitatif de l'étude. Ce volet a été conduit auprès de 362 PA de Bobo-Dioulasso réparties dans l'ensemble des secteurs géographiques habités. Les questionnaires PRISMA7 (outil de repérage des PA potentiellement en incapacités fonctionnelles) et SMAF (outil d'évaluation du statut fonctionnel des PA) ont été administrés à ces personnes à deux moments à un an d'intervalle.

Les données ont été collectées par un seul enquêteur (enquêteur principal) et traitées à l'aide de Stata.

La 3ème partie (2.3) portera sur le volet qualitatif. Ce volet était longitudinal. Elle s'est déroulée aux domiciles des enquêtés. Elle a ciblé 15 PA et les membres de leur famille. Des entretiens répétés ont été réalisés avec celles-ci à deux moments à un an d'intervalle.

Les données ont été analysées à l'aide de Nvivo en sept étapes : organisation de la base de données, codification, catégorisation, constitution des ensembles, élaboration des requêtes, conception des modèles et interprétation.

La 4ème partie (2.4) de ce chapitre abordera les difficultés rencontrées au cours de l'étude. Ces difficultés ont d'abord été d'ordre financier. L'étude a commencé avec notre bourse/salaire locale octroyée par le Centre Muraz. Elle a servi aussi à motiver financièrement l'enquêteur principal pour la collecte des données quantitatives et qualitatives de l'an1. Plus tard le financement du PICPABF par la CUD a permis d'octroyer une bourse locale à l'enquêteur principal. Sur le terrain, la difficulté majeure signalée par l'enquêteur principal était la démotivation des enquêtés pour les entretiens de l'an2.

Cela a entraîné des refus de participer, des rendez-vous manqués, des réponses brèves aux questions, etc. La triangulation a permis de combler ces déficits d'informations.

La 5ème partie (2.5) présentera l'approche éthique et paradigmatique de la thèse. Notre approche éthique est basée sur la position relativiste de l'éthique de la recherche qualitative qui affirme qu'il ne peut y avoir de principes éthiques absolus, le principe éthique de base dans cette étude est la conscience professionnelle qui a guidé toute l'équipe depuis sa conception jusqu'à sa forme finale de valorisation. Quant à notre approche paradigmatique, elle s'inscrit dans le paradigme de la complexité et nous allons recourir à l'approche systémique.

La 6ème et dernière partie de ce chapitre 2 (2.6) abordera les questions de la validité des données, de la validation des résultats et de leurs valorisations. Ce travail a intégré un paquet de pratiques restituant, de techniques de triangulation et stratégies de valorisation des résultats. Les données brutes, le modèle d'analyse ont tous été restitués aux interlocuteurs de terrains et/ou à la communauté des pairs (les chercheurs) au cours des restitutions exploratoires, investigantes ou de restitutions du modèle d'analyse. Des restitutions comme un devoir sont prévues après la défense de la thèse. La triangulation a concerné les données, les informateurs, les chercheurs, les théories, modèles ou paradigmes, les méthodes, les pratiques restituant, les revues scientifiques ou les reviewers, etc.

Les résultats de toutes ces données collectées sur le terrain s'étendront du chapitre 3 au chapitre 6.

Le chapitre 3 présentera les résultats du SMAF administré à 351 PA (l'an1) pour évaluer leur statut fonctionnel. Le SMAF a mesuré les incapacités fonctionnelles dans 5 domaines : les AVQ, les AVD, la MOB, la COM, la FM.

Ce chapitre montrera qu'à Bobo-Dioulasso en 2011, le taux ou la prévalence des incapacités fonctionnelles modérées à graves (c'est-à-dire les PA en dépendance fonctionnelle qui ont besoin de surveillance, d'aides partielles ou totales) était de 32% ([26,79 – 36,77] CI 95 %).

Cette prévalence variait selon les 5 domaines du SMAF. A l'intérieur de chaque domaine, cette prévalence variait encore d'une activité à l'autre. Ce chapitre se subdivisera en 2 parties. La 1ère partie (3.1) présentera les incapacités fonctionnelles dans les AVQ et les AVD. La 2ème partie (3.2) décrira les incapacités dans la MOB, la COM et la FM. Ce chapitre 3 montrera aussi que toutes les PA en incapacités fonctionnelles affirmaient disposer de ressources humaines quasi-stables (exclusivement la famille) pour les aider à gérer leurs incapacités. Dans ce chapitre 3, il ressortira que les variations inter et intra-domaines des prévalences des incapacités fonctionnelles modérées à graves ne peuvent se comprendre qu'en rapport avec les contextes qui les produisent et les gèrent. Autrement dit, c'est le contexte qui expose/prémunit les PA à des formes et degrés d'incapacités ou d'handicap, c'est aussi le contexte qui les aide à les gérer.

Le chapitre 4 abordera l'autonomie fonctionnelle des PA en absence ou en présence de dépendance fonctionnelle (incapacité comblée par une ressource dont dépend partiellement ou totalement la PA). Ce chapitre comportera 2 parties. Sa 1ère partie (4.1) identifiera les acteurs du système local de maintien des PA en autonomie fonctionnelle. Elle montrera que : 1) 68% des PA (celles en bonne capacité fonctionnelle ou en incapacité fonctionnelle légère) sont les principales actrices de leur maintien en autonomie fonctionnelle ; 2) la famille principalement assure le maintien en autonomie de 32% des PA en incapacités modérées à graves et 3) 0% des PA sont en handicap fonctionnel. L'hypothèse avancée pour expliquer cette absence de handicap fonctionnel est que les personnes en incapacités graves mouraient en cas de dysfonctionnement familial, car il n'existe pas de structure formelle de soutien à domicile aux PA sans ressources humaines ou avec des ressources humaines de faible qualité. Par ailleurs, le taux de décès dans cette cohorte de PA suivi sur une année était de 3% pour celles qui étaient en bonne capacité fonctionnelle ou en incapacités légères et de 14% chez celles qui étaient en incapacités modérées à graves. Cela indiquerait une mauvaise qualité des soins. Cette partie (4.1) conclura que le système local de maintien des PA en autonomie fonctionnelle est incomplet. La 2ème partie (4.2) de ce chapitre part du principe que les intervenants auprès des PA auront difficilement les moyens adéquats pour administrer le SMAF à l'ensemble de leurs PA ciblées pour évaluer leur statut fonctionnel et identifier les acteurs de leur maintien en autonomie.

Il leur faudra un schéma court efficace et efficient pour atteindre cet objectif. Le sous-point (4.2.1) de cette partie répondra à la question comment repérer les PA potentiellement en incapacités fonctionnelles à domicile.

Il présentera les résultats de l'administration du PRISMA7 qui indiquait qu'en 2011, 42% des PA de Bobo-Dioulasso étaient potentiellement en incapacités fonctionnelles. L'administration du SMAF à ces dernières a confirmé que 60% d'entre elles soit 25% de l'échantillon global étaient en incapacités modérées à graves. Il montrera que le schéma court permettait de réduire de 48% le nombre de questionnaires à photocopier et de 45% le temps de travail. Les 7% d'incapacités modérées à graves perdus à cause du schéma exprimaient des besoins de surveillance ou d'aide le plus souvent dans les activités instrumentales à cause de la division générationnelle et/ou sexuelle du travail domestique. Il conclura que le schéma court est une bonne stratégie dans ce contexte.

Le chapitre 5, parlera de la famille dans les soutiens aux PA c'est un regard approfondi sur la famille en tant qu'acteur de maintien des PA en autonomie fonctionnelle. Il s'inscrira dans le paradigme de la complexité et utilisera l'approche systémique pour montrer que ce système familial est très complexe, il entremêle souvent plusieurs modèles ou théories : le système des soins sociaux de Cantor, le modèle de la spécificité des tâches de Litwak et Penning, le modèle hiérarchique compensatoire de Shanas et Cantor et le modèle de la sélectivité socio-émotionnelle de Carstensen. Cette 1ère partie montrera qu'il n'est pas toujours aisé d'identifier un aidant principal. Une première exploration montrait qu'il y a toujours des ressources humaines apportant divers soutiens aux PA. Ce qui pouvait paraître comme un type idéal. Or, souvent, ce système familial de soutien aux PA est fortement marqué par des conflits familiaux qui réduisent considérablement son fonctionnement. C'est ainsi que le chapitre 6 se focalisera sur l'analyse du dysfonctionnement familial.

Cette analyse (chapitre 6) s'est faite à partir de l'analyse du cas d'Adam. Ce chapitre montrera que l'hébergement d'une PA par un membre de sa famille entraîne souvent sa malnutrition, sa privation d'intimité, de liberté, sa maltraitance et la réduction de son capital relationnel. Par ailleurs, plusieurs situations ou faits exposaient les membres de la famille aux conflits qui sont complexes, systémiques avec des rétroactions qui les ravivent. Dans l'ensemble, ce chapitre 6 confirmera tous les résultats précédents du volet quantitatif notamment que 1) les PA mouraient pendant les incapacités modérées et le plus souvent avant les incapacités graves, 2) aucun acteur formel ne soutenait les PA et/ou les familles et 3) en cas de défaillance familiale, les PA avaient toutes les chances de mourir.

Au chapitre 7 (conclusion générale), nous allons répondre aux questions de recherche de cette thèse, présenter ses utilités scientifiques et pratiques.

SOMMAIRE

Chapitre 1. Introduction Générale	1
Chapitre 2. Méthodes de la thèse.....	31
Chapitre 3. Le statut fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	57
Chapitre 4. L'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	91
Chapitre 5. Le système des soutiens familiaux aux Personnes Agées (PA) en incapacités fonctionnelles à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	135
Chapitre 6. Le dysfonctionnement du système familial de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	163
Chapitre 7. Conclusion Générale	187

Chapitre 1. Introduction Générale

Préambule

La vulnérabilité des groupes sociaux varie dans l'espace, dans le temps et en fonction du domaine étudié. Elle peut être liée aux activités quotidiennes, professionnelles ou aux comportements du groupe, à la faiblesse de ses capitaux (financier, culturel), à son état de santé, etc. Les populations ou personnes vulnérables sont en fait « celles dont l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées » (1). Pour nous, il s'agit essentiellement des personnes en incapacités fonctionnelles, des prisonniers que nous avons étudiés en 1999 (2), des travailleuses du sexe que nous étudions depuis 1999 (3, 4) ; des analphabètes que nous avons étudiés en 2002 (5) ; des enfants étudiés en 2009 (6, 7) et des Personnes Agées (PA) de 60 ans ou plus que nous sommes en train d'étudier depuis 2009 dans le cadre de cette thèse.

Pour ce qui concerne les PA, leur autonomie est menacée du fait de leur dépendance fonctionnelle et/ou de leur précarité socioéconomique. Leur dignité et intégrité le sont souvent du fait que des soignants/aidants interviennent dans leur vie, dans leur intimité (quelquefois leur nudité) pour leur apporter un soutien quelconque. Par ailleurs, les relations qui lient les PA à ces intervenants sont souvent asymétriques en terme de pouvoir (8, 9).

La présente étude sur le système burkinabè de maintien des PA en autonomie fonctionnelle, s'inscrit donc dans une suite logique d'études ciblant les populations ou groupes vulnérables que nous conduisons à différents degrés depuis 1999 dans le contexte burkinabè avec pour finalité ultime (des suggestions) une amélioration de leurs conditions de vie, leur « dévulnérabilisation » (3). Cependant, autrui pourrait se demander si une étude sur les PA est pertinente ou prioritaire en santé publique dans le contexte burkinabè. Pour répondre à cette question, commençons par donner notre opinion sur la question avant de présenter le contexte du Burkina Faso et justifier notre étude.

Références

1. Kemp P, Rendtorff JD, Mattsson N. Bioethics and biolaw. Copenhagen: Rhodos; 2000.
2. Berthé A, Tiendrébéogo S, Ouangré A, Traoré A, Huygens P, Van De Perre P, et al. Les risques sanitaires dans la communauté pénitentiaire de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, 2. Une analyse socio-anthropologique. Rapport final. Bobo-Dioulasso: SHADEI-Muraz; 2000 avril.

3. Berthe A, Huygens P. [Communicating with vulnerable women for positive behaviour change: the Yerelon project in Bobo Dioulasso (Burkina Faso)]. *Sante* 2007;17(2):103-9.
4. Traoré O, Berthé A, Konaté B. Communications en santé pour le changement positif de comportement: une analyse sémio pragmatique des outils de sensibilisation développés par le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE) au Burkina Faso ». In: 14èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso. Bobo-Dioulasso; 2008.
5. Traoré A, Berthé A, Zerbo R, Huygens P. L'offre de prévention et de Prise en Charge de la maladie dans le système sanitaire du district: analyse préliminaire des adéquations, désaccords des logiques et des pratiques. rapport technique de recherche. Bobo-Dioulasso: SHADEI-Muraz; 2003 décembre.
6. Konaté B, Bamba I, Berthé A, Tou F, Soulama A, Hejoaka F, et al. VIH/SIDA. Traitements antirétroviraux et stigmatisation: Connaissances, perceptions et attitudes des enfants sur le VIH et le sida à Bobo-Dioulasso et Dafinso (Burkina Faso). In: 15èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2010 4-6 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2010.
7. Konaté B, Sanou E, Ouédraogo-Ky A, Berthé A. Etude situationnelle préliminaire au démarrage de la campagne de sensibilisation sur le VIH et le sida chez les enfants. In: 15èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2010 4-6 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2010.
8. Monod S, Sautebin A. [Aging and becoming vulnerable]. *Rev Med Suisse* 2009;5(226):2353-7.
9. Woolhead G, Calnan M, Dieppe P, Tadd W. Dignity in older age: what do older people in the United Kingdom think? *Age Ageing* 2004;33(2):165-70.

1.1. Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques

Pour citer ce sous chapitre 1.1. :

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, Badini-Kinda F et Macq J. Les personnes âgées en Afrique subsaharienne: une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. Santé Publique 2013;[RSP120188, article sous presse à paraître le RSP n°3 de mai-juin 2013].

Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques

The elderly in sub-Saharan Africa: a vulnerable population, too often neglected in public policy

Abdrmane Berthé^{1,2}, Lalla Berthé-Sanou³, Blahima Konaté², Hervé Hien^{2,4}, Fatoumata Tou^{2,3}, Maxime Drabo^{4,5}, Fatoumata Badini-Kinda⁶, Jean Macq¹

➡ Résumé :

Beaucoup de personnes et d'institutions financières pensent qu'en Afrique subsaharienne, région marquée par des crises sociopolitiques, économiques et sanitaires, les personnes âgées ne constituent pas une priorité. Cette note présente et critique leurs perceptions et arguments et cherche à démontrer que les personnes âgées constituent une population vulnérable prioritaire mais négligée par l'ensemble des acteurs principalement par les partenaires techniques et financiers de ces pays. Elle s'inscrit dans une approche considérant que le développement est un tout. Améliorer les conditions de vie des enfants, des jeunes, des femmes, tout en négligeant les personnes âgées, c'est accomplir une aide incomplète pour le développement de ce continent. Quatre raisons principales (systémique, éthique/humanitaire, développementaliste et/ou une question d'intérêt ou d'avenir des générations jeunes ou adultes) devraient motiver tous les acteurs à faire d'elles une population non négligée en Afrique subsaharienne.

Mots-clés : Politique de la santé ; Personnes âgées ; Population défavorisée ; Financement de la santé ; Programme de santé ; Afrique subsaharienne.

➡ Summary :

Many people and financial institutions think that in sub-Saharan Africa, region marked by sociopolitical and economic crises, the elderly are not a priority. This note presents and analyzes their perceptions and arguments and tries to prove that the elderly are a vulnerable and a priority population but neglected by all stakeholders primarily by technical and financial partners in these countries. It confirms that the development is a whole. Improving the living conditions of children, youth and women without helping older people to live better, is to perform an incomplete support for the development of this continent. Four main reasons (systemic, ethical/humanitarian, developmental and/or a matter of interests or future of the youth or adult generations) should motivate all actors to make them population not neglected in sub-Saharan Africa.

Keywords: Elderly; Health policy; Vulnerable population; Health priorities; Africa south of the Sahara.

¹ Université Catholique de Louvain (UCL) Belgique – 30 clos chapelle aux champs (B-3013) – 1200 Bruxelles – Belgique.

² Centre Muraz – 01 BP 390 – Bobo-Dioulasso 01 – Burkina Faso.

³ Association Burkinabè de Santé Publique – Ouagadougou – Burkina Faso.

⁴ Institut de Recherche en Sciences de la Santé – Bobo-Dioulasso – Burkina Faso.

⁵ Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) – Ouagadougou – Burkina Faso.

⁶ Département de Sociologie – Université de Ouagadougou – Burkina Faso.

Introduction

D'après la classification des Nations Unies [1], en 2010 [2], la population d'Afrique subsaharienne était jeune (moins de 4 % de personnes âgées) dans 8 pays sur 42, majeure (proportion comprise entre 4 et 6 %) dans 32/42 pays et âgée (proportion supérieure ou égal à 7 %) dans 2/42 pays. La faible proportion de personnes âgées [2] a conduit à penser qu'en Afrique subsaharienne, celles-ci ne constituent pas une population prioritaire. Cet article se propose d'argumenter que les partenaires techniques et financiers de ces pays à ressources financières limitées [3] occultent que dans ces pays les personnes âgées soient une population prioritaire dans les différents domaines où elles sont vulnérables.

Pourquoi la prise en charge des populations âgées n'est pas considérée comme prioritaire en Afrique subsaharienne ?

Des raisons de type démographique, socio-sanitaire, économique sont actuellement utilisées par certains partenaires (techniques, financiers) internationaux ou locaux de l'Afrique subsaharienne pour justifier pourquoi ils y fournissent peu d'efforts en termes financiers, de recherches, ou d'interventions ciblant les personnes âgées de 60 ans ou plus.

Premièrement, dans cette partie du monde, la proportion de personnes âgées reste relativement faible [2]. Les taux de fécondité restent élevés, et beaucoup d'Africains meurent avant leur soixantième anniversaire [4].

Deuxièmement, les personnes âgées en incapacités fonctionnelles sont encore peu nombreuses [5] et la prise en charge de ces incapacités ou de leur comorbidité coûte peu chère au système de soins [6]. Par ailleurs, jusque récemment, les maladies chroniques n'étaient pas considérées comme prioritaires en Afrique subsaharienne [7] où une grande proportion de la mortalité évitable se retrouve chez les enfants et les femmes enceintes [7], groupes prioritaires des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) [8]. Les personnes âgées sont moins vecteurs des maladies transmissibles (IST, sida, etc.) ou contagieuses (toux, tuberculose, etc.), donc moins importantes à considérer dans le contrôle de ces maladies prioritaires.

Troisièmement, en Afrique subsaharienne, les familles sont plus élargies ; le système de parenté et de solidarité familiale semble satisfaire les besoins de soins des personnes âgées [9]. Un système de soins ou de solidarité

spécifique à ces personnes ne serait donc pas nécessaire pour le moment. Par ailleurs, le rapport de dépendance des personnes âgées (qui en 2010 variait entre 3,4 en Sierra Leone et 8,4 au Lesotho en 2010) est faible [4].

Quelques arguments pour s'intéresser à la prise en charge des personnes âgées en Afrique subsaharienne

D'une part, dans les pays africains à faible système de sécurité sociale [10] ou faible système de solidarité formelle, le bien-être complet (la santé) des personnes âgées influence celle de la population générale. Leurs souffrances physiques, économiques et sociales entraînent des souffrances psychologiques émotionnelles des membres de leur entourage. À l'image du tabagisme [11], de l'alcoolisme [12], de l'obésité [13], du bonheur ou de la joie [14] qui se diffusent principalement dans les réseaux sociaux, le bon ou mauvais état de santé des personnes âgées influence positivement ou négativement celui de leur entourage donc de la population générale.

D'autre part, dans ce contexte africain marqué par le chômage et la jeunesse de sa population, le faible rapport de dépendance des personnes âgées masque la réalité. D'une part, toutes les personnes en âge de travailler n'exercent pas d'activité génératrice de revenus et même quand elles l'exercent, leurs revenus sont à peine suffisants pour elles-mêmes et leur famille nucléaire ; d'autre part le nombre d'enfants (moins de 15 ans) à prendre en charge reste très élevé et atteint parfois 90 enfants pour 100 personnes en âge de travailler [4]. Ainsi, avec de faibles revenus parfois irréguliers, la population en âge de travailler n'est pas en mesure de prendre en charge à la fois ses personnes âgées et ses enfants.

Enfin, les personnes âgées sont au cœur d'un système social [1, 10, 15, 16]. Leur utilité/importance sociale font d'elles un groupe à ne pas négliger [17]. Depuis 1990, Kouamé [1] avait souligné cela en interpellant tous les acteurs du développement des pays africains. Elles sont détentrices d'un capital symbolique important mais aussi jouent un rôle non négligeable pour le bien-être d'autres groupes populationnels. Ainsi, elles continuent d'être respectées et soutenues même si la qualité et la quantité de ces soutiens évoluent en dents de scie, s'adaptent aux contextes du donataire et/ou du donateur. Des discours populaires [1, 9] ou officiels – la charte africaine de la jeunesse [18] et celle des Droits et du Bien-être de l'Enfant [19] – valorisent les soins/soutiens aux personnes âgées : « tout jeune ou enfant doit respecter ses parents et les personnes âgées en toutes circonstances et les assister en

cas de besoin dans le contexte des valeurs positives africaines ». Cependant, les investissements dans ces personnes ne sont pas systématiques : « Si l'enfant estime que son père ou sa mère n'ont pas assez fait pour lui dans son enfance et sa jeunesse, il leur refuse son soutien dans le vieil âge » ([9]. La solidarité familiale connaît des mutations [1, 9, 15, 20-23]. De plus en plus de personnes âgées se prennent en charge et/ou prennent souvent en charge leurs cadets, enfants ou petits-enfants [1, 23-28]. Cette situation est aggravée par le chômage des jeunes et des adultes, par le sida dans les pays où la prévalence est élevée. La solidarité intergénérationnelle renversée ou le fait que les personnes âgées prennent en charge les membres de leur entourage peut jouer négativement sur leur bien-être global [27, 29, 30]. Les interventions d'autres acteurs formels sont nécessaires car la famille ne parvient pas toujours à bien prendre en charge ses membres âgés.

Comment les choses changent-elles ? L'importance croissante donnée à l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en Afrique subsaharienne

De nos jours, de façon spontanée et/ou sous l'incitation internationale (conférence internationale sur le vieillissement à Vienne en 1982, conférence africaine de gérontologie à Dakar en 1984, Assemblée Mondiale sur le Vieillissement à Madrid en 2002) dont ils ont plus ou moins conscience, la plupart des États africains commencent à s'intéresser à la prise en charge des personnes âgées [1, 23, 31]. À l'endroit des pays, la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement (Madrid 2002) [32] a formulé des recommandations ou mesures à prendre. Cependant les organismes des Nations Unies ont fourni peu d'effort pour soutenir les pays à faible revenu dans la mise en œuvre de ces recommandations. L'incitation internationale est restée politique, déclarative sans un appui financier à ces pays. Néanmoins, à différents degrés et à des périodes différentes, ces pays ont timidement commencé à prendre conscience des enjeux liés aux personnes âgées surtout sur le plan politique mais rarement en termes de déploiement des ressources humaines, matérielles ou financières en faveur des personnes âgées. Ainsi, dans leur constitution, plus de la moitié des pays en Afrique subsaharienne (26/41) évoquent explicitement les personnes âgées comme une population spécifique à protéger, à promouvoir et à prendre en charge selon leurs besoins et aspirations.

Du point de vue de la planification politique, certains pays ont conçu des plans d'action de protection, de promotion ou de soins des personnes âgées. Ces plans reflètent la

prise en compte des recommandations de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement [32]. Les différents plans mis en place dans les pays comme l'Afrique du Sud, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Mali, le Nigeria, le Sénégal, etc. s'inspirent tous de ces recommandations. De manière plus concrète pour les personnes âgées, certains pays tels que l'Afrique du Sud, le Botswana, le Lesotho, la Namibie et l'Île Maurice [23, 33], le Cap Vert, ont mis en place des systèmes de pension pour les personnes âgées différents de ceux réservés uniquement aux retraités. D'autres (Botswana, Congo, Éthiopie, Île Maurice, Mozambique et Zambie) offrent des services de santé gratuits aux personnes âgées [1]. Dans certains de ces pays d'Afrique subsaharienne comme le Burkina Faso, les autorités politico-sanitaires annoncent clairement que les personnes âgées constituent un des groupes vulnérables prioritaires au regard du bas niveau des indicateurs qui caractérisent leur état de santé [34]. En Afrique subsaharienne, les personnes âgées deviennent peu à peu donc une population prioritaire même dans les pays (Burkina Faso, Mali, Niger, Sénégal) ayant les plus faibles proportions de personnes âgées.

Au niveau international, le premier but de l'Assemblée Mondiale sur le vieillissement (Madrid 2002) était la conception et l'exécution de mesures pour que la communauté internationale s'intéresse davantage aux questions relatives au vieillissement [35]. Actuellement, le financement de la recherche sur la santé des personnes âgées en Afrique subsaharienne n'est pourtant pas une priorité internationale, beaucoup d'acteurs continuent de penser que les problématiques des personnes âgées concernent exclusivement les pays du Nord. Aussi, jusqu'en fin 2012, très peu de partenaires financiers et techniques africains ou internationaux étaient prêts à accompagner les pays d'Afrique subsaharienne dans la mise en œuvre de leurs projets/programmes en faveur des personnes âgées. À ce sujet, le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées du Mali [36] écrit que malgré la volonté exprimée par les États de mieux couvrir les besoins et aspirations des personnes âgées, les agences des Nations Unies, les agences de coopération, les ONG accordent peu d'intérêt aux programmes en faveur des personnes âgées. Les programmes d'ajustement structurel auxquels les États sont soumis offrent peu de perspectives au développement de programmes en faveur des personnes âgées et les besoins des personnes âgées ne sont pas bien connus pour motiver les prises de décisions [36]. Les partenaires techniques et financiers imposent souvent leurs priorités aux pays en conditionnant leurs aides ou interventions. Outre ces partenaires, à des degrés différents, cette population

vulnérable prioritaire est aussi négligée par les autorités politiques, les chercheurs et les autres acteurs de la société civile qui doivent redoubler d'efforts malgré leurs ressources limitées.

Conclusion

Cet article analyse les réticences des partenaires à investir dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées en Afrique subsaharienne. Aussi, la mise en œuvre concrète des politiques ciblant les personnes âgées souffre d'un manque de ressources humaines, matérielles et financières. D'où la négligence de cette population par l'ensemble des acteurs locaux et internationaux.

Nous défendons qu'il faut cesser de négliger les personnes âgées en Afrique subsaharienne pour des raisons :

- systémique (la personne âgée est importante comme facteur de bonne ou mauvaise santé de son entourage) ;
- éthique/humanitaire (les autres groupes sociaux ont l'obligation morale d'assister les personnes âgées qui demeurent un groupe vulnérable, fragile) ;
- développementaliste (les indicateurs socioéconomiques des personnes âgées influencent négativement les indicateurs de développement local) ;
- et pour une question d'intérêt personnel ou d'avenir des autres populations (les jeunes et les adultes d'aujourd'hui seront confrontés aux actuelles difficultés des personnes âgées si rien n'est fait en leur faveur).

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Nous remercions chaleureusement la coopération belge au développement (CUD et DGD) pour le soutien financier au Projet Interuniversitaire Ciblé sur les Personnes Agées au Burkina Faso (PIC-PAB).

Références

1. Kouamé A. Le vieillissement de la population en Afrique. Ottawa: CRDI; 1990.
2. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World Population Prospects: The 2010 Revision: United Nations.
3. Schieber G, Maeda A. Health care financing and delivery in developing countries. Health Aff (Millwood) 1999;18(3):193-205.
4. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières: Mobilité et développement humains. New York: Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD); 2009.
5. Diagana M, Preux PM, Druet-Cabanac M, Macharia W, Kabore J, Avode DG, et al. Le grand âge en Afrique. African Journal of Neurological Sciences 2003;22(2):23-34.
6. Kimokoti RW, Hamer DH. Nutrition, health, and aging in sub-Saharan Africa. Nutr Rev 2008;66(11):611-23.
7. Uwakwe R, Ibeh CC, Modebe AI, Bo E, Ezeama N, Njelita I, et al. The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 dementia research group cross-sectional survey. J Am Geriatr Soc 2009;57(9):1620-7.
8. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>.
9. De Jong W, Roth C, Badini-kinda F, Bhagyanath S. Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso / Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas. Lit Verlag Münster: Société Suisse d'Études Africaines (SSEA); 2005.
10. Antoine P, Golaz V. Vieillir au Sud: une grande variété de situations. Autrepap 2010;53:3-16.
11. Christakis NA, Fowler JH. The collective dynamics of smoking in a large social network. N Engl J Med 2008;358(21):2249-58.
12. Tumwesigye NM, Kasirye R, Nansubuga E. Is social interaction associated with alcohol consumption in Uganda? Drug Alcohol Depend 2009;103(1-2):9-15.
13. Christakis NA, Fowler JH. The spread of obesity in a large social network over 32 years. N Engl J Med 2007;357(4):370-9.
14. Fowler JH, Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. Bmj 2008;337:a2338.
15. Antoine P. Introduction. In: Antoine P, editor. Les relations intergénérationnelles en Afrique : approche plurielle. Nogent-sur-Marne : CEPED ; 2007. p. 9-18.
16. Antoine P. La place et l'activité des personnes âgées dans sept capitales ouest-africaines. In: Antoine P, editor. Les relations intergénérationnelles en Afrique : approche plurielle. Nogent-sur-Marne: CEPED; 2007. p. 31-62.
17. Nshimrimana L. Vieillesse et culture. Du bon usage des personnes âgées. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2003;2(31):46-60.
18. http://africa.unfpa.org/webdav/site/africa/users/africa_admin/public/CHARTER_French.pdf.
19. http://www.africa-union.org/Official_documents/Treaties_Conventions_fr/CHARTER%20AFRICAINNE-DROITS%20ENFANT%20new.pdf.
20. Akinyeni IA, Adepoju OA, Ogunbameru AO. Changing Philosophy for Care and Support for the Elderly in South-Western Nigeria. BOLD. BOLD 2007;18(18-23):1.
21. Vidal C. La « solidarité africaine »: un mythe à revisiter. Cahiers d'études africaines 1994;68:7.
22. Vignikin K. Famille et relations intergénérationnelles Réflexions sur les évolutions en cours en Afrique. In: Antoine P, editor. Les relations intergénérationnelles en Afrique: approche plurielle. Nogent-sur-Marne: CEPED; 2007. p. 19-30.
23. National Research Council. Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendations for Furthering Research. Panel on Policy

- Research and Data Needs to Meet the Challenge of Aging in Africa. Barney Cohen and Jane Menken Eds. Washington: Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.; 2006.
24. Kipp W, Tindyebwa D, Rubaale T, Karamagi E, Bajenja E. Family caregivers in rural Uganda: the hidden reality. *Health Care Women Int* 2007;28(10):856-71.
 25. Kautz T, Bendavid E, Bhattacharya J, Miller G. AIDS and declining support for dependent elderly people in Africa: retrospective analysis using demographic and health surveys. *Bmj*;340:c2841.
 26. Ice GH, Yogo J, Heh V, Juma E. The Impact of Caregiving on the Health and Well-being of Kenyan Luo Grandparents. *Aging* 2010;32(1):40-66.
 27. Ice GH, Zidron A, Juma E. Health and health perceptions among Kenyan grandparents. *J Cross Cult Gerontol* 2008;23(2):111-29.
 28. Horwitz S, Yogo J, Juma E, Ice GH. Caregiving and cardiovascular disease risk factors in male and female Luo elders from Kenya. *Ann Hum Biol* 2009;36(4):400-10.
 29. Kimuna SR, Makiwane M. Older people as resources in South Africa: Mpumalanga households. *J Aging Soc Policy* 2007;19(1):97-114.
 30. Schatz EJ. "Taking care of my own blood": older women's relationships to their households in rural South Africa. *Scand J Public Health Suppl* 2007;69:147-54.
 31. Shrestha LB. Population aging in developing countries. *Health Aff (Millwood)* 2000;19(3):204-12.
 32. Nations Unies. Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 8-12 avril 2002. New York : Nations Unies ; 2002.
 33. Charlton KE, Rose D. Nutrition among older adults in Africa: the situation at the beginning of the millenium. *J Nutr* 2001;131(9):2424S-8S.
 34. Ministère de la Santé. Politique nationale Sanitaire. Document de Politique Sanitaire Nationale. Ouagadougou : Ministère de la Santé (Burkina Faso) ; 2000 Septembre.
 35. <http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/88b2ee85676902f3c1256991004df004/750f985f6003f4c6c1256c4f003811b1?OpenDocument>.
 36. MDSSPA. État de mise en oeuvre du Plan d'Action National pour la Promotion des Personnes Agées 2006-2010. Bamako : Ministère du Developpement social, de la solidarité et des Personnes Agées, Mali ; 2007 Décembre.

1.2. Le Contexte de l'étude

Cette étude est réalisée à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso (Afrique de l'Ouest). La figure 1 ci-dessous, situe 1) le Burkina Faso sur une carte d'Afrique, 2 la province du Houet sur une carte du Burkina Faso, 3) la ville de Bobo-Dioulasso dans la province du Houet et 4) le plan de Bobo-Dioulasso, ses 25 secteurs géographiques (site de collecte de nos données).

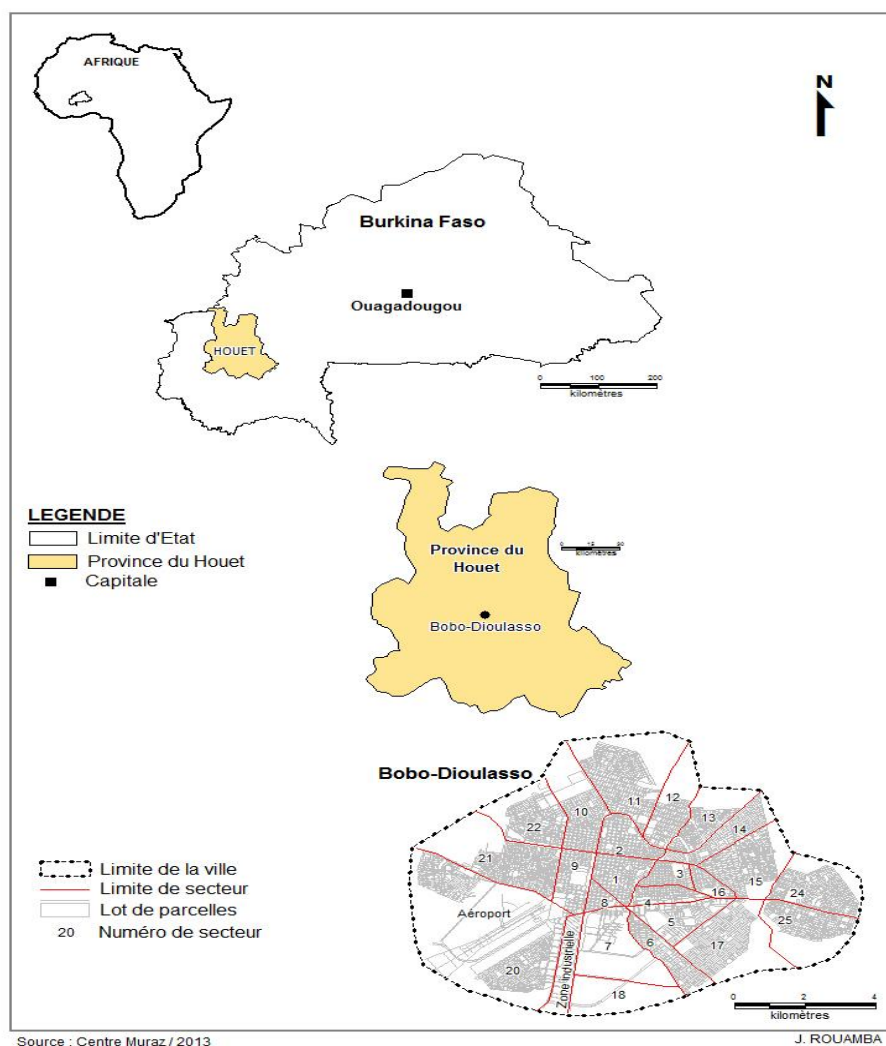
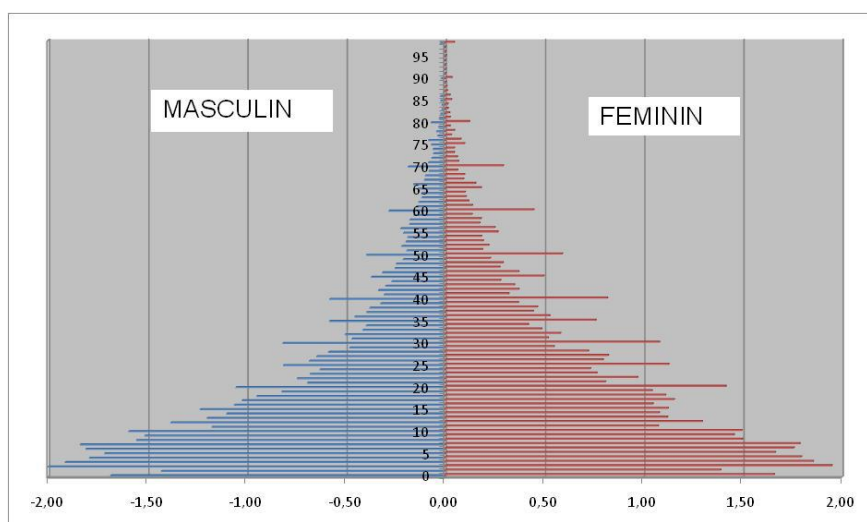


Figure 1 : Bobo-Dioulasso au Burkina Faso (Afrique)

1.2.1. Le Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays francophone de l'Afrique de l'ouest, indépendant depuis 1960. Selon les résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), en 2006, ce pays comptait 14.017.262 habitants dont 52% de femmes. Le rapport de masculinité est de 93 hommes pour 100 femmes. L'âge moyen de la population est de 22 ans et l'âge médian est de 16 ans (1). La pyramide des âges se présente comme suit sur la figure 2 :

Figure 2 : pyramide des âges au Burkina Faso en 2006



Source : (1)

Le Burkina Faso est régulièrement classé parmi les derniers pays du monde selon l'Indice du Développement Humain (IDH) développé par le Programme des Nations Unies pour le Développement (2). En 2009, il a été classé 177^{ème} sur les 182 pays classés. Le tableau 1 ci-dessous présente certains indicateurs ayant permis ce classement. Dans ce contexte de 2006, les PA de 60 ans ou plus (712.573 au total) constituaient 5% de la population générale. Les femmes âgées constituaient 5% de la population totale féminine, de même les hommes âgés constituaient 5% de la population totale masculine (3). Chez les PA, il existait plus de femmes (53%) que d'hommes (47%). Le rapport de masculinité est 88 hommes pour 100 femmes. Au Burkina Faso, 24% des ménages comptaient au moins une personne de 60 ans ou plus.

La grande majorité des PA vivaient en milieu rural (82%)⁷. Le tableau 2 ci-dessous présente quelques indicateurs sur les PA au Burkina Faso en 2006.

Tableau 1 : Le Burkina Faso à travers quelques Indicateurs de l'IDH 20-09

Classement Indice de Pauvreté Humaine (IPH-1) 131 ^{ème} sur 135 pays	Taux d'accroissement naturel 2005-2010 3,5%	Population urbaine 2010 20,4%
Taux d'analphabétisme des adultes (15 ans et plus) 1999–2007 71,3%	Rapport de dépendance des jeunes en 2010 ⁸ 90,0	Rapport de dépendance des PA en 2010 ⁹ 3,9
PIB par habitant (en PPA en USD) en 2007 1124	Population vivant sous le seuil de pauvreté (2 USD par jour 2000-2007) 81,2%	Population vivant sous le seuil de pauvreté nationale 46,4%
Espérance de vie à la Naissance (en 2007) 52,7	Indice espérance de vie (en 2007) 0,462	Probabilité de décéder avant 40 ans (la cohorte 2005–2010) 26,9%

Source : (2)

⁷ Chez les 18% vivant en milieu urbain, la grande majorité (82%) vivaient dans les zones non loties des centres urbains.

⁸ Population âgée de moins de 15 ans exprimée en pourcentage de la population en âge de travailler (âgée de 15 à 64 ans).

⁹ Population âgée d'au moins 65 ans exprimée en pourcentage de la population en âge de travailler (âgée de 15 à 64 ans).

Tableau 2 : Quelques indicateurs sur les PA au Burkina Faso en 2006

<u>Scolarisation et alphabétisation</u> Aucun niveau d'instruction 96% Alphabétisées 4%	Proportion des PA qui travaillent Ensemble 58% hommes 76% et femmes 43%	Espérance de vie des PA de 60 ans = 16 ans Espérance de vie des PA de 80 ans = 5 ans
Taux de mortalité ¹⁰ 119‰	Appartenance religieuse Islam 54%, Animisme 23% Catholicisme 18% et autres 5%	Statut matrimonial Mariés 60% (88% des hommes et 36% des femmes) Veufs/veuves 34% (58,1% des femmes et 7% des hommes)
PA vivant seules : 3% de la population totale des PA (57% de femmes et 43% d'hommes)		Statut dans les ménages 49% sont chefs de ménages ¹¹

Source : (4)

L'analyse de la situation socioéconomique des PA (5, 6) montre que leurs revenus sont souvent très faibles et en grande partie (57%) (7) alloués à l'alimentation. Rarement, ces personnes sont complètement inactives à cause des difficultés à satisfaire leurs besoins dans le vieil âge. La plupart d'entre eux disposent d'une maison généralement construite en banco. Les hommes sont plus propriétaires de leur logement que les femmes (4). Dans les ménages des PA, la lampe à pétrole est la principale (66%) source d'éclairage et le bois est la principale (91%) source d'énergie pour la cuisson, la pompe ou le forage est la source d'approvisionnement en eau pour moins de la moitié des ménages des PA (41%) et la brousse reste le principal (71%) mode d'évacuation des excréments (4).

La santé est aussi un domaine prioritaire chez les PA. « Les maladies sont le plus souvent chroniques nécessitant un suivi médical et un traitement au long cours. Les soins coûtent chers, ce qui réduit considérablement leurs accès aux prestations de soins. La majorité des PA se soignent grâce à la médecine traditionnelle et parfois par l'automédication » (5).

¹⁰ Au Burkina Faso, pour 1000 personnes âgées de 60 ans ou plus, 119 meurent avant 65 ans.

¹¹ La taille moyenne des ménages dirigés par les personnes âgées est de 7 personnes et est supérieure à celle nationale (6 personnes).

Une enquête réalisée en 2003 (8), a montré que la proportion de personnes qui ont été malades ou blessées au cours des 15 derniers jours précédant l'interview était de 5,8% pour l'ensemble du pays. Les tranches d'âge les plus morbides étaient les « 60 ans et plus » (10,5%), les enfants 0-4 ans (9%). Les tranches d'âge qui consultent le plus les services de santé étaient les enfants de moins de 4 ans (7,2%) et les « 60 ans et plus » (6,5%) (8). L'assistance apportée aux PA est à 80% communautaire et à 20% assurée par des aides professionnelles (5). En 2006 (4), une proportion non négligeable (7%) de PA souffre de « handicaps ». Ces « handicapés » se retrouvent plus en milieu rural (86%) qu'urbain (14%) mais sont autant de femmes (50%) qu'hommes (50%) (4). Les principaux « handicaps » sont : les « aveugles » (39%), le « handicap de membres inférieurs » (17%), les « sourds/muets » (9%), la « déficience mentale » (7%), le « handicap de membres supérieurs » (4%), etc. Au Burkina Faso, le RGPH (4) s'intéresse exclusivement aux formes graves des déficiences (visuelle, motrice, auditive).

Au Burkina Faso, le système public de soins prévoit trois niveaux hiérarchiques dans l'offre de soins : en 2008, le premier niveau ou niveau de premier contact était assuré par 1352 formations sanitaires de base que sont les « centres de santé et de promotion sociale » et 42 centres médicaux avec antennes chirurgicales. Le second niveau de référence était assuré par 9 centres hospitaliers régionaux et le troisième et dernier niveau était représenté par les trois centres hospitalo-universitaires (9). En plus des structures publiques, le Burkina Faso compte un nombre important de structures privées et l'importance de la médecine traditionnelle est reconnue par la loi n°23/94/ADP du 19/05/94 portant code de la santé publique. Le tableau ci-dessous présente quelques indicateurs de santé au niveau national en 2008.

Tableau 3 : Quelques indicateurs de santé au Burkina Faso en 2008

Population totale en 2008 ¹²	Rayon moyen d'action théorique (kilomètre)	Proportion des CSPS respectant les normes en personnel (%)
14.731.167	7,51	77
Ratio habitants par CSPS	Ratio habitants par CM/CMA	Effectif Agents itinérant de santé
9692	204600	1583
Effectif infirmiers brevetés	Effectif infirmiers diplômés d'état	Effectif Médecins
2170	2575	473
Effectif Chirurgiens Dentistes	Effectif sages femmes / maïeuticiens d'état	Effectif Pharmaciens
33	697	78
Total des consultations curatives	Total des consultants (curatifs)	Taux de fréquentation des formations sanitaires (%)
11 769 987	7.625.669	52

Source : (9)

Au Burkina Faso, ni le système public ni le système privé de santé ne développe la stratégie mobile d'offre de soins curatifs. Ces soins se déroulent essentiellement voire exclusivement dans des centres de santé.

Cependant, timidement, le secteur communautaire tente de développer des soins infirmiers et de supports à domicile surtout pour les malades du sida. Dans le secteur public, la stratégie mobile n'est développée que pour les soins préventifs qui se résument pour l'essentiel à la vaccination des enfants. Les services offerts par le système de santé burkinabè sont peu adaptés aux besoins des PA. Il est très peu outillé pour assurer une prise en charge adaptée aux besoins des PA et de leurs aidants proches. Le pays ne dispose d'aucun service spécialisé en soins gériatriques.

Depuis 1991, l'Etat burkinabè a opté de subventionner les soins des PA dans les formations sanitaires et établissements hospitaliers publics en instaurant des réductions, des exonérations partielles en faveur des PA retraitées. Néanmoins, l'application de ces textes sur le terrain n'est pas systématique et ses avantages ne sont pas offerts aux PA du secteur informel majoritaire. Ainsi, pour gérer leurs maladies, peu de PA ont recours à l'abonnement pharmaceutique ou à l'assurance maladie qui demeure les deux formes de protection santé.

¹² Les données de population de 2007 et 2008 sont issues des projections des données du RGPH 2006.

Pour leur prise en charge sanitaire, les PA comptent sur elles-mêmes, leurs enfants, la solidarité familiale, la solidarité des autres personnes (7, 10, 11).

Au Burkina Faso, « le système de sécurité sociale est peu développé. Le risque maladie n'est pas spécifiquement couvert par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) ou la Caisse de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) chez les PA » (5).

Outre les structures étatiques qui interviennent dans la prise en charge globale (la Direction de la Protection et de la Promotion des PA du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale), sanitaire (la Direction de la Santé des Adolescents, des Jeunes et des PA du ministère de la santé, les centres de santé publics), des Organisations à Base Communautaire (OBC) ou Non Gouvernementales (ONG) ciblent les PA comme acteurs et/ou bénéficiaires de leurs actions spontanées. Cependant, l'ensemble de ces intervenants manque de ressources humaines, matérielles et financières pour offrir des services adaptés aux besoins des PA et de leurs aidants proches.

1.2.2. La ville de Bobo-Dioulasso

« Située au Sud-Ouest du Burkina Faso, la ville de Bobo-Dioulasso est la capitale économique et la deuxième ville de ce pays. En termes géographiques, Bobo-Dioulasso est repérable aux coordonnées 11° 10' de latitude nord et 4° 16' de longitude ouest. Sa situation géographique aussi bien à l'intérieur du pays, que dans la sous-région, son rôle politique et économique, et l'ambition colonialiste d'y tracer des routes vers l'océan atlantique ont fait et continuent de faire de cette ville un carrefour, un centre, un nœud où se croisent plusieurs voies commerciales nationales et internationales. De plus, la ville est desservie par une voie ferrée reliant le centre du pays (Kaya, Ouagadougou) à l'Océan Atlantique (Abidjan), et par un aéroport international » (12).

Au RGPH de 2006 (1), la ville de Bobo-Dioulasso comptait 489.967 habitants repartis sur 25 secteurs géographiques et dans 94.947 ménages. Avec un taux d'accroissement annuel moyen de 4,7 %, la population de Bobo-Dioulasso représentait 15 % de la population urbaine du Burkina Faso et 3,5% de la population totale du pays. Dans cette ville, 11,6% des habitants étaient au chômage. Bobo-Dioulasso comptait 18130 (3,7%) de PA. Une faible proportion de ces PA (5,6%) vit avec un handicap physique ou mental définitif (4).

Bobo-Dioulasso est couverte par deux districts sanitaires qui totalisaient 27 CSPS, 3 maternités ou dispensaires isolés et 2 centres médicaux avec antenne chirurgicale et le Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou.

L'offre de soins est assurée au niveau des 2 districts par 477 agents de santé dont 5 médecins, 31 attachés de santé 228 infirmiers et au niveau hospitalier par 639 agents dont 221 infirmiers, 134 attachés de santé, 54 médecins spécialistes et aucun gériatre. Le taux de fréquentation des formations sanitaires des districts est de 65% (9). Dans le système de santé publique, il n'existe aucun centre ou service spécialisé dans la prise en charge des PA qui sont traitées comme la population générale dans les structures sanitaires. Les deux centres « gériatriques » de l'ONG « Comité des Sages pour la Défense des Personnes Agées (CSDPA) manquent de personnel qualifié pour les soins médicaux et/ou paramédicaux en direction des PA.

« L'hétérogénéité culturelle de Bobo-Dioulasso est observable sur le plan ethnique, religieux, etc. Les principaux groupes ethniques étaient : les Dioula, les Mossi et les Bobo. Les habitants de cette ville affirment être des Musulmans (77%), des Chrétiens (21%). Les animistes, les sans religions et les autres religions sont faiblement représentés (2%)(13).

La forte présence des musulmans s'explique par une islamisation précoce de la région et par certaines compatibilités entre pratiques traditionnelles et pratiques islamiques. Il en est ainsi du droit pour les hommes d'avoir plusieurs épouses, de la croyance en d'autres divinités et forces surnaturelles (génies, sorciers, etc.). Ces esprits, sorciers, féticheurs, devins et marabouts sont souvent considérés comme ayant le pouvoir de causer la fortune (le bonheur) et/ou l'infortune (le malheur, la maladie, la mort, etc.) des individus » (14).

C'est dans cette ville où, à l'image du reste du pays, les PA demeurent une des populations la plus malade (8), une population ne parvient pas (à cause de la faiblesse de ses capitaux physique/corporel, financier, social) à bien gérer ses problèmes de santé que nous avons réalisé cette recherche sur le système burkinabè de maintien des PA en autonomie fonctionnelle.

Cette étude s'inscrit dans la suite de nos recherches ayant ciblé les populations ou groupes vulnérables que nous conduisons depuis 1999 dans le contexte burkinabè (15-18).

1.3. Justification de l'étude

Au Burkina Faso, l'Etat a introduit le thème « situation socioéconomique des PA » dans le RGPH à partir de 2006 (4). Cette introduction confirme la prise en compte de ce groupe dans sa politique de population, sa politique de réduction de la pauvreté, sa politique de développement social, économique, culturel et sanitaire (4). Sur le plan politique, depuis l'indépendance du pays en 1960, des mesures législatives et réglementaires ont progressivement été prises et perfectionnées pour préparer la retraite des travailleurs du secteur public et privé et/ou pour améliorer la vie des PA retraitées (4).

Sur le plan (politique) sanitaire, « les groupes vulnérables prioritaires sont représentés par les femmes, les enfants, les jeunes, les handicapés et les PA au regard du bas niveau des indicateurs qui caractérisent leur état de santé » (19). Les PA constituent ainsi une population prioritaire et la promotion de leur santé est un des objectifs spécifiques du plan national sanitaire. Dans la mise en œuvre de cette politique, la Direction de la Santé de la Famille a conçu en 2007 un programme national 2008-2012 visant à améliorer la santé des PA. Sur le plan recherche scientifique, les PA ont quelquefois été l'objet d'investigation. Les questions abordées sont d'ordre générale (4, 11, 20), portent sur la sécurité sociale (10, 21, 22) ou la santé (23-27). Ces études sont unanimes que les PA ont un accès géographique, financier et culturel difficile aux soins de santé formels.

Le plan d'action national en faveur des PA de 1997 mentionne que pour accéder aux soins, la grande majorité des PA (incapacités fonctionnelles) compte sur elles-mêmes, sur leurs enfants, leur famille et/ou d'autres personnes physiques ou morales (7). Voulant en savoir davantage, notre question initiale de recherche était : en cas d'incapacités fonctionnelles, comment la famille s'organise t-elle pour apporter ses soutiens à son membre âgé ?

D'une façon globale, la revue de la littérature internationale a relativement bien documenté les soutiens du réseau familial/social aux PA. Berkman et al. (28, 29), Ashida et Heaney (30), Pescosolido et al. (28-34) ont travaillé directement sur ce sujet. A titre illustratif, à la date du 17 février 2003, sur Pubmed, le « Mesch term » 'social support' donnait accès à 46592 références, les « Mesch terms » 'social support' and 'aged' en donnait 11484. Grâce à l'ensemble des différentes investigations, nous savons aujourd'hui que le réseau familial/social joue deux grands rôles dans l'accès aux soins des PA : la fourniture de soutien (instrumental/financier, émotionnel, information, d'appui et d'aide) et l'influence sociale.

L'abondante production scientifique sur le rôle du réseau familial/social dans la gestion des problèmes de santé des PA montre des disparités selon les régions du monde. En comparant la quantité de la production scientifique entre l'Europe et/ou l'Amérique du Nord et/ou de l'Asie à celle de l'Afrique l'écart reste très énorme. La première zone est « noyée » de production et pourrait « souffrir » de leur diversité/variété, tandis que la seconde est asséchée et pourrait « souffrir » de la rareté des études.

Outre cette différence quantitative et même qualitative des recherches réalisées, les thèmes ou problématiques sont différents.

En occident, les études ont porté sur l'état de santé des PA, les facteurs associés aux différentes maladies, le rôle ou les effets du réseau social sur leur santé, leurs satisfactions de l'offre de soins, les associations entre la santé des PA et celles de leurs aidants proches, l'amélioration des interventions ciblant les PA, l'institutionnalisation des PA, les associations entre la santé des PA et les animaux de compagnie, la faisabilité, acceptabilité et efficacité des nouvelles technologies de surveillance à domicile ou télé-secours (35-37). En Afrique subsaharienne les recherches sont encore récentes. Elles ont porté et continuent de porter sur l'insécurité sociale et les besoins des PA, leur état de santé ou les maladies dont elles souffrent, leurs demandes de soins, les associations entre leur santé et leurs caractéristiques sociodémographiques et les soins qu'elles apportent aux enfants et autres membres de la famille en tant que leurs aidants proches et quelquefois sur les incapacités, dépendances ou handicaps fonctionnels. Dans ce contexte d'insécurité sociale généralisée, toutes ces études s'accordent à dire que les PA ont un difficile accès géographique, financier et culturel aux soins et que pour y accéder, elles comptent sur elles-mêmes et/ou sur leur réseau social. Cependant, à notre connaissance, très peu d'étude voire aucune étude n'a exploré le système familial de soutien aux PA en incapacités fonctionnelles. Ainsi, pour deux raisons, ce thème reste donc pertinent dans ce contexte malgré le fait que l'abondante littérature sur la question en Europe ou ailleurs semble faire de lui un sujet à exploration presque saturée.

D'une part, comme l'affirmait Mucchielli (38), quel que soit le degré auquel le problème choisi ait été fouillé dans les écrits existants, il restera toujours, pour le chercheur qualitatif, des raisons historiques, culturelles, sociales ou psychologiques de l'examiner. Il n'est pas d'objet de recherche qui ne réserve des surprises au chercheur l'abordant de manière ouverte et curieuse.

La recherche qualitative est essentiellement une démarche de conceptualisation, or la conceptualisation parfaite, omnisciente, n'existe pas (38). D'autre part, une étude sur le système familial ou social de soutiens au PA en incapacités fonctionnelles en Afrique subsaharienne permettrait de consolider ces hypothèses, théories ou modèles déjà validés ailleurs et de dégager la spécificité africaine dans ce domaine. Les études internationales sur les soutiens sociaux aux PA prennent en compte l'organisation ou le contexte social. D'où la nécessité de confronter aux contextes africains les théories ou modèles qui en ont résulté. De notre point de vue, la politique de l'habitat en Europe, qui est favorable aux habitats de type famille nucléaire favorise la déprise chez les PA, joue négativement sur la structure, le contenu, et la fonction de leur réseau social. Cette atomisation de la famille, panacée des PA est renforcée par le système d'allocations sociales qui diminue lorsque les pensionnaires ou chômeurs habitent avec leurs parents âgés.

En Afrique, les cours communes ou habitats de type famille élargie permettent de maintenir les PA à proximité de leur réseau ; cela pourrait renforcer la structure, le contenu et les fonctions de leur réseau surtout en soutien informationnel et émotionnel. Par ailleurs, si en Europe, pour une PA, vivre seul est socialement accepté, en Afrique subsaharienne, vivre seul est techniquement difficile (contexte de faible équipement des individus et des familles). Une PA qui parvient à le faire est souvent perçue comme une sorcière, une PA méchante qui n'a pas voulu héberger l'enfant d'autrui, une PA à qui personne n'a donné/confié son enfant, ou une PA que personne n'a voulu héberger parce qu'elle n'a rendu aucun service important à autrui dans sa phase active.

Ainsi, il est donc nécessaire d'explorer le système familial/social de soutiens aux PA en incapacités fonctionnelles. Notre recherche s'est déroulée autour des questions suivantes :

Question principale :

- Comment la société burkinabè (cas de Bobo-Dioulasso) est-elle organisée pour maintenir ses PA en autonomie fonctionnelle à domicile ?

Questions spécifiques :

- Quel est le statut fonctionnel des PA à Bobo-Dioulasso ?
- Qui sont les acteurs du système local de maintien des PA en autonomie fonctionnelle ?
- Comment sont-ils organisés ?

Objectifs et intérêts de la recherche

D'une façon générale, cette étude vise à comprendre le système burkinabè (à travers celui de la ville de Bobo-Dioulasso) de maintien des PA en autonomie fonctionnelle. Comme objectifs spécifiques, elle vise à :

- évaluer le statut fonctionnel des PA à Bobo-Dioulasso ;
- identifier les acteurs du système local de maintien des PA en autonomie fonctionnelle ;
- décrire et rendre compréhensible leur système organisationnel.

Si ces objectifs sont atteints, cette étude contribuera à la consolidation internationale et nationale des modèles explicatifs des soutiens sociaux aux PA en incapacités fonctionnelles.

Elle sera utile à différents types d'acteurs comme : la Direction de la Protection et de la Promotion des PA du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale qui est à la recherche d'études scientifiques pour mieux élaborer la Stratégie Nationale de Protection et de Promotion des PA au Burkina Faso et son Plan d'Action National en faveur des PA ; la Direction de la Santé des Adolescents, des Jeunes et des PA du Ministère de la Santé qui s'apprête à évaluer et à reconduire son PNSPA 2006-2008 ; les organisations de la société civile intervenant auprès des PA qui sauront les besoins et attentes des autres acteurs à leur égard et qui disposeront de document pour faciliter leurs plaidoyers et mobiliser davantage de ressources en faveur des PA ; les PA et leur famille, qui devront pouvoir améliorer leurs pratiques quotidiennes les uns envers les autres.

Les modèles interprétatifs susceptibles d'influencer cette thèse

Cette étude se veut inductive, en ce sens que nous n'avons pas explicitement formulé d'hypothèse à partir de laquelle nous avons conçu nos outils de collecte des données. Cependant, en parcourant la littérature internationale, nous avons recensé différents modèles ou théories pouvant nous influencer sur les plans conception de l'étude et analyse des données.

Le point suivant présente quelques unes de ces théories ou modèles : du modèle explicatif de Berkman, Glass et collaborateurs (28-30) ; de la théorie de l'action rationnelle ou du choix raisonné ou celle de la décision (39) ; de la Stratégie de l'Organisation Sociale (SOS) (31, 40) ; du Modèle d'Episode du Réseau (31, 32, 34, 41, 42) ; de la théorie de la sélectivité socio-émotionnelle formulée par Carstensen¹³ (43) ; de la théorie du *convoi social développée* par Antonucci et Kahn (43) ; de la théorie ou du modèle des fonctions partagées ou encore du modèle de la spécificité des tâches énoncées par Litwak¹⁴, Penning¹⁵ (44, 45) ; de la théorie ou du modèle hiérarchique compensatoire formulée par Shanas¹⁶ et Cantor¹⁷ (44, 46) ; du modèle de système de soin social de Cantor (47). Les paragraphes ci-dessous présentent chaque modèle ou théorie.

¹³ Carstensen L.L. (1991), Selectivity Theory: Social activity in Life-Span context, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.

¹⁴ LITWAK, E. (1989). « Forms of Friendships Among Older People in an Industrial Society », dans R.G. Adams et R. Blieszner (dir.), *Older Adult Friendship. Structure and Process*, Newbury Park, CA, Sage Publ., p. 45-88.

¹⁵ PENNING, M.J. (1990). « Receipt of Assistance by Elderly People : Hierarchical Selection and Task Specificity », *The Gerontologist*, vol. 30, no 2, p. 220-227.

¹⁶ Shanas, Ethel. 1979. « The family as a social support system in a old age », *The Gerontologist*, 19,2 : 169-174

¹⁷ Cantor, M. H. 1979. « Neighbors and friends. An overlooked ressource in the informal social system », *Research on Aging*, 1 : 434-463 voir aussi Cantor M. H. 1994. « Family caregiving : social care » dans M. Cantor, éd. *Family caregiving : Agenda for the future*. San Francisco, CA, American Society on Aging : 1-19

Le modèle explicatif de Berkman, Glass et collaborateurs (28-30). Ils ont étudié l'intégration sociale, le réseau social, le soutien social et la santé et ont identifié quatre caractéristiques fonctionnelles du réseau familial/social que sont : la connexité ou l'engagement social, le soutien social, l'influence sociale, et la comparaison sociale (30). Pour eux, le réseau fournit (28-30) quatre types de soutien social à ses membres : instrumental et financier (aide ou assistance pour les besoins tangibles tels que faire les courses, cuisiner, nettoyer payer la facture), informationnel (conseils, suggestions, informations), émotionnel (expression d'empathie ou la compassion, l'amour, la confiance, la compréhension, estime et valeurs accordées par autrui), appui (informations utiles pour la prise de décision, à l'évaluation de soi, la comparaison de soi avec autrui). Ces différents types de soutien social que le réseau fournit à ses membres facilitent le plus souvent leurs accès aux soins, contribuent à la gestion de leurs incapacités fonctionnelles. Ainsi, le soutien familial/social et l'influence sociale, restent les deux principaux moyens par lesquels le réseau agit sur les manières d'agir, de penser et d'être de ses membres, donc sur leur santé ou leurs incapacités fonctionnelles.

La théorie de l'action rationnelle ou du choix raisonné ou celle de la décision. Meadwell (39) trouve qu'elles font toutes partie de la même famille de théorie de l'individualisme méthodologique. Ce paradigme socioéconomique qui reconnaît que les phénomènes sociaux sont collectifs mais peuvent (et *doivent*) être décrits et expliqués à partir des propriétés et des actions des individus (qui sont à leur base) et de leurs interactions mutuelles : l'individu est le premier élément de tout phénomène social, l'analyse du phénomène social doit/devrait commencer par lui. Dans la logique de la théorie de l'action rationnelle, les PA sont des êtres capables d'agir avec raison et discernement au mieux de leurs intérêts. En quête de soins, elles font des calculs en termes de coût/efficacité, opportunités, risques/avantages et procèdent à un choix raisonné.

Selon la théorie de la décision (32), décider c'est choisir la meilleure option entre au moins deux options, il faut donc générer une liste d'options et les évaluer en fonction des connaissances, des informations disponibles en ce moment. Pour Meadwell (39), ces théories ne sont pas des théories sur l'individu en soi, même si elles se rattachent à l'individualisme méthodologique. Ce sont des théories sur les processus et l'interaction au fil des années. Les connaissances ou informations exploitées par les individus proviennent le plus souvent du réseau familial/social donc du soutien et/ou de l'influence sociale.

La Stratégie de l'Organisation Sociale (SOS). Prenant en compte les faiblesses de ces théories, l'approche « stratégies de l'organisation sociale » (31, 40) affirme que, souvent, les individus (les PA) sont pragmatiques, sociaux, bien informés avec des outils culturels pour décider. Souvent ils décident de façon routinière, spontanée sans d'intenses analyses de coût et bénéfice.

Ils peuvent improviser, ils sont souvent forcés vers une direction ou une autre, la rationalité. Pour cette approche, l'interaction sociale est le fondement de la vie sociale, et les réseaux sociaux constituent le mécanisme (interaction) à travers lequel les individus parviennent à comprendre et à gérer leurs difficultés de la vie. Pour cette approche, les choix individuels, sont socialement construits à travers les échanges avec le réseau social. Une autre version plus approfondie de cette approche est le Modèle d'Episode du Réseau.

Le Modèle d'Episode du Réseau prend en compte le précédent. Largement développé par Pescosolido et collaborateurs (31, 32, 34, 41, 42), ce modèle affirme que la structure sociale du réseau est largement responsable de la détermination des comportements et attitudes en façonnant le flux des ressources qui détermine l'accès aux opportunités et contraint le comportement. Les individus forment leur vie quotidienne à travers les consultations, les suggestions, le soutien et des autres. Lorsqu'ils sont confrontés à un handicap, ils ne sont ni des marionnettes des structures sociales, ni des individualistes calculateurs, ils façonnent et sont façonnés par leur réseau familial/social. Dans ce modèle, le traitement de tout problème de santé est un processus social qui est managé à travers les contacts (réseau familial/social) que l'individu a dans sa communauté, dans le système de traitement et le service social (comprenant les groupes de soutien, les lieux de cultes). Ainsi, la réponse à la maladie est à la fois un processus personnel et social. Le rôle de la communauté est central dans les causes et les réponses aux problèmes. Ce rôle central influence les manières d'agir, de penser et d'être des sujets. Selon ce modèle, pour mieux comprendre l'accès aux soins des sujets sociaux il faut prendre en compte les interactions entre le réseau et le sujet malade, entre le sujet malade, son aidant proche et les acteurs du système de soins et les interactions entre les acteurs du système de soins.

La théorie de la sélectivité socio-émotionnelle formulée par Carstensen¹⁸ (43). C'est une théorie qui explique l'influence de la perception du temps restant à vivre sur les buts et motivations du comportement humain. Selon cette théorie, l'âge étant inversement corrélé au temps restant à vivre, durant la vie, différents buts rivalisent entre eux et les individus privilégient les buts en fonction de la perception du temps restant à vivre. Ainsi, plus les sujets sociaux vieillissent, plus les buts qui les guident changent : les jeunes pourraient être plus orientés vers le but du savoir tandis que les PA seraient plus orientées vers le but à sens émotionnels.

Du fait de leur âge avancé, des incapacités fonctionnelles et de la déprise qui s'en suivent, les relations sociales que les PA entretiennent avec leur entourage se resserrent, perdent en quantité et gagnent en qualité.

¹⁸ Carstensen L.L. (1991), Selectivity Theory: Social activity in Life-Span context, *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 11, 195-217.

Dans cette situation, c'est à la famille d'offrir un soutien social adéquat pour compenser le soutien de l'ensemble global.

La théorie du *convoi social développée* par Antonucci et Kahn (43). Ce modèle déclare que les PA évoluent à l'intérieur de cercles concentriques de relations qui leur procurent du soutien. Elles sélectionnent les membres de ces cercles et leur confient des fonctions ou rôles différents (soutien affectif, instrumental, etc.). Elle est très proche de la théorie suivante.

La théorie ou le modèle des fonctions partagées ou encore le modèle de la spécificité des tâches énoncées par Litwak¹⁹, Penning²⁰ (44, 45). Selon ce modèle, la famille ou les aidants naturels et les aidants professionnels jouent des rôles distincts, spécifiques auprès des PA en quête de soins multiformes. Ainsi, les conjoints fournissent la compagnie, les enfants assurent le ménage, les courses, amis et voisins procurent le soutien émotionnel, etc. Ainsi, le réseau informel fournit les dimensions des soins ne requérant pas de connaissances techniques et le réseau formel assure les tâches nécessitant une connaissance technique, un savoir professionnel, spécialisé (47). Ce modèle occulte le fait que tâches ou fonctions ne se divisent pas toujours d'une façon aussi précise entre les réseaux formel et informel qui assurent souvent le même type de soutien dont l'impact varie selon le type de réseau.

La théorie ou le modèle hiérarchique compensatoire formulée par Shanas²¹ et Cantor²² (44, 46). Selon ce modèle, en cas de problème de santé, les PA tentent d'abord de se débrouiller seules, sollicitent ensuite leur famille ou proches, enfin les services formels. Le recours à des personnes ou structures à l'extérieur de la famille a un caractère compensatoire en ce sens qu'il vise à combler ce que la PA et/ou sa famille ne parviennent pas à résoudre. Ce modèle est donc hiérarchique et compensatoire parce que le service ou soutien d'un niveau hiérarchique quelconque compense le déficit du niveau précédent. Ainsi, plus les PA et/ou leur famille manquent de moyens, plus elles s'orientent vers les services formels de soins et de soutiens. Ce modèle occulte le fait que les PA peuvent solliciter plusieurs ressources à la fois pour le même besoin et que ces ressources ne sont pas toujours hiérarchiques. Les services ou soutiens aux PA ne sont pas exclusifs, ils sont plus complémentaires que compensatoires (44).

¹⁹ LITWAK, E. (1989). « Forms of Friendships Among Older People in an Industrial Society », dans R.G. Adams et R. Blieszner (dir.), *Older Adult Friendship. Structure and Process*, Newbury Park, CA, Sage Publ., p. 45-88.

²⁰ PENNING, M.J. (1990). « Receipt of Assistance by Elderly People : Hierarchical Selection and Task Specificity », *The Gerontologist*, vol. 30, no 2, p. 220-227.

²¹ Shanas, Ethel. 1979. « The family as a social support system in a old age », *The Gerontologist*, 19,2 : 169-174

²² Cantor, M. H. 1979. « Neighbors and friends. An overlooked resource in the informal social system », *Research on Aging*, 1 : 434-463 voir aussi Cantor M. H. 1994. « Family caregiving : social care » dans M. Cantor, éd. *Family caregiving : Agenda for the future*. San Francisco, CA, American Society on Aging : 1-19

Le modèle de système des soins sociaux. Selon Cantor cité par Vézina et al. (47), le concept de soin social inclut les activités de soutien tant formelles qu'informelles. Le soin social remplit trois types de besoins de la PA, soit 1) les besoins de socialisation, d'affirmation et d'actualisation de soit, 2) les besoins d'assistance dans les tâches de tous les jours (AVD) et finalement 3) les besoins pour les soins de base (AVQ) accompagnant une incapacité fonctionnelle sévère. Le concept de soin social suggère qu'une telle assistance augmente la compétence individuelle de la PA et sa maîtrise de l'environnement. Dans ce modèle, de système des soins sociaux, « la PA est un acteur important de son propre soutien à domicile. Tout en reconnaissant les différentes provenances du soutien, il met l'accent sur la nature interactive et changeante du système des soins sociaux, dans une perspective à la fois individuelle et écologique. Les soins sociaux comportant des composantes tant formelles qu'informelles, toute tentative de comprendre la façon dont fonctionne le système nécessite un examen des forces individuelles et sociétales ainsi que leurs effets interactifs » (47).

Références

1. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) MdlEedF, Burkina Faso). Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006, Analyse des résultats définitifs, thème 2: état et structure de la population. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: INSD; 2009 Octobre.
2. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières: Mobilité et développement humains. New York: Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD); 2009.
3. Bureau Central du Recensement. Recensement général de la population et de l'habitat 2006: résultats définitif. rapport, version électronique. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances, Burkina Faso; 2008 juillet.
4. Bureau Central du Recensement MdlEedFBF. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 14:situation socioéconomique des personnes âgées. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009 Octobre.
5. Direction de la Santé de la Famille. Programme National de Santé des Personnes Agées 2008-2012. Rapport, version électronique. Ouagadougou: Ministère de la Santé (Burkina Faso); 2008 février.

6. INSD. http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Theme14-Situation_socioeconomique_des_Personnes_agees.pdf [consulté le 16 février 2013]].
7. Direction de l'Insertion Sociale [DIS]. Plan d'action nationale en faveur des personnes âgées au Burkina Faso. Rapport. Ouagadougou: Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, (Burkina Faso); 1997 octobre.
8. Institut National de Statistique et de la Démographie (INSD). Analyse des résultats de l'enquête burkinabè sur les conditions de vie des ménages. rapport, version électronique. Ouagadougou: INSD (Burkina Faso); Sinedata.
9. Direction Générale de l'Information et des Statistiques Sanitaires MdlS, Burkina Faso). Annuaire Statistique 2008. Ouagadougou: Ministère de la Santé; 2009 Juin.
10. De Jong W, Roth C, Badini-kinda F, Bhagyanath S. Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso / Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas. Lit Verlag Münster: Société Suisse d'Etudes Africaines (SSEA); 2005.
11. Besana L. Les personnes âgées au Burkina Faso. Rapport de recherche. Berne: secrétariat suisse de la FAO; 2001.
12. Berthe A. Corps réels - corps idéal. Une analyse sociologique des motivations pour la dépigmentation cutanée: le cas des femmes de la ville de Bobo-Dioulasso [memoire]. Ouagadougou: Université de Ouagadougou; 1998-1999.
13. Bureau Central du Recensement MdlEedF, Burkina Faso). Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Monographie de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009 Decembre.
14. Berthé A, Huygens P, Ouattara C, Konaté B, Traore A, Van De Perre P. Forces et faiblesses des interventions réalisées pour atténuer la vulnérabilité des femmes plus ou moins professionnelles du sexe (PS) à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 10èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2001 8-11 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2001.

15. Berthé A, Tiendrébéogo S, Ouangré A, Traoré A, Huygens P, Van De Perre P, et al. Les risques sanitaires dans la communauté pénitentiaire de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, 2. Une analyse socio-anthropologique. Rapport final. Bobo-Dioulasso: SHADEI-Muraz; 2000 avril.
16. Berthe A, Huygens P. [Communicating with vulnerable women for positive behaviour change: the Yerelon project in Bobo Dioulasso (Burkina Faso)]. *Sante* 2007;17(2):103-9.
17. Traoré O, Berthé A, Konaté B. Communications en santé pour le changement positif de comportement: une analyse sémio pragmatique des outils de sensibilisation développés par le Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE) au Burkina Faso ». In: 14èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso. Bobo-Dioulasso; 2008.
18. Traoré A, Berthé A, Zerbo R, Huygens P. L'offre de prévention et de Prise en Charge de la maladie dans le système sanitaire du district: analyse préliminaire des adéquations, désaccords des logiques et des pratiques. rapport technique de recherche. Bobo-Dioulasso: SHADEI-Muraz; 2003 décembre.
19. Ministère de la Santé. Politique nationale Sanitaire. Document de Politique Sanitaire Nationale. Ouagadougou: Ministère de la Santé (Burkina Faso); 2000 Septembre.
20. Bilgo S. Transformation des villes et conditions de vie des personnes âgées: Cas des retraités de la ville de Ouagadougou. Ouagadougou: Université de Ouagadougou; 2006.
21. Roth C. « Tu ne peux pas rejeter ton enfant! ». Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè. *Cahiers d'études africaines* 2007;1(185):93-116.
22. Kinda F. Contrat entre les générations et sécurité sociale locale des personnes âgées en milieu rural burkinabè. *Cahiers du CERLESH* 2006;25:85-104.
23. Diagana M, Preux PM, Druet-Cabanac M, Macharia W, Kabore J, Avode DG, et al. Le grand âge en Afrique. *African Journal of Neurological Sciences* 2003;22(2):23:34.
24. Yaméogo NV. La demande de soins du sujet âgé au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo [Thèse de Médecine]; 2005.

25. Ouédraogo CO. Analyse descriptive des caractéristiques des personnes âgées au Burkina Faso [Thèse de Médecine Ouagadougou (Burkina Faso)]. Ouagadougou: Université de Ouagadougou; 1993.
26. Sauerborn R, Berman P, Nougara A. Age bias, but no gender bias, in the intra-household resource allocation for health care in rural Burkina Faso. *Health Transit Rev* 1996;6(2):131-45.
27. Sankoh OA, Kynast-Wolf G, Kouyate B, Becher H. Patterns of adult and old-age mortality in rural Burkina Faso. *J Public Health Med* 2003;25(4):372-6.
28. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Soc Sci Med* 2000;51(6):843-57.
29. Berkman LF, Glass T. Social integration, social Networks, social support, and health. In: Berkman L F KI, editor. *Social epidemiology*: Oxford University Press; 2000. p. 391.
30. Ashida S, Heaney CA. Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults. *J Aging Health* 2008;20(7):872-93.
31. Pescosolido BA. The Role of Social Networks in the Lives of Persons with Disabilities. In: Albrecht GL, Seelman KD, Bury M, editors. *Handbook of Disability Studies*: Sage Publications; 2000. p. 468-489.
32. Stiffman AR, Pescosolido B, Cabassa LJ. Building a model to understand youth service access: the gateway provider model. *Ment Health Serv Res* 2004;6(4):189-98.
33. Pescosolido BA, Levy JA. The Role of Social Networks in Health, Illness, Disease and Healing: The Accepting Present, The Forgotten Past, and the Dangerous Potential For A Complacent Future. *Social Networks and Health* 2002; 8:3-25.
34. Costello EJ, Pescosolido BA, Angold A, J BB. A Family Network-Based Model of Access to Child Mental Health Services. *Research in Community and Mental Health* 1998;9:165-190.
35. Nakamoto H, Nishida E, Ryuzaki M, Sone M, Yoshimoto M, Itagaki K. Blood pressure monitoring by cellular telephone in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Adv Perit Dial* 2004;20:105-10.

36. Spring HJ, Rowe MA, Kelly A. Improving caregivers' well-being by using technology to manage nighttime activity in persons with dementia. *Res Gerontol Nurs* 2009;2(1):39-48.
37. Rowe MA, Kelly A, Horne C, Lane S, Campbell J, Lehman B, et al. Reducing dangerous nighttime events in persons with dementia by using a nighttime monitoring system. *Alzheimers Dement* 2009;5(5):419-26.
38. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines: Armand Colin; 2009.
39. Meadwell H. La theorie du choix rationnel et ses critiques: La theorie du choix rationnel contre les sciences sociales? Bilan des débats contemporains. Montréal, Canada: Presses de l'Université de Montréal; 2002.
40. Pescosolido BA. Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *The American Journal of Sociology* 1992;97(4):1096.
41. Pescosolido BA, Boyer CA, Lubell KM. The Social Dynamics of Responding to Mental Health Problems: Past, Present and Future Challenges to Understanding Individuals' Use of Services. In: Aneshensel CS, Phelan JC, editors. *Handbook of the Sociology of Mental Health: Kulwer Academic/Plenum Publishers*; 1999. p. 441-460.
42. Pescosolido BA. Help-seeking Behavior. In: Ritzer G, editor. *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Oxford: Blackwell Publishing Co; 2007. p. 2104-2107.
43. Gurung RA, Taylor SE, Seeman TE. Accounting for changes in social support among married older adults: insights from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychol Aging* 2003;18(3):487-96.
44. Delisle MA, Ouellet H. Les orientations de recherche d'aide chez les aînés regroupés. *Service social* 2002;49(1):1-34.
45. Au A, Lau KM, Koo S, Cheung G, Pan PC, Wong MK. The Effects of Informal Social Support on Depressive Symptoms and Life Satisfaction in Dementia Caregivers in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry* 2009;19(2):57-64.

46. Martel L, Légaré J. Avec ou sans famille proche à la vieillesse: une description du réseau de soutien informel des personnes âgées selon la présence du conjoint et des enfants. *Cahiers québécois de démographie* 2001;30(1):89-114.
47. Vézina A, Vézina J, Tard C. Recension des écrits sur le soutien à domicile: la personne âgée et les ressources communautaires, des acteurs oubliés. *Service social* 1994;43(1):67-85.

Chapitre 2. Méthodes de la thèse

Cette étude a été à la fois quantitative et qualitative car comme l'a dit Sarto cité par De Meur et Rihoux (1) les mots seuls battent les nombres seuls, les mots et les nombres battent les mots seuls. Elle s'est aussi intéressée à l'évolution dans le temps (T1 et T2) ou à la dynamique du phénomène étudié.

2.1. La revue de littérature

Elle a été le premier point déterminant du cadre théorique de ce travail. Elle s'est déroulée sur trois phases de différentes intensités. Une première phase (exploratoire) a été lancée en mars 2009 sur la gestion des problèmes de santé des Personnes Agées (PA) en Afrique Subsaharienne et au Burkina Faso. Cette première phase a permis la rédaction de l'idée du projet de thèse insérée dans la demande d'admission doctorale à l'UCL. Une seconde phase plus intensive a été réalisée de janvier à avril 2010 à Bruxelles. Cette seconde phase a été la plus décisive en matière d'affinage du cadre théorique de cette thèse. Elle a permis la rédaction du protocole de la thèse. La troisième phase moins intense mais plus étalée dans le temps s'est déroulée tout au long de la thèse à travers une surveillance des publications récentes sur le soutien social et les sous thèmes de cette thèse (nous avons conçu une veille bibliographique sur Pubmed à partir de chaque stratégie de recherche de sorte à être informé des nouveaux ajouts hebdomadaires) et une recherche documentaire spécifique a été réalisée lors de l'écriture de chaque chapitre.

Les ouvrages cités dans cette thèse ont été lus sur internet via Google livre, achetés ou consultés dans les bibliothèques de Bobo-Dioulasso (Centre Culturel Français Henri Matisse, Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest), de Ouagadougou (Centre Culturel Français Georges Méliès, Université de Ouagadougou, département de sociologie de l'Université de Ouagadougou, Institut de Recherche pour le Développement, Centre National de Recherche Scientifique et Technologique), de Bruxelles (Université Libre de Bruxelles - Campus de Solbosch et de Erasme ; Université Catholique de Louvain). Les articles ont été obtenus de leurs auteurs, ou recherchés via Google Scholar, la bibliothèque électronique de l'UCL, les sites de cairn.info, d'Erudit, de la Banque de Données en Santé Publique de la société française de santé publique et de Pubmed via Hinari.

La recherche sur Pubmed, notre principal site d'identification des articles, a été réalisée en plusieurs étapes décrites ci-dessous.

Etape 1 : recherche de mots clés ou « Mesch terms » existant dans Pubmed et qui sont susceptibles de nous aider à cerner la réalité à étudier. Elle a consisté à faire entrer plusieurs mots ou combinaisons de mots pour retenir ceux qui sont des « Mesch Terms ».

Etape 2 : utilisations ou combinaisons des « Mesch Terms ».

Etape 3 : sélection des articles. Après affichage du nombre de références, nous avons opté de parcourir l'exhaustivité des articles correspondant à un « mesh term » ou les 200 titres/références les plus récents. Une première sélection a été réalisée sur la base du titre (et en fonction de la pertinence potentielle par rapport au sujet d'étude). 303 articles ont ainsi été identifiés comme pertinents.

Etape 4 : sélection parmi les 303 articles de ceux qui devraient être lus complètement sur la base du résumé.

Etape 5 : prospection des articles indiqués comme « related articles » dans pubmed (des articles sélectionnés) et sélection en fonction du titre. Par ailleurs, nous prospectons aussi les 20 premiers titres/articles des « related articles » de ce dernier article en suivant l'étape 4.

Etape 6 : élaboration d'une base de données dans EndNote. Ainsi à la date du 15 mars 2010, 220 références ont été exportées dans notre bibliothèque « PA » de EndNote. Les résumés ou les articles ont aussi été stockés/sauvegardés dans un dossier portant le même nom.

Les ouvrages et autres documents ont été enregistrés dans d'autres bibliothèques de EndNote. Tous les résumés et articles ont été lus. Aucune information stratégique ou pertinente n'a été identifiée dans certains articles. Cependant, nous les avons gardés dans notre bibliothèque de EndNote. Nous avons procédé à une analyse de contenu (codification et catégorisation des codes) des articles.

2.2. Le volet quantitatif

2.2.1 Population d'étude

Elle est composée de l'ensemble des 18130 PA de 60 ans ou plus habitant dans la ville de Bobo-Dioulasso soit 3.7% de la population totale de cette ville (2). Le principal critère d'inclusion dans l'étude est : avoir 60 ans ou plus et accepter de participer à l'étude ou avoir un ayant droit de plus de 18 ans capable de répondre aux questions et qui accepterait de participer à l'étude.

2.2.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage

Nous avons opté pour un échantillonnage comme expliqué ci-après. Pour calculer la taille de notre échantillon, nous avons raisonné comme suit : la taille de la population des PA de Bobo-Dioulasso est connue ($N=18130$) ; la prévalence de l'incapacité fonctionnelle chez ces personnes est méconnue. Nous avons donc opté pour une prévalence de 50% soit $p=0,5$.

De ce fait, la prévalence complémentaire est aussi 50% soit $q=0,5$; la précision ou marge d'erreur a été fixée à 5% ($d=0,05$) et le degré de confiance à 95%, (ce qui implique un coefficient de marge $t=1,96$). Ainsi, la formule retenue est :

$$n = \frac{t^2 \times p \times q \times N}{d^2(N-1) + t^2 \times p \times q} \quad 23$$

La taille d'échantillon calculée a été de 377 PA. La participation à l'étude a été proposée à 377 PA durant l'an 1 (février à avril 2011) et l'an 2 (février à avril 2012). Pour ce faire, les adresses des participants à l'étude (numéro de la porte et de la rue, numéro de téléphone du répondant et numéro de la personne à prévenir en cas de besoin) ont été (dans la mesure du possible) collectées et jointes au formulaire de consentement. Ce formulaire, séparé du reste des questionnaires, a été conservé dans une armoire fermée à clé.

Ces 377 personnes ont été réparties entre les trois arrondissements (Daфра, Do et Konsa) de Bobo-Dioulasso proportionnellement au nombre de ménages dans ces arrondissements comme l'illustre le tableau 2 ci dessous :

Tableau 2 : Nombre et proportion des ménages et des enquêtés dans les arrondissements de la ville de Bobo-Dioulasso

Arrondissements	Nombre de ménages ²⁴	Proportion des ménages	Nombre d'enquêtés	Proportion des enquêtés
Daфра	34660	39%	147	39%
Do	31348	36%	136	36%
Konsa	22472	25%	94	25%
Total	8840	100%	377	100%

A l'intérieur de chaque arrondissement, nous avons reparti les enquêtés proportionnellement au nombre de ménages des secteurs géographiques composant ledit arrondissement. Cette situation se présente comme suit dans les tableaux 3 ci-dessous :

²³ $n = \frac{1,96^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 18130}{0,05^2 \times 18129 + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} = \frac{17412,05}{45,3225 + 0,9604} = \frac{17412,05}{46,2829} = 376,21$ soit 377 personnes.

²⁴ Le nombre de ménages par arrondissement a été calculé à partir du nombre de ménages des secteurs concerné par l'enquête. Les ménages des secteurs suivants ont été exclus de l'étude et de ces calculs : arrondissement de Daфра: les secteurs 5 (zone des écoles), 24 (rues non baptisées) et 25 (rues non baptisées); arrondissement de Do : secteur 23 (rues non baptisées); Konsa secteur 7 (camp de la 2ème région militaire), 18 (réserve du camp militaire) et 19 (zone industrielle).

Tableau 3.1 : Nombre et proportion des ménages et des enquêtés dans l'arrondissement de Dafra

Secteurs	Nombre de ménages	Proportion des ménages	Nombre d'enquêtés	Proportion des enquêtés
3	2476	7%	11	7%
4	2042	6%	9	6%
6	4124	12%	17	12%
14	5019	15%	21	15%
15	8955	26%	38	26%
16	1843	5%	8	5%
17	10201	29%	43	29%
Total	34660	100%	147	100%

Tableau 3.2 : Nombre et proportions des ménages et des enquêtés dans l'arrondissement de Do

Secteurs	Nombre de ménages	Proportion des ménages	Nombre d'enquêtés	Proportion des enquêtés
2	4826	15%	21	15%
10	4767	15%	21	15%
11	9245	30%	40	30%
12	4991	16%	22	16%
13	2848	9%	12	9%
22	4671	15%	20	15%
Total	31348	100%	136	100%

Tableau 3.3 : Nombre et proportion des ménages et des enquêtés dans l'arrondissement de Konsa

Secteurs	Nombre de ménages	Proportion des ménages	Nombre d'enquêtés	Proportion des enquêtés
1	2800	13%	12	13%
8	1002	4%	4	4%
9	2905	13%	12	13%
20	5350	24%	22	24%
21	10415	46%	44	46%
	22472	100	94	100

A l'intérieur de chaque secteur de l'étude, pour avoir le nombre d'enquêtés requis, à l'aide du plan détaillé de la ville (3), nous avons repéré le centre de chaque secteur et fait pivoter une bouteille dans le sens des aiguilles d'une montre.

Et la direction indiquée par cette bouteille a été empruntée pour chercher les PA. Nous avons opté d'harmoniser les pas par secteur et nous avons utilisé un pas de 1/5 concessions (compté droite-gauche en fonction de l'ordre d'apparition des portes principales). A la fin de la rue sélectionnée, l'enquêteur tournait à droite pour emprunter la rue suivante tout en maintenant le même pas. Dans chaque concession sélectionnée, s'il y avait qu'une seule PA de 60 ans ou plus, celle-ci était systématiquement retenue. Un tirage au hasard sans remise du prénom de la PA à interroger a été utilisé lorsqu'il y avait plus d'une personne répondant aux critères d'inclusion. Les PA sélectionnées et absentes ont été recherchées deux fois et remplacées en cas d'absence à la troisième visite. La participation a été libre et volontaire et les cas de refus malgré la lecture de la lettre d'information pour l'obtention du consentement éclairé n'ont pas été remplacés.

2.2.3. Les outils de collecte des données

Deux outils ont été utilisés : le PRISMA 7 et le SMAF.

Le PRISMA 7 (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie) a été développé au Canada par l'équipe de recherche PRISMA (4, 5). C'est un questionnaire court (7 items) qui a été validé avec une mesure-étalon des incapacités. Il est conçu pour le repérage des PA potentiellement en incapacités fonctionnelles.

Dans le contexte canadien, il a présenté une sensibilité de 78 % et une spécificité de 75 % pour repérer les personnes présentant un score Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) supérieure ou égale à 15 (4, 5). Le PRISMA 7 est un des rares instruments de repérage des incapacités multidimensionnelles. Pour l'utiliser à Bobo-Dioulasso, son premier Item du PRISMA 7 (Avez-vous plus de 85 ans ?) a été modifié pour l'adapter au contexte burkinabè où la morbidité où les incapacités sont plus légions à partir de 75 ans (6). Ainsi, notre premier item est : « Avez-vous plus de 75 ans ? ». Pour tous les répondants, Le score-seuil de quatre « oui » a été retenu comme présence potentielle d'incapacités donc inclus dans le calcul du taux de personnes repérées comme étant en incapacités fonctionnelles. Dans le contexte canadien, ce score tout comme celui de trois « oui » se sont avérés très intéressants en termes de sensibilité et spécificité (4, 5). Dans un contexte de ressources humaines, matérielles et financières limitées, le PRISMA7 est indiqué pour repérer les PA potentiellement en incapacités fonctionnelles. Et pour toute PA ayant obtenu le score-seuil PRISMA7 de 4/7 « oui », le SMAF lui est administré pour évaluer ses incapacités. Dans le cadre de cette thèse, nous avons administré les 2 outils à l'ensemble des participants pour mieux évaluer les incapacités et pour évaluer les gains et pertes liées au schéma court (PRISMA7+SMAF) d'évaluation des incapacités chez les PA. Ainsi, nous disposons des résultats des incapacités fonctionnelles chez les PA à travers le schéma long (administration du SMAF à toutes) et à travers le schéma court (administration d'abord du PRISMA7 pour repérer les personnes potentiellement en incapacités et du SMAF seulement à ces dernières).

Le SMAF (7-10) est un instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation mondiale de la santé (7). Il a été développé en 1984 par une équipe du département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis et révisé en 1993 et 2002 par des chercheurs et cliniciens de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Il évalue 29 fonctions/items couvrant les AVQ (7 items), la MOB (6 items), la COM (3 items), la FM (5 items) et les AVD (8 items). Pour chacun des items, une évaluation des ressources en place pour pallier l'incapacité permet l'obtention d'un score de handicap.

La stabilité de ces ressources est également estimée. Un score total (sur 87) est obtenu en additionnant le score obtenu à chaque item; des sous-scores par dimension peuvent également être calculés (7).

Diverses raisons justifient notre choix pour le SMAF²⁵ :

²⁵ Outre le SMAF, de nombreux autres outils de mesure de l'incapacité ou de l'autonomie fonctionnelle existent. Il s'agit entre autres de l'indice de Barthel pour la mesure de l'indépendance fonctionnelle ; l'indice de Katz pour la mesure des activités élémentaires de la vie quotidienne, le test de Lawton ou l'évaluation du patient dans les actes instrumentaux de la vie quotidienne, la grille AGGIR

1. il mesure de façon graduelle à la fois l'incapacité ou la dépendance ou les besoins de surveillance, d'aide partielle ou totale, la disponibilité des ressources (les différents types d'acteurs mobilisés pour l'autonomie de la PA), la stabilité des ressources, l'autonomie et le handicap ;
2. il peut être précédé du PRISMA7 ;
3. il existe un profil ISO-SMAF permettant de constituer le profil en perte d'autonomie (que nous n'avons pas utilisé dans le cadre de cette thèse);
4. il existe un logiciel iSMAF, version améliorée de eSMAF (12) pour le traitement des données collectées à l'aide du SMAF (non-utilisé dans ce travail).

Cependant, le SMAF est un questionnaire protégé par un droit d'auteur. Son utilisation requiert l'achat d'une licence auprès du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. Dans le cadre de notre thèse, nous avons obtenu l'accord de Pauline GERVAIS, Directrice Scientifique du SMAF France du Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (Canada).

Prenant en compte les définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (13) et des concepteurs du SMAF, nous pouvons dire que l'incapacité fonctionnelle est une difficulté ou une limitation partielle ou totale, provisoire ou définitive de la capacité d'un sujet social à accomplir une fonction ou une activité humaine. Dans cette étude les dimensions ou aspects de l'incapacité fonctionnelle qui seront couverts sont : les activités de la vie quotidienne, les activités de la vie domestique, la mobilité, la communication, les fonctions mentales. L'incapacité fonctionnelle est la conséquence d'une déficience. L'incapacité se situe au niveau de l'individu. L'activité désigne l'exécution d'une tâche par une personne. La participation désigne l'implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Les limitations d'activité désignent les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de certaines activités. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer en s'impliquant dans une situation de vie réelle (13). C'est un processus dynamique, qui peut être prévenu, retardé et corrigé. Ainsi, la déficience entraîne une incapacité qui peut être gérée avec (dépendance) ou sans une aide extérieure. Dans ce travail, le terme incapacité(s) fonctionnelle(s) ou incapacité multifonctionnelle désigne indistinctement une incapacité dans deux ou plus de deux des cinq dimensions ou domaines que sont : les AVQ, la MOB, la COM, les FM et les AVD.

(Autonomie Gérontologie, Groupe IsoRessource) pour la mesure de la dépendance des sujets âgés, le « *resident assessment instrument* » (RAI) ou « méthode d'évaluation du résident » pour la description de l'état du résident et l'amélioration de la qualité des soins, etc. [http://www.best.ugent.be/BEST3_FR/francais_echelles_themes_fonctionnelle2.html]. Comme le SMAF, chacun de ces outils a des forces et des faiblesses. Benaim et al. ont étudié les forces et faiblesses de quelques uns. [11. Benaim C, Froger J, Compan B, Pélissier J. Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique 2005;48(6):336.]

Chaque fois que l'incapacité fonctionnelle désignera exclusivement un seul domaine, ce domaine sera précisé.

La dépendance fonctionnelle est le fait de dépendre d'un objet technique ou d'un être humain pour assurer les AVQ, la MOB, la COM, les FM et les AVD. Elle peut être fonctionnelle ou situationnelle. L'autonomie fonctionnelle et la dépendance ne s'opposent pas, au contraire : grâce à la dépendance, on acquiert l'autonomie.

Autrement dit, la dépendance conduit à l'autonomie. Par exemple, un sujet social peut rencontrer des difficultés de vision (incapacité visuelle), il est dépendant de lunettes. Ces lunettes lui assurent son autonomie visuelle. L'autonomie est souvent synonyme d'indépendance. C'est le juste équilibre entre l'incapacité fonctionnelle et les ressources pour pallier l'incapacité. C'est la capacité qu'a une personne de « se gouverner soi-même », d'accomplir une fonction ou de faire face à une situation avec ou sans la dépendance (13).

Les ressources sont matérielles ou humaines. Elles apportent de la surveillance, de l'aide partielle ou totale à la PA et la met à l'abri du handicap fonctionnel. Les ressources sont considérées comme stables lorsqu'elles ne vont ni diminuer ni augmenter les 3 à 4 semaines prochaines.

Le handicap est une incapacité non compensée par l'utilisation de ressources suffisantes. Le handicap se situe au niveau de la société. C'est un désavantage social. Une personne présente un handicap fonctionnel, lorsque dans son environnement social, elle ne dispose d'aucune ressource (financière, matérielle ou humaine) pour réaliser les principales activités (physiques mentales, sociales ou économiques) de la vie courante (13).

2.2.4. La collecte des données quantitatives

Pour réduire les biais liés à la diversité des enquêteurs et pour facilement retrouver les PA et leur concession (dans un contexte où les intempéries effacent souvent les numéros de rues ou de portes), un seul enquêteur a collecté toutes les données quantitatives (et les principales données qualitatives) les années 1 et 2. Nous avons personnellement supervisé la collecte de ces données quantitatives sur le terrain. Nous avons aussi vérifié les questionnaires remplis avant leur encodage.

Avant la collecte des données, cet enquêteur a été formé et ensemble nous avons réalisé deux pré-tests du SMAF. Pour réaliser ces pré-tests, notre équipe de chercheurs (sociologues, anthropologues, assistants sociaux, médecins cliniciens, épidémiologistes) l'a d'abord parcouru et opté de modifier quelques items tout en faisant l'effort de ne pas diminuer ou augmenter ses 29 items/questions.

C'est ainsi que nous avons effectué des changements/précisions mineurs selon les détenteurs du droit d'utilisation du SMAF (Equipe du Centre Expertise en Santé de Sherbrooke au Canada). Les pré-tests ont été réalisés dans la périphérie de Bobo-Dioulasso. Leurs résultats ont chaque fois été discutés en équipe. La collecte des données a véritablement commencé après ces pré-tests qui ont permis à l'équipe de se rendre compte qu'il n'y a pas un contexte burkinabè ou un contexte bobolais, que dans le même espace il y a plusieurs contextes et que le SMAF a l'avantage de ne pas être conçu pour un continent, un pays ou une localité (contextes qui restent pluriel) mais applicable au contexte spécifique de chaque enquêté. Les deux pré-tests ont néanmoins permis d'adapter davantage 3 items du SMAF au contexte local. C'est ainsi que :1) « se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur » est devenu se déplacer à l'aide de la canne ou de fauteuil roulant dans la concession ; 2) « utiliser le téléphone » est devenu utiliser le téléphone, la radio ou le téléviseur ; 3) « gérer son budget » est devenu gérer son budget ou ses biens matériels.

Pour collecter les données, l'enquêteur a progressé secteur géographique par secteur. Il déposait les questionnaires remplis chaque soir pour vérification. Nous avons personnellement vérifié les questionnaires remplis au fur et à mesure. Nous avons été assisté par deux autres collègues sociologues et co-auteurs des articles liés à cette étude.

2.2.5. La gestion et analyse des données

Le masque de saisie des données a été conçu à l'aide du logiciel CPro 4 avec l'appui d'un doctorant en biostatistiques (à l'Université de Toulouse 1 Capitole) et chercheur au Centre Muraz de Bobo-Dioulasso. L'encodage des données a été assuré par une secrétaire de notre équipe de recherche l'an 1 et par une autre l'an 2.

Après vérification/nettoyage de la base de données par le doctorant en biostatistiques, nous avons analysé les données à l'aide du logiciel Stata SE 11. La formation en statistique appliquée organisée de mars à juin 2011 à l'Ecole de Santé publique de l'Université Libre de Bruxelles nous a été très bénéfique. Au cours de cette formation, nos exercices sur Stata ont porté sur notre propre base de données.

Dans cette thèse, nous n'avons recouru qu'à la statistique descriptive (calcul des proportions ou des scores moyens du PRISMA7, du SMAF et des différents domaines du SMAF). Nous n'avons pas recherché de facteurs associés au phénomène étudié à cause de notre attachement au paradigme de la complexité des faits sociaux fondé sur la logique des vérités plurielles ou de la causalité circulaire (14).

Cet attachement nous a amené à négliger les associations statistiques et à accorder plus d'importance à la compréhension des proportions ou taux dans le contexte qui les produit et les gère.

Le SMAF est composé de 29 items/activités ou tâches. Les scores s'interprètent comme suit :

- 0 = bonne capacité fonctionnelle (la PA exécute elle-même ladite activité sans l'intervention d'autrui) ;
- 0,5 = incapacité légère (avec des difficultés, la PA exécute elle-même ladite activité sans l'intervention d'autrui) ;
- 1 = incapacité modérée (la PA a besoin de surveillance, d'être guidée pour exécuter ladite activité elle-même) ;
- 2 = incapacité modérée (la PA est partiellement aidée par autrui pour exécuter l'activité) ;
- 3 = incapacité grave (la PA n'exécute pas l'activité qui est totalement faite par autrui).

Dans cette étude, les intervalles de score d'incapacités modérées à graves sont : [4-21] pour les AVQ ; [3,5-18] pour la MOB ; [2-9] pour la COM ; [3-15] et pour la FM, [4,5-24] pour les AVD. Pour le SMAF, Le score zéro (0) regroupe toute les PA en bonne capacité fonctionnelle ; l'intervalle [1-14,5] regroupe celles qui sont en incapacités légères (soit un score moyen de 0,5 dans chacun des 29 items) ; l'intervalle [15-58] regroupe celles qui sont en incapacités modérées et l'intervalle [58,5-87] regroupe celles qui sont en incapacités graves.

2.3. Le volet qualitatif

2.3.1. L'enquête qualitative longitudinale à domicile

2.3.1.1. La population d'étude de l'enquête qualitative longitudinale

Cette enquête a concerné 15 PA et leur famille considérée comme 15 cas. Elle constituait l'enquête principale du volet qualitatif. Dans chaque famille/cas, nous avons ciblé la PA (homme ou femme) en situation d'incapacités fonctionnelles, les membres de sa famille ou ses aidants sociaux : le (la) conjoint(e), les enfants biologiques ou non, des petits enfants ou de tout autre parent vivant dans le même ménage ou la même concession que la PA ciblée, des amis et/ou voisins de la PA si toutefois ces derniers apportent des soutiens réguliers.

Nous nous sommes contentés de ces personnes car, comme l'affirmaient certains chercheurs, la perception du soutien social influe beaucoup plus la santé des PA que le soutien lui-même et en la matière, le soutien des enfants (15), du partenaire sexuel (16, 17), des membres de la famille (18, 19), des amis (16, 20) sont plus importants que de celui de tout autre membre du réseau social (voisins et autres membres de la communauté). C'est aussi dans ce réseau familial que l'essentiel de la prise en charge multiforme des besoins de la PA se fait.

Par ailleurs, nous avons laissé le soin à chaque PA de délimiter son ménage (avec ou sans ses enfants mariés qui partagent ou non le même domicile qu'elle). Car nous pensons comme d'autres chercheurs (21) que la définition statistique locale du ménage présente des faiblesses et divergences avec les pratiques culturelles.

Au Burkina Faso, le RGPH (6, 22) perçoit le ménage comme une unité socio-économique de base au sein de laquelle les différents membres, apparentés ou non, vivent ensemble dans la même concession, mettent en commun leurs ressources et satisfont en commun à l'essentiel de leurs besoins alimentaires et autres besoins vitaux et reconnaissent en général un des leurs comme chef de ménage indépendamment du sexe de celui-ci (6, 22). Avec cette définition, dans les concessions ou dans les maisons habitées par des parents et leurs enfants mariés, les parents sont traités comme étant un ménage différent de ceux formés par ces enfants mariés. Chacun des enfants mariés constitue avec sa (ou ses) femme (s) et ses enfants non mariés un ménage. Par contre, si l'un ou l'autre des parents dépend de son enfant marié, il appartient au ménage de ce dernier (6, 22). Une telle façon de procéder occulte le lien et les soutiens, parfois la mise en commun des ressources entre la PA et ses enfants ou petits enfants adultes, ses voisins (21). Pour notre part, ce qui est important c'est la perception/délimitation du ménage par ses acteurs plutôt que par les chercheurs. Car Einstein disait que ce qui compte ne peut pas toujours être compté, et ce qui peut être compté ne compte pas forcément.

2.3.1.2. Le nombre d'enquêtés et mode de sélection

Après avoir obtenu les résultats du volet quantitatif, nous avons opté de choisir les PA de façon raisonnée. Les répondants du volet qualitatif ont été classés selon le score d'incapacités a) du SMAF et b) des 5 domaines du SMAF et nous avons sélectionné une PA avec un score faible et une autre avec un score élevé dans chaque domaine du SMAF et pour le SMAF dans son entièreté. Ce qui donne 12 PA. Nous avons ensuite sélectionné une PA homme et une PA femme ayant des scores SMAF moyen. Nous avons été fascinés par le score d'un aveugle que nous avons aussi retenu. Ainsi le nombre de PA sélectionnées est passé à 15. Une PA sélectionnée pour cette enquête a refusé d'y participer. Elle a été remplacée par une autre de même score/domaine. Nous avons pensé que ce nombre plus leurs aidants était suffisant pour notre analyse. Effectivement la saturation des informations recherchées (14) a été atteinte avec ce nombre.

Au cours de la sélection, nous avons veillé à répartir les PA selon le sexe et le quartier géographique pour ne pas avoir des réseaux familiaux voisins. Cette forme de triangulation répondait à un souci d'avoir un échantillon sociologiquement représentatif des PA (23). La variable secteur géographique n'a pas été exploitée dans les analyses dans la mesure où il n'y avait qu'une PA par secteur.

Dans chaque famille, outre la PA ayant participé au volet quantitatif, nous avons choisi de façon opportuniste (au cas par cas) 1 à 4 membres pour les entretiens. Dans chaque famille, l'entretien commençait toujours par la PA qui déclinait la liste (le prénom) de tous les membres de son ménage, leur âge, leur profession/occupation et la filiation.

L'enquêteur transcrivait ledit entretien pour nous l'envoyer. Nous échangeons alors par mail pour sélectionner les membres à interroger. Le plus souvent, l'exécutant « principal » était retenu d'office. De même si un adulte était stigmatisé par la PA comme n'intervenant pas dans son soutien, nous ciblions cet adulte pour avoir sa version des faits. Une voisine qui apportait quotidiennement des soutiens à une PA a été incluse. Pour éviter toute suspicion ou conflit, aucun membre de l'entourage des PA n'a été rencontré sans l'assentiment de la PA concernée. Nous avons donc recouru à un mode de sélection souple, adaptatif à chaque famille pour constituer nos enquêtés.

2.3.1.3. Les outils de collecte des données

A la première année de collecte des données, un guide d'entretien individuel semi-structuré a été conçu pour la PA et un autre pour les membres de leur famille. Le guide d'entretien des PA était le plus développé. Chaque guide était structuré autour des points suivants :

- description du ménage, de la famille, des habitants de sa cour
- historique de la principale incapacité fonctionnelle de la PA,
 - recours et itinéraires thérapeutiques de la PA
- description de l'organisation familiale pour les soutiens à la PA.

A la deuxième année de collecte des données, nous avons focalisé les entretiens sur l'évolution de l'organisation familiale de soutiens à la PA et les raisons de cette évolution.

2.3.1.4. La collecte des données qualitatives

La collecte des données a été assurée par le même enquêteur principal qui a collecté toutes les données quantitatives. Il est familier aux techniques de collecte des données qualitatives. La proposition d'enregistrement des entretiens a été faite à chaque participant à l'étude. Et tous l'ont acceptée.

Dans une famille quelconque (cas 1 par exemple), il s'est d'abord entretenu avec la PA. Il se retirait pour traduire/transcrire et encoder ledit entretien sur ordinateur afin de nous l'envoyer puis réalisait un autre entretien avec la PA du Cas 2. Nous avons alors parcouru l'entretien de PA1, formulé des critiques et suggestions et proposé la liste des membres à interroger dans le ménage de PA1. Nous renvoyions l'entretien à l'enquêteur principal et nous passions à la lecture critique d'autres entretiens (PA2).

A la réception de l'entretien de la PA1, l'enquêteur repartait chez elle pour lui restituer ce que nous avons compris de son entretien et profiter explorer d'autres dimensions complémentaires ou avoir des précisions. Ensuite, il cherchait à avoir son assentiment pour interroger d'autres membres de sa famille. A partir de cet assentiment, il pouvait réaliser un ou 2 entretiens le même jour en fonction de la disponibilité des membres ciblés. Ces entretiens aussi suivaient le même circuit que le premier entretien de la PA1. En général les entretiens ont toujours été répétés avec les PA mais rarement avec le dernier membre à être interrogé dans leur famille. En moyenne chaque enquêté a été vu deux fois pour un entretien formel ou informel. En effet, souvent l'enquêteur profitait de ses visites à domicile pour réaliser des entretiens informels (sans support d'enregistrement) ciblés sur un aspect précis des entretiens précédents. Les entretiens répétés avaient 2 objectifs : nous assurer que nous avons bien compris les propos de l'enquêté et approfondir ou compléter l'entretien précédent. C'étaient aussi des formes de restitutions investiguantes des données brutes d'individu à individu (24, 25).

Pour maintenir le contact avec les familles, ne pas disparaître et réapparaître à l'an 2, l'enquêteur principal a rendu des visites observationnelles (14, 26) aux familles 3, 6 et 9 mois après son premier passage qualitatif. Ces visites de quelques heures (une matinée ou un après midi) étaient réalisées sans un support quelconque d'enregistrement d'informations. Elles consistaient aux salutations d'usage, à un échange avec la PA pour s'enquérir de son état de santé, avoir les nouvelles de presque tous les membres de sa famille et à des échanges informels individuels ou collectifs avec les autres membres. Il lui arrivait de faire les courses pour certaines PA et/ou de participer à des activités ou événements dans ces familles. De retour à la maison, il consignait ses observations dans son journal de terrain. Les plus stratégiques nous étaient communiquées.

2.3.1.5. L'analyse des données

Nous avons réalisé une analyse thématique par simple catégorisation à l'aide du logiciel Nvivo qui est un outil d'analyse de données qualitatives. Il est compatible avec les fichiers Word, PDF, Excel, des fichiers audio, vidéo et image, etc. Notre analyse des données qualitatives à l'aide de Nvivo s'est déroulée en sept étapes.

La 1^{ère} étape a consisté à gérer (stocker et organiser) notre base de données. Pour ce faire, les entretiens d'une même famille/cas ont été stockés dans un sous-dossier (sous-répertoire) électronique portant le code de la PA de ladite famille. Les 15 sous-dossiers/cas/familles ont été stockés dans un dossier (répertoire) nommé 15 cas. Dans les différents sous-dossiers, les entretiens préalablement transcrits dans des fichiers Word, ont porté le code des enquêtés comme nom de fichier. Ainsi, les entretiens/fichiers des PA ont été codifiés de PA1 à PA15.

Les membres de leur famille ou les Aidants Proches ont été codifiés AP1 à APx selon le nombre d'AP interrogés par famille/cas. Chaque AP1, AP2, etc. a ainsi été rattaché à son PA. Pendant la rédaction de la thèse, les codes AP ont été remplacés par la filiation : par exemple fils de PA1 ou fille de PA1 au lieu de AP1 de PA1.

La 2^{ème} étape a consisté à créer les codes ou nœuds et à codifier (dépouiller) chaque entretien. Les codes/nœuds étaient comme des mots clés (âge, sexe, fils, fille, petit-fils, petite-fille, neveu, nièce, époux/épouse, (...), niveau d'étude, profession/activité ; argent, céréale, effets d'habillement, information, visite, aide dans les AVQ, AVD, MOB, FM et COM, etc.). La codification consistait à lire chaque entretien phrase par phrase pour repérer les « unités de sens » et leur affecter le code correspondant. Une « unité de sens » pouvait être constituée d'une phrase, d'un groupe de phrases ou d'un paragraphe ayant un sens, une signification et correspondant à un code déjà établi ou à établir. Lorsque nous étions incapables de trouver le code correspondant à une phrase ou paragraphe, celui-ci était codifié : « n'importe quel autre propos. Plus tard les éléments de ce code ont été réexaminés et certains ont été réorientés vers d'autres codes plus précis.

La 3^{ème} étape consistait à regrouper les codes similaires en catégories. Certaines catégories étaient des codes/nœuds hiérarchisés d'autres étaient des regroupements de codes/nœuds. Nous avons constitué des catégories comme : enfants (fils, filles, neveux, nièces autres enfants adoptifs), petits-enfants (petits-fils, petites-filles), beaux-parents... soutien financier, soutien matériel, soutien informationnel, soutien émotionnel, services (aide dans les AVQ, AVD, MOB, FM, COM), etc.

La 4^{ème} étape a consisté à créer les ensembles, c'est-à-dire à rattacher chaque entretien à un cas de famille de sorte à pouvoir fusionner (plus tard) l'ensemble des entretiens d'une même famille avec ses codes/nœuds et catégories. Nous avons donc constitué 15 ensembles. Cette procédure a permis de savoir ce qui est dit dans chaque famille par code et par catégorie, d'avoir une relative meilleure vision des convergences/divergences familiales sur un sujet, code/nœud ou catégorie et d'avoir une meilleure compréhension de la réalité étudiée.

La 5^{ème} étape était celle de l'élaboration des requêtes. Les requêtes sont des recherches d'informations (le plus souvent croisées) dans la base de données. Les requêtes ont souvent porté sur un entretien, un code/nœud, une catégorie, un cas/famille ou sur l'ensemble des cas/familles. Elles ont permis d'explorer rapidement la base de données, d'établir des liens entre les codes, les catégories ou les ensembles, etc. Nous avons par exemple formulé des requêtes pour retrouver les cas/familles où il existait une division du travail domestique selon l'âge, selon le sexe, etc.

La 6^{ème} étape a consisté à concevoir les modèles. Nous avons d'abord rendu visuels les catégories en les schématisant. Ensuite nous avons cherché à les hiérarchiser ou à trouver des liens entre les catégories en terme causalité, de succession dans le temps, de rétroaction, etc. la plupart des figures de cette thèse proviennent de cette modélisation.

La 7^{ème} et dernière étape de l'analyse des données a été la phase d'interprétation des résultats (catégories et modèles). Les différents chapitres-résultats de cette thèse étant rédigés selon le plan IMeReD (Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion), nous avons donc simplement présenté les résultats non commentés dans les parties correspondantes. Dans la partie « discussion », nous avons interprété et discuté chaque principal résultat. L'interprétation consistait à donner un sens ou une signification aux résultats dans le but de le rendre compréhensible. La discussion consistait à « consolider ou relativiser » nos interprétations. Pour y parvenir, nous avons recouru aux propos ou théories d'auteurs ayant déjà étudié le même phénomène ou des phénomènes similaires dans le même contexte ou dans des contextes comparables. Nos résultats ou interprétations étaient similaires à ceux de certains de ces auteurs. Cette similitude a consolidé nos interprétations. Parfois nos résultats/interprétations étaient différents voire opposés à ceux d'autres auteurs. Dans ce dernier cas, pour consolider ou relativiser nos résultats nous avons critiqué les travaux de ceux-ci en analysant les raisons de ces différences: les présupposés de leurs propos ou théories, les anti-thèses à leurs thèses, les conséquences logiques de leurs propos ou théories, les biais de leur étude, ou le contexte et/ou l'année, etc. Quelques fois, ces techniques ont permis de fragiliser leurs assertions donc de consolider ou relativiser nos résultats/interprétations, théories ou modèles.

Une première interprétation moins approfondie (portant sur chaque cas) a permis de concevoir un fichier PowerPoint sur chaque cas comme si les résultats seraient présentés dans chaque famille. Cela était d'ailleurs notre première intention que nous avons (par la suite) annulée pour ne pas activer des tensions dans les familles. La famille n'était pas souvent favorable à la désignation d'un de ses membres comme aidant principal. Une seconde interprétation plus approfondie portant sur l'ensemble des cas a permis de rédiger le chapitre 5 de cette thèse.

Le schéma d'analyse des données se présente comme suit :

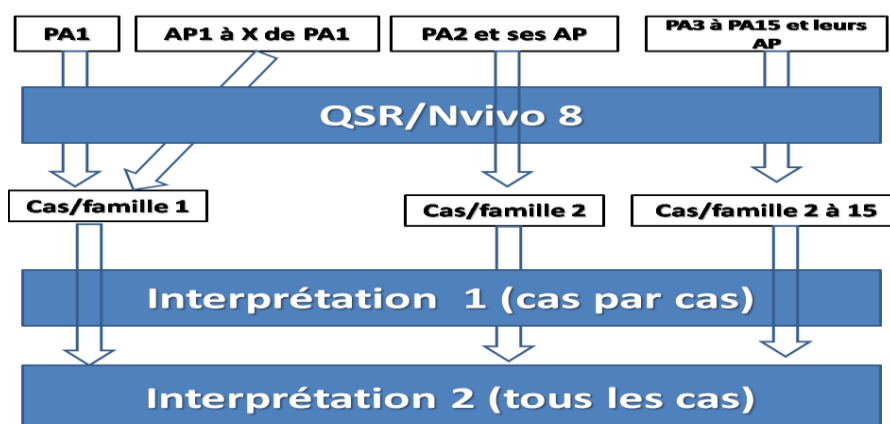


Figure 1 : schéma d'analyse

2.3.2. L'étude du cas d'Adam

Il s'agit d'un cas choisi parmi plus de 66 cas illustrant chacun le dysfonctionnement familial qui réduit/limite la prise en charge d'une personne âgée à Bobo-Dioulasso. Il complète donc l'enquête précédente réalisée dans les 15 familles. Au cours du dernier passage dans les 15 familles, le thème du dysfonctionnement familial ou des conflits familiaux a été inclus dans les guides d'entretien. Il s'agissait de sonder les enquêtés sur les conflits dans leur famille et/ou ailleurs et de répertorier des cas de conflits pour analyse.

Les participants à notre étude ont fourni plus de 66 cas de dysfonctionnement familial. Mais ils étaient rarement des parties prenantes dans les cas cités et/ou étaient incapables de les relater avec des détails ou précisions mieux que ce cas d'Adam. Autrement dit, les raisons suivantes nous ont guidés à choisir le cas d'Adam pour cette étude spécifique. C'est un cas qui a été très détaillé, sa principale narratrice l'a réellement vécu comme actrice principale ; les autres acteurs du cas ont été rencontrés en entretiens informels complémentaires ou de vérification ; et le chercheur a été témoin oculaire et auditif de certains faits relatés dans ce cas et connaissait les acteurs bien avant certains événements. Les noms réels des acteurs de ce cas ont été remplacés tout en respectant le sexe. Pour analyser le cas d'Adam, nous avons procédé à une analyse de contenu par simple catégorisation (14, 27). Le récit de son cas a été parcouru pour identifier les codes/thèmes regroupés en catégories/concepts et modèles qui ont été interprétés/discutés.

2.4. Les difficultés rencontrées au cours de l'étude

La principale difficulté rencontrée au cours de cette étude est l'insuffisance des ressources financières. Cette étude a commencé avec la bourse locale (ou salaire) du Centre Muraz qui nous est allouée. C'est à partir de cette bourse que nous avons motivé financièrement l'enquêteur principal pour la collecte des données quantitative et qualitative de l'an 1.

Après son premier passage dans les ménages (volet qualitatif), grâce au financement du PICPABF par la CUD, l'enquêteur principal a aussi bénéficié d'une bourse locale. Cela a réellement facilité les activités de collecte des données. Néanmoins, le financement CUD étant aussi limité, nous n'avons réalisé qu'une restitution restreinte des résultats à quelques interlocuteurs de terrain et aux leaders associatifs de Bobo-Dioulasso. Une restitution plus large à ces interlocuteurs est prévue vers la fin du PICPABF. En attendant cela, après la défense de la thèse, en accord avec le Conseil National des Personnes Agées du Burkina Faso et l'Association Nationale des Retraités du Burkina Faso et bien d'autres associations ciblant les PA nous envisageons présenter (restitution comme un devoir) ce travail en attendant la présentation de l'ensemble des résultats du PICPABF.

Outre la difficulté financière, l'enquêteur principal a observé que la qualité de l'accueil et la disponibilité des familles à participer aux entretiens de l'an 2 ont diminué. Certains enquêteurs trouvaient que l'entretien de l'an 2 était une répétition de celui de l'an 1 car peu de choses avaient changé dans leur contexte. D'autres ont désapprouvé le fait qu'aucune forme d'aide ne soit associée à la participation familiale à l'étude. Le déficit d'information qu'aurait dû créer ces refus a été compensé par le caractère rétrospectif des entretiens de l'an 1 et aussi par le recours aux focus groups et aux sessions MAG.

Malgré ces difficultés, nous pensons que cette étude a atteint ses objectifs. Cependant, toute généralisation de ses résultats au delà de Bobo-Dioulasso doit prendre en compte la spécificité socioculturelle de cette ville à majorité musulmane. Malgré que notre prévalence des incapacités fonctionnelles multidimensionnelles (32% selon le SMAF et 25% selon le PRISMA7+SMAF) soit relativement plus élevée que la plupart des études en Afrique subsaharienne, nous pensons que nos enquêtés ont sous-évalué (sous-déclaré) leurs incapacités.

Par exemple certaines PA ou leurs aidants étaient gênés d'évoquer les incapacités dans la fonction vésicale ou intestinale. Par ailleurs, les familles sont restées réticentes/répugnantes à évoquer les conflits familiaux (*Iugundo* ou secret de famille en Dioula/Bambara, la langue locale).

2.5. L'approche éthique et épistémologique

Depuis sa conception et durant ces différentes formes de valorisations en passant par sa mise en œuvre, cette étude se déroule selon les principes éthiques ou les bonnes pratiques en matière de recherche qualitative. Mucchielli (14) a distingué cinq positions éthiques en recherche qualitative : 1) le modèle absolutiste qui considère que les chercheurs ne doivent étudier que les aspects publics de la vie des enquêtés ; 2) le modèle de la duperie qui pense que les chercheurs peuvent recourir à la tromperie pour étudier des manifestations de phénomènes qui ne pourraient être étudié autrement ; 3) le modèle contextualisé conséquent qui affirme que toute recherche engendre des problèmes éthiques et leurs solutions peuvent aussi engendrer d'autres problèmes ; 4) l'éthique féministe qui prône l'empathie, le partage des sentiments avec les enquêtés ; et 5) la position relativiste qui affirme qu'il n'y a pas de principes éthiques absolus, le seul principe qui tient est celui dicté par la conscience professionnelle (14). Notre position éthique est celui de la position relativiste.

La participation à toutes ces enquêtes a été libre, le consentement a été éclairé, l'anonymat et la confidentialité ont été garantis. Les personnes collectant ou manipulant ces données ont été astreintes au respect strict du secret professionnel par la nature des contrats qui nous liaient.

L'enquêteur principal est formateur en éthique de la recherche en santé des acteurs communautaire lutte contre le VIH de Bobo-Dioulasso. Nous sommes personnellement formateurs de ces formateurs communautaires à Bobo-Dioulasso et à Ouagadougou et membre du comité d'éthique institutionnel de notre centre de recherche.

Ce protocole a été soumis au Comité d'Ethique pour la Recherche en Santé (le comité d'éthique national du Burkina Faso). Il prend en compte ses suggestions jugées pertinentes. Les fiches de consentement et les cassettes audio des entretiens numériques, les questionnaires ont été gardés dans une armoire fermée à clé. L'anonymat a été garanti dans les questionnaires et les entretiens transcrits. L'anonymat a été assuré lors des restitutions et de la rédaction de la thèse.

Cette étude est aussi marquée par l'approche systémique qui selon Mucchielli (14), s'inscrit à son tour dans l'approche compréhensive (14). L'approche systémique est basée sur des principes épistémologiques et nous retiendrons 6 de ces principes avec Mucchielli (14) : 1) le principe systémique (les phénomènes sociaux doivent être considérés comme étant en interaction avec d'autres phénomènes sociaux de même nature) ; 2) le principe du niveau d'observation ou du cadrage (un phénomène se comprend dans un ensemble qu'il faut délimiter), 3) le principe du primat du contexte systémique (les phénomènes prennent leur sens dans le contexte formé par le système), 4) le principe de la causalité circulaire (les éléments du système sont en interactions mutuelles et il y a la rétroaction),

5) le principe de l'homéostatique (chaque système a ses règles propres de fonctionnement) et 6) le principe de l'émergence des paradoxes (chaque phénomène est à la fois autonome et contraint, organisé et organisateur, informant et informé) (14). Quant à l'approche compréhensive, elle postule que les faits sociaux sont comme des choses mais doivent ou peuvent être traitées différemment du traitement réservé aux choses. A ce sujet, Edgar Morin cité par Barbier et LeGresley (28) disait que comprendre, c'est comprendre les motivations intérieures, c'est situer dans le contexte et le complexe.

2.6. La validité des données, la validation des résultats et la valorisation de la thèse

En recherche qualitative, la restitution est parfois utilisée comme procédure de validation (14, 24, 29). Ainsi, nous avons recouru à différentes pratiques restituant (24, 25, 30) pour vérifier l'acceptation interne des données et des résultats auprès des interlocuteurs de terrain et pour la confirmation externe des résultats par les chercheurs.

2.6.1. L'acceptation interne

Pour vérifier la vraisemblance, la concordance, l'acceptation, la cohérence, la plausibilité, la crédibilité, l'authenticité (tous ceux-ci sont les différents termes utilisés comme synonyme de l'acceptation interne) (14), nous avons recouru à des restitutions investiguantes et à la restitution comme un test (24, 25, 30). Au cours de cette étude, après avoir collecté les données qualitatives auprès des familles, nous avons commencé à comprendre ce qui s'y passait avant une analyse formelle. Pour comprendre davantage, nous avons procédé à une série de restitutions investiguantes. Une telle restitution a pour but de « falsifier/rectifier » les données collectées, d'enrichir le capital de renseignements collectés. Elle a consisté à présenter et discuter individuellement les données brutes avec chaque membre pour que celui-ci se prononce sur l'adéquation entre ses propos et nos notes.

Elle est investiguante parce que l'ensemble des arguments développés pour justifier, nuancer, critiquer ou compléter les notes présentées par le chercheur renseigne celui-ci. L'enquêteur a profité de ces restitutions (deuxième ou troisième entretien individuel avec l'enquêté) pour approfondir sa compréhension sur les soutiens familiaux.

Après avoir analysé les données, avant toute dissémination, nous avons recouru aux enquêtés (à la communauté) pour une « restitution comme un test du modèle d'analyse » à Bobo-Dioulasso. Ce type de restitution se situe presque en aval de la recherche. Elle a visé à proposer l'analyse des résultats aux interlocuteurs afin de la confirmer ou l'infirmer, de tester la vraisemblance des énoncés scientifiques, de saisir ses insuffisances, de dégager de nouvelles pistes de recherche.

De ce fait, nous leur avons livré une partie de notre analyse sur le système familial, la perception de l'utilité des PA afin de recueillir leurs appréciations, critiques et observations. Les résultats de l'étude globale (volet quantitatif et qualitatif) ont aussi été présentés au comité de pilotage du PICPABF. Ce comité est composé des responsables des directions techniques des ministères de la santé et de l'action sociale concernés par les questions des PA (DASPAJ, DPPA, Direction de la Recherche pour la Santé, Direction de la Décentralisation du Système de Santé) de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie, les directeurs des régions sanitaires de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou, et des responsables des associations nationales ciblant les PA. Ceux-ci aussi se sont prononcés sur la vraisemblance des résultats.

2.6.2. La confirmation externe

Pour s'assurer de la saturation des données qualitatives, de la complétude, la transférabilité ou généralisation possible de l'étude, nous avons recouru à des chercheurs pour une confirmation externe par les pairs. Cela s'est fait à travers deux séminaires doctoraux (à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) et des participations à des conférences locales comme les 15èmes et 16èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB) et la 2^{ème} Conférence Scientifique du Réseau Ouest Africain de Recherche pour la Santé (ROARES) à Ouagadougou. Par ailleurs, les séminaires Intervision et de l'école doctorale (à l'IRSS) au cours desquels une partie de ce travail a été présentée, rentraient aussi dans le cadre d'une forme de validation externe par des pairs de même que les rencontres avec le comité d'accompagnement de la thèse. Au cours de toutes ces rencontres les résultats analysés ont été présentés et discutés.

Les suggestions des pairs ont permis de mieux construire le travail et de prétendre plus aisément à la complétude de l'étude. Une série de restitutions comme un devoir est prévue aussi bien à Bobo-Dioulasso qu'à Ouagadougou auprès des chercheurs, des responsables des directions techniques des ministères les plus concernés, des leaders d'associations et des PA. Cette série de restitution en aval de la thèse n'influencera pas son contenu.

Par ailleurs, le fait que la quasi-totalité des données ait été collectée à domicile ou dans l'environnement ordinaire (service) des enquêtés confère à cette étude une validité écologique selon l'expression de Bronfenbrenner cité par Mucchielli (14) ou de validité du contexte (14). Pour renforcer la validité des données et des résultats, au cours de l'étude, nous avons veillé à observer une série de triangulation.

2.6.3. La triangulation

Cette étude a été conçue de sorte que ses résultats soient consolidés à travers différentes formes de triangulation. Mucchielli (14) a répertorié cinq types de triangulation : 1) des données (le temps, l'espace et les personnes) ; 2) du chercheur ; 3) des théories, 4) des méthodes, et 5) la triangulation indéfinie (restitution du modèle d'analyse). Dans cette thèse, nous avons recouru à ces différents types de triangulation.

La triangulation des données selon l'espace et le temps : le contexte de Bobo-Dioulasso étant pluriel, nous avons collecté les données quantitatives et qualitatives dans les différents secteurs géographiques pour éviter tout biais liés à un ou quelques secteurs. Le temps de la collecte des données quantitatives et qualitatives a aussi été diversifié (2 passages pour chaque volet).

La triangulation des informateurs : dans l'étude, même à l'intérieur des familles, nous avons cherché à rencontrer des informateurs de différents âges, sexe, filiation avec la PA. Nous avons tenté d'avoir « l'opposition familiale » au pouvoir de la PA chef de ménage en interrogeant aussi ces personnes stigmatisées de ne pas intervenir dans les soins/soutiens sociaux de la PA.

La triangulation des chercheurs : D'autres chercheurs (anthropologues, sociologues, biostatisticien, médecins de santé publique, démographe) ont été sollicités pour des contributions et la plupart d'entre eux sont co-auteurs des articles tirés de ce travail. Ce travail intègre donc les expériences de travail, les convergences d'interprétations entre plusieurs chercheurs. Nous avons personnellement assuré la conception du protocole de recherche, coordonné la collecte et l'encodage des données, assuré l'analyse et la valorisation des résultats. Nous avons reçu l'appui des co-promoteurs. Les autres collègues et co-auteurs ont plus contribué dans la collecte et l'encodage des données ou la supervision de cette collecte ou de cet encodage, la vérification des questionnaires remplis, la relecture des entretiens et des manuscrits d'articles. Tous les co-auteurs des manuscrits d'articles tirés de cette thèse, se sont prononcés sur la saturation, la vraisemblance des données et sur la validité des analyses.

La triangulation des théories ou modèles : nous avons répertorié dans la littérature des théories ou modèles pouvant permettre de comprendre les soutiens familiaux aux PA. Nous avons privilégié aucune pour explorer notre réalité complexe pensant qu'il est mieux indiqué de s'armer d'approches méthodologiques, éthiques, théoriques, paradigmatiques, analytiques diverses. Dans l'analyse nous avons donc recouru aux théories ou modèles de façon opportuniste lorsque nous pensions que tel ou telle est mieux approprié(e).

La triangulation des méthodes : cette étude a combiné un volet quantitatif et un volet qualitatif. Les résultats d'un volet complètent, confirment et consolident les résultats de l'autre volet. Outre cela, différents outils ou techniques complémentaires (les questionnaires PRISMA7, SMAF, les entretiens individuels) ont contribué chacun à la construction de notre objet d'étude.

La triangulation des restitutions : différentes pratiques restituant les ont été utilisées dans cette recherche. Pour mieux clarifier notre thème, des restitutions exploratoires ont été réalisées au cours de séminaires avec des doctorants au Burkina Faso et en Belgique (Séminaire Intervision à l'IRSS/UCL).

Sur le terrain, les données brutes ont été restituées sous la forme de restitutions investiguantes aux membres de la famille pour obtenir leurs réactions sur la vraisemblance des données/résultats. Lorsque le modèle d'analyse était quasi-prêt des présentations de résultats ont été faites auprès des chercheurs et des membres du comité de pilotage du PICPABF. Après la défense de cette thèse, une série de restitutions comme un devoir est prévue. Par ailleurs ces différentes restitutions ont été faites avec différentes matières : les données de la littérature ou le cadre théorique, les données brutes, le modèle d'analyse ou les résultats et enfin la thèse (sous forme de copie dure) qui sera aussi envoyée à des informateurs stratégiques ou des acteurs clés.

Par ailleurs, le caractère multidisciplinaire du comité d'accompagnement de cette thèse, le recours dudit comité à un membre externe lors de l'épreuve de confirmation et à un membre externe à l'académie de l'université de Louvain lors des défenses (privé et publique) de cette thèse, peuvent être considérés comme des formes de triangulation du jury chargé de la validation et de la notation de cette thèse. Dans la même logique, la co-direction ou co-promotion entre Belgique et Burkina Faso (UCL – Université de Ouagadougou) est une triangulation des universités et/ou directeur/promoteur de cette thèse. Enfin, la proposition des articles tirés de cette thèse à différentes revues scientifiques avec un comité de lecture est une forme de triangulation des revues et des reviewers qui ont fortement contribué à améliorer le contenu des articles déjà publiés ou sous presse.

Ainsi, nous osons croire que l'ensemble de ces précautions ont dû sensiblement réduire les différents biais que présente une telle étude (biais d'échantillonnage ou de sélection, de mesure, de déclaration/réponse, biais d'analyse ou d'interprétation de confusion, etc.).

2.6.4. La valorisation de l'étude

Bien avant la défense de la thèse, cette étude a été valorisée sous la forme de communications orales ou affichées à des conférences nationales ou internationales comme : la 2ème Conférence Scientifique du ROARES tenue les 5-7 mars 2013 à Ouagadougou (Burkina Faso) ; les 16èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB) organisées les 7-11 mai 2012 à Bobo-Dioulasso ; le 7ème Congrès Européen de Médecine Tropicale et de Santé internationale organisé les 3-7 Octobre 2011 à Barcelona (Spain) et les 15èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB) tenues les 4-6 mai 2010 à Bobo-Dioulasso.

Trois articles ont été publiés dans des revues internationales avec un comité de lecture et accessibles sur Internet. Les autres chapitres de cette thèse sont soumis à des revues. Par ailleurs, après la défense de la thèse, une copie du document sera envoyée à tous les centres de documentation ou bibliothèques locaux et aux acteurs stratégiques ciblant les PA. L'étude sera aussi restituée (restitution comme un devoir) aussi bien à Bobo-Dioulasso qu'à Ouagadougou.

Références

1. De Meur G, Rihoux B. L'Analyse quali-quantitative comparée (AQQC-QCA): approche, techniques et applications en sciences humaines: Academia-Bruylant; 2002.
2. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) MdiEedF, Burkina Faso). Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006, Analyse des résultats définitifs, thème 2: état et structure de la population. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: INSD; 2009 Octobre.
3. Direction du 2è Projet du Développement Urbain, Mairie de Bobo-Dioulasso. Index des voies de la ville de Bobo-Dioulasso. Tunis (Tunisie): Pictura Impress, 1997.; 1997.
4. Raïche M, Hébert R, Dubois MF, Grégoire M, Bolduc J, Bureau C, et al. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation. La Revue de Gériatrie 2007;32(3):209-218.
5. Hébert R, Tourigny A, Raïche M. PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Québec: Edisem; 2007.

6. Bureau Central du Recensement MlEedF, Burkina Faso). Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 14:situation socioéconomique des personnes âgées. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009 Octobre.
7. Hebert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie* 2003;Tome 28(4).
8. Dubuc N, Hebert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;42(2):191-206.
9. Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N, Kalfat H, Colvez A, Delli-Colli N. Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;37(3):223-33.
10. Rai GS, Gluck T, Wientjes HJ, Rai SG. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): a measure of functional change with rehabilitation. *Arch Gerontol Geriatr* 1996;22(1):81-5.
11. Benaim C, Froger J, Compan B, Pélissier J. Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique* 2005;48(6):336.
12. Boissy P, Briere S, Tousignant M, Rousseau E. The eSMAF: a software for the assessment and follow-up of functional autonomy in geriatrics. *BMC Geriatr* 2007;7:2.
13. World Health Organization (WHO). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. project final, Version complète. Genève: WHO; 2000.
14. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines: Armand Colin; 2009.
15. Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol* 2001;30(5):1090-9.
16. Kim H, Lee S, Hisata M, Kai I. [Social support exchange and quality of life among the Korean elderly in a rural area]. *Nippon Kosshu Eisei Zasshi* 1996;43(1):37-49.

17. Nilsson CJ, Lund R, Avlund K. Cohabitation status and onset of disability among older Danes: is social participation a possible mediator? *J Aging Health* 2008;20(2):235-53.
18. Kishi R, Eguchi T, Sasatani H, Yaguchi T. [Health status, social networks and support systems of elderly men and women in a large city and in former coal-mining areas--a population-based comparative study of 70-year-old residents of Sapporo and Yubari]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1994;41(5):474-88.
19. Silverstein M, Cong Z, Li S. Intergenerational transfers and living arrangements of older people in rural China: consequences for psychological well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61(5):S256-66.
20. Fiori KL, Antonucci TC, Cortina KS. Social network typologies and mental health among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61(1):P25-32.
21. Ibrahima M. Conditions de vie des personnes âgées en Afrique Subsaharienne: cas de la vie dans un ménage à génération coupée au Niger. Montréal: Université de Montréal; 2010.
22. Bureau Central du Recensement MdlEedF, Burkina Faso). Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Monographie de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009 Decembre.
23. Droh De Bloganqueaux SR, Lognon Sagbo JH. De l'usage des outils de la recherche qualitative en milieu rural ivoirien: une analyse de l'influence du groupe social sur la structure de l'entretien. *Recherches qualitatives* 2012;31(1):6-28.
24. Bergier B. Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales. Paris: l'Harmattan; 2000.
25. Berthé A. Eléments méthodologiques pour une restitution des résultats de recherches socioanthropologiques aux interlocuteurs de terrain. Mémoire. Bruxelles: ULB-UCL-FUSL; 2003-2004.
26. Van Campenhoudt L, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales: Dunod; 2010.
27. Miles MB, Huberman AM, Rispal MH, Bonniol JJ. Analyse des données qualitatives: De Boeck Supérieur; 2003.

28. Barbier PY, LeGresley A. Pour faciliter la gestion de la validité interne de l'argumentation à l'occasion du processus décisionnel jalonnant le parcours de recherche et d'écriture. *Recherches qualitatives* 2011(11):24-39.
29. Olivier de Sardan JP. La rigueur du qualitatif: Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. Louvain La Neuve: Academia Bruylant; 2008.
30. Zonabend F. De l'objet et de sa restitution en anthropologie. *Gradhiva* 1994(16):3-14.

Chapitre 3. Le statut fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

3.1. Les incapacités fonctionnelles dans les domaines des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et Domestique (AVD) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Valorisations

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, Drabo M, Badini-Kinda et Mac J. Les incapacités fonctionnelles dans les domaines des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et Domestique (AVD) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Article soumis à *Annales de Gériatrie* le 11 avril 2012]

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. L'incapacité fonctionnelle chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 16èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2012 7-11 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2012

Berthé A, Badini-Kinda F, Macq J. L'incapacité fonctionnelle chez les Personnes Agées (PA) à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: Journée des doctorants 2011; 2011 17 novembre; Bruxelles (Belgique): ED-SPSS; 2011

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. Functional disability among elderly people in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 2011 3-7 October; Barcelona (Spain); 2011.

Les incapacités fonctionnelles dans les domaines des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et Domestique (AVD) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Functional disability in Activities of Daily Living (ADL) and instrumental or domestic activities of daily living (IADL) in the elderly living at home in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Résumé : En Afrique, les études sur les incapacités dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et dans les activités de la vie domestique (AVD) chez les personnes âgées rapportent différents taux sans décrire le contexte social qui permet de les comprendre. Cette étude est réalisée au Burkina Faso pour combler les déficits d'informations sur ces incapacités. Nous avons conduit une étude descriptive transversale à Bobo-Dioulasso auprès des personnes âgées d'au moins 60 ans. Nous avons utilisé le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). L'analyse des données a été réalisée à l'aide de Stata. Un échantillon de 351 personnes âgées a été interviewé. Les incapacités fonctionnelles modérées à graves où le besoin de surveillance ou d'aide était de 7% dans les AVQ et de 86% dans AVD. Ces proportions variaient selon les activités. Toutes les personnes en incapacités affirmaient disposer de ressources humaines quasi-stables pour les aider à gérer leurs incapacités. La prise en compte du contexte social où sévit encore une division générationnelle et/ou sexuelle du travail domestique permet de mieux comprendre ces résultats. Le renforcement du rôle de la famille dans la gestion de ces incapacités est capital et retarderait l'hébergement des personnes âgées dans les maisons dites de repos.

Mots clés : personne âgée, incapacité, soutien domicile, politique en faveur des personnes âgées, santé, Afrique de l'ouest

Abstract: In sub-Saharan Africa, various studies have been conducted on severe disability in activities of daily living, instrumental or domestic activities. These studies have reported different rates without describing the social context for understanding their results. This study was conducted in Burkina Faso to fill the gaps in scientific information on disability in these areas. We conducted a cross-sectional descriptive study in Bobo-Dioulasso among the older population, aged 60 and above. Their functional status was evaluated using the Functional Autonomy Measurement System (SMAF). Data analysis was done with the help of Stata. A systematic random sample of 351 aging adults was interviewed. Moderate to severe functional disability or the need for supervision or assistance was present in 7 % in activities of daily living and 86% in instrumental or domestic activities of daily living. This need for assistance varied according to the different activities or items in each domain. The proportions of disability found in this study are higher than those of previous studies that measured the often severe disabilities. All persons with disability claimed to have stable human resources which help them to manage their disabilities.

The social context instrumental or domestic activities of daily living are divided by generation and/or by sex. That explains some results. With this division, it's unacceptable in some family that elders and/or old men do instrumental or domestic activities of daily living as prepare meals, do laundry, carry water to wash. The variation of this division from one family to another complicates the assessment of functional disability. To best manage elders disabilities, strategies must develop to: 1) retard the resignation of the family in care of its elderly in functional disability, 2) anticipate the preparation of formal social networks, public structures to support the elderly.

Keywords: aged, disability evaluation, old age assistance, Social support, Africa south of the Sahara

Points clés

- A Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), le besoin de surveillance ou d'aide est faible (7%) dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et très élevé dans les Activités de la Vie Domestique (AVD).
- Dans ces domaines, les scores d'incapacités sont relativement plus élevés dans les activités instrumentales.
- Certaines familles exemptent les personnes âgées, surtout les hommes des activités de la vie domestique ou les activités instrumentales et les amènent à être dépendantes vis-à-vis de leur entourage
- Quel que soit le nombre, la nature et le degré de leurs incapacités, toutes les personnes âgées concernées affirment disposer de ressources humaines (un membre de la famille dans la quasi-totalité des cas) pour satisfaire leurs besoins d'aide.
- Le contexte social produit et gère l'incapacité des personnes âgées. Il reste la principale cause et solution aux incapacités des personnes âgées.

Introduction

Dans les années à venir, l'Afrique Subsaharienne serait marquée par une série de transitions : 1) démographique (vieillesse de la population) ; 2) épidémiologique (chronicisation des maladies) ; 3) thérapeutique (pratique médicale plus globale, plus collective, plus normée, plus évaluée et plus intégrée) ; 3) nutritionnelle (augmentation d'obésité), 4) démocratique (passage progressif de régime dictatoriaux à des régimes démocratiques), 5) économique (formalisation des structures de production, économie de marché), 6) socioculturelle (passage du système plus ou moins « traditionnel » au système « moderne »), etc. (1-5). Ces transitions affecteront toutes les couches sociales à des degrés différents. Les populations vulnérables actuelles (enfants et les personnes âgées) seront plus touchées. Ainsi, le système de soins déjà défaillant risque de répondre de manière encore moins adéquate face à l'augmentation des incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées. D'où la nécessité pour l'Afrique de commencer dès maintenant à préparer sa politique de gestion des incapacités de ses personnes âgées à travers, notamment, le repérage des personnes âgées en incapacités fonctionnelles, la description et compréhension de ses incapacités et des organisations formelles ou informelles intervenant actuellement dans cette gestion.

En Afrique Subsaharienne, quelques études ont été réalisées pour mesurer/décrire l'incapacité, les limitations ou la dépendance fonctionnelle multi ou monodimensionnelle (dans les activités de la vie quotidienne, les activités instrumentales, la mobilité, la communication, etc.).

Une étude réalisée de 1991 à 1994 au Burkina Faso et dans sept (07) autres pays africains²⁶, par Diagana et al. (6) avaient montré que les personnes âgées (80 ans ou plus) du Bénin, du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire et du Togo avaient les meilleurs résultats dans un grand nombre de variables qu'étaient : l'aptitude aux activités instrumentales quotidiennes ; l'aptitude aux activités quotidiennes ; la mobilité et le déplacement ; le statut mental ; la satisfaction de la vie ; la personnalité du sujet selon l'entourage ; le comportement diurne ; le comportement nocturne ; les aptitudes physiques ; le contrôle des mains, les postures, la marche ; l'humeur du sujet selon l'enquêteur. Toutefois, cette étude n'a pas été très précise sur les proportions de personnes âgées par variable²⁷.

²⁶ Bénin, Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Togo et Tunisie

²⁷ Selon les auteurs de cette étude, les résultats étaient globalement bons pour les variables : état général, statut mental, évaluation de la personnalité du sujet selon l'entourage, contrôle manuel et la posture, comportement pendant la journée et leur humeur. Ils étaient moyens pour les variables : activités quotidiennes, aptitude instrumentale, comportement nocturne et satisfaction par rapport à leur vie antérieure. Ils étaient faibles pour les aptitudes physiques. Les affections de pronostic sévère nécessitant une prise en charge lourde ont été très rares. Les sujets sont capables de s'habiller, de faire leur toilette sans être trop aidés.

Dans le domaine des activités quotidiennes et des activités instrumentales, cette étude a mesuré les aptitudes (ce que les personnes âgées ont déclaré pouvoir faire). Au Mali, en 2004, Ouakam Ouakam (7) avait trouvé que 88% des personnes âgées de Bamako avaient besoin d'aides de leurs proches (la dépendance familiale) et 81% pensaient ne pas pouvoir vivre sans cette aide. Au Nigéria, 1) Uwakwe et al. (8) ont trouvé qu'à Dumukofia la prévalence de la dépendance chez les personnes âgées était de 24% à Dumukofia (8) et que 8% avaient besoin d'un support social important; 2) Gureje et al. (9) ont noté que 3% des personnes âgées avaient des limitations dans les Activités de la Vie Domestique (AVQ) et 9% dans les activités instrumentales de la vie quotidienne dans la zone linguistique yoruba. Et, parmi les personnes classées comme étant en limitation, 20% n'avaient pas d'aide.

Selon Allain et al. (10), en milieu urbain zimbabwéen, 28% des personnes âgées avaient besoin d'une assistance quelconque pour les activités instrumentales de la vie quotidienne. Les besoins d'aide partielle ou totale se présentaient comme suit : allumer le feu de la cuisine (6%), préparer le repas (4%), faire le ménage (7%), recueillir l'eau potable (14%), ramasser du bois (16%), planter (15%), désherber (15%), récolter (14%). Par ailleurs pour l'ensemble des personnes âgées (milieu urbain et rural), une faible proportion était incontinente urinaire (9%), fécale (7%) ou les deux (3%) au cours de l'année précédant l'étude. Au Cameroun, en analysant les données de 75 villages et villes de l'Ouest du Cameroun de l'Enquête sur la Famille et la Santé (EFSC), réalisée de décembre 1996 à mars 1997, Kuaté-Defo (4) a trouvé que 50 des personnes âgées avaient des limitations d'activité.

Les variations des différents taux d'incapacités, de dépendances fonctionnelles dans les AVQ ou les activités instrumentales de la vie quotidienne rapportées par ces études s'expliqueraient par les différences de contexte (espace et temps), de définitions opérationnelles ou domaines d'incapacités ciblés, de profil des échantillons, des outils utilisés, de seuil ou degré d'incapacités mesuré, etc. (9-12). Beaucoup de ces études ont mesuré les aptitudes/capabilités (ce que les personnes âgées peuvent faire ou sont capables de faire) plutôt que de mesurer la capacité (ce que les personnes âgées font concrètement). Le plus souvent, ces études n'ont pas décrit les activités évaluées. Or cette description rend compréhensible les proportions trouvées. Quelques études exemptaient certaines catégories (hommes, milieu urbain ou rural) de certaines questions/activités jugées non appropriées pour celles-ci. Ce procédé occulte la dépendance familiale de ces catégories vis-à-vis de ces activités.

Ainsi, pour une meilleure compréhension des incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées en Afrique subsaharienne, il est nécessaire de développer des données permettant de comparer les contextes globaux (continent, pays, ville, village), les catégories ou sous-catégories de personnes âgées (hommes et femmes) mais aussi les contextes spécifiques/individuels/privés de la personne âgée (domicile ou environnement immédiat).

Notre objectif était de répondre à ce besoin en utilisant le questionnaire Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). Nous avons donc réalisé au Burkina Faso une étude dont l'objectif était de décrire l'incapacité fonctionnelle chez les personnes âgées dans les domaines des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ou Domestique (AVD) à l'aide du SMAF. Son but pour le Burkina Faso était de combler les déficits de données empiriques dans ces domaines et donc de faciliter la conception d'interventions publiques ou communautaires.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale auprès d'un échantillon de personnes âgées de 60 ans ou plus à Bobo-Dioulasso, (Burkina Faso). En 2006 (13), cette ville comptait 489.967 habitants dont 18130 (3,7%) âgés de 60 ans ou plus constituent la population d'étude. Pour étudier et évaluer les incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso, nous avons utilisé un outil développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé, le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). Le SMAF est sous droit d'auteur et ne peut être utilisé sans l'autorisation du Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (Canada).

Il mesure de façon graduelle à la fois l'incapacité (limitation fonctionnelle correspondant à toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité ou tâche), la disponibilité et le type de ressources, la stabilité des ressources, l'autonomie (équilibre entre l'incapacité et les ressources pour pallier l'incapacité) et le handicap (une incapacité non compensée par l'utilisation de ressources suffisantes) : (14-19).

Il évalue les incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées dans cinq (05) domaines : Activités de la Vie Quotidienne (AVQ, 7 items) ; Mobilité (MOB, 6 items), Communication (COM, 3 items) Fonction Mentale (FM, 5 items) et Activités de la Vie Domestique (AVD, 8 items). Il est donc composé de 29 items/activités ou tâches. Pour chaque item, le niveau d'incapacités est évalué entre 0 (autonome ou en bonne capacité fonctionnelle) et 3 (dépendant entièrement d'autrui pour que l'activité soit exécutée). Dans cette étude, les intervalles de score d'incapacités modérées à graves sont : [15-87] pour le SMAF ; [4-21] pour les AVQ ; [3,5-18] pour la MOB ; [2-9] pour la COM ; [3-15] pour la FM et [4,5-24] pour les AVQ.

Pour chaque item le score d'incapacités modérées à graves varie de 1 à 3. Le score SMAF AVQ ou AVD minimal est 0 et le maximal est 21 pour les AVQ et 24 pour les AVD. Les incapacités dans la MOB, la COM et la FM ont déjà été l'objet d'un article publié dans la Revue française de Santé Publique.

Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire stratifié. Les personnes de plus de 60 ans vivant dans les trois (03) arrondissements de la ville (Daфра, Do et Konsa) ainsi que les différents secteurs qui les composent ont constitué la base de sondage. Le choix des concessions par secteur a été fait au moyen d'un tirage systématique en raison d'un pas de 5 et à partir du centre du secteur. La première concession à visiter a été déterminée suivant la direction d'une bouteille pivotée dans le sens de l'aiguille d'une montre. Dans chaque concession sélectionnée, s'il n'y avait qu'une seule personne âgée, celle-ci était systématiquement retenue. Un tirage au hasard sans remise a été utilisé lorsqu'il y avait plus d'une personne âgée. Les personnes âgées sélectionnées et absentes ont été recherchées deux fois et ont été remplacées en cas d'absence à la 3ème visite.

Nous avons calculé une taille d'échantillon de 377 personnes à interroger à partir de la population des personnes âgées de Bobo-Dioulasso (N =18130) ; avec une prévalence d'incapacités fonctionnelles attendues de 50%. La précision ou marge d'erreur a été fixée à 5% et le degré de confiance à 95%. Le nombre de personnes à interroger dans chacun des trois arrondissements a été proportionnel au nombre de ménages dans les secteurs géographiques habités.

La participation a été libre et volontaire et les cas de refus malgré la lecture de la lettre d'information pour l'obtention du consentement éclairé n'ont pas été remplacés. Le protocole de recherche a été soumis au Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso. Un seul enquêteur a administré le SMAF à l'ensemble des participants. Il a été formé et a réalisé deux pré-tests avant la collecte des données. Ces pré-tests ont permis d'adapter davantage quelques items du SMAF au contexte local. Ce fut le cas de : 1) se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur qui est devenu se déplacer à l'aide de la canne ou de fauteuil roulant dans la concession ; 2) utiliser le téléphone qui est devenu utiliser le téléphone, la radio ou le téléviseur ; 3) gérer son budget qui est devenu gérer son budget ou ses biens matériels. Tous les questionnaires remplis ont été vérifiés. Le masque de saisie des données a été conçu à l'aide du logiciel CSprou 4. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata 11 SE.

Résultats

La participation à l'étude a été proposée à 377 personnes âgées, 362 ont commencé à répondre et 351 ont répondu à toutes les questions du SMAF. La prévalence de l'incapacité fonctionnelle multidimensionnelle modérée à grave est de 32% ([26.79 – 36.77] CI 95%). La prévalence de l'incapacité fonctionnelle unidimensionnelle modérée à grave varie selon les dimensions/domaines :

elle est de 7% ([4.66 – 10.33] CI 95%) dans les AVQ, 10% ([7.04 – 13.59] CI 95%) dans la MOB, 28% ([23.56 – 33.23] CI 95%) dans la FM, 37% ([32.25 – 42.61] CI 95%) dans la COM et 86% ([81.65 – 89.24] CI 95%) dans les AVD. La quasi-totalité (97%) des personnes âgées en incapacités fonctionnelles modérées à graves (n = 111) sont en incapacités à la fois dans les AVQ, les AVD et souvent dans un ou plus d'un autre domaine. Une minorité (3%) ne l'est qu'en AVD.

Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées en incapacités fonctionnelles dans les AVQ et les AVD

La majorité des personnes âgées en incapacités fonctionnelles modérées à graves dans les AVQ et les AVD est : âgée de 60 à 75 ans (58%, âge moyen de 74 ans), de sexe féminin (66%), analphabète (77%), célibataire secondaire (64%), propriétaire de leur maison (93%), sans revenu régulier (57%), musulmane (68%). En moyenne [IC à 95%], ces personnes âgées ont sept (07) enfants, habitent dans des cours (parcelles à usage d'habitation) de deux (02) ménages, vivent dans leur propre ménage avec 10 personnes, vivent dans la ville de Bobo-Dioulasso depuis 53 ans et dans leur secteur géographique depuis 42 ans. Ces personnes âgées (n = 351) sont exactement les mêmes qui sont en incapacité fonctionnelle multidimensionnelle modérée à grave (n = 351).

Les incapacités fonctionnelles modérées à graves dans le domaine des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)

Dans le domaine des AVQ, l'intervalle de scores de l'ensemble des personnes âgées (n= 351) est compris entre 0 à 15. Leur score AVQ moyen [IC à 95%] est 2/21 et 7% présente des incapacités modérées à graves (Score AVQ $\geq$ 4) donc des besoins de surveillance ou d'aide. Le score moyen [IC à 95%] de ces derniers est 8/21.

La proportion de personnes âgées nécessitant de la surveillance ou de l'aide dans les AVQ occulte les variations de ces proportions par item des AVQ.

Ainsi, 67% nécessitent de la surveillance ou de l'aide pour se laver, 23% pour assurer la fonction vésicale, 8% pour utiliser les toilettes, 4% pour l'entretien de sa personne, s'habiller, assurer la fonction intestinale et 2% pour se nourrir. Le tableau 1, détaille la variation de ces proportions par activité.

Tableau 1 : Incapacités fonctionnelles dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso (n = 351)

Table 2: Functional disabilities in Activities of Daily Living (ADL) in the elderly living at home in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso (n = 351)

Incapacités Activités de la Vie Quotidienne (AVQ)	
1. Se nourrir	0 = N' a aucune difficulté pour se nourrir (se servir et manger) = 96% 0,5 = Se nourrit seul mais avec quelques difficultés = 2% : 1 = Requiert de la stimulation ou de la surveillance pour se nourrir = 1% 2 = A besoin d'une aide partielle pour se nourrir = 0% 3 = Doit être nourri entièrement par une autre personne = 1%
2. Se laver	0 = N'a aucune difficulté pour se laver= 31% 0,5 = Se lave seul mais avec quelques difficultés = 2% 1 = Se lave seul mais nécessite qu'on lui prépare le nécessaire (déposer l'eau, le savon, etc.) = 59% 2 = A besoin d'aides pour se laver (laver son dos, ses pieds) = 2% 3 = Nécessite d'être lavé par une autre personne = 6%
3. S'habiller (toutes saisons)	0 = S'habille seul (choisit et porte seul ses vêtements) = 93% 0,5 = S'habille seul avec quelques difficultés = 3% 1 = S'habille seul mais doit être stimulé ou a besoin d'une surveillance pour le faire ou on doit lui sortir et lui présenter ses vêtements ou on doit apporter certaines touches finales (boutons, lacets) = 0% 2 = Nécessite de l'aide pour s'habiller = 1% 3 = Doit être habillé par une autre personne = 3%
4. Entretenir sa personne (se brosser les dents ou se peigner ou se faire la barbe ou couper ses ongles ou se maquiller)	0 = Entretient tout seul sa personne = 95% 0,5 = Entretient seul sa personne mais avec quelques difficultés = 1% 1 = A besoin de surveillance pour entretenir sa personne = 1% 2 = A besoin d'aide partielle pour entretenir sa personne (prendre et ranger le matériel pour lui, etc.) = 2% 3 = Ne participe pas à l'entretien de sa personne = 1%

5. Fonction vésicale 0 = A une miction normale = 77% 1 = Incontinence occasionnelle en goutte à goutte ou une autre personne doit lui faire penser souvent d'uriner pour éviter les incontinences = 18% 2 = Incontinence urinaire fréquente = 4% 3 = Incontinence urinaire totale et habituelle ou porte une culotte d'incontinence ou une sonde à demeure = 1% <u>Précision</u> : utilise sonde à demeure = 1% Incontinence diurne = 6% incontinence nocturne = 5%
6. Fonction intestinale 0 = Défécation normale = 96% 1 = Incontinence fécale occasionnelle = 4% 2 = Incontinence fécale fréquente = 0% 3 = Incontinence fécale totale et habituelle ou porte une culotte d'incontinence = 0 % <u>Précision</u> Incontinence diurne = 0%
7. Utiliser les toilettes 0 = Utilise seul les toilettes = 72% 0,5 = Utilise seul les toilettes mais avec quelques difficultés = 20% 1 = Nécessite de la surveillance pour utiliser les toilettes ou utilise seul une toilette à chasse d'eau avec siège, un pot = 3% 2 = A besoin de l'aide d'une autre personne pour aller aux toilettes = 5% 3 = N'utilise pas les toilettes, la chaise d'aisance, la baignoire ou l'urinal = 0% <u>Précision</u> : Toilette à chasse d'eau avec siège = 3% Baignoire/pot = 4%

Les incapacités fonctionnelles modérées à graves dans le domaine des Activités de la Vie Domestique (AVD)

Dans le domaine des AVD, l'intervalle de scores de l'ensemble des personnes âgées (n= 351) va de 0 à 23. Leur score AVD moyen [IC à 95%] est 10/24 et 86% présente des incapacités modérées à graves (Score AVD $\geq 4,5$) donc des besoins de surveillance ou d'aide. Le score moyen [IC à 95%] de ces derniers est 11/24.

Ici aussi, la proportion de personnes âgées nécessitant de la surveillance ou de l'aide dans les AVD occulte les variations des proportions par item des AVD. Le classement décroissant des AVD selon ces proportions se présente comme suit : préparer les repas (82%), faire la lessive (80%), entretenir sa maison (66%), utiliser le téléphone ou la télévision ou la radio (71%), utiliser les moyens de transport (32%), faire ses courses (21%), prendre ses médicaments (5%) et gérer son budget (4%). Le tableau 2, détaille la variation de ces proportions par activité.

Tableau 2 : Incapacités fonctionnelles dans les Activités de la Vie Domestique (AVD) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso (n = 351)

Table 2: Functional disabilities in Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in the elderly living at home in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso (n = 351)

Incapacités dans le domaine des Activités de la Vie Domestique (AVD)	
1. Entretenir la maison (faire du bricolage, balayer, faire la vaisselle) 0 = Entretien seul la maison (incluant entretien quotidien et travaux occasionnels) = 33% 0,5 = Entretien seul la maison mais avec quelques difficultés = 1% 1= Entretien la maison mais requiert surveillance ou stimulation ou nécessite de l'aide pour des travaux occasionnels = 0% 2= A besoin d'aide pour l'entretien quotidien de la maison = 0% 3 = N'entretient pas la maison = 66%	
2. Préparer les repas 0 = Prépare seul ses repas= 17% 0.5 = Prépare seul ses repas mais avec quelques difficultés = 1% 1= prépare ses repas mais nécessite qu'on le stimule pour maintenir une alimentation convenable = 0% 2 = Ne prépare que des repas légers ou réchauffe des repas déjà préparés = 1% 3 = Ne prépare pas ses repas = 81%	
3. Faire les courses (y compris participer aux événements sociaux) 0 = Planifie et fait seul les courses (baptêmes, funérailles, banque, marcher, etc.) = 78% 0,5 = Planifie et fait seul les courses mais avec difficulté = 1% 1= Planifie et fait seul les courses mais nécessite la surveillance, ou des rappels = 1% 2 = A besoin d'aide pour planifier ou faire les courses = 1% 3 = Ne fait pas les courses = 19%	
4. Faire la lessive 0 = Fait toute la lessive seule = 18% 0,5 = Fait toute la lessive seule mais avec quelques difficultés = 2% 1 = Fait la lessive seul mais nécessite une stimulation ou une surveillance pour maintenir un niveau de propreté convenable = 0 % 2 = A besoin d'aide partielle pour faire la lessive = 0% 3 = Ne fait pas la lessive = 80%	

5. Utiliser le téléphone, ou la radio ou le téléviseur 0 = Se sert seul du téléphone, de la radio ou du téléviseur = 28% 0,5 = Se sert seul du téléphone, de la radio ou du téléviseur mais avec quelques difficultés = 1% 1 = Répond au téléphone mais ne compose que quelques numéros qu'il a mémorisés ou met la radio ou le téléviseur en marche mais ne peut pas capter d'autres chaînes = 9% 2 = Parle au téléphone mais ne compose pas de numéros ou ne décroche pas le récepteur, écoute la radio, regarde la télé mais ne le touche pas = 30% 3 = Ne se sert pas du téléphone, de la radio ou du téléviseur = 32% <u>Précision :</u> 53% en incapacité ont répondu par rapport au téléphone, 9% l'ont fait par rapport à la radio et 38% par rapport avec le poste téléviseur
6. Utiliser les moyens de transport 0 = Utilise seule un moyen de transport (moto, automobile, taxi, autobus etc.) ou fait toutes ses courses seul et à pieds = 67% 0,5 = Utilise seule un moyen de transport mais avec difficulté = 1% 1 = Doit être accompagné, surveillé lors de la montée et de la descente dans un moyen de transport = 19% 2 = A besoin d'aide (être suivi par autrui) pour utiliser un moyen de transport = 13% 3 = Doit être transporté sur civière, (doit être transporté couché) = 0%
7. Prendre ses médicaments 0 = Prend seul ses médicaments de façon adéquate ou ne prend pas de médicament = 95% 0,5 avec difficulté = 0% 1 = A besoin de la surveillance pour prendre convenablement ses médicaments = 2% 2 = Prendre ses médicaments s'ils sont préparés quotidiennement = 0% 3 = On doit lui apporter ses médicaments en temps opportun = 3%
8. Gérer son budget ou ses biens matériels 0 = Gère seul son budget, ses biens = 96% 0,5 = Gère seul son budget mais avec difficulté = 0% 1 = A besoin de surveillance pour gérer son budget, ses biens de valeurs = 0% 2 = A besoin d'aide pour effectuer des transactions simples besoin d'aide partielle pour gérer son budget, ses biens = 0% 3 = Ne gère pas son budget, ses biens = 4%

Les ressources humaines pour gérer les incapacités, leur stabilité et le handicap fonctionnel chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso

Toutes les personnes âgées (100%) exprimant des besoins d'aide dans les AVQ et/ou les AVD affirment avoir les ressources humaines disponibles pour les aider à satisfaire ces besoins. Ces ressources sont stables (c'est-à-dire ne vont pas augmenter ou diminuer dans les 2 à 3 semaines suivant l'enquête) dans la quasi-totalité des cas.

Ces ressources sont quasi exclusivement constituées par les membres de la famille, quelques rares fois des aides ménagères, voisins ou amis. Avec de telles ressources, le score ou taux de handicap fonctionnel dans les AVQ et/ou les AVD est nul. Autrement dit, dans cette étude, aucune personne âgée en incapacités fonctionnelles dans les AVQ et/ou les AVD ne manque de ressource humaine pour l'aider à gérer cette incapacité et la famille constitue la principale ressource.

Discussion

A Bobo-Dioulasso, en 2006, les personnes âgées représentaient 3,7% de sa population totale (13). Dans notre étude, les incapacités fonctionnelles modérées à graves ou le besoin de surveillance, d'aide partielle ou totale est présente chez le tiers (32%) de cette population dans l'ensemble des domaines du SMAF et particulièrement chez 7% des personnes âgées dans les AVQ et 86% dans les AVD. A l'intérieur de chaque domaine les incapacités fonctionnelles modérées à graves ou le besoin de surveillance ou d'aide varie selon les items.

Dans les AVQ, utiliser les toilettes, entretenir sa personne, s'habiller, se nourrir, assurer la fonction intestinale concernent moins de 10% des personnes âgées de Bobo-Dioulasso. Ceci doit être interprété en fonction du contexte. Concernant les toilettes, leur usage est souvent moins complexe dans le contexte burkinabè (peu de toilettes sont munies de chasse d'eau avec chaise ou d'urinoirs). Les formes simples de toilettes (un simple trou dans le sol recouvert d'une planche de bois ou de béton) sont les plus populaires. Selon les résultats du RGPH 2006(20), au Burkina Faso, pour satisfaire leur besoin intestinal, les types d'aisance (toilette) dans les ménages des personnes sont essentiellement la nature/brousse (71%) ou la latrine simple (25%). Concernant l'entretien de sa propre personne cela signifie pour la plupart de ces personnes un nettoyage de la bouche avec des cure-dents. Se faire la barbe, couper ses ongles ou se maquiller ne sont pas des activités régulières/quotidiennes. L'habillement aussi est moins complexe et ne varie pas profondément selon les saisons. En général, les personnes âgées ne portent pas quotidiennement des chaussures fermées à lacets dont le nouage peut nécessiter le recours à autrui. Pour se nourrir, qu'elle mange seule ou en groupe (avec le reste de sa famille), le plus souvent le repas est servi « aux pieds » de la personne âgée à même le sol ou dans son salon ou tout autre espace qui lui ait accessible. Le fait de manger le plus souvent à la main l'exempte de la manipulation des couverts. Par ailleurs les repas ne sont pas toujours composés d'entrée, de plat de résistance et de dessert mais d'un plat central.

Cependant, le besoin de surveillance ou d'aide est exprimé par plus de 20% des personnes âgées pour assurer la fonction vésicale ou pour se laver. Dans le 1^{er} cas, 80% des concernés ont des incontinences occasionnelles et 20% connaissent des incontinences régulières ou permanentes. Leur état de bien-être physique/physiologique devrait expliquer cela.

Dans le 2^{ème} cas (se laver), la plupart des concernés ont besoin que le nécessaire soit préparé pour eux.

Préparer ce nécessaire revient à déposer le kit de nettoyage corporel et l'eau dans la salle de bain qui, dans beaucoup de concessions, n'est pas incorporée systématiquement aux chambres, salon ou bâtiment principal des personnes âgées. Par ailleurs, le robinet, la douche ou l'eau potable n'est pas toujours présente dans la salle de bain. Le plus souvent, une dizaine de litres d'eau doit être transportée dans un seau et déposé dans cette salle. Si aussi le robinet ne se trouve pas dans la concession, il faut puiser l'eau ou aller la chercher à la fontaine située à des centaines de mètres de la concession²⁸. Parfois (en fonction des saisons) cette eau doit être chauffée sur un foyer à gaz (pour les nantis), à bois ou à charbon. Toutes ces opérations minutieuses sont le plus souvent exécutées par un membre de la famille avant que l'eau de bain ne se trouve dans la salle appropriée. A Bobo-Dioulasso, dans certaines familles, il est culturellement inadmissible qu'une personne âgée (surtout de sexe masculin) fasse tout ce nécessaire pour prendre son bain. Dans certaines familles, il existe encore une division générationnelle et/ou sexuelle du travail domestique. Les membres relativement plus jeunes doivent exécuter certaines tâches au profit des membres relativement plus âgés. C'est ainsi que pour se laver (qui requière une bonne mobilité), on retrouve certaines personnes âgées qui patientent que ce nécessaire soit fait avant de prendre leurs bains. Elles sont ainsi dépendantes d'autrui pour satisfaire ce besoin.

Dans le domaine des AVD, prendre les médicaments, gérer son budget ou ses biens matériels ont enregistré moins de 10% de besoin de surveillance ou d'aide. Ces situations s'expliqueraient par le fait qu'au moment de l'enquête, 1) beaucoup de ces personnes âgées prenaient seules leurs médicaments ou n'étaient pas sous traitement médical, 2) ces personnes ne disposent pas d'un budget ou de patrimoine complexe à gérer. En rappel, dans notre échantillon global (351), 62% n'ont pas de revenu régulier. Les revenus ne sont pas si consistants pour nécessiter une épargne bancaire ou l'implication d'autrui dans sa gestion. Par ailleurs, les opérations bancaires ou financières dans ce contexte sont des échanges de face à face et ne nécessitent pas l'usage de technologie de l'information et des communications. Quant aux biens matériels des personnes âgées, ils se résument quelques fois à une ou des maisons mises en location dont le loyer est récupéré mensuellement, à une ou des boutiques de commerces à de petits matériels à louer pour une journée ou semaine (bancs, chaises, tentes). En général, ces biens n'engendrent pas de revenus complexes à gérer.

²⁸ Dans leur étude sur le grand âge (plus de 80 ans) dans huit pays africains, Diagana et al. ont noté que 40 à 55 % des hommes contre 10 à 20 % des femmes étaient capables de porter une charge de 5 Kg.

Cependant, dans le domaine des AVD, 20% des personnes âgées ou plus ont besoin de surveillance ou d'aide pour préparer le repas, faire la lessive, entretenir la maison, utiliser les moyens de transport, utiliser le téléphone, faire les courses. Dans le contexte de Bobo-Dioulasso :

« préparer les repas, faire la lessive, entretenir la maison » ressemble à « se laver » en ce sens qu'elles requièrent une préparation du nécessaire pour la personne âgée, l'usage d'instrument ou une bonne mobilité. Pour préparer les repas, il faut avoir les condiments qui s'achètent dans un marché ou petit marché situé à des centaines de mètres du domicile, c'est allumer le foyer à gaz, à bois ou à charbon, c'est aussi s'approvisionner en eau potable. Dans la plupart des concessions des personnes âgées, la cuisine n'est pas annexée à leur bâtiment principal. Elle est aussi située à une dizaine de vingtaine de mètres comme la salle de bain. Le repas doit être préparé pour un ménage moyen de 10 personnes. Du fait du climat tropical (température généralement élevée), et de la faible vulgarisation des réfrigérateurs, il est souvent difficile de conserver les repas. Les familles préparent 2 à 3 fois par jour. Outre la division générationnelle ou sexuelle du travail domestique (argument subjectif du fait de la variation de son application), il est objectivement difficile qu'une personne âgée prépare 1 à 3 fois par jour pour un ménage d'environ 10 personnes. De, même, faire la lessive sous-tend déposer les bassines, les remplir d'eau, déposer le savon et même souvent aller verser l'eau souillée de la lessive dans un endroit de la concession ou dans un puits. Entretenir la maison inclut faire la vaisselle qui dans ce contexte (de faible vulgarisation de lave-vaisselle ou de lave-linge) ressemble à faire la lessive. Le plus souvent, dans les concessions le même espace est réservé à ces deux activités. Par ailleurs, balayer sa maison sous-entend se courber avec un balai dans la mesure où les aspirateurs ne sont pas vulgarisés. Ainsi, dans un tel contexte ces trois activités nécessitent plus de préparations comme « se laver » et s'inscrivent dans la même division générationnelle et sexuelle du travail domestique dans certaines familles ;

« utiliser les moyens de transport est tout autre chose. Le transport public (bus) est inexistant. Le transport privé est essentiellement constitué de taxi. Les cyclomoteurs/motocyclettes constituent les moyens de transports appartenant aux individus ou aux familles.

Les difficultés des personnes âgées reviennent à pouvoir monter et descendre toutes seules sur ces engins et/ou à pouvoir s'asseoir en équilibre²⁹ lorsque l'engin est en circulation ;

« utiliser le téléphone, la radio ou le téléviseur ». A ce niveau signalons d'abord le grand décalage entre notre item et celui du SMAF original. Utiliser le téléphone dans le SMAF original mesure la capacité des personnes âgées à utiliser un moyen d'émission et de réception de messages, d'informations privées/personnelles. En ajoutant la radio et le téléviseur au téléphone (qui n'existe à domicile que chez 53% de notre échantillon total), nous avons cherché à explorer leurs capacités à manipuler les appareils de réception d'information publique, de sensibilisation et d'actualité. Tout compte fait, les limitations des personnes âgées à utiliser le téléphone, la radio ou le téléviseur, s'expliquerait par leurs difficultés à manipuler les nouvelles technologies de l'information et de la communication ;

« faire les courses » revient le plus souvent à participer aux événements sociaux des parents, amis et voisins. Une bonne partie des autres courses étant assurée par la division générationnelle et/ou sexuelle du travail domestique. Par ailleurs, l'incapacité dans l'item faire les courses est influencée par la mobilité, la communication et la fonction mentale. C'est aussi l'indication que les différents items/incapacités ou domaines du SMAF peuvent s'influencer, que les incapacités fonctionnent comme des vases communicants. Des limitations dans la MOB peuvent influencer des limitations dans les AVD, les AVQ, etc. L'incapacité fonctionnelle est souvent un fait total qui imbrique plusieurs dimensions plus ou moins indépendantes.

Par ailleurs, nous avons observé que pour ce qui concerne « préparer les repas, faire la lessive, entretenir la maison », 66% à 82% de personnes âgées sont en dépendance totale dans ces activités. En réalité, certaines d'entre elles ne sont pas dans un état de santé physique si dégradé qui les empêche d'exécuter ces activités au moindre degré. Elles en sont exemptées du fait de la division générationnelle et sexuelle du travail domestique³⁰.

²⁹ Selon Diagana et al. une grande partie des personnes âgées de plus de 80 ans (45% des femmes et 61% des hommes) peuvent encore prendre les transports en commun dans huit pays africains. Dans notre étude, seul 14% (6/43) des personnes de plus de 80 ans ont déclaré emprunté réellement les moyens de transport sans une surveillance ou aide quelconque.

³⁰ Le SMAF mesure la capacité/incapacité fonctionnelle des personnes âgées c'est-à-dire les activités ou tâches qu'elles accomplissent concrètement ou non. Il ne mesure pas la «capabilité» fonctionnelle (ce que les personnes âgées peuvent faire,

L'état de santé physique d'autres ou leurs incapacités dans d'autres domaines ne leur permettent pas d'exécuter ces activités. Quelle que soit la raison pour laquelle elles n'exécutent pas ces activités, ces personnes âgées restent dépendantes des ressources familiales dont elles bénéficient d'une aide totale. Ce qui voudrait dire que si ces ressources humaines venaient à diminuer ou à s'absenter, ces personnes auront des grandes difficultés dans ces activités.

Grâce aux soutiens familiaux, le taux d'handicap est nul chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso et toutes les personnes âgées sont autonomes dans les AVQ et les AVD. Ces personnes vivent dans des ménages de 10 personnes en moyenne qui sont le plus souvent enclins à les assister. Or, les transitions démographique, socioculturelle et économique que le Burkina Faso est en train de connaître montrent que ces ressources vont diminuer. La division générationnelle et/ou sexuelle du travail domestique est en mutation, les frontières des prescriptions et des proscriptions socioculturelles liées aux travaux domestiques s'effritent dans les familles. Ce qui signifie que les personnes âgées, les structures publiques, communautaires, confessionnelles doivent commencer à se préparer pour prendre la relève et assurer le déficit qui sera causé par la « démission » de la famille (expression de certains auteurs), nous préférons parler de l'évolution adaptative des missions de la famille selon les contextes.

Il faudra retarder autant que possible cette « démission » (évolution négative des missions familiales). Par ailleurs, les réflexions sur l'hébergement des personnes âgées à faible ressources humaines dans les institutions (maisons dites de repos) (15) devraient véritablement commencer car le système familial qui les soutient est parfois défaillant et les personnes âgées en meurent.

La généralisation des résultats de cette étude aux personnes âgées du Burkina Faso est difficile à cause de la spécificité socioculturelle de Bobo-Dioulasso (ville à majorité musulmane, espace géographique favorable à la cohabitation intergénérationnelle). Le taux de personnes âgées vivant seul est très faible dans cette localité et dans cette étude. Ainsi, les personnes âgées sans ressources humaines (parents, amis, voisins) n'ont pas été trouvées dans cette étude. Par ailleurs, il est aussi possible que les scores AVQ et AVD aient été sous évalués car, dans la majorité des cas, ce sont les personnes âgées elles-mêmes qui ont répondu au questionnaire.

qu'elles le fassent ou non). Ainsi, durant l'administration du SMAF nous avons enregistré en incapacité fonctionnelle, toutes ces personnes âgées qui nécessitent de la surveillance de l'aide partielle ou totale ou qui n'exécutent pas du tout ces activités quelle que soit la raison. Que ces personnes soient réellement capables de le faire ou non, le non-accomplissement de ces activités est considéré comme une incapacité/dépendance qui a des coûts physique, social et économique pour la famille. C'est un facteur qui pourrait aussi expliquer les besoins d'aide ou la prévalence des incapacités modérées à graves dans les AVQ et/ou les AVD ou dans les activités instrumentales.

Conclusion

D'une façon générale, à Bobo-Dioulasso, le besoin de surveillance ou d'aide dans les AVQ est faible (7% de la population totale des personnes âgées) et relativement élevé dans les AVD (86%). Les incapacités fonctionnelles ne sont pas si profondes chez les personnes âgées. Au Burkina Faso, les résultats du RGPH 2006 montraient qu'une bonne partie des personnes âgées exerçaient encore une activité génératrice de revenu dans le domaine de l'agriculture, de l'élevage, la pêche, les services, le commerce (20).

A Bobo-Dioulasso, dans certaines familles, il existe encore une division générationnelle et/ou sexuelle du travail domestique ou une prescription/proscription socioculturelle du travail domestique selon l'âge et/ou le sexe. Cette division accepte difficilement qu'une personne âgée surtout un homme âgé prépare ses repas, fait la lessive, transporte de l'eau pour se laver, etc. la variabilité de cette division dans les familles et sa subjectivité rendent complexe l'évaluation des incapacités fonctionnelles dans les AVD.

Quelles que soient la quantité et/ou la qualité (degré) du besoin d'aide des personnes âgées dans une activité/item ou domaine quelconque, elles disposent toujours de ressources humaines (essentiellement la famille) quasi-stable pour le gérer. Bobo-Dioulasso, le Burkina Faso ou l'Afrique subsaharienne seront confrontés à un paradoxe ou double défis : l'augmentation des personnes âgées, des incapacités fonctionnelles chez ces personnes et la diminution dans la disponibilité des personnes qui leur apportent les activités de support dans un contexte où les soins formels médicaux et sociaux seront très peu développés. Il faut donc élaborer des stratégies visant à 1) retarder la « démission » de la famille dans la prise en charge de ses personnes âgées en incapacités fonctionnelles ; 2) anticiper la préparation des structures publiques, communautaires, confessionnelles à intervenir aux domiciles des personnes âgées disposant de ressources humaines de faible qualité.

Références

1. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. Bull World Health Organ 2004;82(4):251-8.
2. WHO. ICF: International classification of functioning, disability and health. Geneva: WHO; 2001.
3. Sauze L. La transition thérapeutique, une révolution culturelle. Les Tribunes de la santé 2010;26(1):125-134.

4. Kuate-Defo B. Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun. *Cahiers québécois de démographie* 2005;34(1):1-46.
5. Buekens P, Breart G, Cot M, Leveque A, Massougbdji A, Lopez MH. [Global health: a globalized public health]. *Rev Epidemiol Sante Publique*;59(2):73-5.
6. Diagana M, Preux PM, Druet-Cabanac M, Macharia W, Kabore J, Avode DG, et al. Le grand âge en Afrique. *African Journal of Neurological Sciences* 2003;22(2):23-34.
7. Ouakam Ouakam JF. Autonomie, dépendance et santé des personnes âgées. Cas du district de Bamako (Mali) [Thèse (Doctorat d'Etat)]. Bamako: Université de Bamako; 2004-2005.
8. Uwakwe R, Ibeh CC, Modebe AI, Bo E, Ezeama N, Njelita I, et al. The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 dementia research group cross-sectional survey. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(9):1620-7.
9. Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(11):1784-9.
10. Allain TJ, Wilson AO, Gomo ZA, Mushangi E, Senzanje B, Adamchak DJ, et al. Morbidity and disability in elderly Zimbabweans. *Age Ageing* 1997;26(2):115-21.
11. Dubuc N, Hébert R, Tousignant M. Du développement à l'implantation des profils Iso-SMAF: une mise à jour. In *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. PRISMA, Edisem, 2004, chapitre 9, p. 177-201. (pdf 142 Ko). In: *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*: Edisem; 2004. p. 177-201.
12. WHO, WB. World report on disability 2011. Report: WHO; 2011.
13. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) MdlEedF, Burkina Faso). Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006, Analyse des résultats définitifs, thème 2: état et structure de la population. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: INSD; 2009 Octobre.
14. Raïche M, Hébert R, Dubois MF, Grégoire M, Bolduc J, Bureau C, et al. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie* 2007;32(3):209-218.

15. Hébert R, Tourigny A, Raïche M. PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Québec: Edisem; 2007.
16. Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La Revue de Gériatrie 2003;Tome 28(4).
17. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. Arch Gerontol Geriatr 2006;42(2):191-206.
18. Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N, Kalfat H, Colvez A, Delli-Colli N. Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. Arch Gerontol Geriatr 2003;37(3):223-33.
19. Rai GS, Gluck T, Wientjes HJ, Rai SG. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): a measure of functional change with rehabilitation. Arch Gerontol Geriatr 1996;22(1):81-5.
20. Bureau Central du Recensement MdlEedF, Burkina Faso). Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 14:situation socioéconomique des personnes âgées. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009 Octobre.

Remerciements :

Nous remercions chaleureusement 1) le Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (CESS-Canada) qui a autorisé l'utilisation du PRISMA7 et du SMAF (outils sous droit d'auteur) dans le cadre de la thèse de Abdramane BERTHE ; 2) BAMBA Issiaka pour la collecte des données et Mme KY/OUEDRAOGO Bibata pour l'encodage des données ; 3) les personnes âgées ayant participé à cette étude, 4) l'Université Catholique de Louvain (Belgique) pour la bourse d'étude de Abdramane BERTHE, 5) la coopération belge au développement (CUD et DGD) pour le soutien financier au Projet Interuniversitaire Ciblé sur les Personnes Agées au Burkina Faso (PIC-PAB), 6) le Centre Muraz pour la mise en position de stage doctoral de Abdramane BERTHE.

3.2. Les incapacités fonctionnelles dans les domaines de la Mobilité (MOB) de la Communication (COM) et de la Fonction Mentale (FM) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Pour citer ce sous chapitre 3.2. :

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, Drabo M, Badini-Kinda F et Macq J. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé publique 2012;24(5):439-451.

[NB : dans cet article publié dans le RSP 24(5), l'éditeur a choisi son titre court. Mais l'article parle essentiellement des incapacités fonctionnelles dans la MOB, la COM et la FM]

Autres valorisations :

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. L'incapacité fonctionnelle chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 16èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2012 7-11 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2012

Berthé A, Badini-Kinda F, Macq J. L'incapacité fonctionnelle chez les Personnes Agées (PA) à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: Journée des doctorants 2011; 2011 17 novembre; Bruxelles (Belgique): ED-SPSS; 2011

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. Functional disability among elderly people in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 2011 3-7 October; Barcelona (Spain); 2011.

Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Functional disabilities in elderly people living at home in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Abdramane Berthé ^{(1) (2) (3)}, **Lalla Berthé-Sanou** ⁽³⁾, **Blahima Konaté** ^{(2) (3)}, **Hervé Hien** ^{(2) (3) (4)}, **Fatoumata Tou** ^{(2) (3)}, **Serge Somda** ⁽²⁾, **Maxime Drabo** ^{(3) (4) (5)}, **Fatoumata Badini-Kinda** ⁽⁶⁾, **Jean Macq** ⁽¹⁾

Résumé : En Afrique subsaharienne, très peu d'études ont été réalisées sur les incapacités modérées à graves dans les domaines de la mobilité, de la communication et de la fonction mentale chez les personnes âgées vivant à domicile. Les études réalisées n'ont pas toujours décrit le contexte social qui permet de comprendre leurs résultats. Cette étude est réalisée au Burkina Faso pour combler les déficits d'informations scientifiques sur les incapacités dans ces domaines. Nous avons conduit une étude descriptive transversale qui s'est déroulée à Bobo-Dioulasso auprès de la population des personnes de plus de 60 ans. Leur statut fonctionnel a été évalué avec le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF). L'analyse des données a été réalisée à l'aide de Stata. Un échantillon de 351 personnes âgées a été interviewé. Les incapacités fonctionnelles modérées à graves ou les besoins de surveillance ou d'aide étaient de 10 % dans la mobilité, 28 % dans la fonction mentale et 37 % dans la communication. À l'intérieur de chaque domaine, ces proportions variaient selon les activités/items. Toutes les personnes en incapacités affirmaient disposer de ressources humaines quasi-stables pour les aider à gérer leurs incapacités. La famille constituait la principale ressource. La prise en compte du contexte social permet de mieux comprendre ces résultats. Les proportions d'incapacités trouvées dans cette étude sont supérieures à celles des études précédentes qui ont souvent mesuré les incapacités graves. Une bonne visibilité des incapacités modérées à graves devrait permettre la conception de bonnes politiques de soins et de supports aux personnes âgées.

Mots-clés : Personne âgée - incapacité - soutien domicile - politique en faveur des personnes âgées - Afrique de l'Ouest.

(1) Institut de Recherche Santé et Société - Université de Bruxelles - 30 clos chapelle aux champs (B-3013) - 1200 Bruxelles - Belgique.

(2) Centre Muraz - 01 BP 390 Bobo-Dioulasso 01 - Burkina Faso.

(3) Association Burkinabè de Santé Publique (ABSP) - 01 BP 3718 - Ouagadougou 01 - Burkina Faso.

(4) Institut de Recherche en Sciences de la Santé - Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) - 01 BP 545 Bobo-Dioulasso 01 - Burkina Faso.

(5) Laboratoire National de Santé Publique (LNSP) - 09 BP 24 - Ouagadougou 09 - Burkina Faso.

(6) Département de Sociologie - Université de Ouagadougou - 03 BP 7021 - Ouagadougou 03 - Burkina Faso.

Summary: *In sub-Saharan Africa, very little research has been conducted on moderate to severe disabilities affecting mobility, communication and mental function in elderly people living at home. The studies that have been conducted have not always described the broader social context, a key factor for understanding and interpreting results. This study was conducted in Burkina Faso and was designed to fill the gaps in our understanding of disability in these areas. A cross-sectional descriptive study was conducted in Bobo-Dioulasso among the elderly population (aged 60 and above). Functional status was assessed using the Functional Autonomy Measurement System (SMAF). Data analysis was performed using Stata software. Interviews were conducted with a systematic random sample of 351 elderly adults. Moderate to severe functional disability or the need for supervision or assistance were related to mobility in 10% of cases, to mental function in 28% of cases and to communication in 37% of cases. The need for assistance varied according to the different activities or items in each domain. The rates of disability in this study were higher than those found in previous studies, which have often assessed severe disabilities. All individuals affected by disability stated that they had a stable support network to manage their disability. Families were found to be the primary source of support. The results can be explained by the social context. A good visibility of moderate to severe disabilities should contribute to the development of effective policies to provide care and support to the elderly.*

Keywords: The elderly - disability evaluation - old age assistance - social support - sub-Saharan Africa.

Introduction

En Afrique Subsaharienne, les formes d'incapacités fonctionnelles les plus connues et mesurées restent les incapacités graves dans les domaines de la Mobilité (MOB), de la Communication (COM) et de la Fonction Mentale (FM). Elles sont le plus souvent dénombrées dans toutes les couches sociales lors de la plupart des recensements démographiques. Au Burkina Faso par exemple, les résultats du dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006 a trouvé un taux de handicap grave de 7 % chez les personnes âgées [1, 2]. Les types d'handicaps recensés étaient : membres supérieurs (0,27 %), membres inférieurs (1,21 %), déficience mentale (0,46 %), aveugle (2,73 %), sourd/muet (0,61 %) et autres (1,78 %) [1, 2]. Ces statistiques du handicap grave au Burkina Faso occultent ces incapacités (ou « handicaps ») modérées (par domaine ou activité) dont la prise en compte pourrait être bénéfique pour le système de soins médicaux et sociaux.

Selon Diagana *et al.* [3] (étude réalisée au Bénin, Burkina Faso, Burundi, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Togo et Tunisie, de 1991 à 1994), chez les personnes âgées de plus de 80 ans, la mobilité (marcher sur 500 m, monter 10 marches d'escaliers) était bonne de même que la FM (la mémoire, le comportement, les humeurs) ou la COM (suivre une conversation, lire un journal et regarder la télévision).

Au Zimbabwe, Allain *et al.* [4] avaient noté que sur le plan de la mobilité, 1 % des personnes âgées de leur étude ne pouvait pas marcher, 7 % avaient besoin d'aide pour le faire et 58 % avaient des difficultés dans la marche mais le faisaient sans aide. Dans le domaine de la COM, 67 % avaient des problèmes de vision (51 % avaient des maux d'yeux et 10 % portaient des verres correcteurs), 20 % avaient des problèmes d'audition. Allain *et al.* [4] citent Matuja et Ndosi [5] en Tanzanie, Clausen et Sandberg [6] au Botswana et signalent que 8 % des personnes âgées étaient aveugles (elles ne peuvent pas compter les doigts) dans ces pays.

D'une façon générale, il y a eu très peu d'études sur les incapacités modérées à graves (incapacités qui nécessitent de la surveillance, de l'aide partielle ou totale) dans les domaines de la MOB, de la COM et/ou de la FM en Afrique subsaharienne. Et les études réalisées n'ont pas toujours décrit l'environnement de ces incapacités. Or, on ne comprend mieux les taux des incapacités qu'en décrivant les contextes locaux qui les produisent et/ou les gèrent.

Cette étude descriptive des incapacités dans la MOB, la COM et/ou la FM est réalisée au Burkina Faso pour : 1) combler les déficits d'informations scientifiques sur les incapacités dans la MOB, la COM et la FM chez les personnes âgées, 2) contribuer à la visibilité de ces incapacités et à leur prise en compte dans les programmes de soins et de développement dans ce pays, 3) contribuer à la compréhension scientifique des incapacités chez les personnes âgées.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude transversale auprès d'un échantillon de personnes âgées de 60 ans ou plus à Bobo-Dioulasso, (Burkina Faso). En 2006 [7], cette ville comptait 489 967 habitants dont 18 130 (3,7 %) âgés de 60 ans ou plus constituent la population d'étude. Pour étudier et évaluer les incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso, nous avons utilisé un outil développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé, le SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle). Le SMAF est sous droit d'auteur et ne peut être utilisé sans l'autorisation du Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (Canada). Il mesure de façon graduelle à la fois l'incapacité (limitation fonctionnelle correspondant à toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité ou tâche), la disponibilité et le type de ressources, la stabilité des ressources, l'autonomie (équilibre entre l'incapacité et les ressources pour pallier l'incapacité) et le handicap (une incapacité non compensée par l'utilisation de ressources suffisantes) [8- 13]. Il évalue les incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées dans cinq domaines : Activités de la Vie Quotidienne (AVQ, 7 items) ; Mobilité (MOB, 6 items), Communication (COM, 3 items), Fonction Mentale (FM, 5 items) et Activités de la Vie Domestique (AVD, 8 items). Il est donc composé de 29 items/ activités ou tâches. Pour chaque item, le niveau d'incapacité est évalué entre 0 (autonome ou en bonne capacité fonctionnelle) et 3 (dépendant entièrement d'autrui pour que l'activité soit exécutée). Dans cette étude, les intervalles de score d'incapacités modérées à graves sont : [15-87] pour le SMAF ; [4-21] pour les AVQ ; [3,5-18] pour la MOB ; [2-9] pour la COM ; [3-15] pour la FM et [4,5-24] pour les AVQ. Pour chaque item le score d'incapacités modérées à graves varie de 1 à 3. Les incapacités dans les AVQ et les AVD feront l'objet d'un autre article.

Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire stratifié. Les personnes de plus de 60 ans vivant dans les trois arrondissements de la ville (Dafra, Do et Konsa) ainsi que les différents secteurs qui les composent ont constitué la base de sondage. Le choix des concessions par secteur a été fait au moyen

d'un tirage systématique en raison d'un pas de 5 et à partir du centre du secteur. La première concession à visiter a été déterminée suivant la direction d'une bouteille pivotée dans le sens de l'aiguille d'une montre. Dans chaque concession sélectionnée, s'il n'y avait qu'une seule personne âgée, celle-ci était systématiquement retenue. Un tirage au hasard sans remise a été utilisé lorsqu'il y avait plus d'une personne âgée. Les personnes âgées sélectionnées et absentes ont été recherchées deux fois et ont été remplacées en cas d'absence à la 3^e visite.

Nous avons calculé une taille d'échantillon de 377 personnes à interroger à partir de la population des personnes âgées de Bobo-Dioulasso ($n = 18\,130$) ; avec une prévalence d'incapacités fonctionnelles attendues de 50 %. La précision ou marge d'erreur a été fixée à 5 % et le degré de confiance à 95 %. Le nombre de personnes à interroger dans chacun des trois arrondissements a été proportionnel au nombre de ménages dans les secteurs géographiques habités.

La participation a été libre et volontaire et les cas de refus malgré la lecture de la lettre d'information pour l'obtention du consentement éclairé n'ont pas été remplacés. Le protocole de recherche a été soumis au Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso.

Un seul enquêteur a administré le SMAF à l'ensemble des participants. Il a été formé et a réalisé deux pré-tests avant la collecte des données. Ces pré-tests ont permis d'adapter davantage quelques items au contexte local. Suite aux pré-tests du SMAF (version originale), quelques items ont été modifiés pour les adapter au contexte local. Ce fut le cas de : 1) se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur qui est devenu se déplacer à l'aide de la canne ou de fauteuil roulant dans la concession ; 2) utiliser les escaliers qui est devenu utiliser la terrasse ; 3) utiliser le téléphone qui est devenu utiliser le téléphone, la radio ou le téléviseur ; 4) gérer son budget qui est devenu gérer son budget ou ses biens matériels. Tous les questionnaires remplis ont été vérifiés. Le masque de saisie des données a été conçu à l'aide du logiciel CSPro 4. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata 11 SE.

Résultats

La participation à l'étude a été proposée à 377 personnes âgées, 362 ont commencé à répondre et 351 ont répondu à toutes les questions du SMAF. Certaines ont totalement refusé de participer à l'étude sans se justifier. D'autres ont arrêté de répondre parce qu'elles trouvaient que le questionnaire était long. D'autres aussi ont suspendu leur participation pour gérer des urgences sociales et n'ont plus jamais été retrouvées par l'enquêteur pour une absence répétée à domicile, déménagement provisoire dans une autre famille en deuil ou en fête ou pour raison de voyage. Cependant avec les 351, l'échantillon est resté représentatif de la population âgée de Bobo-Dioulasso.

La majorité des personnes de notre échantillon ($n = 351$) est âgée de 60 à 75 ans (80 %, âge moyen de 68 ans). L'âge a été déterminé à l'aide de la carte d'identité nationale, de l'acte de naissance, du livret de famille, du carnet de santé ou, le cas échéant, à partir de la déclaration des répondants. En majo-

rité, les enquêtés étaient de sexe féminin (59 %), analphabètes (68 %), mariées (50 %), propriétaires de leur maison (84 %), sans revenu régulier (62 %), musulmans (72 %). En moyenne, ces personnes ont sept enfants, habitent dans des cours/concessions (parcelles à usage d'habitation) de deux ménages, vivent dans leur propre ménage avec 10 personnes, vivent dans la ville de Bobo-Dioulasso depuis 47 ans et dans leur secteur géographique depuis 36 ans.

La prévalence des incapacités fonctionnelles multidimensionnelles modérées à graves était de 32 % ([26,79 – 36,77] CI 95 %). La prévalence des incapacités fonctionnelles modérées à graves variait selon les dimensions/ domaines : elle était de 7 % ([4,66 – 10,33] CI 95 %) dans les AVQ, 10 % ([7,04 – 13,59] CI 95 %) dans la MOB, 28 % ([23,56 – 33,23] CI 95 %) dans la FM, 37 % ([32,25 – 42,61] CI 95 %) dans la COM et 86 % ([81,65 – 89,24] CI 95 %) dans les AVD. Les personnes âgées en incapacités fonctionnelles modérées à graves (n = 111) étaient en incapacités dans la MOB (80 %), la COM (77 %) et la FM (66 %) et 39 % l'étaient à la fois dans ces trois domaines. Ainsi, la MOB, la COM et la FM regroupaient l'ensemble des personnes âgées en incapacités modérées à graves de l'échantillon.

Les incapacités fonctionnelles dans le domaine de la MOB

Dans le domaine de la MOB, l'intervalle de scores de l'ensemble des personnes âgées (n = 351) s'étendait de 0 à 14. Leur score MOB moyen ([0,72 – 1,18] IC à 95 %) était 1/18 et 10 % présentait des incapacités modérées à graves (score MOB $\geq$ 3,5) donc des besoins de surveillance ou d'aide. Le score moyen de ces derniers était 7/18.

De façon détaillée, les proportions des incapacités modérées à graves se présentaient comme suit : circuler à l'extérieur (11 %), utiliser la canne (4 %), transfert (4 %), marche à l'intérieur (2 %), utiliser la terrasse (2 %) et utiliser la prothèse (0 %). Le tableau I présente la variation de ces proportions par item.

Tableau I : Incapacités fonctionnelles dans le domaine de la MOB chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso (n = 351)

1. Transferts (du lit vers le fauteuil ou à la chaise avec ou sans bras et la position debout et vice versa)	
0 = Se lève, s'assoit et se couche seul = 69 %	
0,5 = Avec difficulté = 27 %	
1 = Se lève, s'assoit et se couche seul mais doit être stimulé ou surveillé ou guidé dans ses mouvements : = 2 %	
2 = A besoin d'aide pour se lever, s'asseoir et se coucher : = 2 %	
3 = Grabataire (doit être levé et couché en bloc) = 0 %	
2. Marcher à l'intérieur (dans la maison et se rendre sur la terrasse)	
0 = Circule seul (avec ou sans canne, marchette) = 89 %	
0,5 = Avec difficulté = 9 %	
1 = Circule seul mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille dans certaines circonstances ou démarche non sécuritaire = 1 %	
2 = A besoin d'aide d'une autre personne = 0 %	
3 = Ne marche pas = 1 %	
Précision : marche avec canne = 7 % – marche avec marchette = 0 %	
3. Installer une prothèse ou orthèse	
0 = Ne porte pas de prothèse ou son orthèse = 100 %	
1 = Installe seul sa prothèse = 0 %	
1,5 = Avec difficulté = 0 %	
2 = A besoin qu'on vérifie l'installation de sa prothèse ou de son orthèse ou a besoin d'une aide partielle = 0 %	
3 = La prothèse ou l'orthèse doit être installée par une autre personne = 0 %	

Tableau I : Incapacités fonctionnelles dans le domaine de la MOB chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso (n = 351) (suite)**4. Se déplacer à l'aide de canne/béquille dans la cour/concession**

0 = N'a pas besoin de canne/béquille pour se déplacer = 87 %

1 = Se déplace seul avec une canne = 4 %

1,5 = Avec difficulté = 5 %

2 = Nécessite qu'une personne le surveille avec sa canne ou nécessite qu'une personne l'aide à se déplacer dans la cour/concession = 1 %

3 = Ne peut utiliser de canne (doit être transporté en civière) = 3 %

Précision : Utilise une béquille = 7 % – Une personne l'aide à se déplacer dans la cour/concession en lui tenant la main = 6 %

5. Utiliser la terrasse

0 = Monte et descend de la terrasse seul ou n'a pas de terrasse chez elle = 88 %

0,5 = Avec difficulté = 10 %

1 = Monte et descend de la terrasse mais nécessite qu'on le guide, stimule ou surveille ou monte et descend de la terrasse de façon non sécuritaire = 0 %

2 = Monte et descend de la terrasse avec l'aide d'une autre personne = 1 %

3 = N'utilise pas la terrasse (mais a la terrasse chez elle) = 1 %

6. Circuler à l'extérieur (dans sa rue)

0 = Circule seul en marchant (avec ou sans canne, prothèse, orthèse) = 83 %

0,5 = Avec difficulté = 6 %

1 = Utilise seul un fauteuil roulant ou un triporteur/quadrporteur une ou voiturette = 0 %

1,5 = Avec difficulté ou circule seul en marchant mais nécessite qu'on le guide stimule ou surveille dans certaines circonstances ou démarche non sécuritaire = 0 %

2 = À besoin de l'aide d'une autre personne pour marcher ou utiliser une voiturette = 0 %

3 = Ne peut circuler à l'extérieur (doit être transporté sur civière) = 11 %

Les incapacités fonctionnelles dans le domaine de la COM

Dans le domaine de la COM, l'intervalle de scores de l'ensemble des personnes âgées (n = 351) s'étendait de 0 à 3. Leur score COM moyen ([0,39 – 0,54] IC à 95 %) était 0,4/9 et 37 % présentaient des incapacités modérées à graves (score COM $\geq$ 1) donc des besoins de surveillance ou d'aide. Le score moyen de ces derniers était 1,24/9.

Le classement décroissant des items selon ces proportions se présentait comme suit : voir (34 %), entendre (8 %) et parler (2 %). Le tableau II détaille la variation de ces proportions par activité.

Tableau II : Incapacités fonctionnelles dans le domaine de la COM chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso (n = 351)**1. Voir**

0 = Voit de façon adéquate avec ou sans verres correcteurs = 66 %

1 = Troubles de vision mais voit suffisamment pour accomplir les activités quotidiennes = 32 %

2 = Ne voit que le contour des objets et nécessite d'être guidé dans les activités quotidiennes = 1 %

3 = Aveugle = 1 %

Précision : port permanent de verres correcteurs = 1 %

2. Entendre

0 = Entend convenablement et sans appareil auditif = 92 %

1 = Entend ce qu'on lui dit à la condition de parler fort = 8 %

2 = N'entend que les cris ou que certains mots ou lit sur les lèvres ou comprend par gestes = 0 %

3 = Surdité complète et incapacité de comprendre ce qu'on veut lui communiquer = 0 %

3. Parler

0 = Parle normalement = 98 %

1 = A une difficulté de langage mais réussit à exprimer sa pensée = 2 %

2 = A une difficulté grave de langage mais peut communiquer certains besoins primaires ou répondre à des questions simples (oui, non) ou utilise le langage gestuel = 0 %

3 = Ne communique pas = 0 %

Les incapacités fonctionnelles dans le domaine de la FM

Dans le domaine de la FM, l'intervalle de scores de l'ensemble des personnes âgées ($n = 351$) s'étendait de 0 à 9. Leur score FM moyen ($[0,63 - 0,98]$ IC à 95 %) était 1/15 et 28 % présentaient des incapacités modérées à graves (score FM ≥ 1) donc des besoins de surveillance ou d'aide. Le score moyen de ces derniers était 3/15.

La proportion de personnes âgées nécessitant de la surveillance ou de l'aide dans la FM dissimulait la réalité/variation par item de la FM. Le classement décroissant de ces items selon ces proportions se présentait comme suit : mémoire (23 %), comportement (16 %), jugement (12 %), orientation (11 %) et comprendre (6 %). Le tableau III détaille la variation de ces proportions par activité/item.

Tableau III : Incapacités fonctionnelles dans le domaine de la FM chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso ($n = 351$)

1. Mémoire

0 = Mémoire normale = 77 %

1 = Oublie des faits récents (noms de personnes, rendez-vous, etc) mais se souvient des faits importants ou oublie quelquefois = 23 %

2 = Oublie régulièrement des choses de la vie courante (avoir pris ses médicaments, rangement des effets personnels, avoir pris un repas, ses visiteurs...) = 0 %

3 = Amnésie quasi-totale = 0 %

2. Orientation

0 = S'oriente bien par rapport au temps, à l'espace et aux personnes = 89 %

1 = Est quelquefois désorienté par rapport au temps, à l'espace et aux personnes = 11 %

2 = Est orienté seulement dans la courte durée (temps de la journée). Le petit espace (environnement immédiat habituel) et par rapport aux personnes familières = 0 %

3 = Désorientation complète = 0 %

3. Compréhension

0 = Comprend bien ce qu'on lui explique ou lui demande = 94 %

1 = Est lent à saisir des explications ou des demandes = 6 %

2 = Ne comprend que partiellement, même après des explications répétées ou est incapable de faire des apprentissages = 0 %

3 = Ne comprend pas ce qui se passe autour de lui = 0 %

4. Jugement

0 = Évalue les situations et prend des décisions sensées = 88 %

1 = Évalue les situations et nécessite des conseils pour prendre des décisions sensées = 6 %

2 = Évalue mal les situations et ne prend des décisions sensées que si une autre personne les lui suggère = 6 %

3 = N'évalue pas les situations et on doit prendre les décisions à sa place = 0 %

5. Comportement

0 = Comportement adéquat = 84 %

1 = Troubles de comportement mineurs (jérémiades, entêtement) qui nécessitent une surveillance occasionnelle ou un rappel à l'ordre ou une stimulation = 16 %

2 = Troubles de comportement qui nécessitent une surveillance plus soutenue (agressivité envers elle-même ou les autres, dérangement des autres, errance, cris constants) = 0 %

3 = Dangereux, nécessite des contentions ou essaie de blesser les autres ou de se blesser ou tente de se sauver = 0 %

Les ressources humaines pour gérer les incapacités, leur stabilité et le handicap fonctionnel chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso

Les personnes âgées (100 %) exprimant des besoins d'aide dans la MOB, la COM et/ou la FM ont affirmé avoir les ressources humaines disponibles pour les aider à satisfaire ces besoins. Ces ressources étaient stables dans la

quasi-totalité des cas et étaient quasi exclusivement constituées par les membres de la famille, quelques rares fois des aides ménagères, voisins ou amis. Le score de handicap (défini comme une absence de ressources pour combler l'incapacité) était nul dans ces trois domaines du SMAF.

Discussion

En 2006, 3,7 % de la population totale de Bobo-Dioulasso avaient 60 ans ou plus [7]. En 2011, les incapacités fonctionnelles modérées à graves ou le besoin de surveillance, d'aide partielle ou totale étaient présentes chez le tiers (32 %) de cette population âgée dans l'ensemble des domaines du SMAF et particulièrement chez 10 % dans la MOB, 37 % dans la COM et 28 % dans la FM. Ce besoin d'aide variait selon les items de chaque domaine. C'est surtout dans « voir » (34 %) et mémoire (23 %) que les personnes âgées avaient plus besoin d'aide. C'est une évidence scientifique et même profane : la vision et la mémoire diminuent avec l'âge.

Dans la MOB, excepté « utiliser la canne et circuler à l'extérieur », moins de 10 % des personnes âgées ont exprimé un besoin d'aide dans toutes les autres activités. Visiblement, utiliser les prothèses ou orthèses n'était pas une préoccupation des personnes âgées dans le contexte de Bobo-Dioulasso. Une seule personne âgée utilisait une prothèse et le faisait seul. Cela ne signifierait pas pour autant que les personnes âgées n'avaient pas besoin de prothèse ou d'orthèse mais simplement que ces produits sont peu prescrits aux personnes âgées et peu accessibles culturellement et financièrement. Manger avec des prothèses dentaires par exemple n'est pas encore bien ancré dans la culture locale. De même, utiliser la terrasse ne préoccupait que 2 % de cette population âgée. Parmi les 98 % ne rencontrant pas de difficulté, certains n'avaient pas de terrasse chez eux ou en avaient à même le sol. D'autres en avaient mais ne devaient monter qu'une, deux, trois ou cinq marches. En général à Bobo-Dioulasso, les fondations des maisons ne sont pas si élevées par rapport au niveau du sol. Parvenir à quitter leur chambre et arriver au salon et/ou sur la terrasse, cet espace de rencontre/causerie familiale (marcher à l'intérieur), n'était pas une grande difficulté pour la quasi-totalité des personnes âgées. Non seulement la distance à parcourir n'était pas longue mais aussi il y avait rarement une ou des marches à monter ou à descendre. Seulement 2 % avaient besoin d'aide pour y parvenir. Tout comme les précédentes activités de la MOB, le transfert (du lit vers le fauteuil, etc.) ne comptait que peu de personnes âgées (4 %) ayant besoin d'aide. De même, peu de personnes âgées (4 %) avaient un besoin d'aide dans l'usage régulier de la canne pour les déplacements domestiques. La canne n'était pas un support de nécessité chez les personnes âgées, 88 % s'en passaient dans leurs déplacements domestiques. Cependant, la canne est localement, économiquement et culturellement très accessible. Il en existe en bois (travaillé par le menuisier ou branche d'arbre), en fer, etc. En réalité, dans la MOB, c'est pour circuler à l'extérieur (dans la rue sur une distance de plus de 20 m) qu'on enregistrerait le plus de personnes âgées ayant besoin de surveillance ou d'aide dans la MOB (11 %). Dans les quartiers populaires de Bobo-Dioulasso, la rue constitue cet espace de rencontre/causerie entre les riverains. Il est courant d'apercevoir les

individus dans la rue, à partir de l'après-midi. Ils s'asseyent en petit groupe de causerie pour échanger sur divers sujets et/ou pour observer, échanger avec les passants. La rue est à la fois un espace de socialisation et de divertissement. Les personnes âgées s'asseyent alors souvent dans la rue pour les mêmes fins et/ou traversent régulièrement la rue pour les lieux de cultes ou les courses. Ne pas voir une personne dans la rue de façon durable est souvent signe de « mauvais état de santé » chez ladite personne et l'absence prolongée dans la rue peut attirer la visite d'autrui chez soi. Les sujets sociaux n'accèdent pas ou ne traversent pas leur rue que lorsqu'ils sont empêchés par un événement, le plus souvent malheureux. C'est ainsi, qu'il est important pour les personnes âgées d'y accéder régulièrement avec ou sans aide. Celles qui ont besoin d'aide pour circuler à l'extérieur (parvenir dans la rue) reçoivent le soutien d'un membre de la famille. Le plus souvent, les après-midi, ce sont les jeunes (enfants ou petits-enfants) qui sont chargés de déposer la chaise de la personne âgée dans la rue (juste devant la porte de la concession) ; de lui tenir la main, ou la canne pour la conduire et l'installer dans la chaise, de la surveiller dans la rue et de la faire rentrer dans la concession au crépuscule. Toutefois, en cas d'incontinence fécale et/ou urinaire permanente, les personnes âgées n'accèdent plus à la rue. Il arrive quelquefois que la famille les cache pour les mettre à l'abri du regard d'autrui (voisins, visiteurs et usagers de la rue). L'incontinence est associée à la honte.

En somme, dans le contexte de Bobo-Dioulasso, les limitations dans la MOB ne concernaient que 10 % des personnes âgées. Selon les résultats du RGPH [1, 2] 0,27 % des personnes âgées avaient des limitations fonctionnelles graves au niveau des membres supérieurs et 1,21 % en avaient au niveau des membres inférieurs. Depuis 2003, Diagana *et al.* [3] avaient noté que chez les personnes âgées de plus de 80 ans (dans huit pays africains), la mobilité était bonne avec : 1) une possibilité de marcher sur 500 m sans aide dans 50 à 60 % des cas selon les pays ; 2) une facilité de monter 10 marches d'escaliers dans 38 à 50 % des hommes et 10 à 37 % des femmes. Ils avaient ajouté que les personnes âgées parvenaient à tenir les objets des deux mains et à utiliser des clés pour ouvrir et fermer une porte. L'aspect de dos courbé et d'épaules tombantes en avant a été très souvent noté. Allain *et al.* [4] avaient noté la relative bonne capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la MOB au Zimbabwe (seulement 8 % avaient besoin d'aide pour marcher).

Dans le domaine de la COM, très peu de personnes âgées avaient des besoins de surveillance ou d'aide pour parler (2 %) et/ou entendre (8 %). D'ailleurs, l'offre et la demande s'influençant mutuellement, les appareils auditifs ne sont pas encore vulgarisés dans ce contexte. À l'opposé, avec ou sans verres correcteurs, 34 % des personnes âgées avaient un besoin d'aide pour voir, item de la COM qui a enregistré le plus de besoin d'aide. À notre avis, la COM est un des principaux domaines de la capacité/incapacité fonctionnelle. Et dans la COM, voir est cet item/activité qui influencerait la plupart des autres items/activités des différents domaines mesurés par le SMAF. Une incapacité modérée à grave dans « voir » pourrait jouer sur les capacités/incapacités dans les AVQ, les AVD, la MOB et probablement dans la FM. Heureusement pour les personnes âgées et la société globale, les

scores dans la COM n'étaient pas graves. Autrement dit, les différents items/incapacités ou domaines du SMAF peuvent s'influencer. Les incapacités fonctionnent comme des vases communicants. Des limitations dans la COM peuvent influencer des limitations dans les MOB, la FM ou autres. L'incapacité fonctionnelle est souvent un fait total qui imbrique plusieurs dimensions plus ou moins indépendantes. Par ailleurs, certaines incapacités peuvent être innées ou antérieures au vieil âge. Un accident de la circulation, une chute ou une maladie chronique peuvent entraîner des incapacités dans la MOB, la COM ou la FM avant 60 ans. Les incapacités peuvent s'aggraver durant les épisodes morbides des enquêtes.

Au Burkina Faso, chez les personnes âgées, les incapacités dans la communication sont légères ou modérées. Selon les résultats du RGPH [1, 2], en 2006, 3 % des personnes âgées étaient aveugles et 1 % était sourd et/ou muet. Selon Diagana *et al.* [3], 80 % des personnes âgées d'au moins 80 ans des huit pays africains de leur étude pouvaient suivre facilement une conversation, 40 % pouvaient reconnaître une personne qui avance vers eux et 35 à 40 % lisaient facilement un journal ou regardaient la télévision. En se référant à Foster et Johnson [14], Narita et Taylor [15], Allain *et al.* attirent l'attention des acteurs et décideurs en signalant que la cécité est un problème préoccupant dans les pays en développement et que d'une façon générale elle est en augmentation dans le monde.

Dans la FM, 6 % des personnes âgées avaient des besoins de surveillance ou d'aide pour comprendre ce qui se passait autour d'elles. Elles étaient lentes à comprendre les faits qu'on leur expliquait. Ces réponses émanaient le plus souvent des personnes âgées elles-mêmes et/ou des membres de leur entourage qui les avaient quelques fois assistés lors de l'administration du SMAF. Lors de l'administration du SMAF, 78 % des personnes âgées ont répondu toutes seules à l'ensemble des questions, 7 % ont été assistées par un membre de leur entourage et l'entourage a entièrement répondu à la place de 15 % des personnes âgées. Ces dernières ont souvent été absentes au moins 2 fois ou ont été inaccessibles pour toute autre raison. Lorsque les personnes âgées elles-mêmes répondaient aux questions liées à la FM, le plus souvent elles ajoutaient que ce sont les réactions (le *feedback*) de l'entourage qui leur parvenaient et qui les amenaient à se rendre compte qu'elles comprenaient bien ou lentement, qu'elles oubliaient facilement ou non, etc.

À l'inverse, 10 % ou plus ont exprimé des besoins de surveillance ou d'aide dans les items orientation, jugement, comportement et mémoire. Sans l'aide de leur entourage, elles (11 %) ne pouvaient pas souvent s'orienter par rapport à l'espace (difficulté à repérer l'Est pour les prières chez les musulmans), au temps de la journée (matin, midi, soir), aux personnes qui les entouraient. Aussi, du fait de leur âge, de leur faible capital physique et financier, les personnes âgées étaient de moins en moins les seules personnes à prendre les décisions (jugement) les concernant ou concernant leur famille. La défaillance de la mémoire, de la vue, de l'ouïe avait certainement sa contribution dans cette situation. Du point de vue comportement, 16 % des personnes âgées avaient des troubles mineurs essentiellement composés de jérémiades, d'entêtement, de mesquinerie que leur reprochait leur entourage le plus souvent. Enfin, dans ce domaine, 23 % exprimaient des

besoins de surveillance ou d'aide dans l'item « mémoire ». Ces derniers oubliaient souvent des faits récents, des noms de personnes ou des rendez-vous, etc. mais oubliaient rarement voire jamais les faits importants de leur vie. Comme « voir » dans la COM, dans la FM, la mémoire apparaît comme le principal item dont l'endommagement peut entraîner la dégradation des autres items voire des autres domaines du SMAF. Heureusement encore que le taux de déficience mentale était faible chez les personnes âgées. Selon les résultats du RGPH [1, 2], au Burkina Faso en 2006, 0,46 % des personnes âgées avaient une déficience mentale. Diagana *et al.* [3] étaient parvenus à une observation similaire. Ils ont affirmé que l'exploration de la mémoire des personnes âgées d'au moins 80 ans dans huit pays africains était en général satisfaisante, les opérations mentales se réalisaient sans trop de difficultés ; les troubles de la mémoire se résumaient à l'oubli bénin ou la confusion. Le comportement nocturne était caractérisé par un sommeil jugé correct, rarement agité avec intervalles bruyants et la bonne humeur a été relevée par tous les enquêteurs de leur équipe.

Les personnes âgées ont affirmé disposer toujours de ressources humaines (essentiellement la famille) quasi-stable pour gérer leurs besoins d'aide dans la MOB, la COM et la FM. Cela s'expliquerait par le fait que nous les avons rencontrées à domicile, dans un environnement qui leur est favorable et qui les protège. Cependant les acteurs et décideurs locaux, africains doivent commencer à se préparer pour relever le double défi auquel ils seront confrontés très bientôt : l'augmentation des personnes âgées, des incapacités fonctionnelles chez ces personnes et la diminution des ressources humaines, des soins sociaux que celles-ci leur apportent [16].

La spécificité socioculturelle de Bobo-Dioulasso (ville à majorité musulmane, espace géographique favorable à la cohabitation intergénérationnelle) mérite d'être prise en compte dans la généralisation des résultats de cette étude aux personnes âgées du Burkina Faso. Le taux de personnes âgées vivant seules était très faible dans cette localité et dans cette étude. C'est ainsi que, les personnes âgées sans ressources humaines (parents, amis, voisins) n'ont pas été trouvées dans cette étude. Par ailleurs, il est aussi possible que les scores MOB, COM et FM aient été sous évalués car, dans la majorité des cas, ce sont les personnes âgées elles-mêmes qui ont répondu au questionnaire.

Conclusion

À Bobo-Dioulasso, d'une façon générale, les personnes âgées étaient marquées par des incapacités légères à modérées dans les domaines de la MOB, de la COM et de la FM. Une faible proportion (10 %) était en incapacités modérées à graves (et avait besoin d'aide qu'elle trouvait dans la famille) dans la MOB. Près du tiers (28 %) ou plus du tiers (37 %) en était respectivement dans la FM et/ou la COM. Dans ces derniers domaines, « voir » et la « mémoire » s'étaient révélés être les principaux items ou activités dont la détérioration peut entraîner celles des autres items/activités ou domaines. Beaucoup d'intérêts et d'attentions devront être accordés par les acteurs et les décideurs aux incapacités dans les domaines de la MOB, de la COM et de la FM. Ces incapacités influencent celles des AVQ et des AVD.

Par ailleurs, la mesure des incapacités modérées à graves dans ces trois domaines a montré qu'une proportion non négligeable d'incapacités modérées dans ces domaines était occultée par les études (telle que le RGPH) qui ne recensent ou dénombrent que les incapacités graves. Or, les incapacités modérées ont aussi besoin de surveillance ou d'aide, de soins sociaux, médicaux formels ou informels selon le contexte et les moyens. Une bonne visibilité des incapacités modérées à graves devrait à son tour permettre la conception de bonnes politiques de soins et de supports aux personnes âgées. Et comme le disaient Raïche *et al.* [8] dans une approche populationnelle de santé publique, il y a un grand intérêt à identifier et à prendre en charge les personnes âgées en perte d'autonomie afin d'éviter que leur état ne se détériore. Et dans un système de santé optimale, toutes les personnes âgées présentant des incapacités modérées à graves devraient être identifiées et évaluées, pour mieux concevoir et exécuter les interventions requises.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement 1) le Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (CESS-Canada) qui a autorisé l'utilisation du PRISMA7 et du SMAF (outils sous droit d'auteur) dans le cadre de la thèse de Abdramane Berthé ; 2) Issiaka Bamba pour la collecte des données et M^{me} Ky/Ouedraogo Bibata pour l'encodage des données ; 3) les personnes âgées ayant participé à cette étude, 4) l'Université Catholique de Louvain (Belgique) pour la bourse d'étude de Abdramane Berthé, 5) la coopération belge au développement (CUD et DGD) pour le soutien financier au Projet Interuniversitaire Ciblé sur les Personnes Agées au Burkina Faso (PIC-PAB), 6) le Centre Muraz pour la mise en position de stage doctoral de Abdramane Berthé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bureau Central du Recensement (MdlEedF), Burkina Faso. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 14 : situation socioéconomique des personnes âgées. Rapport, Version électronique. Ouagadougou : Ministère de l'Économie et des Finances ; octobre 2009.
2. Bologo E, Ariste LL. Être âgé et être handicapé. Situation des personnes âgées ayant un handicap au Burkina Faso. Article sous presse 2010.
3. Diagana M, Preux PM, Druet-Cabanac M, Macharia W, Kabore J, Avode DG *et al.* Le grand âge en Afrique. *African Journal of Neurological Sciences* 2003;22(2):23-34.
4. Allain TJ, Wilson AO, Gomo ZA, Mushangi E, Senzanje B, Adamchak DJ *et al.* Morbidity and disability in elderly Zimbabweans. *Age Ageing* 1997;26(2):115-21.
5. Matuja WBP, Ndosi NK. The elderly patients as seen at muhimbili medical center, Tanzania. *East African Med J* 1994;71:142-5.
6. Clausen F, Sandberg E. Morbidity of elderly people at the village level. In : Bruun FJ MM, Coombes Y, editor. *The Situation of the Elderly in Botswana*; 1994. p. 79-91.
7. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) MdlEedF, Burkina Faso. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006, Analyse des résultats définitifs, thème 2 : état et structure de la population. Rapport, Version électronique. Ouagadougou : INSD ; 2009 octobre.
8. Raïche M, Hébert R, Dubois MF, Grégoire M, Bolduc J, Bureau C *et al.* Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie* 2007;32(3):209-18.
9. Hébert R, Tourigny A, Raïche M. PRISMA volume II, L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Québec : Edisem ; 2007.
10. Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie* 2003 ; Tome 28 (4).

11. Dubuc N, Hebert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;42(2):191-206.
 12. Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N, Kalfat H, Colvez A, Delli-Colli N. Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;37(3):223-33.
 13. Rai GS, Gluck T, Wientjes HJ, Rai SG. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): a measure of functional change with rehabilitation. *Arch Gerontol Geriatr* 1996;22(1):81-5.
 14. Foster A, Johnson G. Blindness in the developing world. *Br J Ophthalmol* 1993;77:398-9.
 15. Narita AS, Taylor HR. Blindness in the tropics. *Med J Aust* 1993;159(6):416-20.
 16. Kuate-Defo B. Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun. *Cahiers québécois de démographie* 2005;34(1):1-46.
-

Chapitre 4. L'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

4.1. The best in the world? A study on key actors maintaining elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ou les acteurs de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Valorisations :

Berthé A, Berthé-Sanou L, Somda S, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, Badini-F et Macq J. The best in the world? A study on key actors maintaining elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [6046513799187211, article soumis BMC Public Health le 14 février 2013].

Berthé-Sanou L, Berthé A, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les acteurs du système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile: Analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso. In: 2ème Conférence Scientifique du ROARES; 2013 5-7 mars; Ouagadougou (Burkina Faso): ROARES; 2013.

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé publique 2012;24(5):439-451.

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les incapacités fonctionnelles dans les domaines des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et Domestique (AVD) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).[Article soumis à Annales de Gériatrie le 11 avril 2012.

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. L'incapacité fonctionnelle chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 16èmes Journées des Sciences de la Santé de Bobo-Dioulasso (JSSB); 2012 7-11 mai; Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): ASSB; 2012.

Berthé A, Badini-Kinda F, Macq J. L'incapacité fonctionnelle chez les Personnes Agées (PA) à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: Journée des doctorants 2011; 2011 17 novembre; Bruxelles (Belgique): ED-SPSS; 2011.

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. Functional disability among elderly people in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). In: 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 2011 3-7 october; Barcelona (Spain); 2011.

The best in the world? A study on key actors maintaining elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Abstract

Background

Globally, a significant increase in functional disability among the elderly is expected in the near future. Sub-Saharan Africa will not be exempt from this problem. It is therefore vital to begin considering how countries of this region can best start building or strengthening the care and support system for that target population. To that aim, the objective of this study was to identify the key actors of the social system who maintain elders in functional autonomy while describing the functional status of older people living at home in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Methods

We conducted a longitudinal descriptive study in Bobo-Dioulasso among persons aged 60 and above (351). Their functional status was evaluated using the Functional Autonomy Measurement System (SMAF). Data analysis was done using the statistical software package Stata (SE11).

Results

In Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), 68% (95% CI: 63.23 – 73.21) of seniors have good functional capacity or a slight incapacity and 32% (95% CI: 26.79 – 36.77) have moderate to severe incapacities. Older people die before (3%) or during (14%) moderate to severe disabilities. This would mean that the quality of medical and/or social care is not good for maintaining functional autonomy of older people with moderate to severe disabilities. Two main groups of people contribute to maintain elders in functional autonomy: the elderly themselves and their family. Community, private or public structures for maintaining elders in functional autonomy are non-existent. The social system for maintaining elders in functional autonomy is incomplete and failing. In case of functional handicap at home, the elders die. But stakeholders are not conscious of this situation; they believe that this system is good for maintaining elders in functional autonomy.

Conclusion

It is likely that the absence of formal care and support structure likely shortens the lifespan of severely disabled older people. Stakeholders have not yet looked at this possibility.

The stakeholders should seriously think about: 1) how to establish the third level of actors who can fulfill the needs to maintain elders in functional autonomy that are not satisfied by others (family members or the older individuals themselves), and 2) how to reinforce the role of each actor and the collaboration between the different groups of people of this system.

Keywords: Aged, Disability Evaluation, Disabled Persons, Old Age Assistance, Social Support, Africa South of the Sahara

Background

Population aging is accelerating faster in sub-Saharan Africa than anywhere else [1]. This demographic transition will be followed by an epidemiological transition, with an increase of chronic diseases and of associated functional disability, especially among older people. Given these changes, new strategies will be needed to provide adequate health services and support for older people [2, 3]. A major aspect that will need to be addressed is the management of functional disability. In order to develop appropriate strategies to address this need, it is imperative to identify people suffering from functional disability, to assess the nature and extent of these disabilities and to characterize the existing social support systems that help people to cope with them.

There is a growing interest in research about the global well-being of older people and/or their disabilities within sub-Saharan Africa. Few data exist regarding their functional status. Studies conducted to date [3-11] report a prevalence of disability in older people that varied between 2% and 54%, depending on the country (Botswana, Burkina Faso, Mali, Nigeria, Zimbabwe, etc.) and time (from 1999 to present). Differences in the operational definitions, the targeted disability domains, the population's profile, the data collection tools, the context and even the threshold or degree of disability measured, make difficult to compare or project estimates of older peoples' needs for help across different settings [9-12].

We report here the results of a study conducted in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Its objectives were to describe the functional status of older people living at home in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), and identify the key actors of the social system who maintain elders in functional autonomy. The results are part of a larger study on family support for older people with functional disability, which used the same sample [13].

Methods

We conducted a longitudinal study among a sample of older people, aged 60 or older in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), who still reside at home. In 2006 [14], this town had 489,967 habitants, 18,130 (3.7%) of which are more than 60.

In order to study and evaluate functional disability in this population, we used the SMAF Functional Autonomy Measurement System (Système de Mesure de l'*Autonomie* Fonctionnelle). The SMAF is copyrighted and cannot be used without permission from the Health Expertise Center in Sherbrooke (Canada). The development of this measurement tool was guided by the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disabilities and Handicaps (ICF).

The SMAF evaluates functional disability among older people in 5 domains: activities of daily living (ADL, 7 items), mobility (MOB, 6 items), communication (COM, 3 items), mental functions (MF, 5 items), and instrumental activities of daily living (IADL, 8 items). It is therefore composed of 29 items/activities or tasks. For each item, the level of disability is given a score between 0 (independent or good functional ability) and 3 (entirely dependent on others for activities). The minimum SMAF score is 0, and the maximum is 87. An overall score of zero (0) signifies a good functioning ability; a score between 1 and 14.5 signifies a mild disability, without the need for assistance; a score greater than or equal to 15 indicates moderate to severe disabilities (or the need for supervision, partial or total assistance).

In addition to functional disability, it measures (for each item) the availability of resources to compensate the disability, the type of resources, resource stability, handicap (i.e. unmet needs or a disability that is not compensated by the use of sufficient resources), functional independence (a balance between disability and the use of resources to compensate the disability) [15-20]. SMAF facilitates the identification of the different actors who contribute to maintain elders in functional autonomy.

The following steps were taken to adapt the SMAF for use in the context of Bobo-Dioulasso. First, the instrument was reviewed by the members of the research team, all experts on the culture and context of Bobo-Dioulasso. The following items were modified to account for the local context: 1) "using a wheelchair indoors" was changed to "walking around with the help of a cane or a wheelchair in the concession 2) "using the telephone" was change to "using the telephone, radio or television"; 3) "budget management" was change to "management of budget or material goods". The instrument was translated into Dioula (the local language). Secondly, two pre-tests were done in the periphery of Bobo-Dioulasso (outside the research study). The results of the pre-test were discussed by the research team. No major problems with the application of the SMAF in this context were identified during the pre-test. One of the main findings of the pre-test was that there was great variety in the living situations of elderly persons in Bobo-Dioulasso (type of housing, persons who live with the older person, etc.) One advantage of the SMAF is that it is flexible and can accommodate a variety of individual situations, regardless of culture, country or continent. In Bobo-Dioulasso, some older people have living situations similar to those found in Europe and while other live in conditions more commonly found in rural sub-Saharan Africa.

Bobo-Dioulasso is divided into 25 geographical sectors within three districts. The study was conducted in 18 sectors. The other seven sectors were excluded because they do not have formal street numbers. In this study, we used a systematic random sample. The sampling frame was comprised of people over 60 living in the 18 included sectors. The choice of compounds (groups of residences within a walled area, usually occupied by members of the same family) within each sector was done by a systematic drawing, using a step of 5 from the sector centre.

The first compound in each sector was selected by spinning a bottle in the clockwise direction. If only one older person lived in the compound, he or she was asked to participate in an interview. If more than one older person lived in the compound, one was randomly selected. If the selected person was absent two more attempts were made to interview that person. If the person was still not at home at the time of third visit, he or she was replaced by another older person living in the compound.

We calculated a sample size of 377 interviewees from the older population in Bobo-Dioulasso (N=18,130); with an expected prevalence of 50%. Accuracy or margin of error was fixed at 5%, and 95% for the degree of confidence. The number of interviewees in each of the three boroughs was proportional to the number of households in the inhabited, geographical sector.

Participation was free and voluntary. Informed consent was obtained from all participants. If a participant refused after having read the consent form, he or she was not replaced.

The research protocol was approved by the National Ethics Committee for Health Research in Burkina Faso.

One single interviewer administered the SMAF to all of the participants in Dioula or French (according to the preference of the participant). All of the questionnaires were completed and verified. Data entry was conducted using the CPro 4 program, which allowed for masked data input. Data was then analyzed using Stata 11 SE. The results of this study were restituted to the population and the stakeholders.

Results

Of the 377 older people who were contacted, 362 people provided informed consent and began the study; 351 answered all of the SMAF questions the first year, 305 do it the second year. The second year 57 elderly (28 absents, 22 dead and 7 refusal) did not answered.

Socio-demographic characteristics of the participants

The majority of people in our sample (n=351) were: between the age of 60 and 75 (80%), female (59%), illiterate (68%), married (50%), the owner of a house (84%), without a regular income (62%), and Muslim (72%). On average, these people had seven children, lived in a two-household structure (plot for residential use) with 10 other people and had lived in Bobo-Dioulasso for 47 years and in their geographical sector for 36 years.

The elderly as first and principal actors responsible for maintaining their own functional autonomy in Bobo-Dioulasso

Among the participants in the study (351), the lowest SMAF score was zero (00) and the highest was 60. The average score was 14 (95% CI: 12.66 - 14.65). The median score was 12. Two-thirds (240/351 or 68%, 95% CI 63.23 – 73.21) of older people had good functional capacity or a slight incapacity (SMAF score ≤ 15). The average score was 9 [95% CI: 8.56 - 9.57] and the median score was 10.

The two-thirds of older people with SMAF scores ≤ 15 were primarily responsible for maintaining their own functional autonomy. They did not require supervision by or assistance from another person. They were autonomous in all five SMAF domains: ADL, MOB, COM, MF and IADL.

The family as the second group of people for maintaining elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso

A third of the older people (111/351 or 32%; 95% CI: 26.79 – 36.77) showed moderate to severe disability and therefore a need for supervision or assistance from another person (SMAF score ≥ 15). In this third (n=111), the average SMAF score was 23 (95% CI: 21.62 - 25.5) and the median score was 20.

Only one person showed severe disability. This was 0.3% of all older persons (1/351, 95% CI: 0.01 – 0.58) and 1% of older people in moderate to severe disability (1/111, 95% CI: 0.02 – 0.49). His SMAF score was 60.

Persons with moderate to severe functional disability were functionally disabled in either two (2%), three (14%), four (46%) or five (38%) SMAF domains.

The prevalence of moderate to severe multidimensional functional disability (32%), varied according to the different SMAF dimensions/domains: it ranges from 7% (ADL) to 86% (IADL), as illustrated in Figure 1.

In each domain, the prevalence of moderate to severe functional disability, and thus the need for supervision or assistance, varies across activities/items within a specific domain, as illustrated by Table 1. The 29 activities or items in this table can be regrouped into three broader groups:

The first group is made up of activities for which fewer than 10% of people required supervision or assistance (15/29 items). These activities include : using a prosthesis, the use of the terrace, walking indoors, speaking, eating, maintaining bowel function, getting dressed, personal maintenance, using a cane, transportation, budget management, taking medication, understanding, listening, using the toilet;

The second group consists of nine activities that required assistance or supervision for between 11% and 34% of people. These activities include: walking outdoors, orientation, making judgments, behavior, maintaining bladder function, shopping, memory, using public transportation, and seeing;

The third group is comprised of five activities for which between 66% and 82% of people needed supervision or assistance (5/29 items). These activities include: household upkeep, washing, using the telephone/television/radio, doing laundry, and preparing meals (these are instrumental activities).

All older persons with a moderate to severe functional disability (111/351 or 32%) who expressed a need for assistance in a certain domain reported having support systems available to satisfy the specific needs. These sources of support were stable (i.e. they were not expected to increase or decrease in the 2 to 3 weeks following the survey) in almost all cases. These social support systems for maintaining functional autonomy were almost exclusively made up of family members. In some rare cases, they included caretakers, neighbors or friends. With these resources available, the score or level of handicap (defined as a disability that is not compensated by resources) among elderly people is therefore zero. In other words, in our study's sample, not one older person with a functional disability is lacking in human resources to help manage their disability; their needs are almost exclusively met by family members. So, the family members constitute the second group of actors who maintain elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso.

In the second year of the study, 6% (22/362) of the elderly had died. This proportion was 3% (7/251) among those who were without disabilities or with slight disabilities and 14% (15/111) among those who were in moderate to severe disabilities. Among those who were without disabilities or with slight disabilities, 19% went into moderate to severe disabilities.

Community, private or public structures for maintaining elders in functional autonomy are non-existent

Not one person among the elderly with moderate to severe disabilities (111/351 or 32%) cited health workers, volunteers in associations and/or other agents of community, private or public structures as actors who maintain elders in functional autonomy. In Bobo-Dioulasso these types of services do not exist, formally or informally (see figure 2). Social support for maintaining elders in functional autonomy is thus provided entirely at the individual and household/family levels. There is a complete lack of community, organizational or government resources to support individuals and their families and thus lessen their burden.

Discussion

This study is one of the few conducted in a French speaking West African context that provides a comprehensive description of the functional status of older people, and characterizes of the different groups of people contribute to maintain elders in functional autonomy.

Possible Explanations for the levels of disability in older people of Bobo-Dioulasso

Older people from Bobo-Dioulasso have an average SMAF score of 14, which corresponds to a mild disability. Those with a moderate to severe disability have an average SMAF score of 23. Only one person in this survey met the criteria for classification as severely disabled. There are two possible explanations for these results: 1) it is possible, but unlikely, that older people would have underestimated their level of disability; or 2) that older people in this setting die before they reach a state of severe disability, or soon after becoming severely disabled. Mortality was near five times higher in elderly with moderate to severe disabilities than those without disabilities or with slight disabilities (14% versus 3%). Moreover, in one year, 19% (40/215) went into moderate severe disabilities, it is possible that the 6% of deaths among people without disabilities or with a slight disabilities went quickly into moderate to severe disabilities which have been very fatal to them.

This could be an indication that the quality of care and support available is not sufficient for maintaining the functional autonomy of older people with moderate to severe disabilities in their homes. In this context, to live with a moderate disability is to beat death's door and to develop severe disability is to be essentially dead. In this society, moderate to severe functional disabilities are often considered normal diseases of old age, that inevitably lead to decline and death and about which we can do nothing.

A relatively low prevalence of moderate to severe disability has also been reported in other African contexts. According to the 2006 census in Burkina Faso, 7% of older citizens have a major handicap [5]. The estimated prevalence of multidimensional, moderate to severe functional disability among people aged 60 and older is 43% in low-income countries, according to the 2011 World Report on Disability [10] and is 54% in Africa according to a WHO report on the global burden of morbidity [10]. The prevalence of moderate to severe disability in Africa varies spatially and temporally [3, 4, 7, 8, 11].

All older people with a moderate to severe functional disability (32%) have a disability in at least two SMAF domains. Functional disability is all-inclusive; in some sense it is a "communicating vessel" suggesting a multitude of dimensions. Disabilities in one domain, such as MOB, MF or COM, can easily have an effect on ADL or IADL.

This study is one of the few studies that describe functional disability among the aging population in Burkina Faso. The results can be extrapolated to the general older population with the socio-demographic characteristics of the older people from Bobo-Dioulasso. However, the socio-cultural specificities of Bobo-Dioulasso (a predominantly Muslim city, and a geographical setting that favors intergenerational cohabitation) must be considered when making generalizations from the results of this study. Moreover, the proportion of people with a handicap (0%) found in this study does not deny the existence of older persons without human resources (parents, friends, neighbors) in Bobo-Dioulasso, but only emphasizes the rarity. The number of older people living alone is also very low (3%) in this area [5].

Lessons learned by identifying the actors of the social system who maintain elders in functional disabilities

In Bobo-Dioulasso, the first and principal actors who maintain older people in functional autonomy are older people themselves. They are 68% of older people in this case. The second set of actors responsible for the maintenance of elders in functional autonomy is family members, friends and neighbors. A third of older people (32%) or all older people with moderate to severe disabilities receive some supervision and/or partial or total assistance. The resource is stable.

Studies of functional disability in Africa south of the Sahara [3, 4, 7, 8, 10, 11] have shown that family members are the primary group that maintains older persons in functional autonomy. According to Ouakam-Ouakam [7], a study conducted in Bamako (Mali) in 2004 found that 81% of seniors living at home with or without functional disabilities reported that they would not be able to live without supervision, and/or partial or complete assistance from their family.

This has led some researchers to measure the availability of family members or the family index [21], the ratio of family support to elders [22], the dependency ratio [23], which estimates the number of adults available for elderly persons or the type of people who live with the elderly (in terms of their relationship to the older person).

In the state of Imo in Nigeria, for example, according to Unanka [22], the number of people under 60 that are available to help older people, divided by the total number of older people in the same household goes from zero (0) to eight (8), with an average of three (3) people per older person in each household. In 18% of households there were zero available people per older person. This study therefore measured the availability of family members to help an older member of their family.

One must note that there is often a gap between what is said and what really exists in terms of support. The context of the Nigerian study mentioned above is very different from the one in Bobo-Dioulasso. Within the Bobo-Dioulasso setting/study, there were no older people with a functional disability, who required but did not receive support and social care (older people with a handicap) and thus there were no people who were forced to resort to formal networks to maintain independence. This could be explained by the social and cultural norms regarding older people in Bobo-Dioulasso (as described above). Additionally, the sample was restricted to people living in compounds/houses (often with other family members in co-residence) and did not include homeless older people or those who spend their days begging in city centers (people who are often ostracized and/or treated as “witches”).

The SMAF evaluates availability, type and stability of social resources; it does not look at quantity, quality or the reserves of these resources. The different transitions (demographical, epidemiological, socio-cultural, political and economical) [2, 4, 24, 25] that the country is going through will bring about a decrease in the quality and quantity of these resources, and an increase in the number of older people with a functional disability, or even handicap. People within this region will be old before becoming rich [26, 27].

Figure 2 highlights the absence of formal services and organizations that provide support for maintaining elders in functional autonomy. It is possible that the strong presence/availability of social resources that provide an informal version of social care to the aged with a functional disability could explain the absence or weakness of the infrastructure of official care provided by the state, private organizations and faith-based communities.

On the other hand, perhaps it is the absence of formal structures that led to the development of strong, social, and informal resources. Likely there is a degree of circular causality, where the development or under-development of one type of resource (informal or formal respectively) is both a cause and effect of the under-development or development of the other.

In this city where there are no formal services and organizations to maintain elders in functional autonomy, it is reasonable and logic that those who have moderate to severe functional disabilities in one or more areas of SMAF, and who completely lack support from family members, neighbors and friends, will not be able to survive and will die prematurely (compared to those who do have access to such informal social support systems) because we are in the functional area. In Bobo-Dioulasso, few actors (e.g. researchers, practitioners, leaders of social organizations and policy makers) are conscious of this situation. During the restitution, stakeholders have publicly declared that in Bobo-Dioulasso (or in Burkina Faso more broadly), there is not yet a need for nursing homes or assisted living facilities (homes for maintaining elders in functional autonomy). This is another potential example of circular causality: stakeholders do not perceive a need for formal support systems for maintaining elders in functional autonomy because the population of people who are completely functionally handicapped is extremely low; however, this may be due to high mortality rates within this population precisely because formal support services are unavailable. Thus the nil rate of functional handicap cannot necessarily be viewed as an indicator of the strength of social organizations providing support for the elderly.

Elsewhere in sub-Saharan Africa[28-30], the stakeholders, the caregivers and even the general population also resist the suggestion that there is a need for nursing home or assisted-living facilities for the elderly, but everyone agrees the strengthening of formal community support to help the elders. Formal (community, confessional, private or public) structures are indispensable to complete sub-Saharan Africa social system for maintain elders in functional autonomy. If not, many elders will continue to die when families are failing.

Conclusions

The health of older people is intimately related to their functional status. Our study showed a moderate to severe functional disability, with a need for supervision, or a need for assistance (32%) that was relatively high, compared to previous studies conducted in Africa. The extent of reported disability across domain or items was highly variable. The socio-cultural context in Bobo-Dioulasso, where generational and/or gender divisions of domestic labor persist, may explain the high local prevalence of moderate to severe functional disabilities and low prevalence of severe disabilities compared to other studies.

Two main groups contribute to maintain elders in functional autonomy: the elderly themselves (68% of older people) and their family including friends, neighbors (32% of older people or 100% of older people with moderate to severe functional disabilities). Community, confessional, private or public structures for maintaining elders in functional autonomy are non-existent. In case of functional handicap at home, it is evident that the elders die.

But, in Bobo-Dioulasso and/or in Burkina Faso, stakeholders are insufficiently aware of this situation.

We argue that, in Burkina Faso and similar contexts, in order to provide adequate resources for maintaining elders in functional autonomy, there is a need for a tripartite social system comprised of three levels: 1) the elderly themselves, 2) the family and 3) the formal or informal institutions and organizations that target elders (associations, and/or confessional, private and/or public structures). The stakeholders in Bobo-Dioulasso and/or in Burkina Faso should seriously think about: 1) how to establish the third level of social support and resources for maintaining elders in functional autonomy in order to fill the gaps left by the two other levels; and 2) how to reinforce the role of each actor and strengthen collaborations between the three levels of the social support system.

List of abbreviations used

SMAF: Functional Autonomy Measurement System (or Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle).

ADL: Activities of Daily Living

MOB: Mobility

COM: Communication

MF: Mental Function

IADL: Instrumental Activities of Daily Living

Competing Interest

The authors declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous three years, no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

Authors' contributions

All authors contributed substantively in the development of this study (design, data composition, reviewing analysis and interpretations). All authors edited the final paper and thus the findings, interpretations, and conclusions in this paper represent their views. AB and JM act as guarantors.

Authors' Information

All authors are investigators in the Inter-university Project Focusing on Older People in Burkina Faso (2011-2016). AB, LBS, BK, HH, FT, SS are PhD students. AB conducts research on family support for the elderly with functional disabilities and living at home. LBS has assessed the health program of the elderly in Burkina Faso (2008-2012). She specializes in program evaluation. BK is currently conducting a study on intergenerational family living, health promotion and health systems in Burkina Faso. HH conduct research on the role of the health care system and social support for appropriate management of medications among the elderly with morbidities in Burkina Faso. FT is doing a mapping of actors who identify seniors in Burkina Faso as their target population to build a network. SS is responsible for all statistical aspects of these related studies.

These PhD students are supervised by MD, FBK and JM who are team leaders in their research institute. They have conducted various studies on the elderly. They look the epidemiological, public health (MD and JM) and socio-anthropological (FBK) aspects. All authors are active members or honorary members of the Burkinabe Public Health Association (ABSP).

Acknowledgements

Thank to: 1) the Sherbrooke Health Expertise Center (CESS-Canada), who authorized the use of PRISMA7 and of the SMAF ; 2) BAMBA Issiaka and Mrs. KY/OUEDRAOGO Bibata for data collection or encoding ; 3) the older people who participated in the study, 4) the Catholic University of Louvain for Abdramane BERTHE's scholarship, 5) Belgium's cooperation (CUD et DGD) for the financial support to the Inter-university Project Focusing on Older People in Burkina Faso, 6) the Muraz Center for the implementation of Abdramane BERTHE's internship.

References

1. Pinson G: **Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord**. *Population & Sociétés* 2009, **457**.
2. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M: **Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios**. *Bull World Health Organ* 2004, **82**(4):251-258.
3. Uwakwe R, Ibeh CC, Modebe AI, Bo E, Ezeama N, Njelita I, Ferri CP, Prince MJ: **The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 dementia research group cross-sectional survey**. *J Am Geriatr Soc* 2009, **57**(9):1620-1627.

4. Kuate-Defo B: **Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun.** *Cahiers québécois de démographie* 2005, **34**(1):1-46.
5. Bureau Central du Recensement MdlEedFBF: **Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 14:situation socioéconomique des personnes âgées.** In. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009: 156.
6. Bologo E, Ariste LL: **Être âgé et être handicapé. Situation des personnes âgées ayant un handicap au Burkina Faso.** *Article sous press* 2010.
7. Ouakam Ouakam JF: **Autonomie, dépendance et santé des personnes âgées. Cas du district de Bamako (Mali).** *Thèse (Doctorat d'Etat).* Bamako: Université de Bamako; 2004-2005.
8. Uwakwe R, Modebe I: **Disability and care-giving in old age in a Nigerian community.** *Niger J Clin Pract* 2007, **10**(1):58-65.
9. Allain TJ, Wilson AO, Gomo ZA, Mushangi E, Senzanje B, Adamchak DJ, Matenga JA: **Morbidity and disability in elderly Zimbabweans.** *Age Ageing* 1997, **26**(2):115-121.
10. WHO, WB: **World report on disability 2011.** In.: WHO; 2011: 350.
11. Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E: **Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging.** *J Am Geriatr Soc* 2006, **54**(11):1784-1789.
12. Dubuc N, Hébert R, Tousignant M: **Du développement à l'implantation des profils Iso-SMAF: une mise à jour.** In **Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. PRISMA, Edisem, 2004, chapitre 9, p. 177-201. (pdf 142 Ko).** In: *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes.* Edisem; 2004: 177-201.
13. Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, Drabo M, Badini-Kinda F, Macq J: **Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso.** *Santé publique* 2012, **24**(5):439-451.

14. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)
MdiEedF, Burkina Faso): **Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006, Analyse des résultats définitifs, thème 2: état et structure de la population.** In. Ouagadougou: INSD; 2009: 181.
15. Raïche M, Hébert R, Dubois MF, Grégoire M, Bolduc J, Bureau C, Veil A: **Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation.** *La Revue de Gériatrie* 2007, **32**(3):209-218.
16. Hébert R, Tourigny A, Raïche M: **PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action.,** vol. II. Québec: Edisem; 2007.
17. Hebert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E: **Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF).** *La Revue de Gériatrie* 2003, **Tome 28**(4).
18. Dubuc N, Hebert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L: **Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles.** *Arch Gerontol Geriatr* 2006, **42**(2):191-206.
19. Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N, Kalfat H, Colvez A, Delli-Colli N: **Functional autonomy measurement system: development of a social subscale.** *Arch Gerontol Geriatr* 2003, **37**(3):223-233.
20. Rai GS, Gluck T, Wientjes HJ, Rai SG: **The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): a measure of functional change with rehabilitation.** *Arch Gerontol Geriatr* 1996, **22**(1):81-85.
21. Ibrahima M: **Conditions de vie des personnes âgées en Afrique Subsaharienne: cas de la vie dans un ménage à génération coupée au Niger.** Montréal: Université de Montréal; 2010.
22. Unanka GO: **Family Support and Health Status of the Elderly in Imo State of Nigeria.** *Journal of Social Issues* 2002, **58**(4):681-695.
23. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD): **Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières: Mobilité et développement humains.** In. New York: Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD); 2009: 251.

24. WHO: **ICF: International classification of functioning, disability and health**. In. Geneva: WHO; 2001.
25. Sauze L: **La transition thérapeutique, une révolution culturelle**. *Les Tribunes de la santé* 2010, **26**(1):125-134.
26. Godin C: **La fin de l'humanité**: Champ Vallon; 2003.
27. Domenach H: **Les grandes tendances démographiques et l'environnement: l'enjeu d'une planète viable**. *Mondes en développement* 2008, **2**(142):97-111.
28. Abdulraheem IS: **An opinion survey of caregivers concerning caring for the elderly in Ilorin metropolis, Nigeria**. *Public Health* 2005, **119**(12):1138-1144.
29. Abdulraheem IS, Parakoyi DB: **Improving attitude towards elderly people: Evaluation of an intervention programme for caregivers**. *Niger Postgrad Med J* 2005, **12**(4):280-285.
30. Kouamé A: **Le vieillissement de la population en Afrique**. Ottawa: CRDI; 1990.

Figures

Figure 1: Variation in prevalence of moderate or severe functional among older people in Bobo-Dioulasso

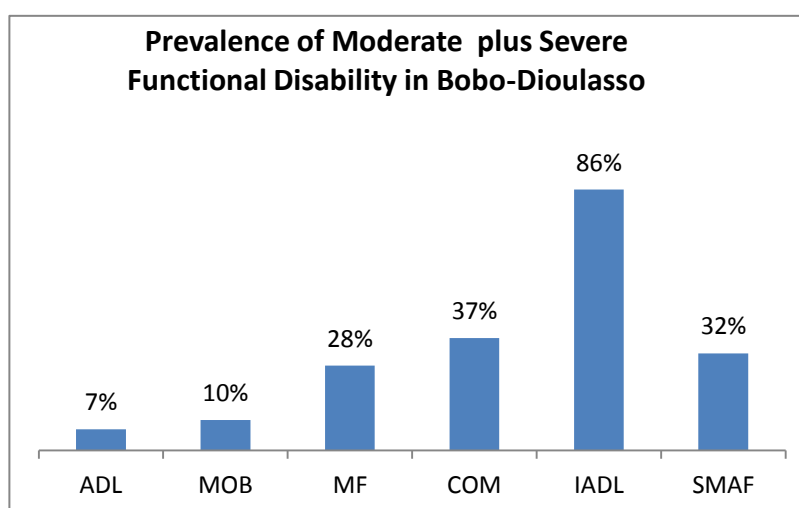
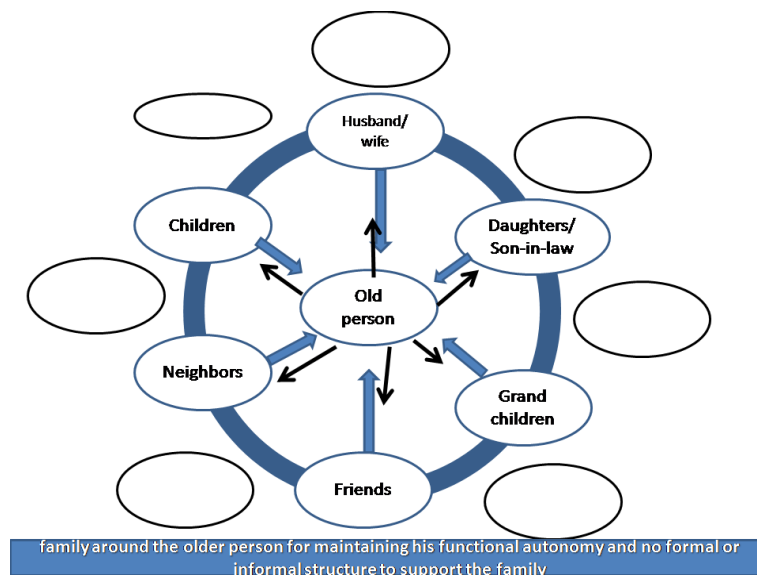


Figure 2: family around the older person for maintaining his functional autonomy and no formal or informal structure to support the family



Table

Table 1: Need for supervision, partial or complete assistance according to activities (n=351)

Activities of Daily Living 7% ([04.66 – 10.33] CI 95%)	Mobility 10% ([07.04 – 13.59] CI 95%)	Mental Function 28% ([23.56 – 33.23] CI 95%)	Communication 37% ([32.25 – 42.61] CI 95%)	Instrumental Activities of Daily Living 86% ([81.65 – 89.24] CI 95%)
Washing 67% ([61.76 – 71.85] CI 95%)	Walking outdoors 11% ([07.78 – 14.56] CI 95%)	Memory 23% ([18.77 – 27.84] CI 95%)	Seeing 34% ([29.24 – 39.41] CI 95%)	Preparing meals 82% ([77.32 – 85.67] CI 95%)

Maintaining bladder function 23% ([18.51 – 27.54] CI 95%)	Using a cane 4% ([09.51 – 16.78] CI 95%)	Behaviour 16% ([12.54 – 20.52] CI 95%)	Hearing 8% ([05.37 – 11.33] CI 95%)	Doing laundry 80% ([75.79 – 84.37] CI 95%)
Going to the toilet 8% ([05.13 – 10.99] CI 95%)	Transportation 4% ([01.78 – 05.90] CI 95%)	Making judgments 12% ([08.76 – 15.83] CI 95%)	Speaking 2% ([00.63 – 03.68] CI 95%)	Household upkeep 66% ([60.59 – 70.76] CI 95%)
Personal maintenance 4% ([02.41 – 06.95] CI 95%)	Walking indoors 2% ([00.99 – 04.44] CI 95%)	Orientation 11% ([08.02 – 14.88] CI 95%)	–	Using the telephone, television or radio 71% ([66.18 – 75.91] CI 95%)
Getting dressed 4% ([02.20 – 06.60] CI 95%)	Using the stairs 2% ([00.63 – 03.68] CI 95%)	Understanding 6% ([03.74 – 09.00] CI 95%)	–	Using public transportation 32% ([27.60 – 37.65] CI 95%)
Maintaining bowel function 4% ([01.99 – 06.25] CI 95%)	Using a prosthesis 0% ([00.01 – 01.58] CI 95%)	–	–	Going shopping 21% ([16.41 – 25.12] CI 95%)
Eating 2% ([00.81 – 04.07] CI 95%)	–	–	–	Taking medications 5% ([02.85 – 07.64] CI 95%)
–	–	–	–	Budget management 4% ([02.41 – 06.95] CI 95%)

4.2. Schéma court d'évaluation du statut fonctionnel et d'identification des acteurs de maintien des personnes âgées en autonomie et vivant à domicile

4.2.1. Comment repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile en Afrique Subsaharienne? L'utilisation du PRISMA7 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Valorisations :

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, Drabo M, Badini-Kinda et Macq J. Comment repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile en Afrique Subsaharienne? L'utilisation du PRISMA7 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). **Revue Française de Gériatrie; 38(4) [article sous presse, à paraître en avril 2013]**

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. Identification of elders with functional disability in Bobo-Dioulasso Burkina Faso. In: 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 2011 3-7 october; Barcelona (Spain); 2011.

Comment repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile en Afrique Subsaharienne ? L'utilisation du PRISMA7 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

How to identify elderly people with functional disabilities and living at home in Sub-Saharan Africa? The use of PRISMA7 in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Abdramane BERTHÉ, Lalla BERTHÉ-SANOU, Blahima KONATÉ, Hervé HIEN, Fatoumata TOU, Serge SOMDA, Maxime DRABO, Fatoumata BADINI-KINDA, Jean MACQ

RÉSUMÉ

Contexte : La littérature scientifique prévoit une importante augmentation des personnes âgées en incapacités/dépendances fonctionnelles en Afrique. Il est nécessaire que dès maintenant l'Afrique commence à s'organiser pour anticiper sa gestion de cette augmentation.

Objectif : Repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Méthodes : Nous avons conduit une étude descriptive transversale qui s'est déroulée à Bobo-Dioulasso auprès des personnes âgées d'au moins 60 ans. Le questionnaire PRISMA7 a été utilisé pour repérer les personnes âgées potentiellement en incapacités fonctionnelles et le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) a été utilisé pour évaluer le statut fonctionnel des personnes repérées. L'analyse des données a été réalisée à l'aide de Stata.

SUMMARY

Context: The scientific literature reports an expected significant increase of functional disabilities/dependencies among the elders in Africa. So, it is necessary for Africa to start anticipating the management of this increase.

Objective: To identify elders with functional disabilities and living at home in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Methods: We conducted a cross-sectional descriptive study in Bobo-Dioulasso among the older population, aged 60 and above. The questionnaire PRISMA7 (Research Program on Integration Services Maintenance of Autonomy) was used to identify elderly people with functional disabilities and their functional status was evaluated using the Functional Autonomy Measurement System (SMAF). Data analysis was done with the help of Stata.

Institut de Recherche Santé et Société (AB,JM), Université Catholique de Louvain (UCL), 1200 Bruxelles, Belgique ; Centre Muraz, (AB,BK,HH,FT,SS), 01 BP 390 Bobo-Dioulasso 01 ; Association Burkinabè de Santé Publique (ABSP), (AB,LBS,BK,HH,FT,MD), 01 BP 3718 Ouagadougou 01 ; Institut de Recherche en Sciences de la Santé (HH,MD), 01 BP 545 Bobo-Dioulasso 01 ; Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), (MD), 09 BP 24 Ouagadougou 09 ; Département de Sociologie, (FBK), Université de Ouagadougou - 03 BP 7021 - Ouagadougou 03 ; Burkina Faso.

Auteur correspondant : Docteur Berthé Abdramane, 01 BP 270 Bobo-Dioulasso 01 ; Burkina Faso.
E-mail : aberthe56@yahoo.fr

Article reçu le 08.10.2012 et accepté le 19.03.2013.

Résultats : Un échantillon de 362 personnes âgées a été interrogé et 42% ont été repérées comme étant potentiellement en incapacités fonctionnelles. Selon la combinaison PRISMA7 et SMAF ($n = 351$), la prévalence des incapacités modérées à graves était de 25%. Cette prévalence variait de 7% (activités de la vie quotidienne) à 41% (activité de la vie domestique) en passant par 10% (mobilité) et 25% (fonction mentale et communication).

Discussion : En Afrique subsaharienne, peu d'études ont repéré les personnes âgées en incapacités modérées à graves. Le taux de personnes repérées est supérieur aux taux d'incapacités trouvés dans la plupart des travaux réalisés en Afrique subsaharienne.

Conclusion : Dans le contexte d'Afrique subsaharienne, PRISMA7 peut être utilisé comme outil de repérage des personnes âgées potentiellement en incapacités fonctionnelles.

Mots clés : Méthode SMAF - Repérage - Incapacité fonctionnelle - Personnes âgées - Besoins de soins - Afrique Subsaharienne.

Results: A sample of 362 elderly people was interviewed and 42% (151/362) were identified as having potential functional disabilities. Among 362 elders, the prevalence (combination of PRISMA7 and SMAF) of moderate to severe disability (supervision need, partial or total assistance) was 25%. This prevalence was 7% for activities of daily living, 10% for mobility, 25% for mental function and communication, and 41% for instrumental activities of daily living.

Discussion: In sub Saharan Africa, only few studies have identified older people with functional disabilities. The rate of identified elders is higher than the prevalence of functional disabilities found in most countries in sub Saharan Africa.

Conclusion: In sub Saharan Africa context, PRISMA7 can be used as short screening tool to identify elders with functional disabilities and living at home.

La Revue de Gériatrie 2013 ; 38:249-255.

Key words: Elderly - Disability evaluation - Disabled Persons - Health policy - Health priorities - Africa south of the Sahara.

L'incapacité fonctionnelle est une difficulté ou une limitation partielle ou totale, provisoire ou définitive de la capacité d'un sujet social à accomplir une fonction ou une activité humaine. La dépendance fonctionnelle est le fait d'avoir besoin de surveillance, d'aide partielle ou totale provenant d'un instrument ou d'autrui pour accomplir une fonction ou une activité humaine. Il est déjà établi dans la littérature qu'une augmentation importante des personnes en incapacité/dépendance fonctionnelle est attendue dans toutes les parties du monde ⁽¹⁾, dont l'Afrique où : **1)** les augmentations les plus frappantes du nombre de personnes dépendantes auront lieu chez les personnes âgées ⁽¹⁻²⁾ ; **2)** la prise en charge globale de ces personnes âgées, déjà inadéquate, le serait davantage dans l'avenir si des stratégies de bonne gestion et de prévention des problèmes des personnes âgées n'étaient pas recherchées, adoptées et évaluées.

Pour prévenir ou prendre en charge les personnes âgées en incapacités fonctionnelles, il faut savoir les repérer surtout à domicile. La prise en charge adéquate de leurs incapacités répondrait à un de leurs besoins spécifiques. En Afrique Subsaharienne, une des questions qui se pose aux chercheurs est : "Comment

repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles ou en perte d'autonomie à domicile ?". Cet article essaie de répondre à cette question en partant du contexte burkinabè. L'objectif de cette étude est de repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles modérées à graves et vivant à domicile à l'aide du PRISMA7 ⁽³⁻⁴⁾.

Par repérage, nous adoptons ici la définition de Raïche et al. ⁽³⁾ qui citent Muir Gray et al., qui distinguent dépistage et repérage. Le dépistage repose sur l'identification des individus qui seront affectés dans le futur par une pathologie ou un état de dépendance, alors que le repérage consiste à identifier les individus qui sont déjà affectés par une pathologie ou un état de dépendance/incapacité. Dans cette étude les dimensions ou aspects des incapacités fonctionnelles couverts sont : les activités de la vie quotidienne, les activités de la vie domestique, la mobilité, la communication, les fonctions mentales.

Cette étude s'est déroulée au Burkina Faso, où le système public de soins prévoit trois niveaux hiérarchiques dans l'offre de soins : en 2008, le premier niveau ou niveau de premier contact était assuré par

1352 formations sanitaires de base qu'étaient les "centres de santé et de promotion sociale" et 42 centres médicaux avec antenne chirurgicale ; le deuxième niveau était constitué de neuf centres hospitaliers régionaux et le troisième et dernier niveau était représenté par trois centres hospitalo-universitaires.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons réalisé une étude transversale auprès d'un échantillon de personnes âgées de 60 ans ou plus à Bobo-Dioulasso, (Burkina Faso). En 2006 ⁽⁵⁾, cette ville comptait 489 967 habitants, dont 18 130 (3,7%) âgés de 60 ans ou plus constituent la population d'étude.

Pour repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles, nous avons utilisé l'échelle PRISMA7, questionnaire de 7 items conçu et validé au Canada ⁽³⁻⁴⁾. Dans une étude précédente faite au Burkina Faso, nous avons établi que, pour repérer les personnes présentant un score SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle) supérieur ou égal à 15, la sensibilité du PRISMA7 (âge > 75 ans au 1^{er} item du PRISMA7 et score seuil PRISMA7 $\geq$ 4/7) était de 80% et sa spécificité était de 75%. La valeur prédictive positive était de 60% et la valeur prédictive négative était de 89% (résultats non publiés). Pour l'implanter à Bobo-Dioulasso, son premier item (Avez-vous plus de 85 ans ?) a été modifié pour l'adapter à la réalité démographique burkinabè, où la comorbidité/incapacité est déjà présente au-delà de 75 ans ⁽⁶⁾. Pour tous les répondants, le score-seuil de quatre "oui" aux sept questions du PRISMA7 a été retenu comme présence des incapacités. Le SMAF a été administré aux personnes âgées qui ont obtenu un score PRISMA7 $\geq$ 4/7 pour décrire/évaluer leurs incapacités.

Le SMAF est un outil développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé ^(3-4, 7-10). Il est sous droit d'auteur et ne peut être utilisé sans l'autorisation du Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (Canada). Il évalue les incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées dans cinq domaines : Activités de la Vie Quotidienne (AVQ), Mobilité (MOB), Communication (COM), Fonction Mentale (FM) et Activités de la Vie Domestique (AVD) ⁽¹¹⁾. Le score total varie entre 0 (pas d'incapacité) et 87 (incapacité totale). Deux pré-tests ont permis d'adapter davantage quelques items du SMAF au contexte local. Pour

adapter l'outil au contexte burkinabè, des changements mineurs ont été réalisés et ont été acceptés par les détenteurs du droit d'utilisation du SMAF (Equipe du Centre Expertise en Santé de Sherbrooke au Canada).

Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire stratifié. Les personnes de plus de 60 ans vivant dans les trois arrondissements de la ville (Dafra, Do et Konsa) ainsi que les différents secteurs qui les composent ont constitué la base de sondage. Le choix des concessions par secteur a été fait au moyen d'un tirage systématique à raison d'un pas de 5 et à partir du centre du secteur. La première concession à visiter a été déterminée suivant la direction d'une bouteille pivotée dans le sens de l'aiguille d'une montre. Dans chaque concession sélectionnée, s'il n'y avait qu'une seule personne âgée, celle-ci était systématiquement retenue. Un tirage au hasard sans remise a été utilisé lorsqu'il y avait plus d'une personne âgée. Les personnes âgées sélectionnées et absentes ont été recherchées deux fois et ont été remplacées en cas d'absence à la troisième visite.

Nous avons calculé une taille d'échantillon de 377 personnes à interroger à partir de la population des personnes âgées de Bobo-Dioulasso (N = 18 130), avec une prévalence d'incapacités fonctionnelles attendues de 50%. La précision ou marge d'erreur a été fixée à 5% et le degré de confiance à 95%. Le nombre de personnes à interroger dans chacun des trois arrondissements a été proportionnel au nombre de ménages dans les secteurs géographiques habités.

La participation a été libre et volontaire et les cas de refus malgré la lecture de la lettre d'information pour l'obtention du consentement éclairé n'ont pas été remplacés. Le protocole de recherche a été soumis au Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso.

Un seul enquêteur préalablement formé a administré le PRISMA7 et le SMAF à l'ensemble des participants. Tous les questionnaires remplis ont été vérifiés. Le masque de saisie des données a été conçu à l'aide du logiciel CSPro 4. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata 11 SE.

RÉSULTATS

Population étudiée

L'analyse a porté sur 362 des 377 personnes âgées ciblées par le PRISMA7 et sur 148 des 151 devant

Comment repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile en Afrique Subsaharienne ? L'utilisation du PRISMA7 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

répondre au SMAF, car ayant obtenu le score-seuil PRISMA7 minimal de 4/7. Lors de l'administration du SMAF, 75% des personnes âgées ont répondu toutes seules à l'ensemble des questions, 11% ont été assistées par un membre de leur entourage et l'entourage a entièrement répondu à la place de 15% des personnes âgées, ces dernières ayant été absentes au moins deux fois ou étant inaccessibles pour toute autre raison.

Les *Tableaux 1 et 2* montrent que la majorité des personnes âgées de notre échantillon était âgée de 60 à 75 ans (80%), de sexe féminin (59%), analphabète (66%), mariée (51%), propriétaire de leur maison (84%), sans revenu régulier (63%), et de confession musulmane (72%). En moyenne, ces personnes âgées avaient sept enfants, habitaient dans des cours (parcelles à usage d'habitation) de deux ménages, vivaient dans leur propre ménage avec 10 personnes, résidaient dans la ville de Bobo-Dioulasso depuis 47 ans et dans leur secteur géographique depuis 36 ans.

Caractéristiques sociales (n = 362)	Pourcentage (%)
Classes d'âges	
60-75 ans	80
76-85 ans	18
> 85 ans	2
Sexe	
Hommes	41
Femmes	59
Statut d'alphabétisation	
non alphabétisé	66
alphabétisé	34
Statut matrimonial	
Mariées	51
Célibataires secondaires	49
Statut de résidence dans la concession	
Propriétaires	84
Locataires	11
Hébergées	5
Régularité revenu	
Revenu régulier	37
Revenu non régulier	63
Religion	
Musulmane	72
Catholique	27
Animiste	1

Tableau 1 : Caractéristiques sociales des personnes âgées enquêtées.

Table 1: Social characteristics of elderly people included in the enquiry.

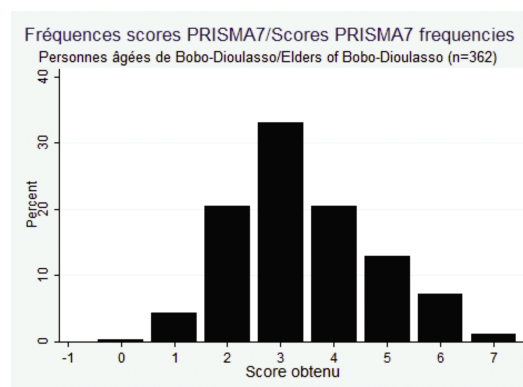
Repérage des personnes âgées potentiellement en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (à l'aide du questionnaire PRISMA7)

Le score enregistré par les personnes âgées variait entre zéro et sept avec une moyenne de $3,42 \pm 1,33$; 151/362 avaient eu un score PRISMA7 $\geq 4/7$. Cela correspondait à un taux de 42% de personnes âgées d'au moins 60 ans repérées comme étant potentiellement en incapacités fonctionnelles multidimensionnelles à Bobo-Dioulasso.

Caractéristiques démographiques (n = 362)	Nombre, moyenne $\pm$ écart-type et médiane
Enfant vivant de la personne âgée	nombre = [0-26] moyenne = $6,72 \pm 3,99$ médiane = 6
Ménage dans la concession habitée	nombre = [1-12] moyenne = $2,03 \pm 1,64$ médiane = 1
Personne dans le ménage de la personne âgée	nombre = [1-50] moyenne = $9,98 \pm 7,11$ médiane = 8
Durée de résidence à Bobo-Dioulasso (années)	nombre = [1-87] moyenne = $47,07 \pm 18,76$ médiane = 50
Durée de résidence dans le secteur habité (années)	nombre = [1-87] moyenne = $36,10 \pm 18,55$ médiane = 35 ans

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des personnes âgées enquêtées.

Table 2: Demographic characteristics of elderly people included in the enquiry.



La Figure 1 : Variation des proportions de réponses aux différents scores seuils du PRISMA7.

Figure 1: Variations of PRISMA7 scores according to the proportions of responses.

Le Tableau 3 présente le détail des réponses des personnes âgées aux sept questions du PRISMA7. Outre l'âge et le sexe déjà commentés dans les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées, ce tableau montre que la majorité des personnes âgées : **1)** était obligée de limiter ses activités à cause des problèmes de santé (93%) ; **2)** exprimait le besoin d'aide régulière (91%). Par ailleurs, une minorité de personnes âgées : **1)** se sentait obligée de rester à la maison à cause de ses problèmes de santé (32%) ; **2)** pouvait compter sur un proche en cas de besoin (48%) ; ou **3)** utilisait régulièrement un objet technique (cane) pour se déplacer (17%).

L'administration du PRISMA7 montrait que parmi les personnes âgées repérées comme étant potentiellement en incapacités fonctionnelles, il y avait plus d'hommes (52%) que de femmes (48%).

Chez les 148 personnes âgées ayant eu un score PRISMA7 $\geq 4/7$ (donc repérées comme étant en incapacités fonctionnelles multidimensionnelles), le plus petit score SMAF était 1 et le plus élevé 60. Leur score SMAF moyen était de $19,58 \pm 10,96$. Le score SMAF médian était 16. La majorité (60%) de ces personnes repérées avait des incapacités modérées à graves score (SMAF ≥ 15), c'est-à-dire présentait des besoins de surveillance ou d'aide. Cette majorité représentait 25% (89/362) de l'échantillon global. Autrement dit, la combinaison du PRISMA7 et du SMAF a montré qu'à Bobo-Dioulasso, chez les personnes âgées, la prévalence des incapacités fonctionnelles multidimensionnelles modérées à graves était de 25%. Cette prévalence variait de 7% dans les AVQ à 41% dans les AVD, en passant par 10% dans la MOB et 25% dans la FM et dans la COM.

DISCUSSION

Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées enquêtées

La comparaison des caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées participant à cette étude et celles des personnes âgées en milieu urbain burkinabè montre de nombreuses similitudes entre ces populations sur l'ensemble des dimensions (âge, niveau d'étude, statut matrimonial, statut de résidence dans la cour, source de revenu, nombre d'enfants vivants, taille du ménage, durée de résidence à Bobo-Dioulasso, religion, etc.)^(6, 12-14). Notre échantillon peut donc être considéré comme représentatif de la population burkinabè et plus généralement subsaharienne.

Le repérage des personnes âgées potentiellement en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile à Bobo-Dioulasso

A Bobo-Dioulasso, à l'aide du PRISMA7 (score-seuil minimal de 4/7), 42% des personnes âgées ont été repérées comme potentiellement en incapacités fonctionnelles. L'administration du SMAF a montré que la majorité des personnes âgées repérées comme en incapacités fonctionnelles (60%), soit le quart des personnes âgées de la population globale (25%), a des incapacités fonctionnelles modérées à graves confirmées par l'échelle SMAF et exprime des besoins de surveillance, d'aide partielle ou totale.

Nous n'avons pas encore rencontré d'étude de repérage de personnes âgées en incapacités fonctionnelles en Afrique Subsaharienne. Cependant, quelques études de mesure/description ont été réalisées sur des thèmes similaires à l'incapacité fonctionnelle (la dépendance, l'autonomie ou le handicap). Dans le contexte burkinabè, les

Questions	Réponses (n = 362)	
	Oui	Non
1. Avez-vous plus de 75 ans ?	20%	80%
2. Etes-vous de sexe masculin ?	41%	59%
3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ?	93%	7%
4. Avez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider régulièrement ?	91%	9%
5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ?	32%	68%
6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ?	48%	52%
7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ?	17%	83%

Tableau 3 : Répartition des personnes âgées de Bobo-Dioulasso selon leurs réponses au questionnaire PRISMA7.

Table 3: Distribution of elderly people of Bobo-Dioulasso according to their responses to PRISMA7 questionnaire.

résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006 ont donné un taux de handicap (insuffisance ou déficience des capacités physiques et/ou mentales d'un individu) de 7% chez les personnes âgées ⁽⁶⁾. Dans le contexte malien, Ouakam Ouakam ⁽¹⁵⁾ a utilisé l'échelle de Katz et a trouvé une prévalence de dépendance physique (incapacité de la personne âgée à accomplir les gestes de la vie courante) de 2,38% chez les personnes âgées de Bamako en 2004. Il a signalé qu'en 1999, une étude systématique menée par Yombo sur les patients âgés des Centres Hospitaliers Universitaires du Point G et de Gabriel Touré à Bamako avait trouvé une fréquence des invalidités physiques de 14%. Dans le contexte nigérian, Uwakwe et al. ont trouvé que la prévalence de la dépendance chez les personnes âgées était de 24,3% à Dumukofia ⁽²⁾ et de 47% à Okporo ⁽¹⁶⁾. Gureje et al. ⁽¹⁷⁾ ont trouvé 9,2% de prévalence des incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées dans la zone linguistique yoruba. Dans le contexte zimbabwéen, Allain et al. ⁽¹⁸⁾ ont trouvé que moins de 4% des personnes âgées avaient des difficultés avec les activités de vie quotidienne et 30% en avaient avec les activités instrumentales. Dans le contexte botswanais, 30% des personnes âgées avaient des difficultés dans les activités instrumentales (anonyme cité par Allain et al. ⁽¹⁸⁾). Au Cameroun, en analysant les données de 75 villages et villes de l'Ouest du Cameroun de l'Enquête sur la Famille et la Santé (EFSC), réalisée de décembre 1996 à mars 1997, Kuaté-Defo ⁽¹⁹⁾ a trouvé que 50% des personnes âgées avaient des limitations d'activité.

Aucune de ces études n'a utilisé un outil de repérage, mais plutôt des outils de mesure/évaluation ou description de l'incapacité ou de la dépendance fonctionnelle. Dans le rapport mondial 2011 sur le "handicap", l'OMS ⁽²⁰⁾ note que la prévalence de l'incapacité/handicap fonctionnel multidimensionnel modérée à grave chez les personnes âgées de 60 ans ou plus varie selon les sources d'estimation. Elle était de 38% dans le monde, 30% dans les pays à revenu élevé et 43% dans les pays à faible revenu selon les estimations basées sur l'Enquête mondiale de la Santé (une enquête de face à face auprès des ménages, de 2002-2004) et, selon l'étude sur la charge mondiale de morbidité de l'OMS, la prévalence était de 46% dans le monde, 37% dans les pays à revenu élevé et 54% en Afrique. Ainsi, les personnes âgées de Bobo-Dioulasso présenteraient une prévalence des incapacités fonctionnelles multidimensionnelles modérées à graves (25%) inférieure à celle des pays à faible revenu ou de l'Afrique (43 ou 54% selon les types d'estimation de l'OMS).

Le paragraphe ci-dessus montre qu'en Afrique Subsaharienne, la prévalence, de l'incapacité ou de la dépendance fonctionnelle varie selon l'espace, le temps, les définitions opérationnelles ou domaines d'incapacités ciblés, le seuil d'âge retenu (50 ans ; 60 ans ; 65 ans), le lieu de séjour : domicile ou centre de soins), les outils utilisés, le seuil ou degré d'incapacité mesuré ^(17-18, 20-21). Ces différentes variations rendent complexe toute comparaison des résultats précédemment présentés. Il est donc nécessaire d'utiliser un outil standard pour le repérage des personnes âgées en incapacités fonctionnelles et pour la mesure/évaluation de ces incapacités. Le PRISMA7 et le SMAF devraient pouvoir jouer ce rôle.

La spécificité socioculturelle de Bobo-Dioulasso (ville à majorité musulmane, espace géographique favorable à la cohabitation intergénérationnelle) mérite d'être prise en compte dans la généralisation des résultats de cette étude aux personnes âgées du Burkina Faso. Le taux de personnes âgées vivant seules était très faible dans cette localité et dans cette étude. Par ailleurs, il est aussi possible que les scores PRISMA7 ou SMAF aient été sous évalués, car dans la majorité des cas ce sont les personnes âgées elles-mêmes qui ont répondu au questionnaire.

CONCLUSION

D'une façon générale, très peu d'outils ont été développés pour repérer ou dépister les personnes âgées en incapacités fonctionnelles en Europe, Amérique ou Asie. De ce fait, les chercheurs utilisent le plus souvent des outils de mesure/description de l'incapacité. Peu de ces outils ont été adaptés/testés dans le contexte africain par les chercheurs. Les quelques chercheurs qui ont mesuré l'incapacité, la dépendance ou le handicap (ces termes sont utilisés ici comme synonymes car ils désignent à peu près les mêmes réalités dans ces études) ont recouru à des outils internationaux qu'ils ont essayé d'adapter à leur contexte. Les différentes études réalisées ont rapporté différentes mesures de fréquences des incapacités fonctionnelles. Ces prévalences varient entre 2% et 54% selon les espaces (Botswana, Burkina Faso, Mali, Nigéria, Zimbabwe, etc.) et le temps (1999 à nos jours). Les différences de définitions opérationnelles, de domaines d'incapacités ciblés, de profil de l'échantillon d'étude, des outils de collecte des données, et même du seuil ou degré d'incapacité mesuré expliquent les différences entre ces

taux/prévalences. Il est donc nécessaire et urgent pour l'Afrique Subsaharienne d'harmoniser ses conceptions opérationnelles, ses outils pour mieux cerner les incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées et mieux planifier les interventions ciblant cette population. L'OMS devrait être très favorable à cela si cette harmonisation s'inspire de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la santé (CIF).

Le PRISMA7 est effectivement un outil validé de repérage des personnes âgées en incapacités fonctionnelles. Dans le contexte de Bobo-Dioulasso, il a permis le repérage des personnes âgées en incapacités fonctionnelles légères à graves (42%), modérées à graves (25%) au seuil PRISMA7 $\geq 4/7$ oui et avec un âge > 75 ans au premier item du PRISMA7. Compte tenu du vieillissement attendu des populations africaines, le développement d'une stratégie planifiée de repérage et d'évaluation est et sera de plus en plus nécessaire. ■

Conflits d'intérêt : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt concernant cet article.

REMERCIEMENTS :

Nous remercions chaleureusement : **1)** le Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (CESS-Canada) qui a autorisé l'utilisation du PRISMA7 et du SMAF (outils sous droit d'auteur) dans le cadre de la thèse de Abdramane BERTHE ; **2)** BAMBA Issiaka pour la collecte des données et Mme KY/OUEDRAOGO Bibata et BAMBARA Mariam pour l'encodage des données ; **3)** les personnes âgées ayant participé à cette étude, **4)** l'Université Catholique de Louvain (Belgique) pour la bourse d'étude de Abdramane BERTHE ; **5)** la coopération belge au développement (CUD et DGD) pour le soutien financier au Projet Interuniversitaire Ciblé sur les Personnes Agées au Burkina Faso (PIC-PAB) ; **6)** le Centre Muraz pour la mise en position de stage doctoral de Abdramane BERTHE

RÉFÉRENCES

1. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bull World Health Organ.* 2004 ; 82:251-258.
2. Uwakwe R, Ibeh CC, Modebe AI, Bo E, Ezeama N, Njelita I, et al. The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 dementia research group cross-sectional survey. *J Am Geriatr Soc.* 2009 ; 57:1620-1627.
3. Raïche M, Hébert R, Dubois MF, Grégoire M, Bolduc J, Bureau C, et al. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie.* 2007 ; 32:209-218.
4. Hébert R, Tourigny A, Raïche M. PRISMA volume II, L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Québec: Edisem; 2007.
5. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) MdlEedF, Burkina Faso. Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006, Analyse des résultats définitifs, thème 2 : état et structure de la population. Rapport, Version électronique. Ouagadougou : INSD ; 2009 Octobre.
6. Bureau Central du Recensement MdlEedF. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 14 : situation socioéconomique des personnes âgées. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009 Octobre.
7. Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie.* 2003 ; 28:323-336.
8. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatr.* 2006 ; 42:191-206.
9. Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N, Kalfat H, Colvez A, Delli-Colli N. Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. *Arch Gerontol Geriatr.* 2003 ; 37:223-233.
10. Rai GS, Gluck T, Wientjes HJ, Rai SG. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): a measure of functional change with rehabilitation. *Arch Gerontol Geriatr.* 1996 ; 22:81-85.
11. Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Santé publique.* 2012 ; 24:439-451.
12. Bureau Central du Recensement MdlEedF, Burkina Faso. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Monographie de la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. Rapport, Version électronique. Ouagadougou : Ministère de l'Economie et des Finances ; 2009 Décembre.
13. Bureau Central du Recensement. Recensement général de la population et de l'habitat 2006 : résultats définitifs. rapport, version électronique. Ouagadougou : Ministère de l'Economie et des Finances, Burkina Faso ; 2008 juillet.
14. Bureau Central du Recensement MdlEedF, Burkina Faso. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 11 : Situation socio-économique des enfants et des jeunes au Burkina Faso. Rapport, Version électronique. Ouagadougou : Ministère de l'Economie et des Finances ; 2009 Octobre.
15. Ouakam Ouakam JF. Autonomie, dépendance et santé des personnes âgées. Cas du district de Bamako (Mali) [Thèse (Doctorat d'Etat)]. Bamako: Université de Bamako; 2004-2005.
16. Uwakwe R, Modebe I. Disability and care-giving in old age in a Nigerian community. *Niger J Clin Pract.* 2007 ; 10:58-65.
17. Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging. *J Am Geriatr Soc.* 2006 ; 54:1784-1789.
18. Allain TJ, Wilson AO, Gomo ZA, Mushangi E, Senzanje B, Adamchak DJ, et al. Morbidity and disability in elderly Zimbabweans. *Age Ageing.* 1997 ; 26:115-121.
19. Kuate-Defo B. Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun. *Cahiers québécois de démographie.* 2005 ; 34:1-46.
20. WHO, WB. World report on disability 2011. Report: WHO; 2011.
21. Dubuc N, Hébert R, Tousignant M. Du développement à l'implantation des profils Iso-SMAF : une mise à jour. In: Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. PRISMA, Edisem, 2004; 9:177-201. In: Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes : Edisem; 2004. p. 177-201.

4.2.2. Gains et « pertes » liés à l'utilisation du SMAF précédé du PRISMA7 dans la mesure du statut fonctionnel des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Valorisations :

Berthé A, Somda S, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, Badini-Kinda et Macq J. Gains et « pertes » liés à l'utilisation du SMAF précédé du PRISMA7 dans la mesure du statut fonctionnel des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Article soumis à la Revue Française de Gériatrie le 28 mars 2013].

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Drabo M, et al. Identification of elders with functional disability in Bobo-Dioulasso Burkina Faso. In: 7th European Congress on Tropical Medicine and International Health; 2011 3-7 october; Barcelona (Spain); 2011.

Gains et « pertes » liés à l'utilisation du SMAF précédé du PRISMA7 dans la mesure du statut fonctionnel des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Gains and "losses" associated with the use of SMAF preceded of the PRISMA7 in the measure of the functional status of elderly people in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

RESUME

Contexte : Une des difficultés à laquelle se heurtent les acteurs africains ciblant les personnes âgées est le manque d'outil approprié au repérage et/ou au diagnostic des incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées dans un contexte de ressources matérielles, humaines et financières limitées.

Objectif : Mesurer les gains et pertes liés à l'utilisation combinée PRISMA7 et SMAF qui évalue le statut fonctionnel des personnes âgées.

Méthodologie : PRISMA7 est un questionnaire de repérage des personnes âgées potentiellement en incapacités fonctionnelles. SMAF est un questionnaire d'évaluation du statut fonctionnel des personnes âgées. Ces deux outils ont été administrés à un échantillon représentatif de personnes âgées d'au moins 60 ans et vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). L'analyse des données a été réalisée à l'aide de Stata.

Résultats : Les résultats ont montré que la combinaison PRISMA7 et SMAF permet de ne pas administrer inutilement le SMAF à toutes les personnes âgées, de réduire de 48% le nombre de questionnaires à photocopier et de 45% le temps de travail. La prévalence des incapacités fonctionnelles modérées à graves passait de 32% (SMAF) à 25% (PRISMA7 et SMAF). Les 7% perdus exprimaient des besoins de surveillance ou d'aide le plus souvent dans les activités instrumentales.

Discussion : Cette combinaison est une bonne stratégie de repérage et d'évaluation des incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées.

Conclusion : Cette stratégie permet l'élaboration de plan de travail adapté aux besoins fonctionnels des personnes âgées.

Mots clés : méthode SMAF, repérage, incapacité fonctionnelle, personnes âgées, besoins de soins, Afrique Subsaharienne

SUMMARY

Context: One of the difficulties faced by African actors targeting the elderly is the lack of appropriate tool in the identification and/or diagnosis of functional disabilities among the elders in the context of deficient resources (material, human and financial). This work is done

Objective: To measure gains and 'losses' associated to the combined use of PRISMA7 (a tool who identify elders potentially in functional disabilities) and SMAF (a tool who evaluate the functional status of the elderly) in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Methods: PRISMA7 and SMAF were administered to a representative sample of elderly people who lived at home. Data analysis was performed using Stata.

Results: The results show that the combination of PRISMA7 and SMAF permit to not administer uselessly the SMAF to all elderly, reduces to 48% the number of questionnaires to photocopy and reduces the working time to 45%. The prevalence of moderate to severe functional disabilities passes from 32% (SMAF) to 25% (PRISMA7 and SMAF). The 7% of elderly people disappeared expresses monitoring needs or help, generally in instrumental activities.

Discussion: In a context of limited resources, this combination is a good strategy for identifying and evaluating functional disabilities in the elderly.

Conclusion: This strategy allows the development of work plan tailored to the functional needs of the elderly.

Keys words: Aged, disability evaluation, Disabled Persons, health policy, health priorities, Africa south of the Sahara

Introduction

Le vieillissement de la population sera plus rapide au Sud qu'au Nord (1, 2) et les pays d'Afrique subsaharienne seront vieux avant d'être riches (3, 4). Ce vieillissement est le résultat de la baisse de la fertilité, de la mortalité et de l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie dans la population générale (1, 5). Il pourrait constituer une menace pour les politiques africaines de développement. En Afrique subsaharienne, aucun système (social/communautaire, économique, culturel et sanitaire) n'est à ce jour bien préparé à gérer les problèmes soulevés par une population de plus en plus vieillissante (2, 6). Dans le domaine de la santé, la transition démographique serait accompagnée de la transition épidémiologique marquée par le passage de la prédominance des maladies infectieuses avec une mortalité maternelle et infantile élevée, à la prédominance des maladies chroniques, source d'incapacités fonctionnelles (5, 7) surtout chez les personnes âgées. Or, ces incapacités (limitation fonctionnelle correspondant à toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité ou tâche) entraînent des dépendances (fonctionnelles) vis-à-vis des ressources humaines, matérielles et financières déjà inadéquates.

Dans un système de santé optimal, toutes les personnes âgées présentant des incapacités modérées à graves devraient être identifiées et évaluées, pour mieux concevoir et exécuter les interventions requises (8, 9). Pour cela, une des difficultés à laquelle se heurtent les acteurs africains (gériatres, gérontologues, acteurs communautaires, chercheurs) ciblant les personnes âgées est le manque d'outil approprié (court et efficace ou complet) au repérage et/ou au diagnostic de ces incapacités (2, 9). La littérature scientifique vient de montrer l'existence de court outil efficace (2) de repérage des personnes âgées potentiellement en incapacités fonctionnelles vivant à domicile et la diversité des outils (9-13) de mesure des incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées. Dans ce contexte (Afrique subsaharienne) d'insuffisance des ressources humaines, matérielles et financières, les intervenants auprès des personnes âgées ont besoin d'un schéma court, efficace et efficient d'évaluation du statut fonctionnel de leurs personnes âgées. Nous avons donc testé l'efficacité d'une stratégie d'identification des incapacités en deux étapes en utilisant deux outils déjà validés au Canada et dans une certaine mesure au Burkina Faso (2, 9). L'objectif de cette étude était de répondre à la question : que gagne ou perd un intervenant (gériatre, gérontologue, acteur communautaire) s'il administre le PRISMA7 (2) ce court outil de repérage des personnes âgées en incapacités fonctionnelles (conçu par l'équipe du Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie) avant d'utiliser le SMAF (9) (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle) pour évaluer leur statut fonctionnel? Autrement dit, l'objectif de cette étude est de mesurer les gains et pertes liés à l'utilisation combinée du PRISMA7 (2) et du SMAF (9) dans l'évaluation du statut fonctionnel des personnes âgées.

Méthodologie

la méthodologie de ce travail a été relativement détaillée dans des travaux précédentes (2, 9).

Nous avons réalisé une étude transversale auprès d'un échantillon de personnes âgées de 60 ans ou plus à Bobo-Dioulasso, (Burkina Faso). En 2006 (14), cette ville comptait 489.967 habitants dont 18130 (3,7%) âgés de 60 ans ou plus constituent la population d'étude. Nous avons réalisé un échantillonnage aléatoire stratifié. Les personnes de plus de 60 ans vivant dans les trois arrondissements de la ville (Dafra, Do et Konsa) ainsi que les différents secteurs qui les composent ont constitué la base de sondage. Le choix des concessions par secteur a été fait au moyen d'un tirage systématique à raison d'un pas de 5 et à partir du centre du secteur. La première concession à visiter a été déterminée suivant la direction d'une bouteille pivotée dans le sens de l'aiguille d'une montre. Dans chaque concession sélectionnée, s'il n'y avait qu'une seule personne âgée, celle-ci était systématiquement retenue. Un tirage au hasard sans remise a été utilisé lorsqu'il y avait plus d'une personne âgée. Les personnes âgées sélectionnées et absentes ont été recherchées deux fois et ont été remplacées en cas d'absence à la troisième visite.

Nous avons calculé une taille d'échantillon de 377 personnes à interroger à partir de la population des personnes âgées de Bobo-Dioulasso (N =18130), avec une prévalence d'incapacités fonctionnelles attendues de 50%. La précision ou marge d'erreur a été fixée à 5% et le degré de confiance à 95%. Le nombre de personnes à interroger dans chacun des trois arrondissements a été proportionnel au nombre de ménages dans les secteurs géographiques habités.

Dans une première étape de repérage, nous avons utilisé le PRISMA7 (2, 8, 15), un court outil de repérage des personnes âgées en incapacités fonctionnelles (2). Dans une deuxième étape, nous avons administré un outil plus complet, le SMAF à l'ensemble des enquêtés. Un seul enquêteur préalablement formé a administré le PRISMA7 et le SMAF à l'ensemble des participants. Il a réalisé deux pré-tests avant la collecte des données. Ces pré-tests ont permis d'adapter davantage quelques items du SMAF au contexte local. Suite aux pré-tests du SMAF (version originale), quelques items ont été modifiés pour les adapter au contexte local (2, 9). Tous les questionnaires remplis ont été vérifiés par le reste de l'équipe.

Pour implanter le PRISMA7 à Bobo-Dioulasso, son premier item (Avez-vous plus de 85 ans ?) a été modifié pour l'adapter à la réalité démographique burkinabè où la morbidité/incapacité est déjà présente au delà de 75 ans (16). Le SMAF est un outil développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps de l'Organisation Mondiale de la Santé (2, 8, 9, 15, 17-20).

Il est sous droit d'auteur et ne peut être utilisé sans l'autorisation du Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (Canada). Il évalue les incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées dans cinq (05) domaines : Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) ; Mobilité (MOB), Communication (COM), Fonction Mentale (FM) et Activités de la Vie Domestique (AVD) (9).

Pour être repérée comme potentiellement en incapacités fonctionnelles, une personne âgée doit avoir un score PRISMA7 supérieur ou égal à 4 sur 7. Pour être considérée comme en incapacités modérées à graves elle doit avoir un score SMAF supérieur ou égal à 15 (2, 8, 9, 15, 17-20).

La participation a été libre et volontaire et les cas de refus malgré la lecture de la lettre d'information pour l'obtention du consentement éclairé n'ont pas été remplacés. Le protocole de recherche a été soumis au Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso.

Le masque de saisie des données a été conçu à l'aide du logiciel CPro 4. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Stata 11 SE.

Résultats

Proportion de personnes âgées repérées comme potentiellement en incapacités fonctionnelles à l'aide du questionnaire PRISMA7 (n=362)

Le PRISMA7 a été administré à 362 personnes âgées. C'est un questionnaire de 7 questions qui tenaient sur une page (soit un total de 362 pages). En moyenne, son administration prenait quatre (04) minutes. Le temps d'obtention du consentement pour participer à l'étude était de 10 minutes.

Le score PRISMA7 enregistré par les personnes âgées variait entre zéro (0) et sept (07) avec une moyenne de $3,42 \pm 1.33$; 151/362 ont eu un score $\text{PRISMA7} \geq 4/7$. Cela correspondait à une proportion de 42% de personnes âgées d'au moins 60 ans repérées comme étant potentiellement en incapacités fonctionnelles multidimensionnelles à Bobo-Dioulasso.

Les incapacités fonctionnelles chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso mesurées avec le questionnaire SMAF (n=351)

Le SMAF a été administré à 351 personnes âgées. C'est un questionnaire de 29 items qui tenaient sur 10 pages (soit un total de 3510 pages). En moyenne, son administration prenait 30 minutes.

Le tableau 1 montre que :

- 98% (344/351) des personnes âgées de Bobo-Dioulasso avaient des limitations fonctionnelles multidimensionnelles légères à graves (score SMAF variant entre 1 à 60);
- 32% (111/351) des personnes âgées étaient en incapacités modérées à graves (score SMAF supérieur ou égal à 15) ou exprimaient un besoin de surveillance, d'aide partielle ou totale (dépendance fonctionnelle) ;
- Les incapacités fonctionnelles modérées à graves variaient selon les domaines du SMAF de 7% (25/351) dans les AVQ à 86% (301/351) dans les AVD.

A l'intérieur de chaque domaine, les incapacités fonctionnelles variaient selon les activités. Les personnes âgées avaient quantitativement plus de limitations dans les activités nécessitant l'usage d'instruments : préparer les repas (82%), faire la lessive (80%), utiliser le téléphone/radio/télévision (71%), se laver (67%), entretenir la maison (66%), etc.

Le score moyen des 351 personnes ayant répondu au SMAF était de 13,65 $\pm$ 9.49. Le score moyen des 111 personnes en incapacités modérées à graves était de 23,57 $\pm$ 10.34.

Résultats de la combinaison des questionnaires PRISMA7 et SMAF

En administrant le PRISMA7 aux 362 personnes âgées, 42% (151/362) ont été repérés comme potentiellement en incapacités fonctionnelles (score PRISMA7 $\geq$ 4/7). Seules ces 151 personnes devaient donc normalement répondre au SMAF.

Gains liés à la combinaison des questionnaires PRISMA7 et SMAF

Le PRISMA7 exemptait l'acteur de l'administration du SMAF à 211 personnes âgées (58% des personnes âgées). Cela représentait une économie de 48% des papiers (1738/3620 pages) à utiliser si le SMAF seul avait été administré aux 362 personnes âgées et une économie 45% de temps (4852/10860 minutes, soit une économie de 10/23 jours de travail à raison de 8 heures par jour) d'administration du SMAF. Ainsi, la charge de travail de l'acteur est divisée presque par deux s'il combine à la fois le PRISMA7 et le SMAF (voir tableau 2).

Dans un système de santé optimal, l'utilisation combinée de ces outils devraient être appliqués à toutes les 18130 personnes âgées de la ville de Bobo-Dioulasso. La simulation de cette application a confirmé une économie de 48% des papiers (87020/181300 pages) à utiliser si seul le SMAF avait été administré aux 18130 personnes âgées et une économie de 45% de temps (242930/543900 minutes, soit une économie de 506/1133 jours de travail à raison de 8 heures par jour) d'administration du SMAF (voir tableau 2).

« Pertes » apparentes liées à la combinaison des questionnaires PRISMA7 et SMAF

Chez les 148 personnes âgées ayant eu un score PRISMA7 $\geq 4/7$ (donc repérées comme étant en incapacités fonctionnelles), le plus petit score SMAF était un (01) et le plus élevé était 60. Leur score SMAF moyen était $19,58 \pm 10,96$. Leur score SMAF médian était 16. La majorité (60%) de ces personnes repérées ou 25% (89/351) de l'échantillon global avaient des incapacités modérées à graves c'est-à-dire présentaient des besoins de surveillance ou d'aide (score SMAF ≥ 15). Ces personnes étaient donc en dépendance fonctionnelle. Cette prévalence des incapacités modérées à graves (25%) variait de 7% (23/351) dans les AVQ à 41% (143/351) dans les AVD en passant par 10% (34/351) dans la MOB et 25% (89/351) dans la FM ou 25% (88/351) dans la COM.

L'administration combinée du PRISMA7 et du SMAF (voir tableau 3) a montré que :

- 59/148 soit 40% des personnes âgées repérées comme potentiellement en incapacités fonctionnelles étaient effectivement en incapacités légères. Cependant ces personnes n'avaient pas besoin de surveillance ou d'aide pour accomplir leurs activités ;
- 22 personnes âgées (11% des non repérées ou 6% de l'effectif total) non repérées comme potentiellement en incapacités fonctionnelles avec le PRISMA7 étaient en incapacités modérées à graves selon le SMAF.

L'administration du SMAF précédée du PRISMA7 a montré que la proportion de personnes âgées en incapacités modérées à graves passait de :

- 32% (SMAF seul) à 25% (PRISMA7 + SMAF) ; soit une perte de 7% des personnes en incapacités modérées à graves ;
- 37% à 25% (soit une perte de 12%) dans la communication (COM) ;
- 28% à 25% (soit une perte de 3%) dans la fonction mentale (FM) ;
- 86% à 41% (soit une perte de 45%) dans les AVD.

Les proportions de personnes âgées en incapacités modérées à graves étaient restées quasi-statiques dans les AVQ et dans la MOB.

Qui sont ces personnes âgées en incapacités modérées à graves et perdues du fait de l'utilisation combinée du PRISMA7 et du SMAF ?

Les 7% perdus (PRISMA7 + SMAF) étaient à 91 % des femmes. Leur âge moyen était 68 ans. Elles présentent des incapacités modérées (besoin de surveillance) dans 4 à 5 domaines du SMAF. Les 12% perdus dans la COM étaient à 81 % des femmes. Leur âge moyen était 66 ans. Et les 45% perdus dans les AVD étaient à 58 % des femmes. Leur âge moyen était 65 ans.

La grande majorité des perdus (combinaison PRISMA + SMAF) étaient en incapacités fonctionnelles modérées ou graves dans les activités instrumentales de la vie quotidienne ou domestique.

Discussion

Les résultats de cette étude montrent que le PRISMA7 est effectivement un outil de repérage des personnes âgées en incapacités fonctionnelles dans le contexte burkinabè voir africain (2). Il n'a pas la prétention d'identifier toutes les personnes en incapacités fonctionnelles. Hébert et al. (8, 15) avaient déjà noté que le PRISMA7 ne permet pas un repérage exhaustif de toutes les incapacités et/ou de toutes personnes âgées en incapacités. Mais qu'il reste l'un des rares instruments de repérage des incapacités multidimensionnelles et est simple à utiliser.

Dans cette étude, le PRISMA7 a raté 7% des personnes en incapacités modérées à graves et 40% des personnes âgées qu'il a repéré comme étant potentiellement en incapacités fonctionnelles se sont retrouvées en incapacités légères selon le SMAF.

En termes de gain, le SMAF précédé du PRISMA7 fait économiser près de la moitié des papiers à utiliser pour le questionnaire SMAF et près de la moitié des jours de travail à l'acteur concerné. Autrement dit, si cet acteur utilise le PRISMA7 et le SMAF, il réduit presque de moitié sa charge de travail.

A première vue, la combinaison du PRISMA7 et du SMAF fait perdre des personnes ayant des incapacités modérées à graves dans la COM (12%), la FM (3%), les AVD (45%) et le SMAF général (7%). Cependant, un regard approfondi permet d'observer que les taux de ces perdus sont acceptables dans la FM, le SMAF général et même dans la COM puisqu'il s'agit d'incapacités modérées, plus précisément de besoin de surveillance. Quant aux pertes dans les AVD, elles s'expliquent essentiellement par la division générationnelle et sexuelle du travail domestique. La grande majorité des personnes perdues sont des femmes âgées de moins de 70 ans. Cette situation s'explique par le fait que les deux premiers items du PRISMA7 (avez-vous plus de 75 ans et êtes-vous de sexe masculin) leur sont défavorables. Le PRISMA7 a été conçu en sachant que les incapacités sont plus légères chez les hommes et au delà de 85 ans (au Canada) nous l'avons ramené à 75 ans pour l'adapter à la réalité démographique burkinabè où la morbidité/incapacité/mortalité s'accroît à partir de 75 ans (16).

A Bobo-Dioulasso, dans certaines familles, du fait de la division générationnelle et/ou sexuelle du travail domestique (21), il est culturellement inadmissible que les personnes âgées (surtout les hommes) continuent d'effectuer des activités instrumentales (entretenir la maison, préparer les repas, faire la vaisselle, la lessive, etc.).

Les personnes âgées exemptées de ces activités (qui sont dépendant de leur famille sur ce plan) sont enregistrées par le SMAF comme étant en incapacités dans ces activités ou domaines dans la mesure où elles ne réalisent pas ces activités et sont dépendantes d'autrui. C'est ainsi que les AVD demeurent ce domaine du SMAF où la prévalence des incapacités fonctionnelles modérées à graves a été le plus réajusté en combinant le PRISMA7 et le SMAF. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées dans le domaine des AVD et des AVQ seront l'objet d'un article spécifique où la division générationnelle et sexuelle du travail domestique ou la prescription/proscription culturelles des activités instrumentales chez les personnes âgées sera abordée et discutée. Par ailleurs, le SMAF mesure la capacité/incapacité fonctionnelle des personnes âgées c'est-à-dire les activités ou tâches qu'elles accomplissent concrètement. Que la personne âgée soit réellement capable de le faire ou non, le non-accomplissement de ces activités est considéré comme une incapacité/dépendance. Le SMAF ne mesure donc pas la « capacité » fonctionnelle (ce que les personnes âgées peuvent faire, qu'elles le fassent ou non ; ce qu'elles peuvent pratiquer théoriquement) des personnes âgées mais leurs capacités/incapacités fonctionnelles (ce que les personnes âgées font ou ne font pas, ce qu'elles pratiquent ou ne pratiquent pas).

Ainsi, perdre ces personnes âgées qui ne sont pas en « incapacité » fonctionnelle est « acceptable ». Cette division générationnelle et sexuelle du travail domestique permet de comprendre pourquoi la plupart des activités instrumentales ont des taux élevés d'incapacités fonctionnelles modérées à graves considérablement réduit avec la combinaison du PRISMA7 et du SMAF.

Plutôt que de parler de pertes liées à l'utilisation combinée du PRISMA7 et du SMAF, nous pensons et préférons parler d'ajustement positif de la prévalence des incapacités modérées à graves. Ce réajustement a fait perdre peu d'incapacités modérées et aucune incapacité grave.

En Afrique subsaharienne, très peu d'études ont été réalisées sur les gains et pertes liées à la combinaison d'un court outil de repérage des personnes âgées potentiellement en incapacités fonctionnelles et un outil long ou complet d'évaluation de leur statut fonctionnel par un même acteur comme cela se fait dans la vie professionnelle des acteurs ciblant les personnes âgées. Avec cette expérience, nous pouvons dire qu'à Bobo-Dioulasso, la prévalence des incapacités fonctionnelles modérées à graves chez les personnes âgées vivant à domicile est de 25% (combinaison PRISMA7 + SMAF) ou 32% (utilisation du SMAF).

En Afrique subsaharienne, les différentes études réalisées ont rapporté des prévalence d'incapacité/dépendance ou handicap (ces termes sont utilisés comme des synonymes) variant entre 2% et 54% selon les pays (Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Mali, Nigéria, Zimbabwe, etc.) et le temps (1999 à nous jours) (2, 9, 10, 12, 13, 16, 22-25).

Conclusion

A Bobo-Dioulasso, l'utilisation séquentielle du PRISMA7 et du SMAF permet : 1) de ne pas administrer inutilement le SMAF à 58% de la population âgée, ce qui entraîne une économie de près de la moitié (48%) des papiers qui aurait dû être utilisée si le SMAF devrait être administré à toutes, et une économie de 45% du temps de travail et 2) l'ajustement positif de la prévalence des incapacités fonctionnelles modérées à graves qui est certes réduit de 32% à 25% mais n'enregistre pas de perte significative du point de vue incapacités modérées ou graves.

Tout compte fait, la prévalence de cette étude : 32% si le SMAF seul est utilisé ou 25% si le PRISMA7 et le SMAF sont combinés reste supérieure à la prévalence de la plupart des études réalisées en Afrique subsaharienne qui ont souvent mesuré les incapacités graves. Ainsi, dans un contexte de ressources financières et matérielles limitées, de longue file active de personnes âgées (parce que peu d'acteurs formés pour leur cause) ce schéma court (combinaison de PRISMA7 et de SMAF) de repérage et d'évaluation du statut fonctionnel des personnes âgées en incapacités modérées à graves et vivants à domicile par un même acteur (chercheur, gériatre, gérontologue ou acteur communautaire) devrait permettre de mieux les prendre en charge les personnes âgées afin d'éviter que leur état ne se détériore. Il devrait aussi permettre de concevoir et exécuter les interventions des acteurs concernés.

Références

1. Pinson G. Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord. *Population & Sociétés* 2009;457.
2. Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Comment repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile en Afrique Subsaharienne? L'utilisation du PRISMA7 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Revue Française de Gériatrie* 2013;38(4):Sous presse.
3. Godin C. La fin de l'humanité: Champ Vallon; 2003.
4. Domenach H. Les grandes tendances démographiques et l'environnement: l'enjeu d'une planète viable. *Mondes en développement* 2008;2(142):97-111.
5. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bull World Health Organ* 2004;82(4):251-8.

6. Nordberg E. Health and the elderly in developing countries with special reference to sub-Saharan Africa. *East Afr Med J* 1997;74(10):629-33.
7. WHO. ICF: International classification of functioning, disability and health. Geneva: WHO; 2001.
8. Raïche M, Hébert R, Dubois MF, Grégoire M, Bolduc J, Bureau C, et al. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation. *La Revue de Gériatrie* 2007;32(3):209-218.
9. Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Santé publique* 2012;24(5):439-451.
10. Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(11):1784-9.
11. Dubuc N, Hébert R, Tousignant M. Du développement à l'implantation des profils Iso-SMAF: une mise à jour. In *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. PRISMA, Edisem, 2004, chapitre 9, p. 177-201. (pdf 142 Ko). In: *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*: Edisem; 2004. p. 177-201.
12. Allain TJ, Wilson AO, Gomo ZA, Mushangi E, Senzanje B, Adamchak DJ, et al. Morbidity and disability in elderly Zimbabweans. *Age Ageing* 1997;26(2):115-21.
13. WHO, WB. World report on disability 2011. Report: WHO; 2011.
14. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) MdiEedF, Burkina Faso). Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2006, Analyse des résultats définitifs, thème 2: état et structure de la population. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: INSD; 2009 Octobre.
15. Hébert R, Tourigny A, Raïche M. PRISMA volume II, L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action. Québec: Edisem; 2007.

16. Bureau Central du Recensement MdEedFBF. Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 14:situation socioéconomique des personnes âgées. Rapport, Version électronique. Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances; 2009 Octobre.
17. Hebert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J, Pinsonnault E. Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie* 2003;Tome 28(4).
18. Dubuc N, Hebert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;42(2):191-206.
19. Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N, Kalfat H, Colvez A, Delli-Colli N. Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;37(3):223-33.
20. Rai GS, Gluck T, Wientjes HJ, Rai SG. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): a measure of functional change with rehabilitation. *Arch Gerontol Geriatr* 1996;22(1):81-5.
21. De Jong W, Roth C, Badini-kinda F, Bhagyanath S. Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso / Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas. Lit Verlag Münster: Société Suisse d'Etudes Africaines (SSEA); 2005.
22. Ouakam Ouakam JF. Autonomie, dépendance et santé des personnes âgées. Cas du district de Bamako (Mali) [Thèse (Doctorat d'Etat)]. Bamako: Université de Bamako; 2004-2005.
23. Uwakwe R, Ibeh CC, Modebe AI, Bo E, Ezeama N, Njelita I, et al. The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 dementia research group cross-sectional survey. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(9):1620-7.
24. Uwakwe R, Modebe I. Disability and care-giving in old age in a Nigerian community. *Niger J Clin Pract* 2007;10(1):58-65.
25. Kuate-Defo B. Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun. *Cahiers québécois de démographie* 2005;34(1):1-46.

Remerciements :

Nous remercions chaleureusement 1) le Centre d'Expertise en Santé de Sherbrooke (CESS-Canada) qui a autorisé l'utilisation du PRISMA7 et du SMAF (outils sous droit d'auteur) dans le cadre de la thèse de Abdramane BERTHE ; 2) BAMBA Issiaka pour la collecte des données et Mme KY/OUEDRAOGO Bibata et BAMBARA Mariam pour l'encodage des données ; 3) les personnes âgées ayant participé à cette étude, 4) l'Université Catholique de Louvain (Belgique) pour la bourse d'étude de Abdramane BERTHE, 5) la coopération belge au développement (CUD et DGD) pour le soutien financier au Projet Interuniversitaire Ciblé sur les Personnes Agées au Burkina Faso (PIC-PAB), 6) le Centre Muraz pour la mise en position de stage doctoral de Abdramane BERTHE.

Tableau 1 : les incapacités fonctionnelles (mesurées à l'aide du SMAF) chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso (en %)

Table 1: functional disability (measured using the SMAF) among the elderly in Bobo-Dioulasso (%)

Degré d'incapacité (n=351)	SMAF (ensemble des domaines)	Domaines du SMAF				
		AVQ	MOB	COM	FM	AVD
Aucune incapacité	2	22	59	63	72	2
Incapacités légères	67	71	31	0	0	12
Incapacités modérées (besoin de surveillance)	25	3	6	37	25	14
Incapacités moyennes (besoin d'aide partielle)	6	4	3	0	3	65
Incapacités graves (besoin d'aide totale)	0	0	1	0	0	7
Total	100	100	100	100	100	100

Tableau 2 : Gains de papier et de temps selon l'utilisation soit SMAF, soit du PRISMA7 et du SMAF

Table 2: Gains of paper and time according to the use SMAF or the combination of PRISMA7 and SMAF

Outil utilisés	Nombre de sujets	Nombre de pages par questionnaire	Nombre total de pages	Nombre de minutes par questionnaire	Nombre total de minutes
Notre échantillon d'étude					
SMAF	362	10	3620	30	10860
PRISMA 7	362	1	362	4	1448
PRISMA 7+SMAF	514 [362+152]	11	1882 [362+1520]	34	6008 [1448+4560]
Gains			1738		4852
Gains (%)			48		45
Population total (en 2006) de personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Simulation)					
SMAF	18130	10	181300	30	543900
PRISMA 7	18130	1	18130	4	72520
PRISMA 7+SMAF	25745 [18130+7615]	11	94280 [18130+76150]	34	300970 [72520+228450]
Gains			87020		242930
Gains (%)			48		45

Tableau 3 : nombre de personnes âgées en incapacités fonctionnelles modérées à graves selon le PRISMA et selon le SMAF

Table 3: Number of elderly in moderate to severe functional disabilities according to the PRISMA and the SMAF

S M A F	Statut d'incapacité	Prisma7		Total
		Positif	Négatif	Total
	En incapacités fonctionnelles (modérées à graves)	89	22	111
	Aucune incapacité ou incapacité légère	59	181	240
	Total	148	203	351

Chapitre 5. Le système des soutiens familiaux aux Personnes Agées (PA) en incapacités fonctionnelles à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Valorisations

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Drabo M, Hien H, Tou F, Bamba I, Somda S, Badini-Kinda F et Macq J. Le système des soutiens familiaux aux Personnes Agées (PA) en incapacités fonctionnelles à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). [Article traduit en anglais, à soumettre en avril 2013 à la revue Social Sciences and Medecine (Call for Papers: Social Networks, Health, and Mental Health)].

Le système des soutiens familiaux aux Personnes Agées (PA) en incapacités fonctionnelles à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Résumé

Introduction : Le système des soutiens familiaux aux Personnes Agées (PA) en incapacités fonctionnelles vivant à domicile a été peu étudié dans le contexte africain. Cette étude a pour objectif de comprendre ce système à Bobo-Dioulasso.

Méthodes : Il s'agit d'une étude longitudinale auprès de quinze familles. Un entretien individuel approfondi a été réalisé avec chaque PA et avec 2 ou 3 membres de son entourage.

Résultats : A Bobo-Dioulasso, le système familial de maintien des PA en autonomie fonctionnelle était complexe (système de soins sociaux de Cantor). Il se subdivisait souvent en sous-système selon l'âge/génération et/ou le sexe (modèle de la spécificité des tâches de Litwak et Penning). Dans un même sous-système, il existait quelquefois une hiérarchie des aidants (modèle hiérarchique compensatoire de Shanas et Cantor). Les PA apportaient le plus souvent le soutien (contre-don) émotionnelle (modèle de la sélectivité socio-émotionnelle de Carstensen). Dans ce contexte, il n'est pas toujours aisé d'identifier l'aidant principal.

Discussion : Les crises familiales et économiques entraînent le dysfonctionnement du système et la restriction des aidants. Le manque d'aidant en cas d'incapacités graves entraîne la mort de la PA.

Mots clés : Soutien familial, Soutien domicile, Soins domicile, Système de soins, Personnes âgées, Afrique subsaharienne

Title: The system of family support to the Elderly living at home with functional disabilities (Bobo-Dioulasso, Burkina Faso)

Abstract

Introduction: The system of family support to elders living with functional disabilities at home has been little studied in the African context. This study aims to understand this system in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Methods: This is a longitudinal study including fifteen families. Depth individual interview was conducted in each family (with one elder, 2 or 3 members of his entourage).

Results: In Bobo-Dioulasso, the family system for maintaining elderly in functional autonomy was complex (the social care system of Cantor). It is often subdivided into subsystem according to age/generation and/or sex (the model of the specific tasks of Litwak and Penning). In the same subsystem, there were a few times a hierarchy of caregivers (the hierarchical compensatory model of Shanas and Cantor). The elderly usually brought (cons-don) the emotional support (the socio-emotional selectivity model of Carstensen). In this context, it is not always easy to identify the principal caregiver.

Discussion: Family and economic crises cause the system dysfunction and a restriction of caregivers. The lack of help in case of severe disabilities causes the death of the elder.

Keywords: Social support, Old age assistance, Family relation, Caregivers, Aged, Africa south of the Sahara

Introduction

La littérature scientifique a suffisamment mis en évidence le rôle de la famille dans la sécurité sociale, les soins/soutiens ou la solidarité envers les Personnes Agées (PA) (Akinyeni, Adepoju, & Ogunbameru, 2007; Clément, Gagnon, & Rolland, 2005; De Jong, Roth, Badini-kinda, & Bhagyanath, 2005; Ibrahima, 2010; Lavoie & Clément, 2005; Li & Tracy, 1999; Martel & Légaré, 2001; Membrado, Vézina, Andrieu, & Goulet, 2005; Nyuni, 2007; Silverstein, Conroy, Wang, Giarrusso, & Bengtson, 2002; Zimmer & Dayton, 2005). Pour certains chercheurs, la famille est en train de démissionner ou démissionnera (Akinyeni et al., 2007; De Jong et al., 2005; Vidal, 1994). D'autres rassurent qu'elle continuera à assumer mais adaptera sa mission aux contextes (Clément et al., 2005; Clément & Lavoie, 2005; Ilboudo, 2011; Loiselle, 1991; A. A. Mawata, 2009; A. A. Mawata, 2011; Sawadogo, 2011; A. Vézina & Membrado, 2005). Au niveau international (A Vézina, Vézina, & Tard, 1994), les recherches sur les soins/soutiens sociaux aux PA se sont beaucoup focalisées sur l'évaluation de la quantité et/ou de la qualité (lien de parenté avec la PA) des ressources auprès des PA (De Jong et al., 2005; Ibrahima, 2010; Membrado et al., 2005), la description du rôle des « aidants principaux » (conjoint, surtout les femmes et/ou enfants biologiques) et/ou la mesure du fardeau pesant sur ceux-ci (Akinyeni et al., 2007; Membrado et al., 2005; Nyuni, 2007); l'analyse des facteurs prédisposant les PA à l'hébergement (A. Vézina & Membrado, 2005); la solidarité intra ou intergénérationnelle. Ces recherches ont généré une série de théories ou modèles sur les soins/soutiens sociaux (Au et al., 2009; Delisle & Ouellet, 2002; B A Pescosolido, 2000; B A Pescosolido & Levy, 2002; Bernice A. Pescosolido, 1992; A Vézina et al., 1994).

La littérature africaine portant sur les soins/soutiens aux PA s'est largement inspirée des modèles d'études européens ou nord américain (Adamchak, Wilson, Nyanguru, & Hampson, 1991; Akinyeni et al., 2007; A. A. Mawata, 2009; A. A. Mawata, 2011; Nyuni, 2007). Or, les contextes politiques, socioéconomiques et culturels étant différents, un recul serait nécessaire pour comprendre l'organisation familiale qui sous-tend les soins/soutiens sociaux aux PA. Ce fait social a souvent été étudié de manière transversale (Loiselle, 1991; Membrado et al., 2005; A Vézina et al., 1994) alors que ces soins/soutiens constituent un système qui a une histoire, un dynamisme et qui est encastré dans un contexte (Clément et al., 2005). Par ailleurs beaucoup d'études se sont focalisées sur quelques membres de la famille nucléaire des PA et ont étudié les soins/soutiens sociaux dans un sens unique en terme de soins/soutiens donnés (Kimuna & Makiwane, 2007; Schatz, 2007) ou reçus par la PA (Adamchak et al., 1991) sans considérer de manière suffisamment explicite le système d'échange entre les différents acteurs.

Cette étude réalisée à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso a pour objectif de comprendre l'organisation familiale du soutien à la PA en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile.

Elle répond aux questions : comment la famille est-elle organisée pour soutenir son membre âgé ? Qui (dans la famille) prend soin de la PA ? Et qui (dans la famille) est soutenu par la PA ? Dans ce travail, la famille s'étend aux amis et voisins intervenant dans le soutien de la PA. Elle correspond donc à la définition qu'en ont faite les personnes interrogées. Cette étude ne privilégie au départ, aucun modèle ou théorie déjà existant. Elle se centre sur la PA, l'utilise comme porte d'entrée dans sa « famille », adopte une démarche longitudinale telle que recommandée par les récentes critiques de la littérature (Membrado et al., 2005; A Vézina et al., 1994) et l'observe dans ses relations avec son entourage, tel que défini et délimité par lui-même.

Méthodes

Cette étude qualitative est réalisée à la suite d'une étude quantitative menée auprès d'un échantillon représentatif de 351 PA à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Le volet quantitatif a mesuré l'incapacité, l'autonomie et le handicap fonctionnel à l'aide du questionnaire « Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF) ». Il s'agit d'une étude longitudinale auprès de quinze familles (15 « cas ») constituées autour d'au moins une PA de notre volet quantitatif. La sélection de ces PA (familles) a été faite de façon raisonnée en les triangulant selon le sexe, le degré d'incapacités, le secteur géographique. Dans chaque famille sélectionnée, nous avons réalisé un entretien individuel approfondi avec la PA sélectionnée, 2 ou 3 aidants, 1 voisin et/ou 1 ami si ces derniers sont régulièrement impliqués dans le soutien de la PA. Les données ont été collectées durant une année : le premier mois a été consacré aux premiers entretiens individuels, les mois 3 ; 6 et 9 ont été réservés aux visites/observations (d'un jour par famille) et le mois 12 a été consacré aux seconds et derniers entretiens approfondis avec les mêmes répondants initiaux.

Les entretiens ont porté sur divers thèmes dont l'organisation du soutien familial à la PA. Pour nous assurer de la qualité (vraisemblance) des données et collecter les informations manquantes ou complémentaires, le contenu de chaque entretien a été restitué à chaque répondant. Un enquêteur principal a collecté les données.

Le principe éthique de base dans cette étude est la conscience professionnelle qui nous a guidés (Mucchielli, 2009). La participation a été libre et volontaire et les personnes ciblées avaient la possibilité de refuser de participer à l'étude. Les PA chefs de ménage/concession avaient la possibilité de refuser la participation des membres de leur famille. Le protocole de recherche a été soumis au Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé du Burkina Faso.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel QSR Nvivo 8. Les PA ont été codifiées de 1 (PA1) à 15 (PA15). Nous avons réalisé une analyse spécifique (intra-cas) et globale.

Une série de restitutions ciblant les interlocuteurs de terrain et/ou les chercheurs a été organisée pour permettre à ces acteurs de se prononcer sur la vraisemblance/validité des résultats.

Résultats

Les PA et leurs aidants à domicile

Les 15 cas (familles) étudiés sont centrés sur 15 PA (1 PA par famille) : 6 hommes (5 mariés et 1 veuf) et 9 femmes veuves. Outre ces PA, 43 membres de leur famille ont participé aux entretiens répétés de la première année de collecte des données. A la deuxième année de collecte, 13/15 cas ou familles centrés sur 13/15 PA (1 PA est décédée et 1 autre a refusé de participer de nouveau à l'étude) dont 4 hommes et 9 femmes ont participé à l'étude. Outre ces PA, 19/43 personnes de leur famille ayant participé aux entretiens répétés de la première année ont de nouveau participé aux entretiens de l'An 2. Parmi les 24/43 aidants restant, 1 aidant est décédé, 2 n'ont plus été recherchés parce que leur PA est décédée, 8 ont refusé de participer à l'étude pour une série de raisons (les chercheurs de cette étude n'aident pas les familles, rien n'a changé dans le système des soutiens familiaux, l'aidant a obtenu un travail rémunéré et n'a plus assez de temps) 13 autres aidants ont régulièrement été absents à domicile pour diverses raisons (voyage, exercice d'un travail rémunéré).

L'analyse ci-dessous a pris en compte l'effet de ces mouvements des aidants sur le système des soutiens familiaux.

Parmi ces 15 PA, celles qui avaient des incapacités légères (PA1, PA5, PA7, PA19, PA10, PA11 et PA13) avaient naturellement besoin de moins d'aides, de soutiens que celles ayant des incapacités modérées ou graves. Cependant dans certaines familles (PA3, PA7, PA9, PA11), du fait de la division sexuelle et/ou générationnelle du travail domestique, certaines PA étaient exemptées des activités instrumentales ou des activités de la vie domestique. Cela entraînait leur dépendance vis-à-vis de l'entourage qui s'organisait pour leur apporter les soutiens nécessaires. En outre, même en l'absence d'incapacités (cas des PA en incapacités légères), la famille était susceptible d'apporter son soutien surtout dans les activités instrumentales. Dans ce contexte, le vieil âge était déjà considéré comme l'âge de développement des incapacités (donc comme une incapacité) et la division générationnelle du travail domestique consistait à prévenir le développement/aggravation des incapacités modérées à graves chez les PA.

En outre, les PA (PA2 et PA6) ayant une pension trimestrielle relativement plus élevée (3 fois le SMIG mensuel) avaient moins besoin d'aide financière ou matérielle de la part de leur entourage : « Ma pension me suffit. Donc, je n'ai pas besoin de leur argent » (PA2).

Souvent ces PA se retrouvaient aidants proches de leurs enfants âgés en chômage et contribuaient fortement aux dépenses financières de la maison : « Des fois s'il y a des dépenses à faire dans la famille et que nous (enfants) n'avons pas les moyens, je lui dis : 'papa il y a telle chose et nous n'avons pas d'argent'. Il me dit d'enlever dans son argent et faire les dépenses » (fils de PA2, 33 ans). Dans ce contexte, la pauvreté des PA était comme une forme d'incapacités modérées à graves car elles avaient relativement plus de besoins d'aides fonctionnelles.

Par ailleurs, les veufs et/ou les veuves n'avaient plus leur partenaire stratégique : époux ou épouse. Les hommes et/ou les veufs requéraient plus d'aides (qu'ils obtenaient) du fait de la division générationnelle et sexuelle du travail domestique qui ne leur avait jamais appris à exécuter certaines activités domestiques comme faire le repas, entretenir la famille, faire la vaisselle/lessive.

Le système familial de soutiens aux PA

La figure 1 présente le système de soutiens familiaux (financier, matériel, émotionnel/informationnel et les services) centrés sur la PA en incapacités fonctionnelles légères à graves et vivant à domicile à Bobo-Dioulasso. Dans ce modèle, pour apporter leurs soutiens à la PA, chaque membre de la famille (étendue parfois aux voisins et aux amis) prenait en compte la situation de celle-ci et les ressources ou les soutiens que les autres lui apportaient ou étaient censés lui apporter. À des degrés différents, ces membres se soutenaient aussi entre eux. Ce modèle était souvent complet (présence de la quasi-totalité de tous ces acteurs autour de la personne âgée comme c'était le cas des PA1, PA2, PA3, etc.) ou incomplet (une partie de ces acteurs étaient présents, cas de PA8, PA15). En général, dans les familles, plusieurs acteurs (enfants, partenaires sexuels, belles-filles/gendres, petits-enfants, voisins, amis) étaient mobilisés à travers un système dynamique de concertation plus ou moins explicite pour soutenir leur membre âgé : « Avec mes frères, nous sommes organisés pour aider à prendre soin de la vieille. A la fin de chaque mois, ils cotisent pour m'envoyer de l'argent... C'est moi qui m'occupe d'elle. Avec mes frères, nous nous sommes organisés pour prendre deux bonnes pour elle.

C'est moi qui dis aux bonnes ce qu'elles doivent faire. C'est moi qui les dirige. Avec l'aide des bonnes, je prépare pour elle » (fille de la coépouse de PA14, 61 ans divorcée). Une des petites-filles de PA8 a ajouté : « Au début, nous avons essayé de nous organiser (mes deux petites et moi). On avait dit que si l'une d'entre nous fait ses travaux domestiques aujourd'hui, demain c'est le tour d'une autre. Et ainsi de suite. » (32 ans, mariée).

Le rôle de chaque groupe d'acteurs était comblé par un autre groupe en cas d'absence ou de retrait de celui-là.

C'était par exemple le cas de PA11 (figure 2) où tous les 6 principaux aidants vus la première année étaient allés cultiver au village la seconde année et d'autres aidants (ses frères, leur épouse et enfants cohabitant avec PA11) continuaient à soutenir PA11 qui vivait dans un ménage de 8 personnes et dans une concession familiale de 41 personnes. Lorsque les membres de la famille étaient nombreux à intervenir, les voisins et amis constituaient des aidants réservistes. Par contre lorsque les ressources humaines familiales se réduisaient, les voisins et amis apportaient leurs soutiens/soins. C'était le cas de PA8 (veuve de 71 ans, aveugle qui vivait seule) où deux voisines et le fils d'une amie intervenaient pour appuyer ses 3 petites filles, mariées et ne cohabitant pas avec elle (figure 3).

Souvent, les hommes adultes, les femmes adultes, les jeunes garçons et les jeunes filles apportaient des soutiens familiaux (financier, matériel/instrumental, services) différents à leur PA. Le tableau 1 présente la division générationnelle et sexuelle des soutiens familiaux. Ce tableau montre que les hommes adultes (les fils, petits-fils, neveux) assuraient le soutien financier, le soutien matériel (achat/don de céréales, les équipements), les courses « masculines » (courses sur les longues distances nécessitant l'utilisation de vélo/motocyclette ou de voiture, représenter les hommes âgés dans les événements sociaux). Les femmes adultes (les filles, petites-filles, belles-filles, nièces, les aide-ménagères) fournissaient leurs soutiens dans les activités instrumentales ou les activités de la vie quotidienne/domestique (laver, habiller la personne, prendre soins d'elle, préparer son repas, faire sa lessive, entretenir sa maison) et assuraient certaines courses « féminines » (comme représenter les femmes âgées dans les événements sociaux). Les jeunes hommes (les fils, petits-fils, arrières petits-fils, neveux) assuraient les courses « masculines » (courses à pieds/vélo/motocyclette sur les courtes distances) et fournissaient de l'aide dans la mobilité (transfert d'un endroit à un autre, circuler à l'intérieur ou à l'extérieur). Les jeunes femmes (les filles, petites-filles, arrières petites-filles, nièces, les aide-ménagères) fournissaient leurs soutiens dans les activités instrumentales ou les activités de la vie quotidienne/domestique (fournir le nécessaire à la PA pour qu'elle se lave, s'habille ; préparer le repas, faire la vaisselle, balayer la maison), assuraient certaines courses « féminines » au marché, à la boutique. La quasi-totalité des membres du ménage/concession des PA était susceptible de leur apporter les soutiens émotionnel, informationnel, les appuis dans la communication et/ou la fonction mentale dont elles ont besoin. Pour le soutien émotionnel par exemple, avec ou sans incapacité, quotidiennement voire régulièrement, chaque membre devait saluer la PA, s'informer sur son état de santé, formuler des vœux, etc. Ce soutien est renforcé en cas de maladie ou d'hospitalisation : « *Si je me lève le matin, je pars m'accroupir pour la saluer. Si je finis de la saluer, je lui demande ce dont elle a besoin...* » (neveu de PA9, 59 ans, marié polygame).

Cependant, les occupations socioéconomiques de ces membres et/ou les conflits familiaux réduisaient ou annulaient souvent ces formes de soutiens comme c'était le cas chez PA15 où excepté les salutations et soutiens émotionnels en cas de maladie, sa 1^{ère} épouse, ses enfants et sa belle fille ne lui apportaient aucune forme de soutien selon ses déclarations (figure 4).

Dans cette forme de spécialisation ou de la division générationnelle et/ou sexuelle du soutien familial, il arrivait que chaque groupe d'âge et/ou de sexe forme un sous-système du système global. Parfois, dans ce sous-système ou système global, les aidants se spécialisaient davantage en n'apportant leurs soutiens que dans une activité (préparer le repas commun ou le repas de la personne âgée, faire la lessive de la PA) : *«Moi, je ne prépare plus. Ce sont les autres belles filles qui préparent. Chacune prépare chaque trois jour. Les autres travaux de la vieille (nettoyer la maison, laver ses habits, faire la vaisselle etc.), c'est moi qui m'occupe de ça. Elles, elles ne font que préparer seulement.»* (Une des 5 belles-filles de PA9, 50 ans, mère de 4 enfants, ménagère). Dans le cas/PA4 c'était la fille adulte (51 ans) ou l'aînée des petites-filles (29 ans) qui lavait PA4 (76 ans) et dans le cas/PA6, lorsque le 3^{ème} fils n'était pas disponible, n'importe quel autre fils disponible lavait son père car la famille avait jugé que leur mère (61 ans) n'avait pas assez de force pour le faire. Dans le cas/PA2, un des fils (35 ans) ou petit-fils (22 ans) lavait PA2 (veuf, 77 ans) lors de ses crises d'hypertension. Il existait donc parfois une hiérarchie dans l'exécution des tâches.

La spécialisation/division du soutien familial selon l'âge et/ou le sexe ne se produisait que dans les familles où les ressources humaines mobilisées pour le soutien de la PA étaient nombreuses et diversifiées par âge et par sexe avec un minimum de ressources financières. Les familles où il y avait peu ou manque d'homme adulte ou d'homme ayant des ressources financières propres (PA8), d'homme jeune (PA8, PA12) ou de femme jeune (PA2, PA7, PA12), dans une situation de crise financière, les frontières de ce modèle de spécialisation/division tendaient à disparaître ou n'existaient pas. Et les quelques acteurs présents apportaient des soutiens multiformes sans tenir compte de l'âge et/ou du sexe (PA8). Ainsi, il arrivait que : 1) les filles achetaient ou donnent les céréales (PA1, PA13) ; 2) pour rendre disponible sa mère de 48 ans (aidante de PA7, 72 ans) qui soutenait son père, un fils de 11 ans surveillait/vendait les condiments au marché (activité culturellement/traditionnellement réservée aux petites-filles) pendant les jours fériés ou les congés scolaires ; 3) le travail/soutien soit divisé par sexe et non par âge par manque de jeunes enfants (PA12) ; 4) une aide-ménagère (de 13 ans) nettoyait PA14 (79 ans) après la diarrhée. Cependant, il a été très rare (voire inexistant) d'observer un ménage/concession abritant une PA en incapacités modérées à graves sans une femme adulte (épouse, fille, petite-fille, belle-fille ou aide-ménagère).

Dans ce contexte, il n'était pas souvent aisé d'identifier l'aidant principal des PA pour trois raisons non exclusives. D'abord, la famille restait silencieuse ou répugnante sur ce point : *« ne me parle pas d'elle [sa grande sœur citée comme aidant principale par une petite sœur]. Est-ce que je t'ai parlé d'elle ? Et pourquoi veux-tu me parler d'elle ? Tant pis si les autres répondants de ma famille ont parlé d'elle. Je ne veux pas que tu m'évoques son nom. »* (fils de PA13, 43 ans). Ensuite, l'aidant principal était souvent différent de l'exécutant principal. Un fils pouvait être le « sponsor » principal du ménage/concession tout en vivant hors dudit ménage. Une femme pouvait être la coordonnatrice des services apportés à la PA et une aide-ménagère pouvait être l'exécutante principale des activités de la vie quotidienne/domestique. Il existait souvent un « aidant principal » par âge et/ou par sexe (cas chez PA6). Par ailleurs, le plus souvent chaque acteur pensait que le type de soutien qu'il apportait était le principal ou le soutien indispensable : *« Parce que, si tu n'as pas d'argent, tu ne peux rien faire dans ce monde. Pour payer les vivres, il faut avoir de l'argent. Avec de l'argent, elle paye des néguérafins [aliments de luxe]. Ensuite, ce sont les services qui viennent parce qu'elle peut se débrouiller pour faire beaucoup de travaux »* (fils de PA3, 49 ans, ouvrier industriel) ; *« Parce que si tu es malade, tu dois prendre les médicaments pour guérir. Même si tu as l'argent et que tu es malade, si tu n'as pas trouvé le médicament qui va guérir ton mal, ce n'est pas la peine. Ensuite l'argent vient en seconde position, parce que si tu as l'argent, tu peux acheter la nourriture. Donc pour moi, les vivres arrivent en 3^{ème} position »* (petite-fille de PA3, 22 ans). Enfin, la désignation d'un aidant principal même facilement perceptible était parfois source de jalousie, de conflit à tel point que quelques « aidants principaux » ne voulaient pas être désignés comme tels : *« Barou [un demi-frère de 26 ans] m'a dit aussi que les vieilles ont passé tout leur temps à dire que c'est moi qui fait toutes les dépenses à la maison [lors de l'entretien avec PA1 et sa coépouse]. Cela aussi ne m'a pas plu. Si Barou m'a dit cela, qu'est ce qu'il va raconter à mes grands frères [frères et demi-frères plus âgés] ? Moi je suis le benjamin de la famille. Mes frères vont penser que je suis en train de montrer ma richesse. Donc, pour éviter qu'il y ait de disputes entre nous dans la famille, je préfère ne pas faire l'entretien avec toi... Effectivement, c'est moi qui fais toutes les dépenses dans la famille. Tous les matins, je passe laisser 1750f pour la cuisine. Mes frères vont penser que je vais me vanter lors de l'entretien. Donc, je préfère que tu fasses l'entretien avec M. C'est lui le grand frère présentement dans la cour. »* (Y., fils de PA1, 29 ans).

Evolution du système familial

Les 15 systèmes familiaux de soutien ont connu des réorganisations internes (quotidiennes, hebdomadaires, mensuelles ou annuelles). D'une façon générale ces systèmes sont restés très dynamiques, flexibles et adaptatifs à leurs contextes et ressources. Chaque fois qu'un acteur ou groupe d'acteurs a quitté ou est entré dans le système, celui-ci s'est réorganisé pour s'adapter à sa nouvelle situation.

Autrement dit, l'équilibre du système semblait provenir non seulement de ces entrées et sorties de ses acteurs mais aussi du fait qu'un groupe d'acteurs comblait systématiquement le déficit créé par le départ d'un autre acteur ou d'un groupe d'acteurs (figure 2 ; 3 et 4). Les mouvements des aidants ont été observés dans plusieurs situations ou cas comme illustrés dans les paragraphes ci-dessous.

Le mariage des fils cohabitant avec la PA était synonyme de l'entrée d'une belle fille dans le cercle des aidants de ladite PA. Inversement, le mariage d'une fille de la PA entraînait le retrait partiel ou total de ladite fille mais pouvait aussi signifier l'entrée d'un beau-fils dans la famille (cas d'une petite fille de PA8) qui se réorganisait pour combler les départs/sorties d'aidants ou pour accueillir les nouveaux aidants. Par ailleurs, l'accès des aidants à un emploi, réduisait leur disponibilité, entraînait leur retrait partiel ou la réduction de leur champ/domaine d'aide (cas des fils de PA6, de PA7, de PA10, de PA13, cas d'une fille de PA3 de P A12, cas d'une voisine de PA8) et inversement, la perte d'emploi produisait souvent l'effet contraire (cas d'un autre fils de PA7). L'aggravation des incapacités chez la PA entraînait souvent l'entrée de nouveau acteur (particulièrement les aides ménagères qui cohabitaient avec les PA, cas de PA13 et de PA14) qui renforçait le système familial. Elle pouvait aussi être à l'origine de l'hébergement de la PA (cas PA4) par un de ses enfants afin d'améliorer la qualité et/ou la quantité des aidants. En outre, les conflits familiaux réduisaient considérablement la disponibilité des aidants et entraînaient souvent leur retrait partiel ou total du système. Cela a été observé dans le cas de PA3 où une de ses petites filles intervenaient peu parce qu'elle était en conflit avec sa grand-mère (PA3). Cela a aussi été observé dans le cas de cas 15 où la 1ère épouse, ses enfants, sa belle-fille intervenaient peu dans le soutiens/soins sociaux de PA15. Ces soins étaient essentiellement assurés par la 3^{ème} épouse selon les déclarations de PA15 (figure 4).

Par ailleurs, d'autres formes de retraits volontaires (pour raison de voyage, changement de quartier, diminution du capital financier ou physique, etc.) ou involontaires (décès) d'un aidant entraînait une réorganisation du système. Le décès du fils aîné de la coépouse de PA13, le retour définitif au village d'une voisine de PA8 (devenue veuve), la démission d'une aide ménagère cohabitant avec PA8, ont obligé le système de soutien respectif de ces PA à se réorganiser. La plupart des épouses âgées de PA (cas des épouses de PA7 et de PA10) ou des coépouses âgées des PA enquêtées (PA1, PA13) avaient réduit leurs soutiens à la PA ciblée à cause de la faiblesse de leur capital physique. Les aidants malades pouvaient réduire leurs contributions ou se retirer momentanément du système (cas d'une fille de PA1, de PA14, d'une petite fille de PA4). Dans le cas 5, les vacances scolaires augmentaient le nombre d'aidants de PA5 (retour des enfants scolarisés dans d'autres localités ou visites de vacanciers). Et dans le cas de PA11, ses cinq principaux aidants vue la première année avaient rejoint le village pendant la saison hivernale (an 2) et avaient été remplacés par d'autres membres de sa famille (figure 2).

D'une façon générale, l'abondance des ressources humaines (taille moyenne des familles était égale à 10 personnes) expliquait cette relative disponibilité/présence quasi-permanent des aidants. En la matière, le plus souvent, les PA qui avaient beaucoup d'enfants ou de petits enfants encore en vie (PA1-2, PA6-7, PA10), celles qui vivaient dans des ménages ou concessions de grande taille (PA3, PA9, PA11, PA13, PA14) avaient plus d'aidants mobilisés pour leurs soutiens. Le fait d'avoir moins d'enfants en vie (cas des PA8, PA12) ou à Bobo-Dioulasso (cas des PA4, PA5,) réduisait le nombre d'aidants mais n'annulait pas la présence des aidants réguliers. Cette réduction expliquait l'hébergement de PA4 par sa fille et son gendre et l'hébergement de neveux et nièces par PA12. Par ailleurs, les conflits ouverts avec une épouse et/ou ses enfants (PA15) réduisaient le nombre et/ou qualité des aidants de la PA (figure 4).

La disponibilité, l'index familial, le ratio du soutien familial à la PA ou le rapport de dépendance (qui évaluent le nombre d'adultes disponibles pour aider une PA ou la qualité des personnes qui cohabitent avec la PA) ne garantissaient pas souvent des soutiens diversifiés de quantité. Un seul (la 3^{ème} épouse de PA15 par exemple) ou quelques aidants pouvaient apporter directement l'essentiel des soutiens dont avait besoin la PA ou coordonné/financé cet essentiel. En général, la nature et la quantité des soutiens variaient selon le degré d'incapacités fonctionnelles (capital physique), le capital financier de la PA, son statut matrimonial et/ou son sexe, le nombre d'enfants biologique encore en vie et/ou le capital financier de ceux-ci, la qualité des relations entre la PA et ses aidants potentiels.

Dans la quasi-totalité des cas étudiés, les PA déclaraient être satisfaites du soutien multiforme de leur famille : *« Ils font tout ce qu'il faut pour moi, ça ne peut pas dépasser cela encore »*. (PA13). Cependant la qualité de ce soutien multiforme n'était pas toujours garantie. Sur le plan alimentaire par exemple, (1^{er} et principal besoin des PA), peu de familles rencontrées parvenaient à offrir un soutien de qualité. Les PA, peu exigeantes, se contentaient de manger la nourriture commune quotidienne (tô ou riz avec sauce) à base de céréales alors que leur souhait était d'accéder à une alimentation régénératrice/revitalisante (culturellement considérée comme une alimentation de luxe) comme les omelettes, les steaks, le spaghetti, la pomme de terre, la salade, les fruits ou les légumes : *« Souvent le sac de riz ne finit pas le mois. S'ils[les enfants] avaient les moyens, je veux qu'ils payent un deuxième sac de riz chaque mois pour compléter le sac de maïs que l'argent de la location de la maison paie. Tous les jours c'est le tô qu'on mange. Le jour où je mange du riz, je suis contente. Toi-même tu sais qu'en Afrique, l'affaire du riz, ce n'est pas de l'amusement »*. (PA1) ; *« Si les enfants avaient de l'argent, je voudrais qu'ils m'en donnent afin que je puisse payer de la bonne nourriture (œuf, foie) pour manger. Je veux qu'ils préparent régulièrement des pommes de terre, des œufs, du foie et des frites. Mais ils n'ont pas d'argent »*. (PA14). Quelques PA (PA7 par exemple) ont explicitement exprimé leurs insatisfactions vis-à-vis de la quantité et la qualité du soutien reçu.

Les soutiens de la PA à ses aidants

Les PA apportaient un soutien multiforme aux membres qui les soutenaient (figure 1). Quel que soit leur capital (physique, financier ou culturel ou social), elles formulaient toujours une bénédiction à l'égard de tous les aidants sans distinction de sexe, d'âge ou de degré de soutien (figure 2 à 4) : « *A tous les membres de ma famille, je fais chaque fois des bénédictions. Et ces bénédictions sont les mêmes* ». (PA3). Souvent leurs soutiens financiers ou matériels (contre-don des PA aux dons de soutiens de leur entourage) différaient selon l'âge des donataires. Aux petits-enfants (jeunes) ou jeunes enfants, elles leur donnaient régulièrement ou occasionnellement de l'argent pour achat de bonbons, partageaient leurs « néguerafin » (aliments de luxe) avec eux. Les PA qui connaissaient les vertus des plantes médicinales en fournissaient ou en suggéraient aux fils/filles pour soigner les petits-enfants. D'autres leur fournissaient les médicaments modernes comme le paracétamol ou les antipaludéens : « *Si mes petits-enfants disent qu'ils veulent de l'argent pour aller payer des beignets, je peux leur donner 25f. S'ils sont malades, je pars payer des feuilles pour venir bouillir et les laver. Je connais certaines feuilles qui soignent le palu et le kotiguè [fissure anale]. Les maladies des enfants ne dépassent pas ces deux maladies* » (PA1).

Aux fils/filles adultes, les PA leur fournissaient l'hébergement (la plupart des aidants cohabitant avec les PA sont hébergés par celles-ci), le soutien financier (lorsque les ressources financières des PA sont supérieures à celles de leurs aidants) ou le soutien alimentaire, les conseils, la protection sociale, le savoir (savoir religieux, culturel, social) : « *Il donne des conseils à ses fils, à ses belles filles (femme de ses fils) et à ses petits-fils. Si quelqu'un fait quelque chose de mauvais, il appelle la personne pour le mettre sur le droit chemin. Par exemple, si une belle fille ne s'entend pas avec son mari, il l'appelle et lui donne des conseils en disant que si tu es mariée, tu dois t'entendre avec ton mari.* » (Épouse de PA11, 66 ans).

En général, les voisins et amis n'obtenaient des PA que la bénédiction et parfois une participation à leurs événements sociaux avec des contributions financières ou matérielles modérées : « *Je participe aux événements sociaux. S'il y a un événement dans la rue, si ce n'est pas loin, j'y vais. Lorsque je pars, je peux donner 100f ou 200f ou du savon si c'est un baptême.* » (PA3). C'est par leurs soutiens que les PA contribuaient au maintien en équilibre du système familial qui les soutient.

Discussion

Un système des aidants et non un agrégat des aidants individuels : la relation est souvent à deux sens entre les aidants et leur PA

Les figures 1 à 4 montrent que les aidants de la PA forment un système, c'est-à-dire un ensemble d'éléments en relation et jouant des fonctions ou rôles plus ou moins spécifiques (indispensables pour le fonctionnement du système) de sorte que lorsqu'un élément n'est plus fonctionnel, un ou les autres éléments assurent ses rôles/fonctions dans un nouveau positionnement.

Sur ces figures, nous avons positionné les PA au centre car l'analyse est centrée sur elles. Dans la réalité, les PA peuvent être au centre de leur système comme elles peuvent ne pas y être. Dans ce système, les rôles joués par un acteur ou un groupe d'acteurs sont comblés par un ou les autres en cas d'absence ou de retrait de celui-ci. Les petits-enfants remplacent leurs parents, les amis et/ou les voisins et les enfants se remplacent, etc. Dans ce contexte, le système de soutiens familiaux à la PA ressemble au système de soins sociaux de Cantor cité par Vézina et al. (A Vézina et al., 1994; A. Vézina & Membrado, 2005). Dans le modèle de Cantor, les soins sociaux incluent les activités de soutiens formelles et informelles. Selon ce modèle, la PA est un acteur important de son propre soutien à domicile. Tout en reconnaissant les différentes provenances du soutien, ce modèle met l'accent sur la nature interactive et changeante donc adaptative des soins sociaux dans une perspective individuelle et écologique (A Vézina et al., 1994; A. Vézina & Membrado, 2005).

Dans un contexte d'abondance et de diversité des ressources humaines, le soutien familial se divise par âge (génération) et par sexe (tableau 1). Ainsi, les hommes adultes, les femmes adultes, les jeunes garçons et les jeunes filles qu'ils soient (partenaire sexuel, enfants, petits-enfants ou beaux parents, amis ou voisins de la PA) apportent des soutiens communs (émotionnel, informationnel) et des soutiens spécifiques selon leur âge et leur sexe. Cette division générationnelle et sexuelle du soutien familial ressemble à la théorie des fonctions partagées ou au modèle de la spécificité des tâches conçu par Litwak, Penning (Au et al., 2009; Delisle & Ouellet, 2002; A. Vézina & Membrado, 2005). Selon ce modèle, la famille ou les aidants naturels et les aidants professionnels jouent des rôles distincts, spécifiques auprès des PA en quête de soins multiformes. Ainsi, les conjoints fournissent la compagnie, les enfants assurent le ménage et les courses, les amis et voisins procurent le soutien émotionnel, etc. Ainsi, la structure du réseau informel, va de pair avec les dimensions des soins ne requérant pas de connaissances techniques, et la structure du réseau formel va de pair avec les tâches nécessitant une connaissance technique, un savoir professionnel, spécialisé (A Vézina et al., 1994).

Dans notre étude, nous n'avons pas exploré le rôle joué par le réseau formel (système de santé et système communautaire). Ce travail sera l'œuvre d'une autre recherche. Mais nous observons une spécificité des tâches du réseau informel lorsque les ressources le permettent.

Par ailleurs, dans cette division générationnelle et sexuelle du soutien à la PA, les hommes adultes, les femmes adultes, les jeunes garçons et les jeunes filles forment souvent des sous systèmes de soutiens (soins) sociaux. Les différents éléments de chaque sous-système sont en relation pour jouer le rôle attendu d'eux. Dans ces sous-systèmes ou dans le système global certain(s) se spécialise(nt) parfois sur une seule ou plusieurs tâches. Il existe parfois une hiérarchisation des aidants pour certaines activités comme faire la cuisine, laver/habiller la PA, l'assister dans la fonction vésicale ou intestinale. De sorte que si un enfant E1 est indisponible c'est l'enfant E2 qui lave/habille la personne ou fait la cuisine. Cette forme d'hiérarchisation des aidants s'approche du modèle hiérarchique compensatoire formulé par Shanas et Cantor (Clément et al., 2005; Delisle & Ouellet, 2002; Martel & Légaré, 2001). Selon ce modèle, en cas de problème de santé, les PA tentent d'abord de se débrouiller seules, sollicitent ensuite leur famille ou leurs proches, enfin les services formels. Le recours à des personnes ou structures à l'extérieur de la famille a un caractère compensatoire en ce sens qu'il vise à combler ce que la PA et/ou sa famille ne parviennent pas à résoudre. Ce modèle est hiérarchique et compensatoire parce que le service ou soutien d'un niveau hiérarchique quelconque compense le déficit du niveau précédent.

Ainsi, plus les PA et/ou leur famille manquent de moyens (faible capital économique et/ou social), plus elles s'orientent vers les services formels de soins et de soutiens. Dans notre étude, le soutien des adultes (hommes et/ou femmes) des jeunes (garçons et/ou filles) est souvent hiérarchique et compensatoire.

Dans un contexte de rareté des ressources, les frontières de la division générationnelle et sexuelle du soutien familial s'effritent et le système familial commence à se fragiliser. Les acteurs apportent leurs soutiens sans tenir compte de l'âge et/ou du sexe ou des relations parentales. Aucun cas de PA vivant sans une femme jeune ou adulte (épouse, fille, belle-fille, nièce adoptée) n'a été rencontré dans notre échantillon. Dans le contexte de Bobo-Dioulasso vivre seul est l'exception et non la norme. La PA devant vivre seule héberge les enfants d'autrui (cas de PA12) ou est hébergée par un de ses enfants adultes (cas de PA4). La présence d'une jeune fille ou d'une femme adulte est nécessaire dans la quasi-totalité des cas. Autrement dit, un ménage est rarement composé d'un homme âgé et un homme (adulte, jeune ou enfant). La division sexuelle du travail domestique fait que les hommes ont rarement appris à faire la cuisine, la lessive ou la vaisselle pour soi et/ou pour autrui.

Le mariage ou le remariage (le plus souvent traditionnel ou religieux non reconnu par la loi civile donc non sécurisé) et la cohabitation sont très importants et constituent une forme de sécurité sociale pour les enfants et leurs PA (De Jong et al., 2005; Kinda, 2006; A. A. Mawata, 2009; A. A; Mawata, 2011; Pennec & Gaymu, 2011; Roth, 2007; Sawadogo, 2011; Zimmer & Dayton, 2005). La rareté de vivre seul avait fait dire à Maïga et al. (Maïga & Baya, 2010) qu'au Burkina Faso, les PA sont moins victimes de la vulnérabilité structurelle (vivre seule) et/ou relationnelle (marginalisation dans leur famille). Les résultats du recensement général de la population et de l'habitat de 2006 (Bureau Central du Recensement, 2009) confirment cela de même que le volet quantitatif de notre étude. Sawadogo (Sawadogo, 2011) a aussi montré qu'au Burkina Faso, les ménages dirigés par les personnes âgées d'au moins 55 ans, ont plus de chance d'être étendus.

L'analyse du soutien des PA à leur entourage montre que celles-ci se spécialisent dans les bénédictions, la formulation de bons vœux, l'exhortation de l'entourage aux respects des normes religieuses, les conseils, les soutiens émotionnels, les soins. Cette attitude des PA confirme la théorie ou modèle de la sélectivité socio-émotionnelle formulée par Carstensen citée par Gurung et al. (Gurung, Taylor, & Seeman, 2003). Cette théorie a expliqué l'influence de la perception du temps restant à vivre sur les buts et motivations du comportement humain. Selon cette théorie, l'âge étant inversement corrélé au temps restant à vivre, durant la vie, différents buts rivalisent entre eux et les individus privilégient les buts en fonction de la perception du temps restant à vivre. Ainsi, plus les sujets sociaux vieillissent, plus les buts qui les guident changent : les jeunes pourraient être plus orientés vers le but du savoir tandis que les PA seraient plus orientées vers le but à sens émotionnel, religieux. Du fait de leur âge avancé, des incapacités fonctionnelles et de la déprise qui s'en suivent, les relations sociales que les PA entretiennent avec leur entourage se resserrent, perdent en quantité et gagnent en qualité (Gurung et al., 2003).

Ainsi, notre analyse du soutien familial à la PA en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile montre que ce système est très complexe, il peut entremêler plusieurs modèles ou théories comme le modèle système de soins sociaux, le modèle de la spécificité des tâches, le modèle hiérarchique compensatoire ou le modèle de la sélectivité socio-émotionnelle. En réalité, ces différentes théories/modèles ne sont pas exclusives et la prédominance d'un sur les autres peut varier selon le temps et le contexte familial, local ou selon l'angle de regard du chercheur ou leurs choix méthodologiques. Clément et al. (Clément et al., 2005), Membrado et al. (Membrado et al., 2005), Vézina et al. (A Vézina et al., 1994) partant du constat qu'une multiplicité d'acteurs est souvent plus difficile à faire entrer dans l'analyse du soutien familial, affirmaient que pour des raisons de commodité d'enquêtes les chercheurs simplifient souvent la réalité (complexe) pour l'étudier.

Un système en équilibre stable au cours du temps : les sorties sont comblées par les entrées et/ou les repositionnements, les besoins et ressources se rééquilibrent en permanence

Les entrées (autonomisation d'enfants ou des jeunes, hébergement ou adoption de jeunes ou d'adultes, arrivée de belle-fille ou fils) de nouveaux aidants ou les sorties (décès, voyage ou délocalisation, conflits, mariage des enfants qui quittent le ménage) des aidants amènent ce système à se réorganiser, s'adapter à son contexte. Ainsi la solidarité résidentielle (hébergement des enfants d'autrui) (Sawadogo, 2011), le confiage (Ilboudo, 2011; Pilon, 1996), le placement (Ibrahima, 2010) ou l'adoption des enfants d'autrui aident souvent la famille et ses membres âgées à pérenniser ce système. Dans une famille polygame, des sous-systèmes peuvent se créer autour de chaque épouse âgée et un système des soutiens familiaux autour de l'époux et de ses épouses âgés. A Bobo-Dioulasso, chaque système des soutiens familiaux est connecté à un autre système (belle-famille, amis, voisins) et à un sous-système où les petits-enfants sont autour des enfants adultes de la PA. Les conflits familiaux entraînent une restriction des aidants donc une réorganisation du système. Le décès de la PA (cas de PA6) entraîne l'éclatement du système autour d'elle et le développement du sous-système autour de chaque enfant adulte ou du plus âgé des enfants adultes. Le soutien multiforme fourni aux différents membres du système constitue son enjeu principal.

L'aidant principal de la PA, un concept encore assez flou

Dans ce complexe système familial de soutiens à la PA vivant à domicile, il n'est pas toujours aisé d'identifier l'aidant principal pour les raisons précédemment évoquées (le silence ou la répugnance de la famille à aborder ce sujet, la confusion entre aidant principal et exécutant principal, les divergences ou conflits autour de la désignation/acceptation de ce titre). La résistance de certains sujets à se déclarer aidants a déjà été mise en évidence dans la littérature par Hooker et al. cités par Clément et al. (Clément et al., 2005). Dans le contexte africain, au cours des enquêtes, l'identification d'un membre de la famille comme le chef de ménage ou de concession (Ibrahima, 2010) ou aidant principal d'une PA soulève souvent des divergences/conflits au sein dudit ménage, famille ou concession. Très souvent, le flou autour de cette question assure l'harmonie du groupe. Parfois, soit le chef n'existe pas parce que le poste vacant n'a jamais été mis en jeu, soit que la désignation/reconnaissance du chef développera des tendances dictatoriales ou des airs de grandeur chez ce dernier. Quelquefois, il s'agit d'une simple méfiance ou d'une fuite de responsabilité à s'assumer comme chef.

Malgré la définition/perception classique de l'aidant principal comme la personne qui apporte le plus d'aide à la PA (Membrado et al., 2005) la notion de « plus d'aide » demeure floue.

Selon Clément et al. (Clément et al., 2005), Membrado et al. (Membrado et al., 2005) le terme aidant principal soulève plus de questions que de réponses. Est-ce la personne qui apporte quantitativement et/ou qualitativement plus d'aide ? Est-ce la personne qui investit plus de temps de travail/soutien ou celle qui passe plus de temps aux côtés de la PA ? Qui (le chercheur, la PA, un membre de sa famille ou le groupe familial) désigne l'aidant principal ?

Est-ce la personne qui conçoit, planifie, supervise ou évalue les soutiens apportés à la PA ou celle qui exécute les tâches domestiques et/ou quotidiennes ? L'aidant principal, est-ce une réalité évidente ou une construction (après recoupement des informations) ? L'aidant principal, fait-il l'unanimité des avis dans le milieu ou doit-il réunir les avis de la majorité relative ? Ces questions insuffisamment répondues dans la littérature illustrent que le concept d'aidant principal ressemble plus à une construction/attachement des chercheurs qu'à une réalité/construction familiale objectivement et aisément observable. La distinction entre l'aidant principal et les aidants secondaires n'est pas toujours évidente car l'exécutant principal parfois vue comme l'aidant principal est souvent au service d'un ou de plusieurs autres aidants invisibles ou perçus comme secondaires (par l'observateur externe) qui pourtant peut être le ou les principaux. C'est ainsi que 1) les enfants-aidants peuvent être aux services du partenaire sexuel âgé de la PA participant à l'étude, 2) les femmes adultes qui assurent l'essentiel des activités de la vie quotidienne et domestique peuvent être aux services des hommes qui conçoivent, planifient, supervisent et évaluent les tâches des femmes aidant la PA. Dans le soutien familial à la PA, l'aidant principal n'est pas toujours si évident ou visible, il peut y consacrer moins de temps que l'exécutant principal. L'identification de l'aidant principal n'est pas toujours utile, sa désignation n'est pas toujours acceptable selon les sociétés/cultures. Au Burkina Faso, il est courant d'entendre que le chercheur, cet étranger qui observe une famille voit beaucoup de choses (interactions), entend beaucoup, parle beaucoup (pose des questions) mais comprend peu de choses. Ce qui sous-tend que le non-vu, le non-entendu, le non-noté/enregistré est autant sinon plus important que le vu, l'entendu et les notes. Cette situation est encore plus vraie au cours des enquêtes transversales et rapides.

Les soutiens entre la PA et ses aidants existent avant et pendant les incapacités

Les résultats de cette recherche ont aussi montré que le soutien familial est fourni aux PA quel que soit leur statut fonctionnel. A Bobo-Dioulasso, être âgé, c'est être fragile, vulnérable et potentiellement incapable de réaliser certaines activités de la vie quotidienne ou domestique. La vieillesse, c'est l'âge 1) de la diminution des capitaux (physique, financier, social et culturel), 2) d'une forte comorbidité, 2) des incapacités/incapacités.

D'où une division générationnelle du travail domestique (De Jong et al., 2005; Kinda, 2006; Vinel, 2008) et une exemption des PA (quel que soit le sexe et/ou leur capacité) de certaines activités instrumentales selon les familles et/ou le temps. Parfois, la famille (cas des PA1, PA2) devant prendre en charge la PA et ses incapacités se retrouve prise en charge du point de vue hébergement, alimentation et même sur le plan financier par cette même PA. Certains chercheurs (De Jong et al., 2005) parlent de la solidarité intergénérationnelle renversée. Ce concept demande des précisions car la solidarité est multiforme et toutes ses formes ne sont pas renversées (A. A. Mawata, 2009; A. A; Mawata, 2011). La solidarité informationnelle, émotionnelle et les services rendus pour assurer les activités de la vie quotidienne ou domestique des PA ne sont pas renversés. La famille (le système des soutiens familiaux à son membre âgé) s'adapte régulièrement à son contexte qui évolue sans pour autant se désengager du soutien à son membre âgé (Clément et al., 2005; Clément & Lavoie, 2005; Ilboudo, 2011; Loïselle, 1991; A. A. Mawata, 2009; A. A; Mawata, 2011; Sawadogo, 2011; A. Vézina & Membrado, 2005). Dans une famille nucléaire ou avec un nombre restreint d'aidants (cas des PA4, PA12, et PA15) la PA peut avoir qualitativement et/ou quantitativement les mêmes soutiens que dans certaines familles, ménages élargi ou avec un nombre élevé d'aidants. La qualité du soutien reçu ou perçu par la PA est beaucoup plus important que la quantité des aidants autour d'elle (A. A. Mawata, 2009).

Ce constat atténue la portée de l'assertion selon laquelle en Afrique, il faut avoir beaucoup d'enfants pour mieux vivre son vieil âge (Irele, 1984). Il montre aussi que comprendre le système ou sous système des soutiens familiaux à chaque PA est meilleure aux mesures de la disponibilité ou de l'index familial (Ibrahima, 2010), le ratio du soutien familial à la PA (Unanka, 2002), le rapport de dépendance (Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2009) qui évaluent le nombre d'adultes disponibles pour une PA ou la qualité des personnes qui cohabitent avec la PA. Or, il existe souvent un écart entre la disponibilité annoncée et l'appui concret apporté tel que appréhendé par l'analyse du système des soutiens familiaux. Cette analyse permet d'identifier les actifs et les réservistes que sont en général les amis, les voisins (Membrado et al., 2005).

La spécificité socioculturelle de Bobo-Dioulasso (ville à majorité musulmane, espace géographique favorable à la cohabitation intergénérationnelle) mérite d'être prise en compte dans la généralisation des résultats de cette étude aux PA du Burkina Faso ou d'ailleurs. Le taux de PA vivant seul était très faible dans cette localité, dans cette étude et au Burkina Faso. Dans le volet quantitatif qui a couvert un échantillon représentatif (351 personnes) de la population âgée, les PA en handicap fonctionnel donc en incapacités modérées à graves et sans ressources humaines (parents, amis, voisins) comblant ces incapacités n'ont pas été trouvées malgré une prévalence des incapacités fonctionnelles modérées à graves de 32%.

Ce volet qualitatif a le mérite de ne privilégier aucune piste, hypothèse ou modèle au départ, d'être longitudinale, et de donner la parole à plusieurs membres d'une même famille et à plusieurs familles (Loiselle, 1991; Membrado et al., 2005; A Vézina et al., 1994). Et comme l'ont dit Clément et al. (Clément et al., 2005) les chercheurs qui font reposer leurs travaux sur la diversité des familles et sur l'évolution de cette diversité apportent des résultats utiles à la réflexion. Cette étude ne nie pas les difficultés rencontrées quotidiennement par les PA de Bobo-Dioulasso. Ici l'accent est simplement mis sur l'organisation familiale, autour de la PA, le système des soutiens familiaux. Les crises familiales et économiques entraînent le dysfonctionnement du système ou une restriction des aidants mais rarement leur absence totale. En cas d'absence totale de ressource humaine qui doit combler les incapacités modérées à graves de la PA, celle-ci meurt et échappe aux études de ce genre car dans cette ville il n'existe pas encore d'interventions publiques ou communautaires apportant les soins aux PA en handicap fonctionnel donc permettant de les maintenir en vie. Ainsi, le système bobolais de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle est donc incomplet et quelquefois défaillant (pas de niveau communautaire, confessionnel, privé ou public de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle). Enfin, il est possible que dans cette étude, nous soyons guidés par une orientation idéologique inconsciente car comme l'ont aussi souligné Clément et al. (Clément et al., 2005) beaucoup d'études sur la dynamique familiale d'aide reposent sur des orientations idéologiques qui conduisent à mettre l'accent sur certaines réalités et à en négliger d'autres.

Conclusion

A Bobo-Dioulasso, l'organisation familiale autour de la PA explique pour l'essentiel la permanence des ressources humaines autour des PA. Le système des soutiens familiaux à la PA en incapacités et vivant à domicile mobilise une quali-quantité d'acteurs. Dans sa forme complète (abondance et diversité des ressources humaines), ce système est un enchevêtrement du modèle système de soins sociaux, modèle de la spécifique des tâches, du modèle hiérarchique compensatoire et du modèle de la sélectivité socio-émotionnelle. Très souvent, ce système se divise par âge (génération) et par sexe et chaque génération et/ou sexe forme un sous-système connecté au système global.

Dans sa forme incomplète (ressources humaines réduites) la famille forme un système de soins sociaux et les spécialisations par génération et/ou par sexe s'effritent. L'équilibre entre les sorties des aidants et les entrées de nouveaux aidants dans le système assure sa longévité. Il ne s'écroule qu'avec la mort de la PA (PA6). Aussi, les PA en incapacités fonctionnelles modérées à graves donc ayant besoin d'aides partielles ou totales pour survivre et qui ne bénéficient d'aucun soutien familial ont toutes les chances de mourir le plus tôt possible car le système communautaire ou public de soutiens à ces genres de personnes est inexistant.

C'est pour cela que le taux de PA en handicap fonctionnel (sans ressources humaines pour les aider à gérer leurs incapacités) est nul dans ce contexte. Il est donc nécessaire dès maintenant de commencer la réflexion sur les mécanismes de dépistage des PA en handicap fonctionnel et sur les politiques publiques et/ou communautaires de prise en charge de ces personnes.

Dans ce système des soutiens familiaux complexe PA, l'identification, la désignation d'un aidant principal n'est pas toujours aisée, utile ou acceptable sur le plan socioculturel. Non seulement le concept d'aidant principal reste flou, mais il est plus une conception, une préoccupation et un attachement des chercheurs qu'un besoin quelconque des familles. La littérature scientifique n'a pas encore bien répondu à la question de savoir qui est l'aidant principal étant donné que les présumés aidants principaux désignés dans beaucoup de recherches peuvent être au service de vrais aidants principaux « invisibles » à travers les enquêtes transversales et rapides parce qu'assurant des activités de conception, planification organisation, supervision/évaluation.

Références

- Adamchak, D. J., Wilson, A. O., Nyanguru, A., & Hampson, J. (1991). Elderly support and intergenerational transfer in Zimbabwe: an analysis by gender, marital status, and place of residence. *Gerontologist*, 31(4), 505-513.
- Akinyeni, I A., Adepoju, O A, & Ogunbameru, A O. (2007). Changing Philosophy for Care and Support for the Elderly in South-Western Nigeria. *BOLD*. *BOLD*, 18(18-23), 1.
- Au, A, Lau, K M, Koo, S, Cheung, G, Pan, P C, & Wong, M K. (2009). The Effects of Informal Social Support on Depressive Symptoms and Life Satisfaction in Dementia Caregivers in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 19(2), 57-64.
- Bureau Central du Recensement, (Ministère de l'Economie et des Finances Burkina Faso). (2009). Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006), Analyse des résultats définitifs, thème 14:situation socioéconomique des personnes âgées (pp. 156). Ouagadougou: Ministère de l'Economie et des Finances.
- Clément, S., Gagnon, E, & Rolland, C. (2005). Dynamiques familiales et configurations d'aide. In S. Clément & J. P. Lavoie (Eds.), *Prendre soin d'un proche âgé: Les enseignements de la France et du Québec*: Erès.

- Clément, S., & Lavoie, J. P. (2005). Conclusion. In S. Clément & J. P. Lavoie (Eds.), *Prendre soin d'un proche âgé: Les enseignements de la France et du Québec*: Erès.
- De Jong, W, Roth, C, Badini-kinda, F, & Bhagyanath, S. (2005). *Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso / Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas*. Lit Verlag Münster: Société Suisse d'Etudes Africaines (SSEA).
- Delisle, M A, & Ouellet, H. (2002). Les orientations de recherche d'aide chez les aînés regroupés. *Service social*, 49(1), 1-34.
- Gurung, R. A., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2003). Accounting for changes in social support among married older adults: insights from the MacArthur Studies of Successful Aging. *Psychol Aging*, 18(3), 487-496.
- Ibrahima, M. (2010). *Conditions de vie des personnes âgées en Afrique Subsaharienne: cas de la vie dans un ménage à génération coupée au Niger*. (Ph. D.), Université de Montréal, Montréal.
- Ilboudo, Laurent. (2011, 17-19 mars). *Protection sociale au Burkina Faso Quelle réponse face à la restructuration des solidarités familiales?* Paper presented at the Colloque international de Meknès, Vieillissement de la population dans les pays du Sud, Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. État des lieux et perspectives, Atelier 8, Relations intergénérationnelles et solidarités.
- Irere, M. (1984). A blessing from the gods? *Dev Forum*, 12(3), 5.
- Kimuna, S. R., & Makiwane, M. (2007). Older people as resources in South Africa: Mpumalanga households. *J Aging Soc Policy*, 19(1), 97-114.
- Kinda, F. (2006). Contrat entre les générations et sécurité sociale locale des personnes âgées en milieu rural burkinabè. *Cahiers du CERLESH*, 25, 85-104.
- Lavoie, J. P., & Clément, S. (2005). Introduction. In S. Clément & J. P. Lavoie (Eds.), *Prendre soin d'un proche âgé: Les enseignements de la France et du Québec*: Erès.
- Li, H., & Tracy, M. B. (1999). Family support, financial needs, and health care needs of rural elderly in China: a field study. *J Cross Cult Gerontol*, 14(4), 357-371.

- Loiselle, J. (1991). Louise Garant et Mario Bolduc, L'aide par les proches: mythes ou réalités, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation, Québec, juin 1990, 157 p. *Nouvelles pratiques sociales*, 4(2), 225-228.
- Maïga, Abdoulaye, & Baya, Banza. (2010, 21-24 juin). *La coexistence des générations en milieu urbain au Burkina Faso*. Paper presented at the AIDELF – Colloque international des démographes de langue française – Genève, 2010.
- Martel, L., & Légaré, J. (2001). Avec ou sans famille proche à la vieillesse: une description du réseau de soutien informel des personnes âgées selon la présence du conjoint et des enfants. *Cahiers québécois de démographie*, 30(1), 89-114.
- Mawata, A. A. (2009). *Vieillesse, retraite et protection sociale en Afrique: Les enjeux de la vieillesse hors du cycle de vie ternaire*.
- Mawata, A. A. (2011, 17-19 mars). *Un faisceau de solidarité pour la prise en charge des vieilles personnes dans les pays du Sud*. Paper presented at the Colloque international de Meknès, Vieillesse de la population dans les pays du Sud, Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. État des lieux et perspectives, Atelier 8, Relations intergénérationnelles et solidarités.
- Membrado, M., Vézina, J., Andrieu, S., & Goulet, V. (2005). Définitions de l'aide: des experts aux "profanes". In S. Clément & J. P. Lavoie (Eds.), *Prendre soin d'un proche âgé: Les enseignements de la France et du Québec*: Erès.
- Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*: Armand Colin.
- Nyuni, W. (2007). Care and support for the aged: The role of the family, civil society and state. *BOLD*, 18(1), 24-27.
- Pennec, Sophie, & Gaymu, Joëlle. (2011, 17-19 mars). *La coexistence des générations dans les pays du Sud, quelles évolutions?* Paper presented at the Colloque international de Meknès, Vieillesse de la population dans les pays du Sud, Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. État des lieux et perspectives, Atelier 8, Relations intergénérationnelles et solidarités.

- Pescosolido, B A. (2000). The Role of Social Networks in the Lives of Persons with Disabilities. In G. L. Albrecht, K. D. Seelman & M. Bury (Eds.), *Handbook of Disability Studies* (pp. 468-489): Sage Publications.
- Pescosolido, B A, & Levy, J A. (2002). The Role of Social Networks in Health, Illness, Disease and Healing: The Accepting Present, The Forgotten Past, and the Dangerous Potential For A Complacent Future. *Social Networks and Health*, 8, 3-25.
- Pescosolido, Bernice A. (1992). Beyond Rational Choice: The Social Dynamics of How People Seek Help. *The American Journal of Sociology*, 97(4), 1096.
- Pilon, Marc. (1996). Les familles africaines en plein remue-ménage. *Chronique du CEPED*(21), 1-3.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). (2009). Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières: Mobilité et développement humains (pp. 251). New York: Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).
- Roth, C. (2007). « Tu ne peux pas rejeter ton enfant! ». Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè. *Cahiers d'études africaines*, 1(185), 93-116.
- Sawadogo, S. P. (2011, 17-19 mars). *Les facteurs de la solidarité résidentielle au Burkina Faso*. Paper presented at the Colloque international de Meknès, Vieillesse de la population dans les pays du Sud, Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. État des lieux et perspectives, Atelier 8, Relations intergénérationnelles et solidarités.
- Schatz, E. J. (2007). "Taking care of my own blood": older women's relationships to their households in rural South Africa. *Scand J Public Health Suppl*, 69, 147-154.
- Silverstein, M., Conroy, S. J., Wang, H., Giarrusso, R., & Bengtson, V. L. (2002). Reciprocity in parent-child relations over the adult life course. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(1), S3-13.
- Unanka, Godwin O. (2002). Family Support and Health Status of the Elderly in Imo State of Nigeria. *Journal of Social Issues*, 58(4), 681-695.
- Vézina, A, Vézina, J, & Tard, C. (1994). Recension des écrits sur le soutien à domicile: la personne âgée et les ressources communautaires, des acteurs oubliés. *Service social*, 43(1), 67-85.

- Vézina, A., & Membrado, M. (2005). La demande d'aide et de soins à l'extérieur des membres de la famille. Un travail de négociation et de gestion des ressources. In S. Clément & J. P. Lavoie (Eds.), *Prendre soin d'un proche âgé: Les enseignements de la France et du Québec*: Erès.
- Vidal, Claudine. (1994). La « solidarité africaine »: un mythe à revisiter. *Cahiers d'études africaines*, 687.
- Vinel, V. (2008). Âges de la vie féminine et relations intergénérationnelles au Burkina Faso. *Le Portique [En ligne]*, 21 |, mis en ligne le 05 juin 2010, Consulté le 03 janvier 2013. URL: /index1803.html.
- Zimmer, Z., & Dayton, J. (2005). Older adults in sub-Saharan Africa living with children and grandchildren. *Popul Stud (Camb)*, 59(3), 295-312.

Figure 1 : La famille autour de la PA et la PA au centre de la famille

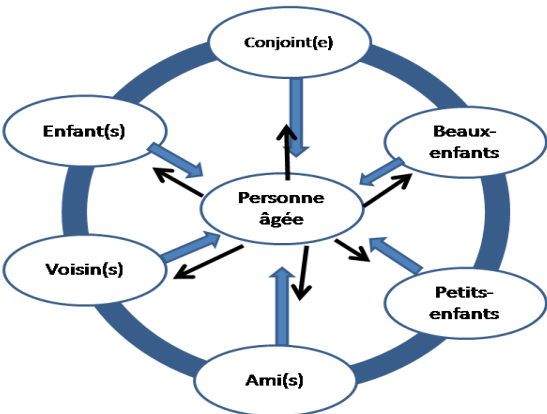


Figure 1 : La famille autour de la PA et la PA au centre de la famille

Figure 2 : Evolution du système familial de soutiens à PA11 (An1 et An2)

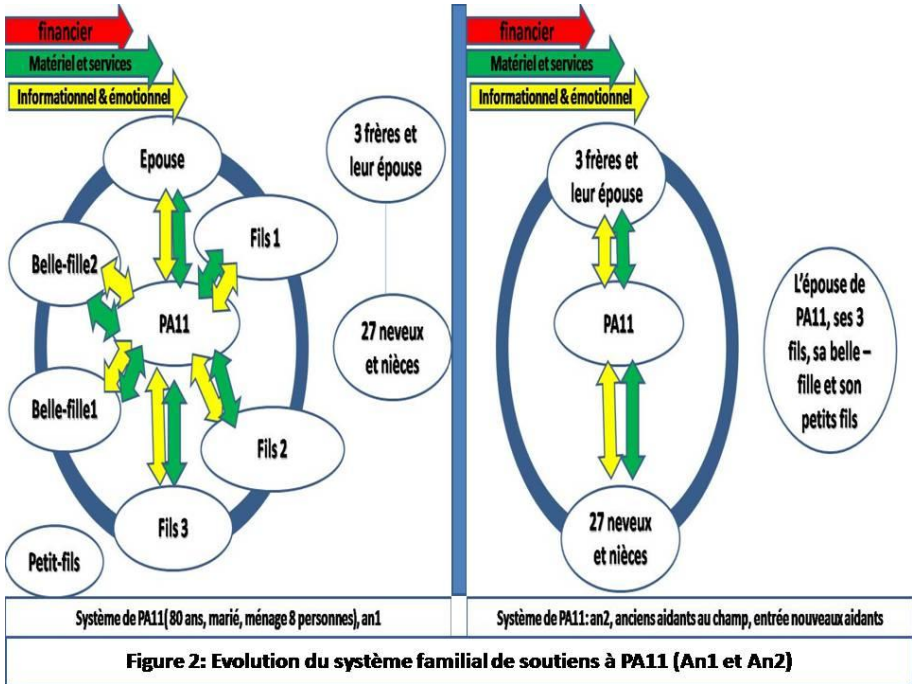


Figure 3 : Evolution du système familial de soutiens à PA8 (An1 et An2)

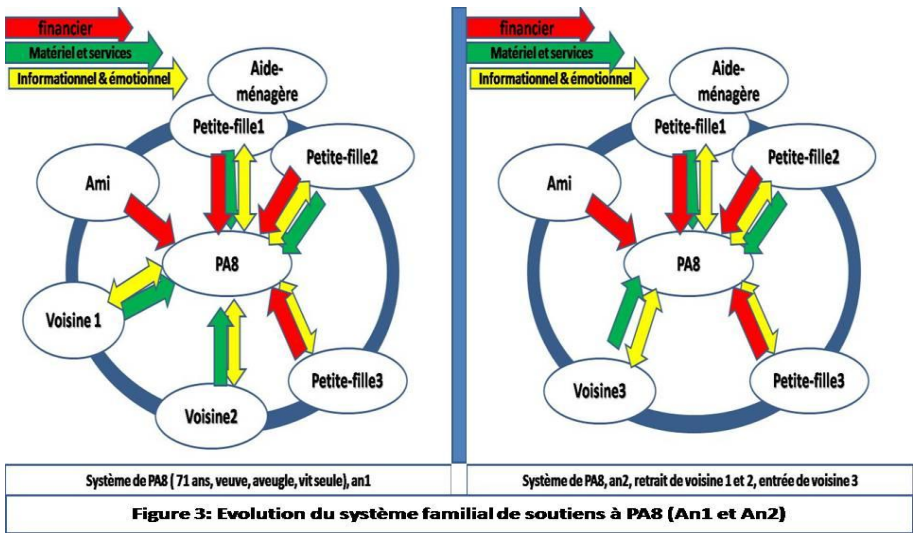


Figure 4 : Système familial de soutiens à PA15

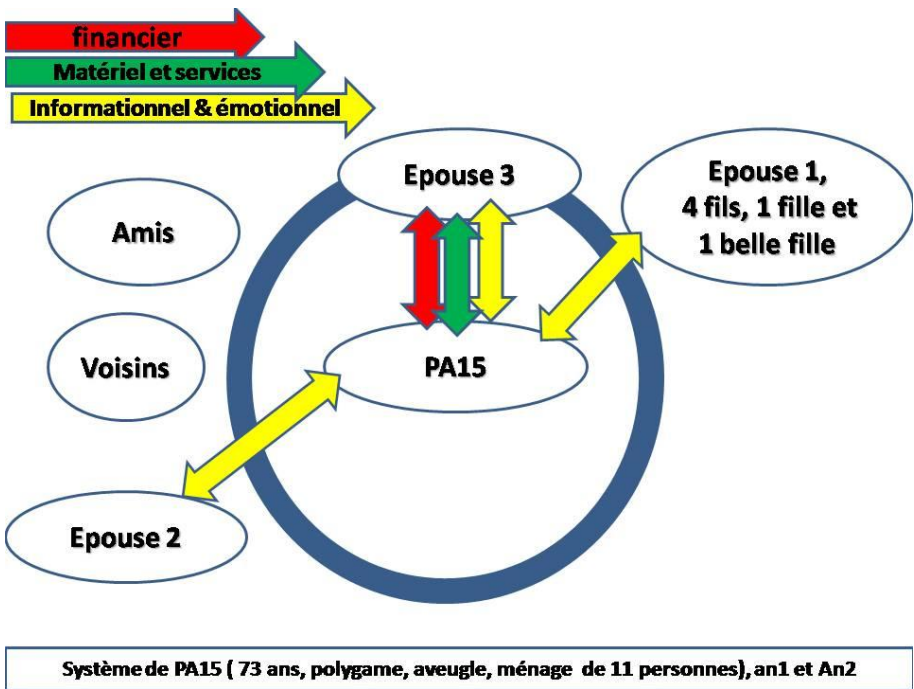


Tableau 1 : Division générationnelle et sexuelle des soutiens familiaux à un membre âgé vivant à domicile

Sexe→	Hommes	femmes
Age ↓		
Adultes (25 ans et plus)	• Soutiens matériel et financier • Grandes courses • Soutiens dans la mobilité (MOB), la communication (COM) et la fonction mentale (FM) • Soutiens émotionnel et informationnel	• Soutiens activités de la vie quotidienne et domestique, dans la MOB, la FM et la COM • Grandes courses • Soutien financier et matériels • Soutiens émotionnel et informationnel
Jeunes ou enfants (moins de 25 ans)	• Petites courses • Soutiens dans la MOB, la FM et la COM • Soutiens émotionnel et informationnel	• Petites courses • Soutiens dans la MOB, la FM et la COM • Soutiens émotionnel et informationnel

Chapitre 6. Le dysfonctionnement du système familial de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Valorisation

Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, Bamba I, Drabo M, Badini-Kinda F et Macq J. Le dysfonctionnement du système familial de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). The dysfunction of the family system of maintaining elderly in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso): case study [Article soumis à Journal of family Violence le 21 mars 2013].

Le dysfonctionnement du système familial de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

The dysfunction of the family system of maintaining elderly in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Résumé

Introduction

En Afrique subsaharienne, pour les personnes âgées, vivre seule est l'exception et vivre en famille est la norme. Cette norme ne garantit pas toujours leur bien être global. Cette étude analyse le dysfonctionnement familial et ses conséquences négatives sur la qualité et la quantité des soins/soutiens sociaux à ces personnes.

Méthodes

Il s'agit d'une étude d'un cas étudié en profondeur. Il a été choisi parmi plus de 66 cas illustrant chacun le dysfonctionnement du système familial de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à Bobo-Dioulasso. Les données ont été collectées au travers d'entrevues et d'observations réalisées par le chercheur principal. Les résultats sont présentés sous forme narrative. Les noms réels des acteurs ont été modifiés.

Résultats

Pour mieux prendre en charge les futures incapacités fonctionnelles modérées d'Adam qui vivait seul, sa famille l'a fait héberger par son fils aîné. Cet hébergement a augmenté les conflits familiaux, ces conflits ont engendré des besoins fonctionnels non couverts qui ont aggravé les incapacités d'Adam. L'aggravation des incapacités a augmenté les besoins non couverts (rétroaction) et Adam en est mort. La façon de gérer les besoins non couverts, les incapacités/soins, la mort et l'héritage d'Adam a renforcé (rétroaction) les conflits qui ont fait éclater le système familial d'Adam.

Discussion

La défaillance du système familial d'Adam a entraîné sa mort. A Bobo-Dioulasso, il n'existe aucun système formel d'appui à ces genres de systèmes familiaux défaillants. En cas de défaillance de leur système de soins/soutiens sociaux, les personnes âgées meurent. Les détenteurs d'enjeux doivent réfléchir sur la mise en place d'un système formel d'appui aux systèmes familiaux défaillants des personnes âgées.

Mots clés : Soutien familial, Conflit des générations, Abandon familial, Hébergement, Cohabitation, Personnes âgées

Abstract

Introduction

In Saharan Africa, living alone is the exception and family life is the norm for the older people. Often, this norm does not guarantee always the overall well-being of the elderly. The objective of this study is to analyze the dysfunction of the family system of maintaining elderly in functional autonomy. This dysfunction reduces the quality and the quantity of social cares/supports to the elderly.

Methods

This study is about one a case studied in depth. He was selected from more than 66 cases illustrating the dysfunction of family system who maintain older people in functional autonomy in Bobo-Dioulasso. Data were collected through in-depth interviews and observations conducted by the principal investigator. The results are presented in narrative form. The names of the actors have changed.

Results

To better support future moderate functional disabilities of Adam who lived alone, he was hosted by his eldest son Pedro. This lodging has increased family conflict. These conflicts have led to not cover Adam's functional needs. This situation aggravated Adam's functional disabilities, increased adam's unmet needs (retroaction) and he died. The management of Adam's unmet needs, disabilities/care, death and heritage strengthened conflict (retroaction) that exploded Adam's family system.

Discussion

The failure of Adams family system of social cares/supports led to his death. In Bobo-Dioulasso, there is no formal system to support these kinds of family systems failed. In case of failure of their system of social cares/supports, the elderly die. Stakeholders should reflect on established formal system to support family systems failing.

Keywords: Social support, Old age assistance, Family relation, Frail Elderly, Cause of Death, Terminal Care, Caregivers, Africa south of the Sahara

Introduction

En Afrique subsaharienne, pour les personnes âgées, vivre seule est l'exception (1). Il y est objectivement très difficile à une personne âgée déjà fragilisée sur le plan physique de réaliser seule la quasi-totalité de ses activités de la vie quotidienne, ses activités de la vie domestique, la mobilité, etc. Celle-ci bénéficie alors de soutiens avec une division générationnelle et parfois sexuelle du travail domestique dans ce contexte. Ainsi, les personnes âgées vivant seules, sans un (e) conjoint (e) ou sans enfant biologique reçoivent régulièrement le soutien des amis ou voisins, hébergent les enfants d'autrui ou sont hébergées par leurs propres enfants ou les enfants d'autrui (1-3). Les institutions communautaires, confessionnelles, privées ou publiques susceptibles d'accueillir, de surveiller, d'apporter de l'aide partielle ou totale aux personnes âgées vivant seules sont rarissimes voire inexistantes. Les détenteurs d'enjeux des pays d'Afrique subsaharienne n'ont pas encore bien développé ces services formels d'aides aux personnes âgées et/ou à leur famille (4-8). Beaucoup de ces acteurs pensent que la famille parvient à mieux gérer la quasi-totalité des besoins d'aides non médicaux des personnes âgées. Pourtant, certains chercheurs ont montré que la famille est en train de démissionner, que la solidarité familiale est en baisse (2-4, 9-12) ou s'adapte au contexte (2, 10, 13-22) et que le renforcement de l'intervention d'autres acteurs publics, communautaires, confessionnels est requis.

Dans ce contexte où la famille semble être la panacée (1, 4, 12, 23-28), il faut noter qu'elle ne garantit pas nécessairement le bien être global des personnes âgées. Souvent, le dysfonctionnement du système familial de soins/soutiens à la personne âgée et/ou les conflits familiaux réduisent considérablement la qualité de sa prise en charge globale et précipitent sa mort. Cela a été peu mis en évidence dans la littérature scientifique africaine. L'objectif de cette étude est d'analyser le dysfonctionnement familial en tant qu'élément/circonstance réduisant la qualité des soins/soutiens sociaux à la personne âgée.

Méthode

Cette méthode a déjà été présentée dans la méthode générale (chapitre 2.3.2)

Il s'agit d'un cas choisi parmi plus de 66 cas illustrant chacun le dysfonctionnement familial qui réduit/limite la prise en charge des personnes âgées à Bobo-Dioulasso. Il complète donc l'enquête précédente réalisée dans 15 familles. Au cours du dernier passage dans les 15 familles, le thème du dysfonctionnement familial ou des conflits familiaux a été inclus dans les guides d'entretien. Il s'agissait de sonder les enquêtés sur les conflits dans leur famille et/ou ailleurs et de répertorier des cas de conflits pour analyse.

Les participants à notre étude ont fourni plus de 66 cas de dysfonctionnement familial. Mais ils étaient rarement des parties prenantes dans les conflits cités et/ou étaient incapables de les relater avec des détails ou précisions. Ainsi, les raisons suivantes nous ont guidés à choisir le cas d'Adam pour cette étude spécifique. C'est un cas qui a été très détaillé, sa principale narratrice l'a réellement vécu comme actrice principale ; les autres acteurs du cas ont été rencontrés au cours d'entretiens informels complémentaires ou de vérification ; et le chercheur a été témoin oculaire et auditif de certains faits relatés dans ce cas. Il connaissait les acteurs bien avant certains événements. Les noms réels des acteurs de ce cas ont été remplacés tout en respectant le sexe. Pour analyser le cas d'Adam, nous avons procédé à une analyse de contenu par simple catégorisation (29, 30). Le récit de son cas a été parcouru pour identifier les codes/thèmes regroupés en catégories/concepts qui ont été interprétés/discutés.

Résultats (présentation du cas d'Adam)

Identité d'Adam

Adam est né vers 1936. C'était un gendarme à la retraite depuis 1987. Il avait une pension trimestrielle de plus de 603% du Salaire Minima Interprofessionnel Garanti (SMIG) (Le SMIG égale 33.139 XOF soit 51€). Il a divorcé de ses deux épouses. Son divorce avec Sara (la 1^{ère} épouse) date de 1978, bien après son divorce avec la seconde épouse. Il a eu 2 filles et 2 garçons avec Sara, 2 filles avec sa 2^{ème} épouse et 6 enfants avec d'autres femmes qu'il n'a jamais mariées. Le dernier enfant d'Adam avait au moins 20 ans à son décès. Adam est resté plus en contact avec les 4 enfants de Sara : Julie (institutrice dans la 3^{ème} ville, 46 ans au décès de son père), Pedro (commerçant, 44 ans au décès de son père), Carole (sociologue, 40 ans) et Boris (38 ans, soldat en Côte d'Ivoire depuis mai 2009). Sara (63 ans au décès d'Adam) s'est installée dans la capitale depuis 1978. Adam s'est installé à Bobo-Dioulasso en 1987.

L'hébergement d'Adam par Pedro (son 1^{er} fils)

De 1987 à 2007, Adam avait loué une maison (2 pièces) dans le même quartier que Pedro. Il se débrouillait tout seul pour vivre et payer son loyer. Il ne présentait pas d'incapacités fonctionnelles mais souffrait de diabète et d'hypertension artérielle modérés. Chacun de ses 4 enfants d'avec Sara lui apportait un soutien quelconque (financier, matériel, informationnel ou émotionnel) en fonction des circonstances (figure 1). L'aide de Carole était plus régulière. A partir de 2008, les épisodes d'hypertension d'Adam devenaient fréquents. Carole craignait des difficultés de gestion de ses futures incapacités modérées à graves, s'il continuait de vivre seul. Après des échanges entre les 4 consanguins et surtout suite à une médiation des cousins, Pedro accepta d'héberger Adam. Il lui offrit une maison (2 pièces) dont la valeur locative mensuelle équivaut à 45% du SMIG.

Pedro habitait dans sa propre concession, dans une maison (3 pièces) avec son épouse et ses deux enfants. Quatre autres maisons (de 2 pièces chacune) étaient louées à des personnes n'ayant aucun lien avec la famille. Pour l'hébergement d'Adam, Pedro a été préféré à Boris parce qu'il était le 1^{er} fils. Et ce serait socialement mal vu qu'Adam soit hébergé par Boris (son 2^{ème} fils) ou par une de ses 2 filles. Cependant, la famille était consciente qu'Adam avait plus de bonnes relations avec ses 3 autres enfants qu'avec Pedro. En acceptant d'héberger son père, Pedro avait sous-entendu que ses 3 consanguins allaient lui apporter un soutien financier pour compenser son manque à gagner mensuel (60% du SMIG, représentant le loyer, les frais d'eau et d'électricité) engendré par cet hébergement. Ces derniers n'étant pas dans cette logique, cela a fragilisé leurs relations. Par ailleurs, après des hésitations de Pedro et d'Adam (chacun craignant la cohabitation), Adam a intégré la concession de son fils avec 4 mois de retard. Pedro a considéré cela comme une double perte (perte du loyer qu'autrui lui aurait payé et absence de son père à ses côtés). Cela aussi a perturbé leurs relations.

L'alimentation d'Adam, source du 1er conflit ouvert entre Adam et Pedro

L'épouse de Pedro, servait régulièrement à manger à Adam qui contribuait souvent en nature ou en espèce ... Tout allait relativement bien (figure 2). Entre temps la femme de Pedro a réduit la quantité et la qualité des repas servis à Adam. Il était servi une fois par jour, à 14 h, 15 h, ou 17h. Parfois, il n'était pas servi.

Adam a trouvé qu'étant malade cela ne lui convenait pas, il refusait de manger les plats servis. Il avait aussi trouvé que sa belle-fille n'était pas hygiénique. Il se débrouillait seul pour manger comme avant son hébergement. Selon Pedro, au cours de cette crise, son épouse servait toujours à manger à son père mais celui-ci déversait ses repas quotidiens dans le WC et préférait aller manger dehors ou se faire servir par une restauratrice à domicile. Carole qui habitait un autre quartier a donc augmenté ses soutiens (surtout alimentaire) à son père. Pedro lui a interdit d'apporter à manger. Pedro aurait voulu un soutien financier de Carole pour améliorer la qualité de son soutien à l'égard de leur papa. Selon Pedro, *« c'était socialement mal vu que Carole traverse diamétralement la ville pour venir nourrir le papa chez moi. S'il ne veut pas manger les plats de ma femme, alors qu'il sorte pour se débrouiller mais autrui ne peut pas le servir à domicile »*. Adam affirmait vivre de fruits, de pain et de quelques plats chauds ou supportait la faim car, la restauratrice ambulante qui lui livrait à manger à domicile avait été chassée par Pedro qui la soupçonnait d'être une partenaire sexuelle d'Adam qui y investissait sa pension. Pour Pedro, en fondant le même ménage avec Adam, celui-ci devait l'impliquer fortement dans la gestion de sa pension.

La maison d'Adam n'était nettoyée que occasionnellement par Carole. Adam n'était pas autorisé à mettre en marche son poste téléviseur car Pedro trouvait sa charge d'eau et d'électricité déjà élevée.

Pedro affirmait avoir toujours regretté d'héberger Adam qui aussi regrettait d'être chez son fils. Des joutes oratoires publiques ont souvent eu lieu entre eux à notre présence.

Dans cette crise, l'alimentation d'Adam s'est dégradée et son hypertension s'est aggravée à partir de 2008. Pedro a commencé à le négliger davantage, obligeant Carole et Boris à renforcer leurs soutiens (figure 3). En 2009, il a chuté une fois au restaurant et n'a pas voulu être transporté à l'hôpital par les ambulanciers craignant de n'avoir aucun aidant familial à son chevet (Boris étant déjà en Côte d'Ivoire et Carole étant en mission). A chacune de ses crises d'hypertension ou maladies (maux de dents, etc.), c'était Carole et ses amies qui intervenaient pour soutenir Adam. Carole lui amenait régulièrement à manger et quand il se sentait mieux, il recommençait à manger dans les restaurants. Pedro se contentait de salutations d'usages quotidiens et de vœux de meilleure santé. L'unique ordonnance (d'environ 36% du SMIG) qu'il a honorée n'a jamais été donnée à Adam qui a refusé de prendre les médicaments sans cette ordonnance. Adam était déjà en incapacités modérées avec une mobilité réduite. Les relations entre Pedro et Adam se dégradaient davantage à chaque nouvel épisode de maladie d'Adam: *« Pedro et le papa étaient devenus comme chien et chat, Pedro ne pouvait plus sentir le papa. Il l'avait abandonné et s'opposait à quiconque qui voulait l'aider. Il a voulu l'utiliser comme un objet de commerce dans la famille »* a expliqué Carole.

La dernière crise d'Adam

Cette crise a coïncidé avec une visite de Sara chez Carole. Elle est donc allée rester chez Pedro pour les soins sociaux d'Adam. Lorsque cette crise a commencé, Carole a eu l'impression qu'Adam ne voulait plus se soigner, qu'il était déçu de la vie, des incompréhensions avec Pedro et il voulait se laisser mourir : *« J'avais proposé d'amener le papa dans une clinique, il a refusé, pensant qu'il n'y aura personne pour rester à ses côtés. Pedro a vu qu'il n'allait pas bien, il a fait venir un infirmier qui lui plaçait 2 à 3 des perfusions par jour selon Pedro. Je n'ai jamais rencontré cet infirmier et chaque fois que je demandais à voir ses ordonnances, Pedro refusait.*

Chose bizarre, pendant 3 ou 4 jours, le papa était tout le temps couché et dormait sous perfusion. Pedro disait que la perfusion contenait tout ce qu'il lui fallait et que chaque perfusion lui revenait à 9.000 f (27% du SMIG). Ce qui était surévalué. Il avait détourné une partie de la pension du papa pour cela. Ça devait être un somnifère qu'il injectait dans le sérum pour qu'il dorme pendant longtemps et ne pas l'embêter. Pire un jour, il lui a donné du Sangria (11% d'alcool) qui a compliqué sa situation.

Le lendemain, le papa a retiré sa perfusion parce que ça ne sert à rien. Il avait compris que son fils était pressé qu'il meure. » Du fait de cette crise, Adam est passé en incapacités fonctionnelles graves (dépendance totale) près de 2 semaines à la maison. Entre temps, sa fille Julie était venue lui rendre une visite de 3 jours et a habité chez Pedro (figure 4).

Les 48 dernières heures d'Adam

Le lendemain de son refus d'être placé sous perfusion, l'état d'Adam s'est sérieusement dégradé. Il était indispensable de l'amener à l'hôpital. Carole a raconté : « Ça n'allait pas du tout, vers 23h, j'ai téléphoné à Pedro pour lui dire qu'il faut qu'on amène le papa à l'hôpital demain. Il a refusé parce qu'il ne voyait pas la nécessité de le faire et qu'il n'y aura personne de la famille pour être à ses soins. On s'est tirailé au téléphone. J'ai aussitôt appelé Sara qui était chez Pedro. Elle était du même avis que Pedro. J'ai répondu que même si ton chien est malade, tu cherches à le sauver. Donc on ne peut pas rester les bras croisés. J'étais encore plus déçue de Sara que de Pedro. C'était elle qui devait nous conseiller de l'amener à l'hôpital. J'ai téléphoné à Julie pour lui expliquer la situation et j'ai passé toute la nuit à pleurer... le matin, quand je suis arrivée Pedro avait appelé un cousin-infirmier qui avait déjà placé une nouvelle perfusion. J'ai fondu en larme. Il était en très mauvais état, on ne pouvait même pas le regarder, il n'était plus si conscient. J'ai commencé à crier, les voisins ont cru qu'il était déjà décédé et ont commencé à venir. Le cousin-infirmier était gêné et m'a demandé de décider. Je lui ai expliqué que ni Pedro, ni Sara ne veut aller s'occuper du papa à l'hôpital et que moi, je n'ai pas de congé, je vis avec mon fils de 3 ans, qui doit être déposé et cherché chaque jour à la garderie et je n'ai pas d'aide ménagère. Si nous sommes à l'hôpital, personne ne va préparer à manger pour nous ou même acheter les médicaments du malade en ville. Il m'a dit de l'amener. Quand on l'a amené, le personnel des urgences savait qu'il était tard et ne s'est pas vite occupé de nous. Les urgences étaient pleines, il n'y avait même pas de lit inoccupé. Après les premières consultations, on nous a gardés dans les urgences. Ils ne se sont pas précipités de nous donner une ordonnance. Le papa a passé la nuit aux urgences. La maman est restée à ses côtés et Pedro les a abandonnés à 21 heures. Il ne voulait pas s'occuper du papa, il affirmait avoir peur de lui, alors qu'il ne voulait pas nettoyer ses selles ou urines. Il a fait venir un cousin maternel qui aidait la maman. Ce cousin n'avait aucune répugnance pour le papa. Le lendemain Pedro est venu à 8h avec sa femme. Ils n'ont rien apporté à manger pour le malade et ses gardes. La maman a fait acheter la bouillie de mil vendu devant l'hôpital. Ils ont mis dans un sachet pour la faire descendre dans la gorge du papa qui ne pouvait rien avaler. Il ne pouvait pas faire un mouvement. C'était à travers ses mouvements respiratoires qu'on savait qu'il n'était pas mort ».

Durant tout le séjour d'Adam à l'hôpital, excepté Carole, personne d'autres n'a honoré ses ordonnances ou payer pour ses soins médicaux :

« Lorsque l'infirmier est arrivé avec la 1^{ère} ordonnance, Pedro et le cousin lui ont dit de me donner parce que c'est moi qui ai décidé d'amener le papa à l'hôpital... A mon absence la nuit, une ordonnance d'un simple thermomètre (1% du SMIG ou 0.46€) est arrivée, la maman l'a tendue à Pedro qui a refusé de payer parce que le papa n'est pas entré à l'hôpital sur son initiative. Il a emprunté le thermomètre d'un malade-voisin.

J'avais oublié de laisser de l'argent avec la maman qui n'avait rien sur elle. Je faisais seule toutes les courses pour acheter les médicaments prescrits. Durant tout son séjour à l'hôpital je pense avoir dépensé environ 50.000 f (150% du SMIG) dans ses soins. Personne d'autre n'a dépensé 5 francs. »

L'enterrement d'Adam

Il a été admis à l'hôpital le 18 novembre 2010 vers 10 h et il est décédé le 19 vers 16 h. Bien avant sa mort, Pedro avait déjà préparé l'entourage à cette éventualité. Carole disait : « Quand le papa était hospitalisé, Julie m'a dit que Pedro lui a demandé avec insistance d'acheter le nécessaire pour l'alimentation des gens qui vont venir nous soutenir au décès du papa. Lorsque le papa est décédé à l'hôpital, j'étais chez moi. On s'est retrouvé chez Pedro. Vers 23 h Pedro m'a dit que les hommes se sont réunis et ont décidé d'envelopper le corps du papa dans une natte pour l'enterrer au cimetière de Belleville (un cimetière populaire, temporaire, non entretenu) parce que nous manquons de moyens financiers. J'ai dit qu'on devait associer les femmes à cette réunion ; qu'il serait donc bien qu'on lui trouve un cercueil (211% du SMIG) et qu'on l'enterre au cimetière municipal (154% du SMIG). Et j'ai décidé de prendre tout cela en charge. Pedro a catégoriquement refusé. Il trouvait que le cimetière de Belleville était gratuit donc de lui remettre mon argent du cimetière municipal pour qu'il puisse trouver à boire et à manger pour les gens qui commençaient déjà à venir. J'ai aussi refusé, en disant que le papa est mort de faim et que je ne peux pas contribuer à nourrir les gens pour son enterrement, que ce n'est pas une fête c'est un deuil. On s'est tirillé. Finalement, le papa a été mis dans le cercueil que j'ai acheté et enterré à Belleville. Pour son enterrement, j'ai seulement acheté son cercueil. J'ai décidé de ne rien dépenser. Comme les autres étaient plus prêts pour son enterrement que pour ses soins, je les ai donc laissés prendre en charge tout cela. Je leur ai dit que si on avait mobilisé plus d'argent pour ses soins, il pouvait vivre au delà de 74 ans. A son décès des amis m'ont soutenue j'ai reçu plus de 200.000 f (603% du SMIG). J'ai gardé cette somme. Après j'ai demandé des messes de requiem et construit sa tombe avec le soutien de Boris. Pedro aussi a gardé tout ce qu'il a reçu (c'était plus de 75.000 f, 226% du SMIG), il n'a fait le point à personne. Julie lui avait envoyé 25.000 F (75% du SMIG) f CFA comme sa contribution dans la gestion des funérailles. »

L'après Adam (son héritage et les relations entre les membres de sa famille)

Lorsque la mobilité d'Adam était très réduite, il a établi une procuration au nom de Pedro pour qu'il touche sa pension. Celui-ci n'a jamais remis l'entièreté de ladite pension à Adam. Selon Carole, *« la veille de son évacuation aux urgences, je lui ai demandé s'il avait reçu sa pension. Il m'a dit : 'je vais très mal, j'ai mal au cœur, je ne peux pas dire tout. Pedro est allé prendre ma pension, et m'a menacé pour garder une bonne partie et il m'a remis 60.000 FCFA (181% du SMIG)' . Il n'a pas pu continuer sa phrase. Il était très fatigué.*

Julie a confirmé cette menace de Pedro et Sara a confirmé que Pedro a soutiré le reste de l'argent du papa. Dès qu'il est décédé à l'hôpital, Pedro est allé directement prendre d'autres biens. Après l'enterrement et un voyage au village avec quelques habits d'Adam pour des cérémonies traditionnelles, Pedro a transféré tous les biens du défunt dans sa chambre et a loué la maison occupée par Adam »

Jusqu'en 2013, la famille ne s'est jamais réunie pour discuter du partage de cet héritage. Personne ne veut ouvrir ce débat avec Pedro. Adam n'avait pas officiellement divorcé avec Sara, il avait formulé le vœu en 2008 qu'à son décès, ses enfants aident Sara (ménagère) à avoir sa pension de succession.

A son décès, Pedro a cherché à bénéficier directement de cette pension. Les résultats négatifs de ses démarches l'ont amené à ne pas aider Sara dans la constitution de son dossier. C'est après plus d'une année, que Pedro a remis la moitié des pièces requises à Sara en prétendant qu'Adam avait déchiré le reste des pièces avant son décès. Personne de la famille n'a accès aux biens d'Adam pour rechercher les pièces manquantes. Sara nous disait : *« Si Pedro était le fils d'une autre femme, j'allais expliquer son attitude par la polygamie. Mais c'est mon propre fils qui me fait ça. Les mots me manquent pour expliquer son attitude »*. Pedro de son côté reproche à Sara d'avoir divorcé avec Adam quand il était petit (12 ans) donc de l'avoir abandonné dans la nature.

Depuis le lendemain du décès d'Adam, Carole et Julie ne se parlent pas. Selon Carole, au décès d'Adam, *« Pedro a appelé Julie pour lui dire que je voulais gérer les funérailles du papa et montrer aux gens que j'avais l'argent... il a découragé Julie de ne pas venir aux funérailles sinon, tout le monde saura que c'est moi qui gère les funérailles. Or, quand je proposais de payer le cercueil et le cimetière municipal c'était à huit clos. Julie n'a jamais quitté sa ville pour venir faire le deuil du Papa. Pedro voulait simplement que chaque membre de la famille lui donne tout l'argent pour qu'il économise autant qu'il peut et s'enrichir sur le corps de son père »*.

Après plus de 7 mois de rupture de communication, Carole et Pedro échangent souvent sur des questions non essentielles. Carole et Boris (qui n'est pas encore venu de la Côte d'Ivoire pour le deuil de son papa) échangent régulièrement. Carole et Boris ont de bonnes relations avec Sara. Carole a obtenu un travail à Ouagadougou et habite chez Sara avec son fils. Pedro et Julie sont en contact. Les échanges entre Pedro et Sara sont froids. Julie n'est pas en contact avec Sara qu'elle soupçonne de soutenir Carole. Boris est en contact avec tout le reste de sa famille. Le système familial de soutien à Adam a ainsi éclaté après le décès de celui-ci (figure 5).

Discussion

Le système familial de maintien d'Adam en autonomie fonctionnelle à domicile

Les figures 1 à 5 montrent que ce système a évolué dans le temps et a essayé de s'adapter aux besoins d'aide d'Adam. La figure 6 montre la cascade (enchaînement/enchevêtrement) d'événements ayant entraîné la mort d'Adam qui a été hébergé par Pedro pour anticiper la gestion de ces futures incapacités modérées à graves. Cet hébergement a augmenté les conflits familiaux, ces conflits ont engendré des besoins fonctionnels non couverts qui ont aggravé les incapacités d'Adam. L'aggravation des incapacités a augmenté les besoins non couverts (rétroaction) et Adam en est mort. La façon de gérer les besoins non couverts, les incapacités/soins, la mort et l'héritage d'Adam a renforcé (rétroaction) les conflits qui ont fait éclater le système familial. Le cas d'Adam confirme donc les résultats du volet quantitatif qui ont montré que lorsque le système familial de maintien de la personne âgée en autonomie fonctionnelle est défaillant, celle-ci a toutes les chances de mourir dans la mesure où elle n'a plus accès aux soins médicaux et sociaux de qualité. La dernière crise d'hypertension d'Adam a bien illustré cela. Le décès des personnes âgées en handicap fonctionnel (c'est-à-dire en incapacités fonctionnelles modérées à graves et sans ressources humaines de qualité suffisante) n'est pas documenté dans la littérature en Afrique Subsaharienne donc au Burkina Faso. Ces décès échappent aux statistiques et aux observations des acteurs.

C'est d'ailleurs une explication possible du taux quasi-nul [0% à Bobo-Dioulasso selon Berthé et al. (27)] du handicap fonctionnel chez les personnes âgées dans ce contexte.

Dans cette ville, les personnes âgées constituent les premiers acteurs de leurs propres maintiens en autonomie fonctionnelle. C'était le cas d'Adam de 1987 à 2007 lorsqu'il vivait seul, sans incapacité ou en incapacités légères (figure 1). Selon Berthé, Berthé-Sanou et al. (27) en 2011, 68% des personnes âgées de Bobo-Dioulasso étaient sans incapacité ou en incapacités légères. Lorsqu'elles sont en incapacités modérées à graves, (32% du total des personnes interviewées) (27) la famille entre en jeu et devient ainsi le second acteur de leur maintien en autonomie fonctionnelle.

C'était le cas d'Adam à partir de 2008 (figures 2 à 4). Aucun acteur (public, privé, confessionnel ou communautaire) ne développe des interventions formelles pour compenser le dysfonctionnement du système familial. Au Burkina Faso, les détenteurs d'enjeux sont conscients que la proportion des personnes âgées est faible parce que celles-ci meurent tôt en incapacités modérées ou graves et que cela est attribuable (pour une bonne part) à la mauvaise qualité des soins médicaux parfois inaccessibles. Cependant, ils méconnaissent que la mauvaise qualité de soins sociaux y contribue et que le dysfonctionnement familial est fatale pour les personnes âgées.

Cette étude de cas pourrait les convaincre davantage qu'il faut prévoir un dispositif formel de soutien adapté aux besoins de chaque famille et/ou de chaque personne âgée. Des études réalisées dans certains pays d'Afrique subsaharienne (4-6), indiquent que les détenteurs d'enjeu de ces pays ne sont pas très favorables aux établissements d'hébergement des personnes âgées en dépendances fonctionnelles. Telle semble être aussi la situation au Burkina Faso. A ce sujet, si les détenteurs d'enjeux africains s'opposent à ces établissements au regard des dysfonctions de ceux-ci, rien ne les oblige à en créer, cependant, ils ont l'obligation morale, politique, technique et pratique d'inventer un système autant intelligent (sinon plus intelligent) de soutiens formels aux personnes âgées en dépendances et manquant d'aidants familiaux comme aurait été le cas d'Adam sans Carole.

L'hébergement d'Adam par Pedro (la cohabitation intergénérationnelle) a augmenté les conflits familiaux

De 2008 à 2010, Adam est passé des incapacités modérées aux incapacités graves et à la mort. Son statut fonctionnel s'est dégradé plus rapidement en hébergement que lorsqu'il vivait seul. Une obligation socio-familiale a contraint le père et le fils à cohabiter, or visiblement, assez d'indicateurs montraient que cette cohabitation serait difficile pour chacun des deux. Bien avant son hébergement, Adam n'avait pas de si bonnes relations avec Pedro. Cependant, dans la culture locale (le droit social local), une personne âgée (homme ou femme) doit être hébergée de préférence chez l'aîné de ses fils biologiques si celui-ci a les ressources minimales pour le prendre en charge. Il arrive souvent que celui-ci décline cette offre sans rancune et/ou de façon raisonnée la famille décide de l'hébergement de son membre âgé. Dans le cas d'Adam, non seulement Pedro n'a pas décliné l'offre, mais aussi aucun de ses consanguins n'osait proposer une autre solution à l'hébergement de leur père. Dans ce contexte, le respect des normes sociales a été prioritaire au bien être des individus.

Le cas d'Adam montre aussi que la cohabitation intergénérationnelle, pire l'hébergement des personnes âgées par une tierce personne leur est peut être néfaste ou fatale. Adam, en espérant réduire sa vulnérabilité par cet hébergement, l'a augmentée. Très rapidement, du fait de la malnutrition, il est passé des incapacités légères aux modérées et aux graves en moins de 2 ans.

L'hébergement lui a aussi été une privation d'intimité, de liberté (sélection des visiteurs, des aidants et des types d'aides par le fils), une exposition à la maltraitance (joute oratoire publique), une réduction de son capital relationnel et une perturbation de ses habitudes alimentaires. En moins de 2 ans, il devait s'adapter à de nouvelles manières de vivre malgré ses incapacités fonctionnelles. Contrairement à ce qu'on a fait croire à Berg, Moreau et Giet (8), la violence, la maltraitance des personnes âgées est aussi une réalité en Afrique subsaharienne et la famille ne parvient souvent pas à bien prendre en charge ses membres âgés.

Cette violence ou maltraitance (31, 32) est plus probable en situation de cohabitation intergénérationnelle, d'hébergement des enfants par leurs parents mais aussi et surtout d'hébergement des parents par les enfants, pire par les fils. Dans ce dernier cas, le plus souvent, c'est aux parents de fournir plus d'efforts pour s'adapter aux manières de penser, d'être et d'agir de leur famille d'accueil. Les effets néfastes de la cohabitation intergénérationnelle, pire de l'hébergement des parents par les enfants ont été soulignés dans la littérature scientifique (31-33).

Visiblement, en hébergeant son père, le fils voulait réaliser des profits économiques : d'une part, il espérait acquérir un soutien financier supérieur ou égal à ses investissements mensuels de la part de ses consanguins ; d'autre part, il voulait contrôler ou gérer la pension de son père. Aucun des 2 objectifs n'étant atteints, il avait moins de raisons d'héberger gratuitement son père qui n'avait pas de biens immobiliers mais des effets d'habillement et autres matériels d'équipement. La littérature scientifique (15, 23) avait déjà mis en évidence que le souhait de bénéficier de plus d'héritage (biens matériels, pension) motivait souvent les enfants à soutenir leurs parents âgés. Effectivement en hébergeant son père, Pedro a gardé 100% de l'héritage. Il a provisoirement réussi à être inobservant des règles d'héritage, ou de les « manipuler à son profit » (34).

Les Conflits familiaux ont entraîné le dysfonctionnement, l'effondrement du système familial

Le concept de conflit reste encore flou aussi bien dans le sens commun que dans la littérature. Sa définition varie d'un individu à l'autre. Pour certains, le conflit est un choc, une lutte, une opposition (35). Pour d'autres, il est une tension, une violence et peut même être armé (35). Dans le cadre familial, certains citent le divorce et la violence conjugale comme des formes de conflits. Le dictionnaire des conflits conçu sous la direction de Gérardot et Prévélakis (35) ne l'isole pas pour le définir mais le combine avec différentes notions pour le définir comme une opposition. Ainsi, chez beaucoup d'utilisateurs du concept de conflit, ses causes, ses manifestations ou indicateurs et ses solutions sont souvent confondus au conflit lui-même. Pour notre part, un conflit est une divergence d'intérêt, une divergence dans la manière de penser, de sentir, d'agir ou d'être entre au moins deux personnes physiques ou morales.

Cependant, toute divergence n'a pas un caractère conflictuel. Ce caractère provient du fait qu'au moins une des deux parties juge la divergence inacceptable ou insupportable et qu'il faut régler par une action ou une omission. Ce qui peut entraîner une attitude similaire chez l'autre. Ainsi, la divergence peut être latente ou patente et sa résolution peut être urgente ou non. La violence qui peut s'en suivre est la manifestation ou l'indicateur d'une divergence (donc conflit) entre les deux parties. Mais la violence n'est pas le conflit. Elle est souvent la solution qu'au moins une des parties propose pour le résoudre. Autrement dit, le conflit précède la violence qui reste une des solutions possibles au conflit mais qui peut l'aggraver.

Par rapport à la famille, un conflit familial est une divergence d'intérêt, d'avis, de comportement entre au moins deux membres d'une même famille restreinte ou élargie.

La violence conjugale ou le divorce par exemple ne sont pas des conflits mais des manifestations, des indicateurs de conflit et même parfois la solution ravivante du conflit (effet de rétroaction). La confusion entre le conflit, ses causes, manifestations/indicateurs et solutions atteste que le conflit est une réalité complexe.

Dans ce cas d'Adam, un cumul ou continuum de conflits entre le père et son fils datant de plusieurs années (depuis l'enfance de Pedro) a entraîné le dysfonctionnement de cette famille. Pedro n'a jamais pardonné à ses 2 parents d'avoir divorcé malgré son bas âge. Dans sa logique, la quasi-totalité des difficultés rencontrées dans sa vie sont liées à cet événement majeur. Sans positiver cet événement, les autres consanguins de Pedro sont parvenus à y faire face, à le surpasser et parviennent à soutenir les 2 parents selon les contextes (solidarité adaptative aux contextes). Citant Bengtson, Clément, Gagnon et al. (15) écrivaient que des conflits antérieurs entre parents et enfants n'impliquent pas systématiquement une absence d'aide. Outre cet événement, Pedro trouvait aussi que l'investissement d'Adam dans sa jeunesse n'a pas été à la hauteur des revenus de celui-ci. Or, l'investissement d'un enfant dans son parent âgé (contre-don) est souvent fonction de la perception ou l'appréciation qu'il fait de l'investissement (don) dont il a bénéficié de ce parent à son enfance ou à sa jeunesse. Et comme le disait Roth (36), le droit des parents à être soutenus dans la vieillesse est conditionné par la façon dont ils ont assumé leurs devoirs, c'est-à-dire aider les enfants à grandir et à obtenir une bonne situation à l'âge adulte. Si l'enfant estime que son père ou sa mère n'ont pas assez fait pour lui dans son enfance et sa jeunesse, il leur refuse son soutien dans le vieil âge (12). Silverstein (37) aussi était parvenu à une observation similaire.

Dans ce cas d'Adam, le conflit originel n'est pas évoqué. Il reste donc un non-dit, un *furugundo* (secret du mariage ou secret conjugal en langue Dioula/Bambara) selon l'expression de Roth (12, 28, 36, 38).

Outre le *furugundo* (entre l'époux et l'épouse), la famille aussi a son (ses) secret(s) (*lugundo* ou secret de famille, de la concession) qu'elle répugne à raconter facilement à tout observateur ou chercheur. Ici, ce *lugundo* renvoie aux raisons de la non réconciliation de Adam et Sara malgré la relative bonne relation entre eux bien après le divorce.

Dans cette famille, le continuum du conflit originel peut s'illustrer de la façon suivante : une divergence ou conflit originel noté D1 a opposé (dans un passé lointain) Adam et Sara. Pour résoudre D1, Adam et Sara ont divorcé. Ce divorce (solution au conflit D1) non apprécié/accepté par les enfants surtout par Pedro est converti en conflit D2 qui oppose les enfants à leurs parents.

Ce conflit D2 est resté latent et permanent (rétroactif) dans la famille jusqu'à son éclatement. Ainsi, les solutions non-consensuelles à un conflit D1 peuvent entraîner un conflit D2. Outre ce conflit D2, d'autres conflits (divergences) ont opposé : 1) Adam et Pedro (alimentation, usage du post téléviseur, offre de repas à domicile par la restauratrice, gestion de la pension d'Adam, soins sociaux d'Adam), 2) Pedro et Carole (compensation du déficit financier enregistré par Pedro du fait de l'hébergement d'Adam ; alimentation, soins à domicile, hospitalisation, enterrement et funérailles, héritage d'Adam), 3) Carole et Sara (hospitalisation d'Adam), 4) Sara et Pedro (succession pour la pension d'Adam). Après la mort d'Adam, sa famille se retrouve dans une situation de conflit généralisé dû aux divergences d'avis, d'intérêt dans la gestion des funérailles et de l'héritage d'Adam. Sara étant en bonne capacité fonctionnelle, aucun véritable système familial ne s'est formé autour d'elle (figure 5).

Cet enchevêtrement de conflits révèle aussi que le vieil âge, en fragilisant la personne âgée (diminution de ses capitaux physique, financier, matériel, augmentation de ses incapacités fonctionnelles, de sa morbidité) l'expose à des agressions symboliques, des privations financières, matérielles, informationnelles, émotionnelles de la part des membres de sa famille. Ceux-ci n'hésitent pas à convertir en conflit plus ou moins ouvert, tous les déplaisirs, toutes les frustrations dont la personne âgée a été auteur à leur égard lorsqu'elle était active et contrôlait une bonne partie de la richesse familiale. Beaucoup de ces frustrations ou divergences étaient donc des conflits latents qui ne se réveillent que suite à la fragilisation multiforme de la personne âgée. Ainsi, les incapacités fonctionnelles d'une personne âgée sont susceptibles d'accentuer les conflits autour de ladite personne pour le contrôle de l'héritage (enjeux économiques) mais aussi pour des enjeux socioculturels ou symboliques (le respect des aînés par les cadets).

Tout ceci illustre que très souvent, les conflits familiaux, les jalousies, rivalités, leadership entre les épouses, les frères et sœurs (39, 40), les consanguins sont continus, s'estompent sans s'annuler et les mauvaises solutions les ravivent. Ils sont aussi enchevêtrés les uns aux autres ce qui les rend complexes et compliqués et quasi-permanents.

Ces conflits forment donc un système d'éléments entre lesquels il existe des relations et les mauvaises solutions provoquent souvent la rétroaction. Bien avant cette étude, Pondy (41) cité par Garnier (42) avait souligné le caractère complexe, dynamique, systémique des conflits qui ont des épisodes qui s'influencent mutuellement de manière rétroactives. Les conflits sont quasi-permanents dans les familles. Seulement il arrive souvent que les familles en parlent moins, parce qu'ils s'inscrivent dans le « lugundo » (secret de famille). Par ailleurs ces conflits favorisent le progrès, une meilleure organisation familiale autour de la personne âgée. Cependant notre étude n'a pas ciblé cet aspect des conflits.

Blake et Mouton (43) cités par Garnier (42) ont identifié cinq méthodes ou stratégies pour gérer les conflits : 1) la résolution du problème ; 2) la contrainte, 3) le compromis, 4) l'accommodation et 5) la fuite. Nous résumons toutes ces cinq stratégies en trois stratégies : la concertation, la contrainte, la fuite (inaction ou omission) pour éviter toute confrontation pacifique ou violente. La fuite n'est ni la bonne solution ni la solution durable (42, 43). La contrainte (la violence) est parfois une solution mais pas souvent la bonne. La concertation est la meilleure solution mais elle peut estomper le conflit sans la résoudre véritablement surtout lorsqu'une des parties prenantes ne joue pas un franc jeu. Dans tous les cas, en situation de conflit il est souvent très difficile de remonter jusqu'au conflit originel pour résoudre l'ensemble des conflits enchevêtrés. A un certain moment, les acteurs doivent faire une table rase de certains sous-conflits ou conflits, se comporter en vrai acteur stratégique, c'est-à-dire avoir des attitudes non pas en fonction du passé, mais en fonction de l'avenir (44).

Les conflits familiaux ont réduit la couverture des besoins fonctionnels d'Adam, aggravé ses incapacités et entraîné sa mort via une forme invisible, inavoué et illégale d'euthanasie

L'accès à une alimentation de qualité a aussi été l'un des principaux besoins non couverts d'Adam qui selon ses déclarations se contentait souvent de manger les fruits et/ou de manger une fois par jour. Ainsi, le premier et le principal besoin fonctionnel d'Adam n'était pas qualitativement satisfait par sa famille qui ne lui fournissait que l'alimentation minimale. C'est d'ailleurs l'une des explications du développement rapide des incapacités d'Adam.

La mauvaise qualité de l'alimentation d'Adam est à la fois le résultat d'un conflit (les repas servis par la femme de Pedro perçus comme non hygiénique et de mauvais goût/qualité) et la source d'un autre conflit voir une privation de liberté (interdiction de l'offre de repas à domicile par la restauratrice et/ou par Carole). Au-delà de ce cas d'Adam, observons qu'à cause des conflits familiaux ou de la limitation des ressources familiales, la famille échoue souvent à bien réaliser sa première et principale mission de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle : l'alimentation. La malnutrition des personnes âgées est confirmée dans la littérature africaine (45-49) et burkinabè (12, 28, 50).

Outre l'alimentation, une ressource humaine de qualité a souvent été absente pour les activités de la vie quotidienne, domestiques d'Adam qui n'a pas souvent bénéficié des soutiens/soins sociaux, médicaux répondant à ses besoins d'aides. Cette négligence familiale ressemble à une mise à mort silencieuse/invisible/inavouée d'Adam surtout par Pedro. Dans le cas d'Adam, d'une part, aux urgences de l'hôpital, le personnel s'est d'abord abstenu de le soigner ; d'autre part à domicile, Pedro et Sara lui ont offert les soins minimums et refusé son évacuation à l'hôpital où ils n'ont assuré aucune dépense.

Ces comportements en milieu de soins et à domicile ressemblent une forme invisible et inavouée « d'euthanasie indirecte en absence de la volonté du malade ». Cette expression est empruntée à Goffi (51), et désigne ces cas d'euthanasies où les soignants (nous ajoutons la famille) arrêtent/réduisent le dispositif de soins sans la volonté du patient et leur acte ne conduit pas directement à sa mort.

Conclusion

Ce cas d'Adam montre (entre autres) que : 1) le système familial de soutien à la personne âgée s'éclate au décès de ladite personne ou se recompose autour du parent âgé survivant ; 2), les soutiens sociaux à la personne varient en fonction du contexte auxquels ils s'adaptent ; 3) la famille, principal fournisseur des soins/soutiens sociaux aux personnes âgées ne parvient pas parfois à assurer qualitativement le premier et principal besoin fonctionnel de ces personnes : l'alimentation ; 4) la famille réduit/limite souvent ses investissements dans les soins des personnes âgées pour ensuite fêter leurs funérailles ; 5), il existe une forme invisible et inavouée d'euthanasie.

A Bobo-Dioulasso, il arrive quelquefois que la famille, la cohabitation intergénérationnelle, l'hébergement ne soient pas la meilleure solution à la prévention ou à la prise en charge des personnes âgées en incapacités fonctionnelles. Il est temps que les détenteurs d'enjeux prennent en compte cette réalité et mettent en place un système intelligent de gestion des dysfonctionnements familiaux. Des efforts devront être fournis pour prévenir et gérer les dysfonctions de ce système qui devrait être adaptatif aux contextes/besoins de chaque famille et/ou personne âgée.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement 1) la famille d'Adam qui a accepté de participer à cette étude et de rester dans l'anonymat ; 2) l'Université Catholique de Louvain (Belgique) pour la bourse d'étude de Abdramane BERTHE, 3) la coopération belge au développement (CUD et DGD) pour le soutien financier au Projet Interuniversitaire Ciblé sur les Personnes Agées au Burkina Faso (PIC-PAB), 4), le Centre MURAZ pour la mise en position de stage doctoral de Abdramane BERTHE, 5), BAMBARA Mariam pour l'encodage des données.

Références

1. Antoine P. Les relations intergénérationnelles en Afrique: Approche plurielle. 2007.
2. Vignikin K. Famille et relations intergénérationnelles Réflexions sur les évolutions en cours en Afrique. In: Antoine P, editor. Les relations intergénérationnelles en Afrique: approche plurielle. Nogent-sur-Marne: CEPED; 2007. p. 19-30.
3. Akinyeni IA, Adepoju OA, Ogunbameru AO. Changing Philosophy for Care and Support for the Elderly in South-Western Nigeria. BOLD. BOLD 2007;18(18-23):1.
4. Kouamé A. Le vieillissement de la population en Afrique. Ottawa: CRDI; 1990.
5. Abdulraheem IS, Parakoyi DB. Improving attitude towards elderly people: Evaluation of an intervention programme for caregivers. Niger Postgrad Med J 2005;12(4):280-5.
6. Abdulraheem IS. An opinion survey of caregivers concerning caring for the elderly in Ilorin metropolis, Nigeria. Public Health 2005;119(12):1138-44.
7. Leuning CJ, Small LF, van Dyk A. Meanings and expressions of care and caring for elders in urban Namibian families: a transcultural nursing study. Curationis 2000;23(3):71-80.
8. Berg N, Moreau A, Giet D. [Elderly abuse]. Rev Med Brux 2005;26(4):S344-9.

9. National Research Council. Aging in Sub-Saharan Africa: Recommendations for Furthering Research. Panel on Policy Research and Data Needs to Meet the Challenge of Aging in Africa. Barney Cohen and Jane Menken Eds. Washington: Committee on Population, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.; 2006.
10. Pilon M. Les familles africaines en plein remue-ménage. *Chronique du CEPED* 1996(21):1-3.
11. Vidal C. La « solidarité africaine »: un mythe à revisiter. *Cahiers d'études africaines* 1994:687.
12. De Jong W, Roth C, Badini-kinda F, Bhagyanath S. Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso / Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas. Lit Verlag Münster: Société Suisse d'Etudes Africaines (SSEA); 2005.
13. Antoine P. La place et l'activité des personnes âgées dans sept capitales ouest-africaines. In: Antoine P, editor. *Les relations intergénérationnelles en Afrique: approche plurielle*. Nogent-sur-Marne: CEPED; 2007. p. 31-62.
14. Mawata AA. Vieillesse, retraite et protection sociale en Afrique: Les enjeux de la vieillesse hors du cycle de vie ternaire; 2009.
15. Clément S, Gagnon E, Rolland C. Dynamiques familiales et configurations d'aide. In: Clément S, Lavoie JP, editors. *Prendre soin d'un proche âgé: Les enseignements de la France et du Québec*: Erès; 2005.
16. Clément S, Lavoie JP. Conclusion. In: Clément S, Lavoie JP, editors. *Prendre soin d'un proche âgé: Les enseignements de la France et du Québec*: Erès; 2005.
17. Vézina A, Membrado M. La demande d'aide et de soins à l'extérieur des membres de la famille. Un travail de négociation et de gestion des ressources. In: Clément S, Lavoie JP, editors. *Prendre soin d'un proche âgé: Les enseignements de la France et du Québec*: Erès; 2005.
18. Loiseleur J. Louise Garant et Mario Bolduc, L'aide par les proches: mythes ou réalités, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la planification et de l'évaluation, Québec, juin 1990, 157 p. *Nouvelles pratiques sociales* 1991;4(2):225-228.

19. Ilboudo L. Protection sociale au Burkina Faso Quelle réponse face à la restructuration des solidarités familiales? In: Colloque international de Meknès, Vieillessement de la population dans les pays du Sud, Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. État des lieux et perspectives; 2011 17-19 mars; Atelier 8, Relations intergénérationnelles et solidarités; 2011.
20. Mawata AA. Un faisceau de solidarité pour la prise en charge des vieilles personnes dans les pays du Sud. In: Colloque international de Meknès, Vieillessement de la population dans les pays du Sud, Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. État des lieux et perspectives; 2011 17-19 mars; Atelier 8, Relations intergénérationnelles et solidarités; 2011.
21. Sawadogo SP. Les facteurs de la solidarité résidentielle au Burkina Faso. In: Colloque international de Meknès, Vieillessement de la population dans les pays du Sud, Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées. État des lieux et perspectives; 2011 17-19 mars; Atelier 8, Relations intergénérationnelles et solidarités; 2011.
22. Vannotti M. Échanges inter-générationnels et soins aux personnes âgées. Attentes explicites ou implicites de réciprocité. Vieillir. Le rôle de la famille. 2003(31):33.
23. Razafindratsima N. L'entraide matérielle et financière entre parents et-enfants à Antananarivo. In: Antoine P, editor. Les relations intergénérationnelles en Afrique: approche plurielle. Nogent-sur-Marne: CEPED; 2007. p. 93-120.
24. Ouakam Ouakam JF. Autonomie, dépendance et santé des personnes âgées. Cas du district de Bamako (Mali) [Thèse (Doctorat d'Etat)]. Bamako: Université de Bamako; 2004-2005.
25. Antoine P, Golaz V. Vieillir au Sud: une grande variété de situations. Autrepart 2010;53:3-16.
26. Nyuni W. Care and support for the aged: The role of the family, civil society and state. BOLD 2007;18(1):24-27.
27. Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Santé publique 2012;24(5):439-451.

28. Kinda F. Contrat entre les générations et sécurité sociale locale des personnes âgées en milieu rural burkinabè. Cahiers du CERLESH 2006;25:85-104.
29. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines: Armand Colin; 2009.
30. Miles MB, Huberman AM, Rispal MH, Bonniol JJ. Analyse des données qualitatives: De Boeck Supérieur; 2003.
31. Tanoh-Say AC. Les conditions de vie des personnes âgées en Côte d'Ivoire: Regard sur la maltraitance à Adjame Village. Abidjan: Université de Cocody; 2006-2007.
32. Dayoro KZ, Tanoh AC. Dynamique de rapports intergénérationnels et quelques formes de maltraitance des personnes âgées en pays Ebrié. GERONTOLOGIE (155):34.
33. Ishanko Atenda L. Perception de leur état de santé et de leur vieillesse chez les personnes âgées en milieu rural d'Afrique subsaharienne. Etude dans la localité de Kole en RD du Congo. Bruxelles: Université catholique de Louvain (UCL); 2010-2011.
34. Bologo AE. Transferts fonciers intergénérationnels et intra-familiaux dans l'ouest du Burkina Faso: modalités et mutations. In: Antoine P, editor. Les relations intergénérationnelles en Afrique: approche plurielle. Nogent-sur-Marne: CEPED; 2007. p. 212-230.
35. Gérardot M, Prévélakis C. Dictionnaire des conflits: Atlande; 2012.
36. Roth C. Dépendance menaçante: limites de la sécurité sociale, vieil âge et genre en milieu urbain burkinabè. In: De Jong W, Roth C, Badini-kinda F, Bhagyanath S, editors. Ageing in Insecurity. Case Studies on Social Security and Gender in India and Burkina Faso / Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas. Lit Verlag Münster: Société Suisse d'Études Africaines (SSEA); 2005. p. 289-322.
37. Silverstein M, Conroy SJ, Wang H, Giarrusso R, Bengtson VL. Reciprocity in parent-child relations over the adult life course. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2002;57(1):S3-13.
38. Roth C. « Tu ne peux pas rejeter ton enfant! ». Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè. Cahiers d'études africaines 2007;1(185):93-116.

39. Faber A, Mazlish E. Jalousies et rivalités entre frères et soeurs: Comment venir à bout des conflits entre vos enfants: Stock; 2003.
40. Leleu L. Frères et soeurs ennemis dans la Germanie du Xème siècle. *Médiévales* 2008;54(1):35.
41. Pondy LR. Organizational Conflicts: Concepts and Models. *Administrative Science Quarterly* 1967(12):296-320.
42. Garnier B. La gestion des conflits interpersonnels en milieu universitaire. *Relations industrielles/Industrial Relations* 1983;38(2):277-296.
43. Blake RR, Mouton JS. The Managerial Grid. Houston: Gulf Publishing Company; 1964.
44. Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective: Editions du Seuil; 1992.
45. Kimokoti RW, Hamer DH. Nutrition, health, and aging in sub-Saharan Africa. *Nutr Rev* 2008;66(11):611-23.
46. Kikafunda JK, Lukwago FB. Nutritional status and functional ability of the elderly aged 60 to 90 years in the Mpigi district of central Uganda. *Nutrition* 2005;21(1):59-66.
47. Charlton KE, Rose D. Nutrition among older adults in Africa: the situation at the beginning of the millenium. *J Nutr* 2001;131(9):2424S-8S.
48. Charlton KE, Kolbe-Alexander TL, Nel JH. Development of a novel nutrition screening tool for use in elderly South Africans. *Public Health Nutr* 2005;8(5):468-79.
49. Chilima DM, Ismail SJ. Nutrition and handgrip strength of older adults in rural Malawi. *Public Health Nutr* 2001;4(1):11-7.
50. Direction de l'Insertion Sociale [DIS]. Plan d'action nationale en faveur des personnes âgées au Burkina Faso. Rapport. Ouagadougou: Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, (Burkina Faso); 1997 octobre.
51. Goffi JY. Penser l'euthanasie. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2004.

Figure 1 : Soutiens familiaux sporadiques à Adam qui vivait seul sans incapacité ou en incapacité fonctionnelle légère (pas de concertation familiale pour apporter les soutiens)

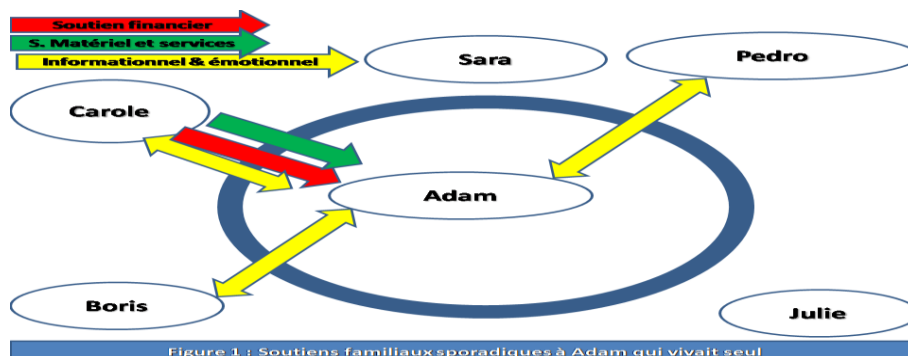


Figure 2 : Système familial de soutiens à Adam hébergé par Pedro (concertation entre les enfants qui soutiennent Adam)

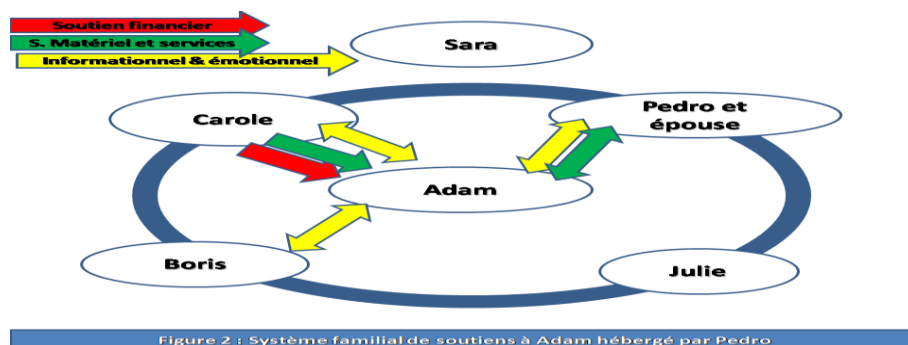


Figure 3 : Système familial de soutiens à Adam perturbé par les conflits ouverts entre Adam et Pedro (y compris l'épouse de Pedro), Adam en incapacités modérées

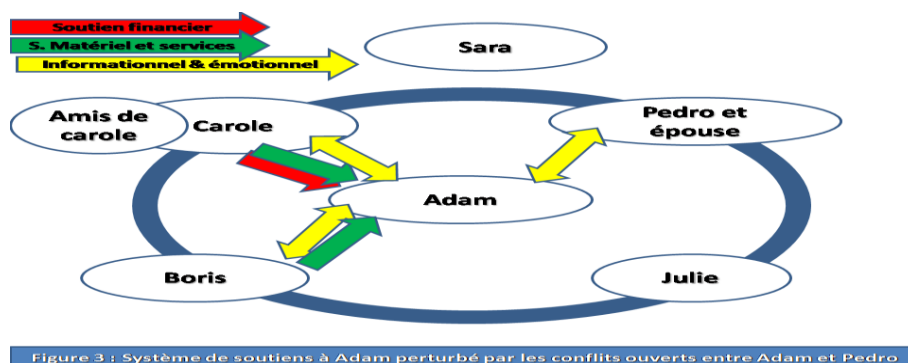


Figure 4 : Système familial de soutiens à Adam en incapacités graves

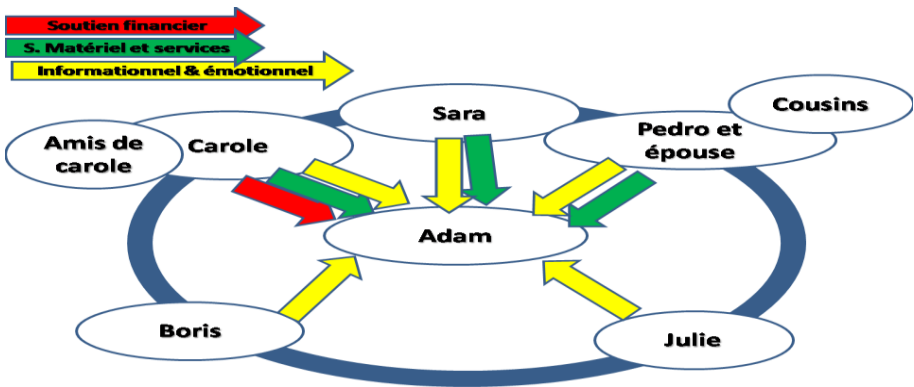


Figure 4: Système familial de soutiens à Adam en incapacités graves

Figure 5 : Eclatement du système familial suite au décès d'Adam

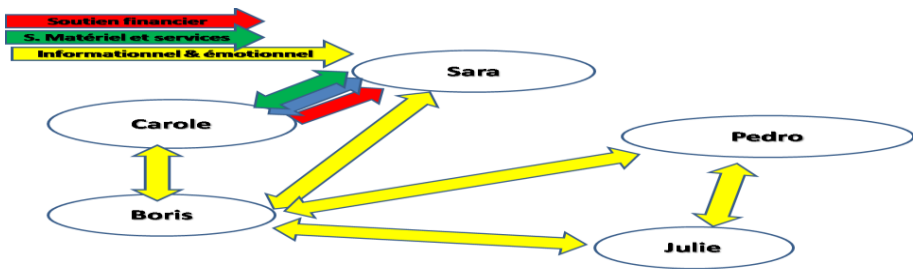


Figure 5: Éclatement du système familial suite au décès d'Adam

Figure 6 : Cascade d'évènements (causalité circulaire) ayant entraîné la mort d'Adam

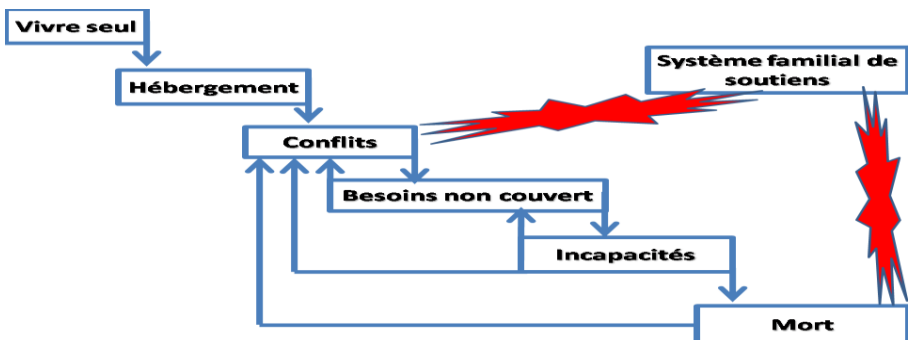


Figure 6: Cascade d'évènements (causalité circulaire) ayant entraîné la mort d'Adam

Chapitre 7. Conclusion Générale

7.1. Réponses aux questions de recherche

Cette investigation a montré qu'à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), en 2011, 32% ([26,79 – 36,77] CI 95 %) des PA de 60 ans ou plus sont en incapacités modérées à graves. Cette proportion variait selon différents domaines (AVQ, AVD, MOB, COM, FM) et d'une activité à l'autre. Les proportions globales (32%) ou les proportions par domaine ne permettent pas d'appréhender la réalité complexe des incapacités fonctionnelles vécues par les individus. Pour aller plus loin dans la compréhension, il est nécessaire de prendre en compte le contexte socioculturel, économique et politique. C'est d'ailleurs ce contexte qui produit une bonne partie de ces incapacités et qui les gèrent. Les incapacités sont donc une production contextuelle/socioculturelle et les meilleures réponses à ces incapacités sont aussi contextuelles/socioculturelles. Dans cette ville, la forte division générationnelle (souvent sexuelle) du travail domestique, des soins et soutiens sociaux à apporter aux PA, se justifie par le contexte surtout économique. Cette division qui demande le plus souvent aux PA de s'abstenir des activités instrumentales ou domestiques, entraîne une forme de dépendance (donc des incapacités) de ces PA, surtout des hommes âgés, vis-à-vis des enfants, des jeunes et des adultes. Cependant, c'est aussi la même organisation socioculturelle (contexte) qui leur propose des ressources humaines quasi-stables (la famille) pour combler les incapacités développées. C'est ainsi que dans ce contexte, aussi bien la 1^{ère} année que la 2^{ème} année, toutes les PA en incapacités fonctionnelles modérées à graves rencontrées, déclaraient avoir (et avaient effectivement) les ressources humaines pour gérer leurs incapacités. D'où le taux nul de handicap fonctionnel.

Dans cette ville, plus de la moitié des PA (68%) sont les acteurs de leur propre maintien en autonomie fonctionnelle. En cas de défaillance (incapacités fonctionnelles modérées à graves), comme c'est le cas de 32% d'entre elles, la famille intervient et les maintient en autonomie fonctionnelle. La famille se positionne ainsi au second rang/place de maintien des PA en autonomie fonctionnelle. Lorsque la famille est défaillante (n'apporte pas les soins/soutiens de qualité ou est quasi-absente), aucun autre acteur n'intervient régulièrement, selon les PA et leurs aidants familiaux rencontrés. Un troisième acteur ou groupe d'acteurs (public, confessionnel ou communautaire) en appui aux familles est absent dans ce système local de maintien des PA en autonomie fonctionnelle. Par conséquent, en cas d'handicap fonctionnel (incapacités modérées à graves non comblées par les ressources humaines) les PA ont toutes les chances de mourir. Ainsi les PA qui sont sans ressources humaines mouraient et ne pouvaient plus être retrouvées à leur domicile d'où le taux nul de handicap fonctionnel enregistré au cours de l'étude.

Les 29 besoins fonctionnels étudiés au cours de cette étude et mesurés à l'aide du SMAF peuvent être regroupés en 3 catégories selon leur degré d'urgence à être satisfait. Nous avons : 1) les besoins fonctionnels de base (préparer le repas ou avoir à manger, se nourrir, assurer la fonction vésicale ou intestinale) qui nécessitent d'être satisfaits quotidiennement ou dont l'insatisfaction prolongée entraîne la mort de la PA à très court terme ; 2) les besoins intermédiaires (utiliser les toilettes, le transfert, utiliser la prothèse, la mémoire, prendre ses médicaments) dont l'insatisfaction entraîne la mort à court ou moyen terme et 3) les besoins fonctionnels « de luxe » (se laver ; s'habiller ; entretenir sa personne ou sa maison ; faire la lessive, circuler à l'intérieur ou à l'extérieur ; utiliser les transports, le téléphone ; etc.) dont l'insatisfaction entraîne la mort à moyen ou long terme mais la PA a une chance d'obtenir des ressources avant ce terme.

Ainsi, lorsque la PA manque de ressources humaines pour combler ces besoins fonctionnels de base ou intermédiaires, elle a toutes les chances de mourir. Les chapitres 5 et 6 ont confirmé ce constat. A Bobo-Dioulasso, la mauvaise qualité des soins/soutiens sociaux, des soins biomédicaux et les dysfonctionnements familiaux entraînent une mortalité plus élevée chez les PA en incapacités modérées à graves que celles en bonne capacités ou incapacités légères (respectivement 14 personnes/100 personnes années versus 3 personnes/100 personnes années dans cette étude). Pour maintenir les PA en autonomie fonctionnelle, l'organisation familiale est diversifiée et se fait essentiellement en fonction des ressources humaines, matérielles et financières mobilisées ou réellement mobilisables. Cette organisation familiale se complexifie lorsqu'il y a plus de ressources surtout humaines. Dans sa forme complexe, nous y retrouvons un enchevêtrement de plusieurs modèles ou théories : le système des soins sociaux de Cantor, le modèle de la spécificité des tâches de Litwak et Penning, le modèle hiérarchique compensatoire de Shanas et Cantor et le modèle de la sélectivité socio-émotionnelle de Carstensen. Et dans sa forme simple on y retrouve seulement le système des soins sociaux de Cantor.

Les soutiens que la famille apporte à son membre âgé sont composites (financier, matériel, émotionnel, informationnel, symbolique, etc.). En général ce(s) soutien(s) n'augmente(nt) ou ne diminue(nt) pas de façon linéaire. Il(s) évolue(nt) en dents de scie et reste(nt) sensible(s) aux contextes du donateur et du donataire. Par ailleurs, à des degrés différents chaque acteur (PA ou ses aidants) est à la fois donateur et donataire de soutiens et de plaisirs et contribue chacun au bien-être de l'autre. Cependant certaines situations, principalement les conflits familiaux réduisent souvent l'élan de soutien ou de solidarité de chaque partie. Ces conflits (tantôt latent, tantôt patent) sont quasi-permanents dans les familles qui répugnent à les évoquer. Ils ont quasiment le même âge et la même durée de vie que les familles, ne peuvent se résoudre qu'à travers la concertation parce qu'ils sont complexes et compliqués. Un support formel devrait pouvoir tenir compte et comprendre ces conflits pour mieux orienter leurs services.

Par ailleurs, en présence ou à l'absence de conflit, la famille ne parvient pas souvent à couvrir qualitativement et/ou quantitativement tous les besoins (parfois les besoins fonctionnels) des PA notamment son alimentation. Sur le plan alimentaire, la famille procure le minimum nécessaire à sa PA pour le maintenir en vie. Au fur et à mesure que le temps passe, les incapacités de la PA augmentent, la qualité/quantité de l'alimentation reste stable (très souvent médiocre) et la PA risque de finir par mourir. Une réflexion sur les appuis extérieurs dans ce domaine est donc nécessaire car, à Bobo-Dioulasso, peu voire aucune organisation à base communautaire, confessionnelle ou publique n'offre de façon régulière des soins/soutiens sociaux aux PA en incapacités modérées à graves à domicile et à partir d'un programme élaboré.

D'une façon globale, la quasi-totalité des résultats de cette étude était et continue d'être ignorée ou méconnue par les détenteurs d'enjeux de Bobo-Dioulasso ou du Burkina Faso. Du fait de la spécificité de cette ville, les différents taux d'incapacités fonctionnelles sont difficilement extrapolables aux autres localités du Burkina Faso ou d'ailleurs. Cependant, son taux nul de handicap fonctionnel peut être aisément extrapolé à toutes les localités du Burkina Faso, d'Afrique subsaharienne ou au-delà, où, il n'existe pas 1) d'acteurs formels (communautaires, confessionnels, privés ou publics) qui offrent des services de maintien en autonomie fonctionnelle aux PA à domicile et/ou 2) des structures renforçant les capacités et les compétences des familles à mieux maintenir leurs membres âgés en autonomie fonctionnelle. Autrement dit, ce taux nul de handicap est valable, partout où le système de maintien des PA en autonomie fonctionnelle est incomplet comme au Burkina Faso. Dans un système idéal de maintien des PA en autonomie fonctionnelle, 0% d'entre elles devrait être en handicap fonctionnel (sans ressources humaines pour pallier à leurs incapacités). Ce taux nul de handicap fonctionnel de Bobo-Dioulasso apparaît donc comme un bon taux. Cependant, il arrive que les personnes âgées agonisent beaucoup avant de mourir car les soins biomédicaux et sociaux ne sont pas souvent de bonne qualité. Et le système burkinabè ou bobolais de maintien des PA reste incomplet. Il est donc nécessaire de prévoir un 3ème niveau d'intervention, d'appui aux familles et/ou aux PA en fonction de leurs besoins/intérêts réels. Une amélioration de la qualité de vie des PA, de la qualité des soins biomédicaux et sociaux est indispensable.

7.2. Utilités scientifiques de cette thèse

Sur le plan international, africain surtout burkinabè, cette thèse apporte sa contribution à la construction des connaissances scientifiques sur les systèmes de maintien des PA en autonomie fonctionnelle. Certes, sa contribution à cette construction baisse sans s'annuler au fur et à mesure que le lecteur s'éloigne de Bobo-Dioulasso, du Burkina Faso car il existe une importante littérature internationale de diverses qualités sur ce sujet ou les sujets similaires/connexes.

Le sous-chapitre 1.1 invite les chercheurs au débat sur les PA comme une population vulnérable prioritaire ou non en Afrique subsaharienne. Nous donnons notre opinion en montrant qu'elles y constituent une population prioritaire mais négligée par tous (surtout les partenaires financiers des acteurs) à des degrés différents. Nous espérons que d'autres chercheurs contribueront au débat en consolidant nos positions et que peu pourront les relativiser ou les fragiliser.

Le chapitre 3 avec ses 2 sous-chapitres contribue à une meilleure connaissance/compréhension des incapacités fonctionnelles chez les PA au Burkina Faso, en Afrique subsaharienne et sur le plan international où des données/informations d'Afrique subsaharienne sont souvent peu fournies. Il participera à la comparaison des taux dans des contextes similaires.

Le chapitre 4 notamment son sous-chapitre 4.1 présente la principale « découverte » de cette étude globale. Il montre que le fonctionnement humain est un tout, soit la PA est fonctionnelle (grâce à ses propres soins ou ceux d'autrui ou par le biais d'un dispositif médico-technique. Ce qui est très rare à domicile en Afrique subsaharienne) soit elle ne fonctionne pas (elle meurt). Ainsi, dans un contexte où seule la famille aide la PA en cas d'incapacités modérées à graves, il est quasi-impossible de trouver des survivants de PA en incapacités modérées à graves et sans une ressource familiale. Peu d'études sur les incapacités, la dépendance, l'autonomie ou le handicap fonctionnel sont parvenues à cette observation qui reste une contribution significative à l'analyse de l'autonomie ou du handicap fonctionnel chez les PA en Afrique subsaharienne. Par ailleurs, ce sous-chapitre participe à la consolidation de la théorie qui fait ou perçoit la famille comme la panacée des PA. Cependant il fait découvrir que lorsque la famille est défaillante, le décès de la PA échappe à bon nombre d'observateurs qui peuvent continuer à être fiers du taux nul d'handicap fonctionnel. Les sous-chapitres 4.2.1 et 4.2.2 contribuent à la « validation/valorisation » d'outil d'identification des PA potentiellement en incapacités fonctionnelles, d'évaluation de leur statut fonctionnel, d'identification des acteurs contribuant à leur maintien en autonomie fonctionnelle.

Ce chapitre 4.2 contribue aussi à l'identification d'un schéma court efficace et efficace pour parvenir à tout cela.

Le chapitre 5 participe à la validation des théories ou modèles développées sur le plan international pour rendre compréhensible le système de soins/soutiens aux PA. Il montre que privilégier un seul modèle pour étudier une réalité complexe conduit à l'échec et que l'ensemble de ces modèles peut s'enchevêtrer selon les contextes. Il confirme que la famille constitue une ressource quasi-stable qui maintient les PA en autonomie fonctionnelle à domicile.

Le chapitre 6 en analysant les conflits familiaux comme des situations/circonstances réduisant la qualité et/ou la quantité des soins/soutiens sociaux aux PA, participent à la construction théorique du concept de conflit, ses manifestations, ses indicateurs objectivement vérifiables et ses solutions étant donné que certains chercheurs ou acteurs sociaux confondent parfois chacun de ces éléments au conflit. Ce chapitre participe à une meilleure visibilité de l'aspect complexe, systémique et continu des conflits qui ont souvent à peu près le même âge et la même durée de vie que la famille. Enfin, ce chapitre contribue à une meilleure connaissance des effets négatifs de l'hébergement dans le contexte africain.

7.3. Utilités pratiques de cette thèse

Concrètement, à quoi peut servir cette thèse ?

A l'échelle internationale, des chercheurs d'autres pays peuvent s'en inspirer pour étudier leur système national de maintien des PA en autonomie fonctionnelle à domicile et dégager des interventions concrètes pour renforcer les forces de leur système et réduire ses faiblesses. Au Burkina Faso, les autorités politiques, les acteurs (publics, communautaires, confessionnels) disposent à la fois d'un document de plaidoyer pour mobiliser plus de ressources humaines, matérielles et financières et d'un document de travail pour améliorer leurs pratiques quotidiennes ciblant les PA et/ou les familles des PA.

Le sous-chapitre 1.1 qui montre que les PA constituent une population prioritaire mais négligée par tous, surtout par les partenaires financiers des acteurs qui les ciblent. Il est un véritable outil de plaidoyer auprès de ces partenaires financiers qui pensent souvent que les PA ne constituent aucune priorité sur un plan quelconque en Afrique subsaharienne. Chaque acteur (chercheur ou interventionniste) qui les sollicitera pourra utiliser ce sous-chapitre pour mobiliser leurs ressources financières. La publication de ce sous-chapitre 1.1 dans la revue santé publique a apporté un plus à ses utilités scientifiques et pratiques. Le chapitre 2 présente le dispositif méthodologique, éthique, paradigmatique, le paquet de pratiques de restitutions et de triangulation. Il pourra servir de modèles (à perfectionner) par d'autres chercheurs.

Le chapitre 3 avec ses 2 sous-chapitres qui décrit les incapacités fonctionnelles modérées à graves, activité par activité devrait guider le Ministère de la Santé dans la reconduite de son nouveau Programme National de Santé des Personnes Agées (PNSPA) et le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale dans la conception de sa future Stratégie Nationale de Protection et de Promotion des PA et son futur Plan d'Action National en faveur des PA. Par ailleurs, les organisations de la société civile ciblant les PA peuvent y sélectionner les activités prioritaires en termes de maintien des PA en autonomie fonctionnelle pour renforcer leurs propres compétences/capacités, celles des PA et/ou de leur famille.

Le chapitre 4 notamment son sous-chapitre 4.1 invite l'ensemble des acteurs à concevoir le 3^{ème} niveau du système burkinabè de maintien des PA en autonomie fonctionnelle. Si de nos jours, dans certains pays d'Afrique subsaharienne les détenteurs d'enjeux sont opposés à l'institutionnalisation des PA dans des établissements d'hébergement de PA en dépendances fonctionnelles, ils n'ont aucune obligation de le faire. Cependant, ce sous-chapitre 4.1 les oblige à inventer un système (programme) centré sur un meilleur soutien aux familles et/ou sur les PA exposées au handicap fonctionnel. Ce sous-chapitre 4.1 reste un véritable outil de plaidoyer pour concevoir un tel système adaptatif aux besoins/intérêts réels des familles et/ou des PA et pour mobiliser les ressources auprès des partenaires financiers qui désormais devront prendre conscience des dysfonctions du système familial de soutiens aux PA. Il aiderait aussi l'ensemble des acteurs à concevoir et offrir des services de qualité aux PA et/ou à leur famille pour améliorer leurs conditions de vie et de fin de vie, et réduire leur mortalité. Les sous-chapitres 4.2.1 et 4.2.2 portant sur le schéma court efficace et efficace d'évaluation du statut fonctionnel et d'identification des acteurs de maintien des PA en autonomie fonctionnelle, offrent des outils à la fois aux chercheurs, aux praticiens de la santé, aux autres acteurs ciblant les PA pour parvenir à cette fin. Les organisations de la société civile ciblant les PA seront en mesure de connaître le statut fonctionnel de leurs membres et population cible pour concevoir et leur offrir les services adaptés à leur profil fonctionnel. Malheureusement, l'appropriation de ces outils est réduite par le fait que le SMAF soit sous droit d'auteur. L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) devrait racheter ce droit d'auteurs et vulgariser le SMAF. Sinon, tôt au tard, cet outil adapté au contexte de chaque répondant sera perçu comme les antirétroviraux (ARV) qui, pendant longtemps, sont restés géographiquement et financièrement inaccessibles aux populations infectées par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) d'Afrique subsaharienne. Dans un passé récent, les antirétroviraux étaient au Nord et les malades du sida étaient au Sud, il faudra qu'ensemble nous évitions que dans un futur proche, les meilleurs outils de résolution des problèmes des PA soient au Nord et les PA problématiques soient au Sud.

Les résultats des chapitres 5 et 6 aideront surtout les organisations de la société civile et les structures formelles de soins de santé et de support qui ciblent les PA à concevoir des stratégies pour travailler en profondeur sur les facteurs réduisant la qualité et/ou la quantité des soutiens familiaux aux PA. Pour faire passer ces messages, ils devront recourir à différents canaux et supports de communication. Ainsi, des conférences publiques, des affiches, des bandes dessinées, des pièces de théâtres, des chansons, des films documentaires peuvent être conçus à partir de nos résultats pour sensibiliser les enfants, les jeunes, les adultes, les PA et même des personnes morales sur différents thèmes liés à la problématique des soutiens sociaux aux PA.

Le chapitre 6 focalisé sur les conflits familiaux atteste le besoin de réactivation, de formalisation des modèles traditionnels de gestion des conflits familiaux et/ou la besoin de conception de nouveaux modèles (tels les médiateurs familiaux) pour résoudre ces conflits et les transformer en facteurs de progrès pour les familles. Ainsi, le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité nationale, le Ministère de la Santé et les organisations de la société civile ciblant les PA doivent à court terme insérer des modules de formation de leur personnel sur la médiation systémique dans les familles et à moyen terme, former des médiateurs professionnels ou communautaires.

Par ailleurs, les intervenants ciblant les PA doivent prendre les familles, les aidants des PA aux mots et leur montrer leurs contradictions afin d'obtenir de meilleures implications familiales dans les soins et soutiens aux PA. Si par exemple dans le contexte local, les PA sont perçues comme utiles quel que soit leur statut fonctionnel, alors comment et pourquoi observe-t-on cette pratique sociale qui consiste quelquefois à moins investir dans leurs incapacités modérées à graves et à fêter de façon ostentatoire leurs funérailles ? Une bonne conception et diffusion des messages de sensibilisations sur ce phénomène devront réduire considérablement son ampleur.

D'une façon globale, les résultats de cette thèse ont plus de chance d'être utilisés que de ne pas l'être par l'ensemble des acteurs (certes à des degrés différents) ciblant les PA au Burkina Faso. Car, cette thèse n'est qu'un volet de recherche d'un projet plus large (PICPABF). Or les résultats de ce projet sont très attendus par ces acteurs qui constituent son comité de pilotage. Dans le cadre de ce PIC, avant ou sans ressources complémentaires, nous nous sommes engagés à appuyer le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale dans sa volonté d'élaborer et faire adopter sa Stratégie Nationale de Protection et de Promotion des PA par le gouvernement, éventuellement son futur plan d'action en faveur des PA. Nous nous sommes aussi engagés auprès du Ministère de la Santé à contribuer fortement à la reconduite de son nouveau PNSPA. Ainsi la quasi-totalité des résultats de cette thèse pourront être exploités au cours de ces appuis techniques.

Les acteurs des contextes socioculturels similaires à Bobo-Dioulasso et/ou au Burkina Faso, pourront aussi exploiter les résultats de cette thèse, pour diverses fins.

Table des matières

Le jury	i
Curriculum Vitae	ii
Financements mobilisés en tant qu'investigateur principal	ii
Articles publiés dans des revues avec comité de lecture	iii
Articles soumis ou à soumettre dans des revues avec comité de lecture	iv
Communications scientifiques.....	vi
Remerciements	xi
Liste des abréviations.....	xiv
Présentation Générale de la thèse.....	xv
SOMMAIRE.....	xxi
Chapitre 1. Introduction Générale	1
1.1. Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques	3
1.2. Le Contexte de l'étude.....	9
1.2.1. Le Burkina Faso	10
1.2.2. La ville de Bobo-Dioulasso	15
1.3. Justification de l'étude	16
Chapitre 2. Méthodes de la thèse.....	31

2.1. La revue de littérature	31
2.2. Le volet quantitatif	32
2.2.1 Population d'étude	32
2.2.2. Taille de l'échantillon et échantillonnage.....	32
2.2.3. Les outils de collecte des données	35
2.2.4. La collecte des données quantitatives.....	38
2.2.5. La gestion et analyse des données.....	39
2.3. Le volet qualitatif.....	40
2.3.1. L'enquête qualitative longitudinale à domicile	40
2.3.1.1. La population d'étude de l'enquête qualitative longitudinale	40
2.3.1.2. Le nombre d'enquêtés et mode de sélection	41
2.3.1.3. Les outils de collecte des données.....	42
2.3.1.4. La collecte des données qualitatives.....	42
2.3.1.5. L'analyse des données	43
2.3.2. L'étude du cas d'Adam.....	46
2.4. Les difficultés rencontrées au cours de l'étude	47
2.5. L'approche éthique et épistémologique	48
2.6. La validité des données, la validation des résultats et la valorisation de la thèse.....	49
2.6.1. L'acceptation interne	49
2.6.2. La confirmation externe.....	50

2.6.3. La triangulation	51
2.6.4. La valorisation de l'étude	53
Chapitre 3. Le statut fonctionnel des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	57
3.1. Les incapacités fonctionnelles dans les domaines des Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) et Domestique (AVD) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	57
3.2. Les incapacités fonctionnelles dans les domaines de la Mobilité (MOB) de la Communication (COM) et de la Fonction Mentale (FM) chez les personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	77
Chapitre 4. L'autonomie fonctionnelle des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	91
4.1. The best in the world? A study on key actors maintaining elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) ou les acteurs de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	91
4.2. Schéma court d'évaluation du statut fonctionnel et d'identification des acteurs de maintien des personnes âgées en autonomie et vivant à domicile	111
4.2.1. Comment repérer les personnes âgées en incapacités fonctionnelles et vivant à domicile en Afrique Subsaharienne? L'utilisation du PRISMA7 à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	111
4.2.2. Gains et « pertes » liés à l'utilisation du SMAF précédé du PRISMA7 dans la mesure du statut fonctionnel des personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	119
Chapitre 5. Le système des soutiens familiaux aux Personnes Agées (PA) en incapacités fonctionnelles à domicile à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	135

Chapitre 6. Le dysfonctionnement du système familial de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)	163
Chapitre 7. Conclusion Générale	187
7.1. Réponses aux questions de recherche.....	187
7.2. Utilités scientifiques de cette thèse	189
7.3. Utilités pratiques de cette thèse	191

**Le système burkinabè de maintien des PA en autonomie fonctionnelle à domicile : analyse
centrée sur les acteurs de la ville de Bobo-Dioulasso**

1. Introduction Générale

2. Méthodes Générales

3. Statut Fonctionnel des PA

3.1. AVQ/AVD

3.2. MOB/COM/FM

4. Autonomie fonctionnelle des PA

4.1. Les Acteurs de maintien des PA en autonomie

**4.2. Schéma court de repérage, d'évaluation du statut fonctionnel des PA et d'identification
des acteurs de leur maintien en autonomie fonctionnelle**

4.2.1. Repérage des PA en incapacités fonctionnelles

4.2.2. Gains/pertes du schéma court

5. Le système des soutiens familiaux aux PA en incapacités fonctionnelles à domicile

6. Dysfonctionnement du système familial de soutiens aux PA

7. Conclusion Générale