

**UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I**

**CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES
ET ÉDUCATIVES**

**UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES**



**POSTGRADUATE SCHOOL FOR
SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES**

**DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR SOCIAL SCIENCES**

**VULNÉRABILITÉ ET ACCÈS AUX SOINS DES
PERSONNES ÂGÉES EN MILIEU RURAL AU
CAMEROUN : UNE ÉTUDE DE CAS DANS
L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en

sociologie

Spécialité

Population et développement

Par

Ibrahim Moubarak Njoya Mouchingam

Licence en sociologie

Sous la direction de

Président : BIOS NELEM Christian, MC

Rapporteur : DJOUDA FEUDIO Yves Bertrand, MC

Membre : NSANGOU Moustapha Moncher, CC

Septembre 2022



À Mouchingam Salifou, mon papa !

À Mefire Chetou, ma maman !

Et

À Mouchingam Soufiya Zoukiya, ma fille !

REMERCIEMENTS

La présente recherche n'aurait jamais vu le jour sans l'éclairage scientifique de notre encadreur, sans la contribution de nos enseignants, sans la disponibilité de nos informateurs et la contribution financière, psychologique et matérielle de nos parents.

Notre cordiale gratitude va en tout premier lieu, à notre directeur de mémoire le Professeur Yves Bertrand Djouda Feudjio, dont la rigueur scientifique et l'exigence d'un travail bien fait nous ont permis de mener cette recherche. Les amendements apportés, les conseils, la mise à notre disposition des ouvrages nécessaires à notre investigation scientifique ont été d'un apport inestimable. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde et sincère gratitude.

Par la suite, nous remercions les enseignants du Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé 1, qui, dans l'exercice de leur profession, ont stimulé en nous la passion d'étude scientifique des phénomènes sociaux. Nous remercions notamment, le Professeur Armand Leka Essomba, le Chef dudit département.

Nous remercions les Professeurs Honoré Mimche et Christian Bios Nelem, qui depuis 2013, année de notre première inscription en sociologie, assurent à travers leurs conseils, notre formation au métier de sociologue.

Pour leurs encouragements au cours du processus d'élaboration de ce mémoire, nous exprimons notre gratitude aux Professeurs Samuel-Beni Ella Ella et Ibrahim Mbouombou Ndassa. Il en est de même des Dr, Mbouemboue Moustapha Moncher Nsangou, Tourere Zenabou, Achille Pinghane Yonta, Mama Mohamed Njoya, Elias Perrier Ngueulieu, Abdou Aziz Njoya.

Par ailleurs, nous remercions l'ensemble de nos informateurs, plus précisément toutes les personnes âgées de l'Arrondissement de Foumban. En outre, la famille/proche de ces personnes âgées, les personnels de soins sans oublier les acteurs institutionnels.

Bien plus, du fait de leurs soutiens affectifs, matériels et financiers, nous remercions El Hadj Munmbou Zakari, El Hadj Njintou Chouaibou/ Dr Sandé, Monsieur Mbohoulou Issoufa, Adja Ntentie Mbohoulou Maimouna, Massabe Adjara, Mouliom Njoya Aboubakar, Njoya Mouchingam Hamed Jamall, Mohamed Mouliom, Ngapout Arouna, Donald Ngouo Djoumessi, Njoya salifou (Mamba Sali), Mouchingam Njikam Idriss/ El Idriss, Njoya Mouchingam Amir.

Aux amis avec qui nous avons eu des discussions fécondes au sujet de ce mémoire, nous disons merci ! Sans prétendre être exhaustif, nous pensons à Ndouguet Keiga Bertold Anderson, Mohamed Amin Nsangou, Afana Ambombo Audrey Wendy, Nchoutndignigni Zounkaraneni, Ekabe Derrick Ekabe, Bediang Mouté Fracine, Ndjong Evina Sandra, Essono Elvis.

SOMMAIRE

LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES PHOTOS.....	v
LISTE DES ANNEXES.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE: SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE MILIEU RURAL	33
CHAPITRE I: LES PERSONNES ÂGÉES DE FOUMBAN EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ PERMANENTE	35
CHAPITRE II: REPRÉSENTATIONS SOCIALES CONSTRUITES AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN	57
DEUXIÈME PARTIE: ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES AUX SOINS DE SANTÉ ET LA PRISE EN CHARGE DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN.....	73
CHAPITRE III: ACCESSIBILITÉ SANITAIRE ET RÉSEAUX DE SOUTIEN MOBILISÉS PAR LES PERSONNES ÂGÉES	75
CHAPITRE IV: PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN.....	100
CONCLUSION	120
BIBLIOGRAPHIE	127
ANNEXES.....	135
TABLE DES MATIÈRES	154

LISTE DE TABLEAU

Tableau n° 1: Récapitulatif des informateurs de l'étude.....	30
---	----

LISTE DES PHOTOS

Photo N° 1	Personne âgée aveugle devant son logement.....	42
Photo N° 2:	logement d'un senior construit en 1962	42
Photo N° 3 :	Moyen d'accessibilité au logement d'un senior à KOUDOUM	49
Photo N° 4 :	Personnes âgées avec leurs petits enfants.....	68
Photo N° 5 :	Personne âgée se rendant dans un CSI	86
Photo N° 6 :	Tradi-Thérapeute devant sa structure sanitaire	94
Photo N° 7 :	Assistance d'une personne âgée dans la prise de médicaments	99
Photo N° 8 :	Personne âgée abandonnée dans un CSI	105
Photo N° 9 :	État du CSI de KOUFFEN	116

LISTE DES ANNEXES

Annexe n° 1: liste des personnes interviewées.....	135
Annexe n° 2: grille d'observation des conditions d'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural	137
Annexe n° 3: instruments de collecte des données	138
Annexe n° 4: attestations de recherche	144
Annexe n° 5: carte localisation de Fouban dans le département du Noun.....	146
Annexe n° 6: liste des centres de sante	147
Annexe n° 7 : liste des quartiers de Fouban.....	148
Annexe n° 8 : formulaire de consentement éclairé adresse aux personnels de soins.....	150
Annexe n° 9: formulaire de consentement éclairé adresse aux proches des personnes âgées	151
Annexe n° 10 : formulaire de consentement éclairé adresse aux acteurs institutionnels.....	152
Annexe n° 11 : carte de la commune de Fouban.....	153

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AS : Aide-Soignant

ASC : Agent de Santé Communautaire

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CICODEV-AFRIQUE : Institut Panafricain pour la Citoyenneté, les consommateurs et le Développement

CMA : Centre Médicalisé d'Arrondissement

CNI : Carte Nationale d'Identité

CPPSA : Cercle-Philo-Psycho-Socio-Anthropologie

CSI : Centre de Santé Intégré

FALSH : Faculté des Arts, Lettres et Science Humaines

GTZ : Deutsche Gesellschaft Für Technische Zusammenarfiel

HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

HTA : Hypertension Artérielle

IFORD : Institut de Formation et de Recherche Démographique

IRSA-UCAC : Institut de Recherche Socio-Anthropologie de l'Université Catholique d'Afrique Centrale

MINAS : Ministère des Affaires Sociales

MINSANTE : Ministère de la santé Publique

MEO : Mise En Observation

MS : Mutuelle de Santé

MTR : Médecine Traditionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU-HABITAT : Programme des Nations Unies pour les établissements Humain

PMA : Paquet Minimum d'Activité

RÉSUMÉ

La présente recherche porte sur : « Vulnérabilité et accès aux soins chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun : Une étude de Cas dans l'arrondissement de Foumban ». Dans un contexte où la question de l'état de santé et de la prise en charge des personnes âgées en Afrique dévient préoccupante, il s'est observé au cours des investigations exploratoire qu'au Cameroun, plus précisément en milieu rural, les conditions de vie des personnes âgées deviennent très critiques. Face aux actions de soutien de l'État, de la famille/proche, nous notons que la situation sanitaire des personnes âgées au Cameroun en général et dans l'arrondissement de Foumban en particulier fait problème et est de plus en plus sujette à des questions sociologiques. Cette étude a pour objectif de mettre en évidence, les défis multiples auxquelles les personnes âgées en situation de vulnérabilité font face pour avoir accès aux soins de santé en milieu rural au Cameroun. Plus précisément, il s'agit de montrer les formes de vulnérabilités que rencontrent ces personnes âgées, mais aussi, les stratégies de soins et les réseaux de soutien mises sur pied pour résoudre leur problème de santé. L'hypothèse qui a été soumise à la vérification, est relative au fait que, dans les zones rurales, les personnes âgées sont dans une situation de vulnérabilité multiple et permanente. La vérification de cette proposition a nécessité de recourir à une approche qualitative. Théoriquement, elle est fondée sur le constructivisme phénoménologique de P. Berger et T. Luckman, l'ethnométhodologie d'A. Garfinkel, et la sociologie des réseaux de P. Merckle. Sur le plan empirique, le présent travail s'est basé sur les récits de vie, l'observation directe, l'entretien sémi-directif et l'observation documentaire. L'étude est répartie en deux grands moments. Le premier moment s'intéresse à la situation de vulnérabilité des personnes âgées en milieu rural et les représentations sociales construites autour d'elles. Le second moment quant à lui, s'attarde sur les conditions d'accessibilité, les stratégies et les réseaux de soutien des personnes âgées face aux soins de santé dans l'arrondissement de Foumban ; mais aussi à la situation de prise en charge de ces personnes âgées dans les formations sanitaires. Les résultats auxquels cette étude est parvenue indiquent tout d'abord que, les personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban sont victimes de la vulnérabilité infrastructurelle, économique, et sanitaire. Ensuite, pour résoudre leur problème de santé, ces personnes âgées mettent sur pied des stratégies de soins basées sur la médecine moderne et celle traditionnelle ; elles font aussi recours aux réseaux de soutien tels que la famille, les proches (aidants naturels) ; enfin, cette étude a démontré que l'action de l'État face à la prise en charge des personnes âgées dans le milieu rural reste très limitée.

Mots clés : personne âgée, milieu rural, accès aux soins.

ABSTRACT

This research focuses on: “Vulnerability and access to care among people in rural areas in Cameroon: A case study in the district of Foumban » In a context where the question of the state of health and care of the elderly in Africa is becoming worrying, it was observed during the exploratory investigations that at Cameroon, more specifically in rural areas, the living conditions of the elderly become very critical. Faced with actions of support from the State, from family/relatives, we note that the health situation of the elderly in Cameroon in general and in the district of Foumban in particular is problematic and is increasingly subject to sociological issues. This study aims to highlight the multiple challenges that elderly people in vulnerable situations face in accessing care health in rural areas in Cameroon. More precisely, it is a question of showing the forms of vulnerabilities encountered by these elderly people, but also the care strategies and support networks set up to solve their health problem. The hypothesis that has been subject to verification, relates to the fact that, in rural areas, older people are in a situation of multiple and permanent vulnerability. The verification of this proposal required a qualitative approach. Theoretically, it is based on the phenomenological constructivism of P. Berger and T. Luckman, ethnomethodology from A. Garfinkel, and P. Merckle's sociology of networks. Empirically, this work is based on life stories, direct observation, semi-structured interview and documentary observation. The study is divided into two major times. The first moment focuses on the situation of vulnerability of the elderly in rural environment and the social representations built around them. The second moment when to him, dwells on the conditions of accessibility, the strategies and the support networks of elderly people facing health care in the district of Foumban; but also at the situation of care for these elderly people in health facilities. The results reached by this study indicate first of all that, the elderly in the district of Foumban are victims of infrastructural, economic vulnerability and sanitary. Then, to solve their health problem, these elderly people set up care strategies based on modern and traditional medicine: they are also recourse to support networks such as family, relatives (natural caregivers); Finally, this study has shown that the action of the State with regard to the care of the elderly in the rural environment remains very limited.

Keywords: elderly person, rural environment, access to care

INTRODUCTION

I - CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU SUJET

Ce thème « *vulnérabilité et accès aux soins chez les Personnes âgées en milieu rural au Cameroun : Une étude de cas dans l'arrondissement de Foumban* » oblige que l'on s'attarde sur les motivations tributaires de son choix. Ce qui impose dès ce stade, des explications afin de faire ressortir ou écarter d'éventuels malentendus. Tout d'abord, l'idée de mener une recherche sur la situation de vulnérabilité et d'accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun résulte d'une suite de considérations.

Pour M.J. Prince et al¹, près de 23% du fardeau mondial de la maladie touche les personnes âgées, soit près d'un cinquième dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En effet, la question de l'état de santé des personnes âgées en Afrique et de leur prise en charge devient préoccupante². Des estimations récentes des Nations Unies³ prévoient une augmentation significative des effectifs des personnes âgées de 60 ans et plus en Afrique subsaharienne d'ici 2050. D'après la même source, au Cameroun, les conditions de vie des personnes âgées deviennent préoccupantes suivant cette tendance de gérontocroissance. Selon A. Evina⁴, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient environ 3,6% de la population totale du pays. Cet âge est souvent retenu comme l'âge d'entrée dans la vieillesse car constitue une limite plausible entre l'activité et l'inactivité⁵. La croissance de la population âgée engendre plusieurs problèmes dérivés du vieillissement, parmi lesquels la demande et les recours aux soins comme le relève Henrard :

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, non mortelles, plus ou moins invalidantes. Ces maladies ajoutent leur retentissement fonctionnel aux effets du vieillissement ; Ceci accentue le risque et la difficulté ou même l'incapacité à effectuer un certain nombre de gestes et d'activités de la vie courante. Ces incapacités lorsqu'elles se conjuguent à un environnement défaillant, sont à l'origine des handicaps ou désavantages sociaux compromettant les rôles de survie définis par l'organisation mondiale de la santé (OMS) à savoir : indépendance physique, capacité à se déplacer dans son environnement immédiat (mobilité), occupations habituelles pour l'âge et le sexe, suffisance économique, orientation dans le temps et dans l'espace⁶.

¹ M.J. Prince et al « The burden of diseases » in older people and implications for health policy and practice. The Lancet, 2015, pages 549-562.

² P. Antoine, Les relations intergénérationnelles en Afrique. Une approche plurielle, Paris, Ceped, 2007, pp 255.

³ Y.W. Adrien, T.C. Yves, et L. Thomas, « vulnérabilité des personnes âgées au Cameroun : forme et facteur », <http://colloque.aidef.org/documents/1863.pdf> (Consulté, le 16 février 2020 à 11h).

⁴ A. Evina, interview réalisée dans le dossier Récup'Action N°06, décembre 2003.

⁵ S. Volkoff, F.A Molinie, et A. Jolivet, Efficace à tout âge ? : Vieillesse démographique et activité de travail.

⁶ J.C. Henrard, « Système de soins et d'aide aux personnes âgées » in plan urbain, 1992, pp21 ;

Par ailleurs, les gérontologues⁷ font bien constater qu'un âge s'accompagne d'une dégradation de l'état physique de l'individu. Celui-ci perd progressivement sa vitalité physique, psychologique, biologique, sensorielle (vision, audition). Les pathologies chroniques et invalidantes (maladies cardiovasculaires, trouble musculo-squelettique...) augmentent en nombre et en fréquence avec l'âge, et les personnes âgées doivent en faire face. Dans le même sillage, J. Gaucher⁸ affirme que la vieillesse entraîne effectivement toute une série de désordres ou déficiences biologiques, psychiques, sociaux qui constituent autant d'incapacités chez les personnes âgées que de nécessité pour celles-ci de développer des stratégies d'adaptation qui intègrent ces éléments. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁹, le vieillissement sur le plan biologique est associé à l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaire et cellulaire.

En outre, la notion de « prise en charge » occupe une place capitale dans la démarche de soins en gérontologie¹⁰. En effet, la caractéristique dominante¹⁰ de la personne âgée est le poids qu'elle représente pour les soignants et par extension pour les accompagnants. Le positionnement de la famille autour de la personne âgée montre qu'en l'absence de ce soutien social et affectif, il est victime d'une double peine. Considérée comme un acteur du système de santé, elle(famille) est aussi, face au système de soins modernes, le lieu par excellence à partir duquel nous pouvons questionner le processus de prise de décision concernant la santé de ses membres, les modalités du financement de la santé par les ménages. Autant dire que, la maladie ou la souffrance d'un membre est loin d'être une question individuelle et s'impose comme une affaire collective¹¹. Ce « *groupe organisateur profane de la thérapie* », décide du moment où le malade doit visiter l'hôpital ou le guérisseur. Son rôle est crucial pour ce qui est de la détermination du diagnostic, de la trajectoire du malade et de la prise de décisions afférentes¹².

⁷ A. Baali et al, Etat de santé et environnement socio-démographique d'un groupe de personnes marocaines âgées. Dans W. Molmy, M. Sajoux et L. Nowik(dir.), *Viellissement de la population dans les pays du Sud. Famille, condition de vie, solidarité publiques et privées. Etat des lieux et perspectives* (p. 98-108). Paris, France : Les numériques du CEPED. Reperé à : <http://WWW.ceped.org/cdrom/meknes/spip90b6.html?article> 11

⁸ J. Gaucher, « la maladie, le handicap ou la régression...Quelle vieillesse ? » in *Gérontologie et Société*,2002, vol25, n°101, pp 103-114.

⁹ Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, OMS, 2015, pp 12.

¹⁰ Informations collectées au cours des enquêtes exploratoire dans la ville de Fouban ; Auprès de certains médecins généralistes.

¹¹ Honoré MIMCHE et Yves Bertrand Djouba FEUDJIO, *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Benin*. Paris, L'Harmattan, 2018, P31-46.

¹² Y. B Djouda, « réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun », in *REDES-Revista hispana para el analisis de redes sociales* ; Vol.18, 2010. Disponible sur <http://revista-redes.rediris.es>. (Consulté le 26 Juillet 2020 à 11h)

C'est dans cette perspective que nous sommes curieux de rechercher les facteurs qui influencent l'accès aux soins de santé chez les personnes âgées en milieu rural Cameroun. Afin de mieux comprendre et expliquer cette situation de vulnérabilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun comme le souligne J-M ELA¹³, les connaissances scientifiques servent à répondre à des difficultés contingentes et à trouver des solutions à des situations conjoncturelles ou spécifiques.

II- PROBLÈME DE RECHERCHE

Pour pallier ces problèmes de vulnérabilité et d'accessibilité aux soins de santé des personnes âgées dans le monde, une journée internationale des personnes âgées se célèbre chaque 1^{er} octobre et ceci depuis 1990. En France¹⁴, le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 garantit à tous, notamment aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. En effet, selon P.Thomas¹⁵, depuis le 1er janvier 2016, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi publiée au journal officiel du 29 décembre 2015) est entrée en vigueur. Elle actualise certaines mesures déjà en vigueur et propose d'améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches, la reconnaissance et le soutien des proches, aidants, le soutien à la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, le renforcement de la transparence et de l'information sur les prix pratiqués en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, dédiés à l'accueil des personnes en perte d'autonomie.

Au Cameroun, l'État s'inscrivant dans cette même dynamique, essaye tant bien que mal de mettre sur pied quelques actions pour faire face à la prise en charge des personnes âgées. Selon Y.B Djouda et U. Leumalieu,

Sur le plan légal, la constitution du Cameroun dans son préambule énonce clairement que : « la nation doit protéger [...] les personnes âgées ». Globalement, diverses dispositions des lois et décrets applicable encadrent leur protection :

- *Le code civil oblige les descendants à prendre soin de leur ascendant incapable de subvenir à leurs besoins par leurs propres moyens.*
- *Le droit social camerounais contient une série de texte organisant la protection sociale des personnes âgées.*

¹³ E. Jean Marc, Guide pédagogique de formation à la recherche pour le développement en Afrique. Paris, L'Harmattan, 2001, P21.

¹⁴ P. Thomas, « Les personnes âgées et leur vulnérabilité réelle ou supposée » », in *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, N05, 2019.

¹⁵ P. Thomas, *ibid.*

Par ailleurs, il faut souligner que, à côté des dispositions existantes, le gouvernement camerounais compte parmi ses ministères, d'importants ministères dont les actions devraient être recentrées entre autres sur les personnes vieillissantes. On peut évoquer par exemple, la création par décret n°2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du ministère des affaires sociales (MINAS) avec une direction de protection sociale des personnes handicapées et des personnes âgées et une sous-direction de la protection des personnes âgées. Théoriquement, il y existe au Cameroun un document de politique nationale de protection et de promotion des personnes âgées. Le MINAS a procédé aussi à une élaboration et une publication du guide pour un vieillissement sain et actif (guide on healty and active Ageing)¹⁶.

Cependant, au cours des enquêtes exploratoires, il a été rapporté que, la maladie, le handicap et la dépendance sont des réalités que rencontrent des personnes âgées. En effet, les personnes âgées sont reconnues comme étant une tranche de la population nécessitant une prise en charge considérable et permanente. Au Cameroun, selon le 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 5,5% soit 1 067 336 habitants. Elles sont plus représentées en milieu rural (6,5%) qu'en milieu urbain (3,4%)¹⁷. Etant donné que les personnes âgées sont moins portées à migrer et que la plupart vivent à la campagne, où l'agriculture demeure basée sur une force de travail principalement familiale, les réseaux traditionnels d'assistance aux personnes âgées, dont l'agriculture continue d'assurer la subsistance et de satisfaire les besoins essentiels, perdent ainsi soutien et assistance¹⁸.

Mieux encore, il s'observe qu'en milieu rural, ceux qui sont chargés d'apporter un soutien à la fois mental et financier aux personnes âgées sont les plus jeunes. Il ressort que ces jeunes voient les milieux ruraux pour regagner les villes à la recherche d'une vie meilleure. Selon K-D. Barthelemy¹⁹, même lorsque les jeunes trouvent du travail et effectuent des transferts d'argent, des biens et des services vers leurs parents restés dans l'arrière-pays, étant donné le faible développement des infrastructures socio-économique et sanitaire, les choix limités sur le plan de la disponibilité alimentaire et l'inexistence ou l'inaccessibilité des programmes et services sociaux et de santé, les personnes âgées vivent souvent dans des conditions défavorables à leur santé et le rendement de leur travail agricole ne satisfait pas leurs besoins

¹⁶ Y.B Djouda et U.N Leumalieu « Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun » in gérontologie et société, 2019, vol41, N°158, P 41 à 55.

¹⁷ BUCREP. 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat(RGPH). Rapport sur la population du Cameroun. WWW. Statistique-Cameroun.Org.

¹⁸ K-D. Barthelemy « Facteur associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandons au Cameroun. » in Cahier Québécois de démographie, Vol34, N°1, Printemps 2005, pp 1-46.

¹⁹ K-D. Barthelemy ibid.

essentiels. De plus, la faible connaissance²⁰ de la situation sanitaire des plus âgées accentue les difficultés à mettre en place un système de soins efficace et accessible à la population dans son ensemble.

Ainsi, la situation sanitaire des personnes âgées au Cameroun en général et dans l'arrondissement de Foumban en particulier fait problème et est de plus en plus sujette à des questionnements sociologiques. Malgré les actions de soutien très faible de l'Etat, les réseaux de soutien familial/proche, ces personnes âgées font face à des difficultés multiples en matière d'accessibilité aux soins de santé.

III- PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

Les connaissances qui se produisent dans le domaine de la recherche scientifique se positionnent généralement par rapport aux savoirs déjà constitués. Ces derniers servent de substrat théorique aux chercheurs qui exercent dans le champ de la production des connaissances. R. Quivy et L. Van Campenhoudt l'ont constaté et n'ont pas manqué de mentionner que,

Lorsqu'un chercheur entame un travail, il est peu probable que le sujet traité n'a jamais été abordé par quelqu'un d'autre auparavant, au moins en partie ou indirectement (...). Tout travail de recherche s'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à des courants de pensée qui le précèdent et l'influencent. Il est donc normal qu'un chercheur prenne connaissance des travaux antérieurs qui portent sur des objets comparables et qu'il soit explicite sur ce qui rapproche et sur ce qui distingue son propre travail de ces courants de pensée²¹.

La question de vulnérabilité et d'accessibilité aux soins de santé chez les personnes âgées en milieu rural qui est le principal centre d'intérêt de cette étude est au cœur des discussions dans plusieurs champs disciplinaires. Elle fait partir des objets de recherche qui ont déjà fait l'objet de préoccupations de plusieurs chercheurs. Une littérature existe sur la question avec des interprétations plurielles. La vulnérabilité et l'accessibilité aux soins des personnes âgées renvoient à des réalités différentes, en fonction des sensibilités des chercheurs qui s'investissent dans son étude. La présente étude se préoccupe fondamentalement, pour reprendre R. Quivy et L. Van Campenhoudt, de « [...] dépasser des interprétations établies qui contribuent à

²⁰ G. SCHIEBER; A. MAEDA, "Health care Financing and Delivery in developing countries" in Health Affairs Vol.18 n°3. P193-205, 1999.

²¹ R. Quivy et L. Van Campenhoudt, Manuel de recherche en sciences sociales. Paris, Dumond, 1995, pp42-43.

reproduire l'ordre des choses afin de faire apparaître de nouvelles significations des phénomènes étudiés qui soit plus éclairantes et plus pénétrantes que les précédents »²²

C'est en ce sens que Simon écrit : « *Dans quelques domaines du social ou l'on s'aventure, nous ne sommes jamais sur des terres vierges, mais dans des territoires depuis longtemps parcourus en tous sens. Nous mettons forcément les pas dans ceux de nos devanciers.* »²³. Le thème proposé ici, s'inspire par conséquent à la source, d'un certain nombre d'approches qu'il entreprend simultanément de dépasser.

Il convient de préciser a priori que le thème abordé dans cette perspective n'est pas inédit. En ce sens qu'il s'inscrit indiscutablement à la suite de nombreuses autres investigations menées sur la question. En réalité, un examen scrupuleux de la littérature existante permet d'attester que plusieurs auteurs se sont intéressés à la question liée à la vulnérabilité et l'accessibilité des soins aux personnes âgées sous différentes approches en l'occurrence l'approche socio-anthropologique, psychologique et biomédicale.

a) L'approche socio-anthropologique

Dans cette perspective, plusieurs études menées abordent la question ayant trait à la vulnérabilité et l'accessibilité des personnes âgées aux soins de santé. S'inscrivant dans cette mouvance, E.S. Demate & M.A Sanni²⁴, examinent les conditions de vie des personnes âgées au Bénin en mettant l'accent de manière significative sur leurs différents types de vulnérabilités pour une ébauche d'axes stratégiques politiques pertinentes. En effet, dans cet article, il ressort diverses catégories de vulnérabilité dans lesquelles peuvent se retrouver les personnes âgées. Chaque catégorie fait recours à un aspect spécifique du ménage.

Il s'agit tout d'abord de la vulnérabilité liée à la structure du ménage dans lequel vit la personne âgée. Deux dimensions à savoir la vulnérabilité structurelle et la vulnérabilité relationnelle sont identifiées dans cette catégorie. La vulnérabilité structurelle est une configuration domestique dans laquelle les personnes âgées vivent une certaine forme d'isolement résidentiel. La vulnérabilité structurelle est mesurée à travers la question sur la structure du ménage et concerne les personnes âgées vivant dans un ménage où elles sont soit

²²R. Quivy et L. Van Campenhoudt, Ibidem, P.42

²³ P.-J Simon, Histoire de la sociologie, Paris, PUF, 1991, p.16

²⁴ E.S. Demate. & M.A Sanni, « Conditions de vie et vulnérabilité des personnes âgées dans la commune de Natitingou au Bénin : Vers un effritement du système de solidarité intergénérationnelle Les évidences d'une enquête locale », <http://uaps.2019.popconf.org> (consulté le 21 janvier 2021 à 11h15).

seules ou avec d'autres personnes âgées ou uniquement en compagnie d'enfants de moins de 15 ans ; alors que la vulnérabilité relationnelle concerne les personnes âgées qui sont susceptibles d'être marginalisées par rapport aux autres membres du ménage en raison de leur lien de parenté.

Ensuite la vulnérabilité liée aux conditions socio-économique des personnes âgées et de leur ménage de vie. Dans ce registre, les vulnérabilités économique et nutritionnelle sont mises en exergue. La vulnérabilité économique se mesure à partir des variables sur le statut dans l'activité des personnes âgées et des autres membres du ménage. Est considérée comme vulnérable économiquement toute personne âgée qui vit dans un ménage où il est le seul actif ou dans un ménage où il n'y a aucune personne active. La vulnérabilité nutritionnelle permet d'appréhender la sécurité alimentaire dans toutes ses dimensions. Sa mesure repose sur l'approche CARI (Consolidated Food Security Indicator Approach) développée par le Programme Alimentaire Mondial (PAM). Elle cherche à savoir si les personnes âgées sont capables de satisfaire leurs besoins alimentaires ou non sans faire recours à des stratégies d'adaptation.

Enfin la vulnérabilité liée aux aspects socio-sanitaire et environnemental est mesurée pour évaluer le cadre de vie et l'état de santé des personnes âgées. La vulnérabilité environnementale mesure les conditions de promiscuité, de l'hygiène domestique, de la qualité de logement et d'assainissement. Quant à la vulnérabilité sanitaire, elle prend en compte toutes les personnes âgées qui ont eu des problèmes de santé au cours des 15 derniers jours sans avoir eu la possibilité de se rendre au centre de santé ou des personnes âgées qui sont en situation d'incapacité/handicap.

En outre, cet article s'intéresse au rôle et le soutien des personnes âgées au sein des ménages. En effet, la plupart des personnes âgées qui vivent dans les ménages jouent un rôle important au sein de cette unité domestique. Selon ces auteurs, l'enquête auprès des personnes âgées de la commune de Natitingou a permis de répertorier trois principaux rôles à savoir la surveillance et l'éducation des enfants, la médiation et le conseil en cas de conflit ou autres problèmes et l'apport de ressources. La surveillance et l'éducation des enfants sont assurées par 45,9% des personnes âgées de la commune. En milieu urbain, la moitié des personnes âgées 50,2% jouent ce rôle surtout dans un contexte où les parents des enfants sont occupés par un emploi formel. La médiation des conflits et les conseils de toutes sortes sont des rôles historiques dévolu aux personnes âgées. Près de 6 personnes âgées sur dix 59,9% répondent à cette sollicitude et ceci

est d'autant plus important en milieu rural où près de sept aînés sur dix 69,5%. De grandes différences se dégagent en ce qui les personnes âgées pourvoyeuses de ressources matérielles et financières dans le ménage. En zone rurale, alors que 73,3% apportent des ressources au ménage, c'est 57,6% en zone urbaine.

M. Robert-Marie, M. Moustapha Moncher et O.Philippe Ferdinand²⁵, ont collectivement rédigé un article dans lequel ils s'intéressent aux préoccupations telles que : La politique mise en place pour la protection et la prise en charge de la personne âgée au Cameroun ; Les perceptions que l'imaginaire collectif se fait des personnes âgées au Cameroun ; Les angles pertinents à partir desquels la prise en charge de la personne âgée peut être envisagée dans le cadre de la mise sur pied de la couverture de santé universelle. Tout d'abord, il ressort que le ministère des affaires sociales a défini une politique sur la prise en charge des personnes âgées mais son application reste encore ineffective en raison des contraintes structurelles et le déficit d'une expertise appropriée. En effet, la prise en charge des personnes âgées au Cameroun est une véritable problématique de santé publique. Elle exige la prise en compte d'une importante ressource (humaine, logistique et structurel). Malheureusement, au Cameroun, seuls l'hôpital central de Yaoundé et l'hôpital général de Douala disposent de services de gériatrie bien qu'aucun spécialiste en gériatrie n'est recensé au pays. Dans plusieurs formations sanitaires, le plateau technique pour la prise en charge de cette catégorie de la population est quasi inexistant. Le Cameroun comme la plupart des pays au sud du Sahara s'attèle, malgré un contexte socioéconomique difficile, à fournir des services de santé publique de qualité et accessibles à toute sa population. Autrement dit, Sur le terrain, il est Observé dans ce pays que la prise en charge des personnes âgées demeure encore un véritable problème. Ensuite, cet article s'est appesanti sur Les perceptions que l'imaginaire collectif se fait des personnes âgées au Cameroun. En effet, ces perceptions sont de plusieurs nature, à savoir : (i) patriarce ou matriarce pour le doyen ou la doyenne des savoirs; (ii) sorciers ou sorcières pour ceux qui ont eu un passé inappréciable; (iii) vieilles personnes qui dérangent pour ceux qui sont dans une situation de maladie qui appauvrit plutôt la famille; (iv) « Papi chou » ou « mami » pour ceux qui ont eu un statut social élevé dans la société; qui ont eu des enfants qui ont bénéficié de leur attention et qui ont pu s'insérer dans la société. Cependant, il

²⁵ MBA Robert-Marie, MBOUEMBOUE Moustapha Moncher Nsangou et ONANA Philippe Ferdinand, « Problématique de la prise en charge des personnes âgées par les politiques de santé au Cameroun » in *Revue Africaniste Inter – Disciplinaire, RAID*, 2019, N°7, PP 63-80.

est important de noter que s'agissant du personnel de santé ou le système de santé, Ces perceptions sont plutôt différentes.

En mettant l'accent sur la place qu'occupe le pouvoir thérapeutique de la famille, C.Villeneuve²⁶ dans son ouvrage montre qu'en ce qui concerne le soin des personnes âgées, l'implication des proches est importante dans ce champ clinique. En effet, selon cet auteur, avec l'accroissement démographique des personnes âgées, la part des soins de santé à ces personnes va s'accroître de façon significative au cours des prochaines décennies, et va nécessiter par conséquent la contribution des membres de la famille qui, leur fournissent la plus grande part des soins et du soutien psychologique. Par ailleurs, comme les besoins affectifs augmentent, ils requièrent davantage la présence de quelqu'un qui écoute, qui valide son vécu et l'aide à supporter les épreuves fréquentes à cet âge. En outre, les symptômes démentiels occasionnent de la dépendance qui peut devenir réciproque entre le vieillard et la personne qui en prend soin. En définitive, il ressort que ces aidants naturels (proches, famille) doivent faire preuve à leur égard de dévouement, de compréhension, et de renoncement dans leur accompagnement afin que la communication avec elle (personne âgée), qui est essentielle, subsiste malgré leur corps malade et leur esprit qui parfois présente des dysfonctionnements. Cependant, selon cet auteur, il ne faut pas perdre de vue que ces aidants naturels qui prennent soin des personnes âgées ont, besoin de soutien. En se sacrifiant, des dangers propres à leur équilibre psychique peuvent naître.

P.Thomas²⁷ quant à lui, s'intéresse aux représentations construites autour de la vulnérabilité des aînés sociaux, en mettant l'accent sur la perception, la considération que la société construit face aux personnes âgées. En effet, derrière les mots « personnes âgées » se cachent des images contrastées : personnes que l'on doit respecter, les honorables cheveux blancs, parfois témoins d'une époque révolue et rapporteur de souvenirs rabâchés et décalés des problématiques contemporaines, sujets en retraite, en retrait, à charge, posant implicitement la question de leur coût social, du poids des retraites sur les jeunes générations. Les images négatives véhiculées dans quelques discussions éparses n'émergent que rarement dans les communications officielles. Le discours formel est plutôt hypocrite, manipulant la reconnaissance, la prise en conscience de ce que l'on doit aux anciens et l'engagement de la

²⁶ C. Villeneuve, *L'intervention en santé mentale : Le pouvoir thérapeutique de la famille*, Presse de l'Université de Montréal, 2006

²⁷ P.Thomas, « les personnes âgées et leur vulnérabilité réelle ou supposée », in *Trayectorias Humanas Transcontinentales*, N05, 2019.

société à les aider et à les protéger. De plus, l'auteur s'attarde sur le fait que le sentiment d'acceptation, de reconnaissance et de respect que la société nourrit vis-à-vis des personnes âgées est favorable aux comportements tels que : Le désir de lutter, de se dépasser, la colère ou l'énervement pour l'aîné de se sentir mis de côté.

C. Lacour²⁸ pour sa part, va mettre en évidence, l'importance de la création des établissements d'hébergement pour des personnes âgées dépendantes. Ces dernières se caractérisent par leur inaptitude à accomplir seules les actes de la vie courante, soit en raison de leurs déficiences physiques, soit en raison d'une altération de leurs facultés cognitives due par exemple à une maladie neurodégénérative de type Alzheimer. Ces établissements d'hébergement médicalisé sont structurés et mieux organisés, destinés à accueillir les personnes âgées. En effet, la prise en charge des personnes âgées aux facultés intellectuelles altérées demande une grande vigilance aux établissements, qui redoutent qu'elles se blessent à l'occasion de leurs déambulations ou qu'elles sortent à l'insu du personnel. Autrement dit, les contrats de séjour prévoient par ailleurs régulièrement une obligation de sécurité à la charge de l'établissement. La nécessité d'assurer la sécurité des personnes qu'ils accueillent conduit les professionnels à limiter la liberté d'aller et venir des résidents. De plus, l'auteur n'oublie pas de mentionner que si l'établissement doit garantir la sécurité des personnes qu'il accueille, il n'est pas pour autant habilité à prendre des mesures restreignant leur liberté...

A. Kouame²⁹ a développé une autre démarche qui met l'accent sur les politiques en faveur des personnes âgées. Par cette approche, il développe un double objectif. Le premier vise à déterminer le type de protection que l'Etat doit apporter aux personnes âgées. En d'autres termes, dans quel domaine l'Etat doit-il relayer la famille ? La deuxième préoccupation consistait à savoir si les politiques et les programmes existants permettent de répondre entièrement aux besoins des personnes âgées. Selon cet auteur, la plupart des études montrent qu'il y a une absence remarquable des programmes spécifiques à la santé des personnes âgées. En effet, avec l'augmentation des effectifs des personnes âgées et l'allongement de leur espérance de vie, les problèmes de santé de cette catégorie de la population risquent de devenir très graves si les mesures adéquates ne sont pas prises pour y faire face. En outre, la mise en œuvre des programmes sanitaires adéquats devrait permettre de réduire l'incidence des

²⁸ C. Lacour, « La liberté d'aller et venir en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » in Alzheimer, éthique et société (2012), pages 365 à 376.

²⁹ A. Kouame, Le vieillissement de la population en Afrique, Ottawa, Centre de Recherches pour le développement International, 1990, p.46

maladies chroniques (l'hypertension, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les troubles du système digestif, le cancer, le rhumatisme et les conditions ophtalmiques) tant au niveau curatif.

Dans leur recherche, M. Séraphin et F. Félicien³⁰ ont mené une étude en s'attardant sur la diversité des stratégies de soins de santé des personnes âgées et l'influence des conditions de vie des ménages. Le profil des ménages est appréhendé à travers son niveau de vie et sa taille. L'analyse a permis de mettre en exergue l'influence du niveau de vie et de la taille des ménages sur le secteur de recours. Il ressort de ces analyses que les personnes non pauvres recourent plus aux structures publiques et aux structures privées confessionnelles que les personnes pauvres qui préfèrent quant à elles les structures privées laïque. De plus, par rapport à la taille du ménage, le recours aux structures publiques semble croître avec la taille du ménage.

Plus loin, B. Kuate-Defo³¹ quant à lui va mettre en exergue trois éléments nécessaires pour la compréhension des facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées. Tout d'abord, il présente le portrait démographique et socioéconomique, les modes de vie et l'environnement des personnes âgées en contexte africain. Ensuite, il évalue le rôle du statut socioéconomique et des conditions de vie familiale dans la manifestation des différences dans l'état de santé perçu et les limitations d'activité chez les personnes âgées dans ce contexte. Enfin, cette étude cerne les effets des facteurs associés à la santé et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées. Plus loin, l'auteur va arriver à la conclusion selon laquelle l'état de santé perçu se détériore et les limitations d'activité augmentent lorsque le statut socioéconomique diminue. De plus, les modes de vie sont en lien avec la santé et la capacité fonctionnelle. Il y a une association préventive entre santé et capacité fonctionnelle. Mieux encore, l'état de santé perçu et la capacité fonctionnelle varient selon le contexte socioéconomique et sanitaire.

En Europe, T. Debrand³² et al, ont mené une enquête sur la santé, l'activité et la retraite des 50 ans et plus en Europe. Selon ces auteurs, il est de plus en plus reconnu que le terme de « vieillissement » peut être trompeur. En effet, avoir 60 ans ou 80 ans aujourd'hui n'a ni le même sens, ni les mêmes conséquences qu'il y a un siècle. Le style de vie et les besoins des

³⁰ M. Séraphin et F. Félicien, « Conditions de vie des ménages et recours aux soins parmi les personnes âgées au Cameroun » in Etude de la population de la population Africaine, Vol 23, N°1, P 85 – 102.

³¹ B. Kuate-Defo, « Facteurs associés à la santé perçue et la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun » in cahier québécois de démographie, Vol 34, N°1, PP 1-46.

³² T. Berdrand, D.Branchet, P. Dourgon, et A. Laferrere, « Santé, vieillissement et retraite en Europe », in Economie et Statistique. 2007, PP 3-18

personnes âgées ont énormément changé et continue d'évoluer. Par ailleurs, pour ces auteurs, le vieillissement est un phénomène multidimensionnel ;

Il combine des aspects démographiques, médicaux, sociologiques, psychologiques et économiques. Ils insistent sur le fait que, l'état de santé qui se dégrade avec l'âge ne se fait pas de manière similaire entre les pays. Pour terminer, ils se penchent sur la question de la pénibilité du travail et de son impact sur l'état de santé des salariés de plus de 50 ans.

b) L'approche psychologique

Nombre de travaux en psychologie ont également traité des thématiques portant sur la vulnérabilité et l'accessibilité des personnes âgées aux soins de santé. C'est dans ce sillage que s'inscrivent les travaux de J-C. Monfort³³. Partant de l'idée selon laquelle la condition psychologique des personnes très âgées est hétérogène, cet auteur souligne qu'il n'existe pas de spécificités psychologiques des personnes très âgées. Il y a par contre des événements de vie (maladie, décès, etc.) statistiquement plus fréquents chez les personnes très âgées. Sous la pression de ces événements de vie, ou du fait de la perception de la proximité de ceux-ci, la sécurité intérieure de la personne très âgée est menacée. Autrement dit, l'idée de cet article pourrait amener à penser qu'il y aurait des spécificités psychologiques, liées à l'avance en âge, qu'il suffirait d'être très âgé pour perdre ses caractéristiques individuelles et acquérir un profil psychologique sénile. Cela poserait à la fois la question de la stabilité de la personnalité et de la diversité des personnalités. La condition psychologique des personnes âgées est très hétérogène. Il y a autant d'évolutions psychologiques, d'évolutions psychiatriques, autant de surprises évolutives, qu'il y a de personnes. Toutefois, l'auteur reconnaît après une étude approfondie sur le vécu des personnes âgées, qu'il existe de façon générale un certains nombres de maux qui gouvernent leur état d'esprit. Il s'agit entre autres de l'état anxieux, de l'état dépressif, de l'état délirant et enfin de l'état démentiel.

À sa suite, S.Guillaume³⁴ apporte dans son article, les informations essentielles dans la compréhension de la satisfaction des personnes âgées en termes de prises en charge. L'objectif de cette étude consistait non seulement à identifier les dimensions de la satisfaction des personnes âgées concernant leur prise en charge médicale et la coordination de leur soin, mais

³³ J-C. Monfort, « Spécificités Psychologiques des Personnes âgées » in *Gérontologie et société*, 2001/3 vol. 24 / n° 98 | pages 159 à 187

³⁴ S. GUILLAUME, « La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et coordination des soins : une approche qualitative exploratoire » in *Questions d'économie de la santé* N°214 – janvier 2016

aussi sensibiliser les professionnelles et acteurs du système de santé aux différentes dimensions de la qualité de cette prise en charge. En effet, donner aux patients la possibilité de s'exprimer sur les soins et traitements qui leur sont apportés, n'augmente pas seulement le niveau de satisfaction des personnes âgées, mais favorise également leur rétablissement. En outre, la qualité de la relation avec les professionnels de santé, le temps passé en salle d'attente pour une consultation, le coût de prise en charge, sont d'autres sources de satisfaction.

c) L'approche biomédicale

La plupart des travaux scientifiques issus d'institutions médicales sur les personnes âgées s'appesanti de façon générale sur les aspects biologique, clinique, génétique et physiopathologique. C'est dans ce sens que s'inscrivent les travaux de H. MICHEL³⁵. En effet, s'intéressant à la notion de vulnérabilité chez les personnes âgées, cet auteur va s'appesantir sur la notion de fragilité aperçue comme étant une caractéristique majeure de la personne âgée. En effet, partant de l'idée selon laquelle la vulnérabilité est une notion vue de l'extérieur, tandis que la notion de fragilité renvoie à un état de faiblesse vu de l'intérieur, l'auteur va mettre l'accent sur l'état de faiblesse des personnes âgées en mettant en lumière les indicateurs essentiellement biologiques et physique. Autrement dit, la fragilité est présentée comme un état d'équilibre précaire et instable situé de façon plus large entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie (mentale) et sa disparition, l'indépendance (physique) et sa perte. De plus, la vulnérabilité se caractérise par le risque pour une personne âgée, à un moment donné de sa vie, de développer ou d'aggraver des délimitations fonctionnelles ou des incapacités, étant donné les effets combinés de déficiences et des facteurs modulateurs. En outre, cet article s'intéresse davantage à la réduction multi systémique des réserves physiologiques à l'origine du processus de fragilisation latent, révélé et amplifié à l'occasion d'événements stressants parfois mineurs (déménagement, maladie, décès conjoint etc.). En somme, selon l'auteur, l'ancrage biomédical de la notion de fragilité est incontestable. La fragilité évolue d'une analyse biologique vers une analyse globale.

Suivant la même dynamique, les travaux de G. Bouvenot³⁶ et al, vont s'appesantir sur la compréhension de la prescription des médicaments chez les personnes âgées. En effet, dans cet article, les auteurs montrent non seulement l'importance de la prise en charge médicamenteuse

³⁵ H. MICHEL, « La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive », in *Retraite et Société*, 2012/1 n°62, P174-181

³⁶ G. Bouvenot et al, « La prescription des médicaments chez les personnes âgées » in *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, Vol 196, N°4-5, Avril 2012, P 1031-1035

des personnes âgées, mais aussi les effets indésirables. Ces derniers peuvent provenir du médicament lui-même, de son association avec un autre médicament, mais aussi de son incompatibilité avec le malade ou l'erreur de prise. De plus, si l'âge en ne contre-indique généralement pas un traitement médicamenteux, il en modifie très souvent les objectifs et les modalités. Autrement dit, la prise en charge thérapeutique des malades âgés doit tenir compte d'une part, des fréquentes situations de polyopathie (le plus souvent chronique) généralement des prescriptions concomitantes de plusieurs traitements médicamenteux, mais d'autre part, (chez les patients vulnérables) d'une exposition majorée des patients aux effets indésirables des médicaments. Pour ces auteurs, les personnes âgées ont en effet une sensibilité accrue aux accidents médicamenteux qui sont plus fréquents dans cette population, sachant toutefois que près d'un accident médicamenteux sur deux est évitable.

D.Geraldine, R.Laurent et P. Giles³⁷, en 2009, ont collectivement rédigé un article dans lequel ils s'intéressent à l'état de santé des personnes âgées en Afrique. Ces auteurs mettent en exergue les problèmes spécifiques à l'étude de la mortalité des personnes âgées de la population rurale au Sénégal. De cette étude, il ressort que par faute de données démographiques et sanitaires, la mortalité de la fraction la plus âgée de la population africaine est particulièrement méconnue. Par ailleurs, au-delà de l'absence des données statistiques fiables, il existe d'autres facteurs en l'occurrence, la fiabilité de l'âge au décès. Selon les auteurs, les déclarations d'âge sont généralement peu fiables en Afrique subsaharienne, en particulier pour les générations les plus anciennes dont la plupart des personnes n'ont pas été déclarées à l'Etat civil lors de leur naissance.

Au regard de ce qui précède, bon nombre d'auteurs se sont intéressés à la situation de vulnérabilité des personnes âgées face à l'accès aux soins de santé. Nous notons qu'au-delà du fait que les positions des scientifiques sur ledit sujet diffèrent considérablement en fonction de leurs travaux empiriques et de leurs approches ; certains de ces auteurs ont mis l'accent sur l'analyse des rapports que les personnes âgées entretiennent avec les autres membres de la communauté en matière d'aide ou d'assistance. Plus précisément, ces auteurs se sont intéressés à la configuration, au rôle, et le soutien des ménages dans lesquels vivent les personnes âgées.

Ensuite, d'autres chercheurs dans leurs travaux analysent les dispositions psychiques des personnes âgées. Autrement dit, ces auteurs s'intéressent aux informations liées à la

³⁷ D. Geraldine, R. Laurent, P. Giles « Vivre et mourir après 60 ans en milieu rural africain », Paris, Ined (Document de travail N°160), P.25

compréhension de la satisfaction personnes âgées en termes de prise en charge. Enfin, nous avons d'autres auteurs qui s'intéressent plus à l'état de santé fragile des personnes âgées. Mieux encore, ils s'intéressent à l'autonomie (mentale), à la maladie et à la bonne santé des personnes âgées.

Dans notre travail, les investigations exploratoires à travers nos lectures, démontrent que le champ spécifique à la vulnérabilité et l'accessibilité aux soins de santé chez personnes âgées en milieu rural Camerounais reste peu fourni. L'originalité de notre travail consiste d'une part à mettre l'accent sur les formes de vulnérabilité que rencontrent les personnes âgées en milieu rural, mais davantage les défis multiples auxquelles elles font face pour avoir accès aux soins de santé. Il est question d'autre part, de s'appesantir sur les réseaux de soutien et les stratégies de soins que ces personnes âgées mobilisent pour être en santé. Par ailleurs, ce travail démontre que les actions institutionnelles qui encadrent l'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural restent très insuffisantes.

IV- QUESTIONS DE RECHERCHE

Comme le rappellent R. Quivy et L.V Campenhoudt : « *la question de départ constitue normalement un premier moyen de mise en œuvre d'une des dimensions essentielles de la démarche scientifique* »³⁸. Ainsi, les questions de recherche à partir desquelles la présente recherche va se structurer renvoient à un ensemble de questionnements qui, en réalité, constituent les fils conducteurs de toute investigation. Pour ce faire, les questions qui ont constitué la toile de fond de cette étude se présentent comme suit : une question principale et trois questions secondaires.

IV-1 Question de recherche principale

En situation de vulnérabilité permanente, quels sont les défis auxquels les personnes âgées font-elles face pour avoir l'accès aux soins de santé en zone rurale de Foumban ?

³⁸ R. Quivy et L. V Campenhoudt, op.cit., P.27

IV-2 Questions de recherche secondaires

- 1) Quelle est la situation de vulnérabilité vécue par les personnes âgées en milieu rural de Foumban ?
- 2) Quelles sont les stratégies de soins de santé et les réseaux de soutien mobilisés par les personnes âgées en milieu rural de Foumban pour être en bonne santé ?
- 3) Quelles sont les dispositions institutionnelles qui encadrent ou structurent l'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural de Foumban ?

V- HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Il n'est d'observation ou d'expérimentation qui ne repose sur des hypothèses. Toute recherche nécessite une formulation d'hypothèses qui sont en réalité des réponses ou propositions provisoires. Selon M. Grawitz, l'hypothèse est définie comme étant : « *Une proposition de réponse à la question posée. Elle tend à formuler une relation entre les faits significatifs. Même plus ou moins, elle aide à sélectionner les faits observés. Ceux-ci rassemblés, elle permet de les interpréter, de leur donner un sens, une signification qui, vérifiée constituera un élément possible de début de théorie. Elle doit être vérifiable de façon empirique* »³⁹.

Pour mener à bien cette étude, nous avons une hypothèse principale, et trois hypothèses secondaires ont été émises.

V-1 Hypothèse principale

Dans la zone rurale de Foumban, les personnes âgées en situation de vulnérabilité, font face à des défis liés à l'accessibilité financière, géographique, des prestataires de soins et de l'information.

V-2 Hypothèses secondaires

- 1) Dans l'arrondissement de Foumban, les personnes âgées connaissent une situation de vulnérabilité généralisée et permanente (économique, structurelle, relationnelle).
- 2) Les personnes âgées en situation de vulnérabilité, font recours à des stratégies de soins multiples (traditionnelle / moderne) ; le poids ou le rôle de la famille, des proches (aidant naturel) comme réseau de soutien est non négligeable.

³⁹ M.GRAWITZ, Méthode des sciences sociales. Paris, Dalloz, 2001, 11^{ème} édition, P.398.

- 3) Au Cameroun, les actions de l'État face à la prise en charge des personnes âgées en milieu rural restent très limitées ;

VI- OBJECTIF DE LA RECHERCHE :

Emanant des hypothèses émises, les objectifs de la recherche sont subdivisés en deux parties à savoir, l'objectif général et les objectifs spécifiques.

VI-1 OBJECTIF GENERAL

Cette recherche vise à comprendre les défis multiples dont les personnes âgées en situation de vulnérabilité, font face pour avoir accès aux soins de santé en milieu rural.

VI-2 OBJECTIFS SPECIFIQUES

- 1) Mettre en évidence les différentes formes de vulnérabilités que rencontrent les personnes âgées en milieu rural.
- 2) Mettre en exergue les stratégies de soins et les réseaux de soutien que les personnes âgées mobilisent pour résoudre leur difficulté sanitaire.
- 3) Démontrer que les personnes âgées vivant dans des conditions précaires et vulnérable, ne bénéficient pas des encadrements ni de soutiens des acteurs institutionnels.

VII- METHODOLOGIE

Par méthodologie, il faut noter que c'est l'ensemble constitué du cadre théorique et des techniques de collecte de données. Ces deux traits essentiels sont les principaux éléments qui caractérisent la dimension théorique et pratique de la sociologie.

VII-1 Cadre théorique

La théorie est définie par M. GRAWITZ comme « *un système explicatif que l'expérimentation confirme ou non* »⁴⁰. Ainsi, le modèle théorique est une construction formelle permettant le décryptage de la réalité sociale. Dans l'optique de comprendre, d'analyser afin d'expliquer le phénomène de vulnérabilité et d'accessibilité aux soins chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun, trois théories ont été invoquées : le constructivisme phénoménologique de Berger et Luckmann, l'ethnométhodologie de Garfinkel, et la Sociologie des réseaux sociaux de Pierre MERCKLE.

⁴⁰ M.GRAWITZ : Lexique des sciences sociales, Paris, Dalloz, 8ème éd, 2004, P 398.

VII-1-1 Le constructivisme social ou constructivisme phénoménologique de Berger et Luckmann

Dans la galaxie constructiviste (vu comme une « *théorie sociologique tendant à considérer la réalité sociale comme un processus en construction permanente, et proposant des modèles d'analyses correspondant à cette perspective* »⁴¹). Le constructivisme phénoménologique de Berger et Luckmann qui s'inspire des éléments de phénoménologie de Schutz et du Behaviorisme social de Herbert Mead part de « *la connaissance dans la vie quotidienne et de son activation dans des situations de face à face* »⁴²

Cette théorie présente la réalité comme étant une construction des individus. En outre, Berger et Luckmann précisent que la société est une production humaine. En d'autres termes, cette approche est « *l'étude de la réalité au travers de processus cognitifs et pratiques, l'instituant comme réalité* »⁴³. La société est une réalité objective, l'homme est une production sociale. C'est dans cette mesure qu'ils montrent la double dimension de la société : elle est à la fois objective et subjective.

L'emploi de cette théorie est nécessaire dans cette étude, dans la mesure où, elle nous a permis de montrer en quoi la représentation construit une réalité sociale. Au sens de cette étude, les représentations sociales de la notion de prise en charge de la personne âgée en milieu rural. Autant dire, la construction du comportement des proches, des malades pour ce qui est de la vulnérabilité et l'accessibilité sanitaire. De plus :

*Pour comprendre les représentations [...], il ne faut pas se contenter de saisir des opinions superficielles à un moment donné, il faut s'interroger sur la manière donc ces représentations s'élaborent dans l'expérience concrète des citoyens qui se déploient dans un contexte socioculturel et historique particulier.*⁴⁴

En d'autres termes, au regard d'une certaine construction d'opinions à tort ou à raison vis-à-vis de la santé des personnes âgées en milieu rural, cette théorie a permis de comprendre comment l'état de santé chez des personnes âgées en milieu rural est perçu d'une part par le malade lui-même, mais d'autre part par ses proches. En outre, de montrer comment quotidiennement des « représentations partagées » et des « rationalités plurielles » se

⁴¹ A. Akoun et P. Ansart, Dictionnaire de sociologie, Le Robert, Paris, Seuil, 1999, P.110

⁴² P. Corcuff, Les nouvelles sociologies, Paris, Edition Nathan, 1995, coll. 128, P.56

⁴³ P. Berger et T. Luckmann, La construction sociale de la réalité, Masson/Armand Colin, 1999 (2ème éd), P.17

⁴⁴ R. Quivy et L. V. Campenhoudt, Manuel de recherche en sciences sociales, Paris, Dunod, 2006 (3ème édition) P.78

construisent, se déconstruisent et se reconstruisent autour du phénomène d'accessibilité sanitaire des personnes âgées en milieu rural.

VII-1-2 L'ethnométhodologie de Garfinkel

Désignant la science des ethnométhodes (raisonnement sociologique pratique), l'ethnométhodologie est à rattacher aux travaux précurseurs de Garfinkel dans les années 1960, très influencé au départ par la phénoménologie de Schutz (philosophe et sociologue)⁴⁵, avant de s'en éloigner, tout en conservant un ancrage ferme dans la phénoménologie. Pour Garfinkel, le social est un processus qui est le fruit de l'activité permanente des acteurs sociaux ou de ce qu'il appelle des « membres »⁴⁶ de la société qui « *raisonnent, jugent et décident en situation, ou coordonnent leurs actions, lorsqu'ils ont à gérer leurs affaires de la vie courante* »⁴⁷. C'est dans cette mesure que, l'appellation « ethnométhodologie » découlant des travaux réalisés en ethnologie, a émergé sur le modèle de termes comme « ethnobotanique », « ethnomédecine », pour désigner l'étude de ces manières de faire de la vie quotidienne et des méthodes ou techniques qui les sous-tendent. C'est ainsi qu'elle prend en compte le savoir du sens commun, approche interprétable comme la valorisation des « savoirs endogènes », voir « indigènes ».

L'utilisation de cette théorie dans cette recherche est primordiale car, elle permet de montrer les méthodes utilisées par les individus pour donner un sens et en même temps accomplir leurs actions quotidiennes. Autrement dit, dévoiler comment à partir du sens commun, les populations rurales se comportent face à la situation sanitaire des personnes âgées, étant donné qu'elle (l'ethnométhodologie) considère les faits sociaux comme étant des « accomplissements pratiques ». De plus, ces accomplissements pratiques sont les activités quotidiennes et banales ou des « actions non logiques » assurées par chacun sans y prêter une attention particulière. Ce qui légitime le statut de l'ethnométhodologie en tant qu'étude de ces ethnométhodes, n'existent que localement, c'est-à-dire à l'intérieur du groupe étudié. Au cours de ces actions, aussi dépourvues d'intérêt qu'elles puissent paraître, les membres du groupe doivent résoudre des situations dans lesquelles les autres membres sont également impliqués.

⁴⁵ H. Garfinkel fut un ancien étudiant de Schutz (1899-1959)

⁴⁶ H. Garfinkel, *Studies in Ethnomethodology*, New Jersey, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1967, (trad.franc., P.U.F, 2007)

⁴⁷ L. Quéré, « Ethnométhodologie », *Encyclopedia Universalis* [en ligne] : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/ethnomethodologie/>, consulté le 8 mai 2020.

Pour parvenir à mener à bien ces actions, ils doivent partager des façons de faire et des représentations communes⁴⁸. Par ailleurs,

Les acteurs sociaux ne sont pas des « Monsieur Jourdain » ou des « idiots culturels » ; ils mettent en œuvres des ethnométhodes ou méthodes des communautés, les méthodes de leurs groupes, des méthodes pratiques de savoirs ordinaires permettant de résoudre leur problème de vivre et de l'interpréter.⁴⁹

Toutefois, il faut garder à l'esprit que Garfinkel ne rejette pas pour autant le fait social, il en modifie seulement la perspective d'observation, il la « *subjectivise* », en quelque sorte. Pour lui, le phénomène à étudier n'est pas le fait social tel qu'il est donné à la perception immédiate de l'observateur. Ce qui rend possible une telle perception, c'est-à-dire les procédés utilisés par individu pour reconnaître selon ses propres critères de jugement, un fait social en tant que tel⁵⁰ d'où l'emploi des termes « *indexicalité* » et « *réflexivité* ». Mieux encore, le recours à cette théorie a permis de mettre un accent sur les ethnométhodes ou méthodes, stratégies et réponses développées par les populations des milieux ruraux de l'arrondissement de Fouban face à la situation sanitaire des personnes âgées. En d'autres termes de ressortir les comportements, les attitudes et les pratiques populaires développées face à la maladie des personnes âgées en milieux ruraux.

VII-1-3 la Sociologie des réseaux sociaux de Pierre Meckle

La sociologie des réseaux sociaux est inspirée des travaux des pionniers de Jacob MORENO, Stanley MILGRAM, des anthropologues de l'école de Manchester (John BARNES, Elizabeth BOTT etc.) ou des sociologues du groupe de Harvard (Harrison WHITE, Mark GRANOVETTER etc.) En effet, c'est de ces travaux que vont émerger tout un ensemble de concepts, des modèles, et des recherches empiriques, constitutif de ladite sociologie. P. MECKLE⁵¹ en emboitant le pas, poursuit les développements théoriques de ces devanciers. Pour lui, la sociologie des réseaux sociaux en tant que grille de lecture de la réalité sociale consiste :

A prendre pour objet non pas des individus (âge, profession, etc.), mais les relations entre les individus, que celles-ci se jouent en face à face ou bien à distance grâce à différent moyens de communication, et les régularités qu'elles

⁴⁸ M. De Fornel, A. Ogien & L. Quérédir., L'Ethnométhodologie. Une sociologie radicale, Paris, La Découverte, 2001.

⁴⁹ E. Mbonji, L'Ethno-Perspective ou la Méthode du discours de l'Ethno-Anthropologie culturelle, Yaoundé, PUY, 2005, P.24

⁵⁰ H. Garfinkel, op.cit.

⁵¹ P. Merckle, Sociologie des réseaux sociaux, Paris, Ed. La Découverte, coll. Repères, 2011, 3ème édition.

*présentent, pour décrire, rendre compte de leurs formations et de leurs transformations, analyser leurs effets sur les comportements individuels*⁵²

L'ambition de la sociologie des réseaux sociaux, selon l'auteur est de restituer aux comportements individuels la complexité des systèmes de relation sociale dans lesquels ils prennent sens, auxquels ils donnent sens. Selon cette perspective, il définit « un réseau social » comme un « *réseau constitué d'un ensemble d'unités sociales et des relations que ces unités sociales entretiennent* »⁵³. Prendre pour objet d'analyse un réseau social dans cette optique méthodologique est donc une manière efficace de comprendre en quel sens une structure contraint concrètement des comportements, tout en résultant des interactions entre les éléments qui la constituent. Cela revient à inclure les rapports de ces outils et concepts à l'analyse des grandes questions sociologiques traditionnelles, comme la sociabilité, la cohésion sociale, les groupes sociaux etc.⁵⁴

Cette théorie appliquée au présent travail a donc servi à analyser et interpréter la nature des relations entre les malades et leur entourage (proches), et ses effets sur les comportements de ces derniers. D'un côté le réseau relationnel (famille, voisinage, amis, collègues etc.) ici va constituer une source capitale dans le diagnostic et la prise en charge sanitaire des personnes âgées. De l'autre cote, les malades et leur famille vont user également de leur réseau relationnel ou de leur « capital social », selon l'expression Bourdieusienne, pour faciliter l'accès aux soins. Le réseau social se présente donc comme une ressource stratégique utilisée par les malades et leur proche en quête de guérison ou du moins en quête de soins de santé.

VII-2 Techniques de collecte des données

Cette recherche s'inscrit dans une perspective qualitative. Ainsi, elle doit permettre de collecter des informations précises en vue de la saisie totale de l'objet d'étude et de la compréhension de sens attribué par les acteurs à leur acte⁵⁵. C'est dans cette logique qu'il a été mobilisé comme technique de collecte de données, l'observation documentaire, l'observation directe, l'entretien semi-directif, et le récit de vie.

VII-2-1 L'observation documentaire

⁵² P. MERCKLE, op.cit., P.3.

⁵³ P. MERCKLE, op.cit., P.4.

⁵⁴ G. BOENISCH, « Pierre Merckle, sociologie des réseaux sociaux », in Questions de la communication 19/2011, PP.339-400.

⁵⁵ M. Weber, Economie et société : Les catégories de la sociologie, traduit de l'allemand par J. Freund, P. Kamnitzer, P. Bertrand, E. de Dampierre, J. Maillard et J. Chavy.

L'observation documentaire est une technique de collecte des données qui porte sur les sources écrites ou non. Pour V. NGA NDONGO, « il s'agit d'une observation médiatisée par les documents »⁵⁶. En somme, c'est une méthode de collecte de données qui porte sur l'analyse des documents afin d'y déceler les informations cachées, latentes, bref révéler les informations non apparentes.

La réalisation de ce travail a nécessité une recherche documentaire avant et pendant l'étude. Au terme de cette observation, deux types de documents ont été recensés à savoir : les documents physiques et numériques.

Les documents physiques ont été recherchés dans les bibliothèques locales. Ainsi, comme bibliothèques fréquentées, figurent entre autres : Le CPPSA⁵⁷, la bibliothèque de la FALSH⁵⁸, L'IRSA⁵⁹, L'IFORD⁶⁰.

Les documents numériques, quant à eux, ont été recherchés via internet, qui a facilité l'accès aux bases des données des sciences sociales et de la santé publique. Ainsi, parmi quelques bases de données visitées, figurent entre autres : site de l'OMS⁶¹, MINSANTE⁶², Google scholar⁶³, Google books⁶⁴, journal of African Health⁶⁵.

Les stratégies de recherche des documents numérique ont consisté soit :

A introduire les mots clés (« personnes âgées » ; « milieu rural » ; « accès au soin ») dans le moteur de recherche.

A faire une recherche à partir des objectifs de la thématique à savoir « les différentes formes de vulnérabilités que rencontrent les personnes âgées en milieu rural » ; « les stratégies de soins et de réseaux de soutien mobilisées par les personnes âgées » ; «

A introduire les noms de certains auteurs qui ont travaillé sur les questions méthodologiques en sciences sociales en général et de question de santé, de la vulnérabilité des personnes âgées en particulier. Quelques noms introduits dans les moteurs de recherche étaient : J-P O.DE SARDAN,

⁵⁶ V.NGA NDONGO, « L'opinion camerounaise », Thèse de Doctorat d'Etat en sociologie, Université de Paris X Nanterre, T1, 1999, P.283

⁵⁷ Cercle Philo-Psycho-Socio-Anthropologie de l'Université de Yaoundé I.

⁵⁸ Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I.

⁵⁹ Institut de Recherche Socio-Anthropologique, de l'Institut Catholique de Yaoundé de l'Université Catholique d'Afrique Centrale.

⁶⁰ Institut de Formation et de Recherche Démographique, Université de Yaoundé II.

⁶¹ www.who.int/fr

⁶² www.minsante.cm

⁶³ Scholar.google.fr ou scholar.google.cm

⁶⁴ Books.google.cm

⁶⁵ www.publichealthinafrica.org

S. BATIBONAK, M. EDJENGUELE, J. NZHIE ENGONO, H. MIMCHE, Y.B DJOUDA FEUDJIO, R.M MBA, etc.

Au terme de la recherche documentaire, divers documents ont été consultés. Constitués entre autres des ouvrages généraux (sciences sociales); ouvrages spécialisés (santé); thèses et mémoires; revues systématiques⁶⁶; articles et rapports; ces documents font référence de bibliographie pour ce travail.

VII-2-2 L'observation directe

L'observation peut être définie comme une considération attentive de la réalité sociale au moyen du regard en vue de son élucidation, de sa compréhension et de son interprétation. Elle est selon G. FERREOL et ses collaborateurs, « *les constatations d'un fait à l'aide des moyens d'investigation appropriés* ». L'observation directe quant à elle, est d'après R. QUIVY et L.V CAMPENHOUDT : « *une méthode au sens strict, basée sur l'observation visuelle* »⁶⁷. Autant dire, elle constitue la seule méthode de recherche sociale qui capte les comportements au moment où ils se produisent sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage⁶⁸. Le recours à cette technique d'observation, nous a été utile dans le cadre de ce travail pour observer et vivre de plus près les situations dans lesquelles interviennent les pratiques sociales au sein de notre zone d'étude. En d'autres termes, elle nous a permis d'avoir accès aux comportements et actes immédiats de la situation sanitaire des personnes âgées ainsi que ceux de leur réseau de soutien.

VII-2-3 L'entretien semi-directif

L'entretien encore appelé interview ou entrevue est selon Jean Louis LOUBET DEL BAYLE, « *le type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec les personnes dont il attend des informations en rapports avec le phénomène qu'il étudie* »⁶⁹. Il s'agit d'une situation au cours

⁶⁶ Une revue systématique est un résumé des études qui répondent à une question clairement formulée et qui utilisent les méthodes systématiques et explicites pour identifier, sélectionner et évaluer de façon critiques, les recherches pertinentes et pour collecter et analyser les données de cette recherche.

D'après L. Lavis, professeur en médecine et chercheur en santé à l'université de Mc Master du Canada, dans le domaine de la recherche en santé, une revue systématique est un article qui fait la synthèse des articles fiables dans un domaine précis. Dans la hiérarchisation des documents en santé, une revue systématique qui est passée par un respect de la méthodologie est plus fiable et crédible qu'un article.

⁶⁷ R. QUIVY et L.V CAMPENHOUDT, op.cit, p177.

⁶⁸ R. QUIVY et L.V CAMPENHOUDT. ibid.

⁶⁹ J.L LOUBET DEL BAYLE, Initiation aux méthodes des sciences sociales, Paris, l'Harmattan, 2000, P.71. [En ligne] disponible sur <http://classiques.uqac.ca>. (consulté le 16 avril 2020 à 10H).

de laquelle un chercheur, l'enquêteur, essaie d'obtenir d'un sujet, l'enquêté, des informations détenues par ce dernier, que ces informations résultent d'une connaissance, d'une expérience ou qu'elles soient la manifestation d'une opinion. Pour M. GRAWITZ, une entrevue est « *une forme de communication établie entre deux personnes ayant pour but de recueillir certaines informations, concernant un objet précis* »⁷⁰. Mieux encore, « *c'est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relations avec le but fixé* »⁷¹.

L'entretien semi-directif (encore appelé semi-dirigé) pour sa part, est un type d'entretien qui, « *n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises* »⁷². Pour R. GHIGLIONE et B. MATALON, il s'agit d'un type particulier d'entretien ou « *l'enquêteur connaît tous les thèmes sur lesquels il doit obtenir les réactions de l'enquêté, mais l'ordre et la manière dont il les introduira sont laissés à son jugement, la consigne de départ étant seule fixée* »⁷³. Ceci étant, l'enquêteur a construit un guide d'entretien à partir des hypothèses de travail qu'il a préalablement arrêté.

Le recours à cette technique de collecte de donnée dans la présente recherche nous a permis de rassembler des informations sur les différentes représentations et perceptions construites par les acteurs sociaux autour de la santé des personnes âgées en milieu rural.

VII-2-4 Le récit de vie

Le récit de vie est un entretien narratif pendant lequel le chercheur demande à une personne de lui raconter (au sens de faire le récit de) sa vie ou un fragment de sa vie. Il permet aux enquêtés d'avoir un regard rétrospectif sur leur vie passée sans que l'enquêteur ne les y conduise directement. Selon D. Bertraux, il y a récit de vie dès qu'il y a description sous forme narrative d'un fragment de l'expérience vécue. En d'autres termes, on parle de récit de vie dès lors qu'un sujet raconte à une autre personne, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue⁷⁴. Le récit de vie a permis de laisser ressortir les facteurs subjectifs jouant un rôle important dans la vie sociale des individus, de leurs savoirs, expériences et attitudes dans le temps et dans l'espace en rapport avec la situation sanitaire des personnes âgées en milieu rural. Il a permis de mettre en relief la « racontabilité » (donner la parole aux acteurs) et davantage opérationnaliser

⁷⁰ Madeleine GRAWITZ, Méthodes des sciences sociales, Paris, Dalloz, 11^{ème} édition, p.644.

⁷¹ Madeleine GRAWITZ, *ibid.*

⁷² Raymond QUIVY et Luc Van CAMPENHOUDT, *op.cit.*, p 174

⁷³ Rodolphe GHIGLIONE et Benjamin MATALON, Les enquêtes sociologiques. Théories et pratiques, Paris, Armand colin, 1978, p.58

⁷⁴ D. Bertaux, Les récits de vie : perspective ethnosociologique, Paris, Nathan, coll. 128, 1997, p.6

l'ethnométhodologie, afin d'en faire une analyse compréhensive du phénomène étudié. Par ailleurs, le récit de vie donne à des individus non spécialisés, incultes, voire illettrés de parler d'eux et de raconter leurs expériences de façon non inhibée, spontanée et naturelle⁷⁵. Ce qui, laisse une possibilité d'entrevoir des moments qui seraient autrement méconnus ou ignorés de la société, afin d'accéder aux organisations symboliques des individus. Le récit de vie permet de donner profondément du temps à chaque individu de s'exprimer aussi longtemps que possible.

XIII- DÉFINITION DES CONCEPTS

Dans une tradition scientifique, la définition des concepts est un principe essentiel. Elle permet au chercheur non seulement d'isoler, de classer les catégories des faits, mais aussi d'accomplir une rupture épistémologique avec le sens commun. Autrement dit, la définition des concepts « *aide à reconnaître les données en précisant ce qu'elles incluent et ce qu'elles excluent* ». C'est à juste titre que Durkheim⁷⁶ préconise d'élucider les concepts afin d'évacuer toute prénotion. La présente tâche repose sur la clarification de quelques concepts.

PERSONNE ÂGÉE

Une personne âgée⁷⁷ est pour le sens commun, une personne de grand âge qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tel que la société se les présente. L'expression « personne âgée » se rapproche et même parfois se substitue à celle de « personne du troisième âge ». Cette dernière semble avoir été trouvée au départ pour désigner l'étape qui succède à l'âge adulte. Les personnes âgées sont également appelées senior ou aînés, autre circonlocution pour éviter le mot vieux et vieillard. Selon l'OMS⁷⁸, il n'existe pas de modèle type de la personne âgée. Certaines personnes de 80 ans ont des capacités physiques et mentales comparables à celle des nombreux jeunes de 20 ans. Dumont et Fr Libon, cité par Daouda Doukoure⁷⁹ affirment que la définition de personne âgée par les épidémiologues, les politiciens, les gérontologues ou éducateur pour la santé est caractérisée par la détérioration physique et/ou physiologique ou encore par des connotations négatives liées au vieillissement (inactivité ou activité récréative, isolement social, démence, stérilité...).

⁷⁵ O. Lewis, *The children of Sanchez : autobiography of a mexican family*, New York, Random House, 1961(trad. franc. *Les enfants de Sanchez : autobiographie d'une famille mexicaine*, Paris, Gallimard, 1961), p.6

⁷⁶ E.Durkheim, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1937, (21^{ème} édition), P34

⁷⁷ D.Doukoure, *vieillesse et longévité en milieu Urbain dans le district d'Abijan*. Cas des personnes âgées d'obédience musulmane à partir de leur pratique. Mémoire en master de Sociologie, Université Félix Houphouët boigny Abijan, 2013.

⁷⁸ OMS 2015, *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*.

⁷⁹ D.Doukoure, Op,cit.

En outre, selon A.M.Guillemard⁸⁰, la vieillesse est la phase de la vie consacrée à la pure reproduction des comportements déjà appris. Le moment ou la possibilité d'émergence de nouveaux rapports sociaux ou l'introduction de nouveaux modèles de conduites productrices ou consommatrices est compromise. En effet, au fur et à mesure que l'âge avance, le jeu des déterminismes sociaux se fait plus étroit et la chance de mobilité sociale et de conduite en rupture deviennent plus restreintes, si non, inexistantes.

MILIEU RURAL

Encore appelé milieu campagnal, ou campagne, le milieu rural renvoie à tous les espaces cultivés naturels, ou semi-naturels habités. Il s'oppose au concept de ville, d'agglomération ou de milieu Urbain. De plus, les définitions du terme « rural » varient énormément selon les époques et selon les pays. Statistiquement, un espace est considéré comme rural quand la plus petite division administrative n'a pas atteint un seuil de population totale ou de densité de population. En France, pour l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques), une commune est dite rurale quand elle n'atteint pas le seuil de 2000 habitants.

Selon l'Académie française⁸¹, le milieu rural ou la campagne peut être considéré comme étant une « plaine, grande étendue de champs ». Pour E.Littré⁸², la campagne est une « grande étendue de pays plat ». Selon lui, la « campagne » est la prononciation picarde de champagne « qui, comme on voit veut dire plaine ». En ancien français, le mot s'écrit « Champaigne ». J-P Diry affirme pour sa part que la plupart des habitants de la planète vivent en milieu rural.⁸³ Traditionnellement,⁸⁴ l'espace rural est défini par des critères morphologiques à savoir : faible densité de population, discontinuité du bâti, présence d'une activité agricole.

ACCÈS AUX SOINS

Dans le dictionnaire de langue française, l'accès se définit comme étant une voie qui permet d'atteindre un lieu. Pour le dictionnaire Le Parisien, l'accès renvoie à la possibilité d'aller dans un lieu, d'y accéder. La notion de soin quant à elle renvoie à l'application que l'on met en faisant

⁸⁰ A. Marie, Guillemard, De la retraite morte sociale à la retraite morte solidaire in *Gérontologie et société*, 2002/3 vol 25 n°102 page 56-66.

⁸¹ Institut française dont la fonction est de normaliser et de perfectionner la langue française.

⁸² Lexicographe, philosophe et homme politique français.

⁸³ J-P Diry, *Les espaces ruraux*. Paris, Armand colin, 2004, P191.

⁸⁴ D. Lepicier, A. Torre, L. gauvrit, O.Mora, « Etat des lieux des espaces ruraux », in *Les nouvelles ruralités à l'horizon 2030*. P21 à 36.

quelque chose. Charge, devoir de veiller sur quelqu'un ou quelque chose. Ainsi prendre soin de son corps voudra tout simplement dire : faire attention à son corps.

L'accès aux soins renvoie à l'ensemble d'éléments pouvant permettre aux personnes âgées en milieu rural d'avoir les soins de qualité en cas de maladie. Mieux encore, les facteurs pouvant favoriser leur prise en charge dans le domaine sanitaire. Selon Y.B Djouda Feudjio et U.Leumalieu Noubissie⁸⁵, l'accessibilité aux soins renvoie dans le contexte du présent sujet, à tout ce qui peut permettre aux personnes âgées d'obtenir facilement les soins en tout temps et en tout lieu en zone rurale.

IX- POPULATION D'ÉTUDE ET TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE

Par population d'étude, il faut entendre l'ensemble de personnes préalablement concernées par l'enquête. De ce fait, notre population d'étude est essentiellement constituée des personnes âgées résidant dans les milieux ruraux de l'arrondissement de Foumban. Pour favoriser une plus grande compréhension des contraintes liées à la vulnérabilité et à l'accessibilité aux soins de santé des personnes âgées dans ces milieux, cet échantillon est complété par des entretiens avec les responsables de santé en milieu hospitalier, les responsables institutionnels et les membres de la famille ou proches.

Étant donné que nous ne disposons pas d'une base de sondage appropriée pour définir notre échantillon, nous avons procédé à un échantillonnage à choix raisonné à l'hôpital ou en famille avec tous ceux qui étaient disposés à répondre à notre invitation à participer à l'étude. Compte tenu qu'il s'agit d'une enquête qualitative, il nous est impossible dès le départ de prévoir dans la définition de notre échantillon un nombre n'importe quel de personnes ou d'interviews dans la mesure où nos enquêtes ont été regroupées sur la base des tendances obtenues à partir des réponses sur le terrain. Dans cette optique, nous avons réalisés des entretiens au fur et à mesure que nous avons pu rencontrer les personnes ressources susceptibles de nous donner les informations nécessaires à la réalisation de ce travail. À ce sujet, R. GHIGLIONE et B. MATALON affirment à juste titre que :

Lorsqu'on utilise des méthodes non standardisées, entretiens non directifs ou entretiens structurés, il est inutile d'interroger un grand nombre de sujets (...). C'est pourquoi il est inutile de prévoir un nombre important d'interviews : la qualité de la recherche n'en sera que très faiblement améliorée. Il n'est

⁸⁵ D.F Yves Bertrand, N. Leumalieu Ulrich, « Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun » in gérontologie et société, 2019, vol41, N°158, P 45

*d'ailleurs pas indispensable d'en fixer le nombre à l'avance (...). Il serait préférable de prendre connaissance des entretiens au fur et à mesure qu'ils sont réalisés, et s'arrêter lorsque leur utilité décroît visiblement*⁸⁶.

Dès lors, le principe de saturation lors de notre descente sur le terrain nous a permis de chiffrer notre échantillon. Pour lui assurer une certaine représentativité qualitative, la formation de cet échantillon s'est faite sur le principe d'hétérogénéité. Car ce qui est important c'est de « *s'assurer de la variété des personnes interrogées, et de vérifier qu'aucune situation importante pour le problème traité n'a été omise lors du choix du sujet* »⁸⁷.

Au total, 31 entretiens ont été réalisés dans le cadre de notre enquête de terrain dans l'arrondissement de Foumban. Dans le cadre de notre enquête à l'hôpital, nous étions vêtus d'une blouse blanche comme tout personnel soignant. Cependant, dans les ménages, les cases des tradipraticiens ou dans les bureaux du personnel administratif, nous étions comme toute personne civile.

08 personnels de santé ont été interrogés. Ces personnels sont repartis comme suit : 05 personnels de la médecine moderne (médecin, infirmier) et 03 tradipraticiens pour le compte de la médecine traditionnelle. Les entretiens avec ces derniers ont été réalisés au sein des différents hôpitaux, cases, avec ceux qui ont manifesté une certaine disponibilité à notre arrivée et sur rendez-vous avec ceux qui n'étaient pas disponibles à notre passage.

02 acteurs institutionnels dont Mme le Maire de la Commune de Foumban, et le délégué adjoint de la délégation des affaires sociales de Foumban. Ces entretiens se sont déroulés uniquement sur rendez-vous dans leur lieu de service respectif.

06 Membres de la famille ou proches des personnes âgées ont été interrogés. Ces différents entretiens se sont déroulés dans plusieurs ménages où on rencontrait des personnes âgées incapables de s'exprimer. Mais aussi avec des proches ou membres de la famille ayant été au chevet d'une personne âgée pendant sa période de maladie.

15 personnes âgées ont été interrogées. Les entretiens ont été réalisés avec des personnes âgées dont la tranche d'âge oscillait entre 69 à 92 ans. Il s'agissait des hommes et des femmes dont on n'a pu leur rassurer en leur montrant le bien fondé de notre étude. Cela s'est effectué dans les différents ménages où vivent ces personnes âgées.

⁸⁶ R. GHIGLIONE et B. MATALON, Les enquêtes sociologiques. Théorie et Pratique, Paris, Armand colin, 1978, P50 et P51.

⁸⁷ R. GHIGLIONE et B. MATALON, op.cit., p.51

De ce qui précède, il s'observe que l'échantillonnage choisi s'est fait sur le principe de l'hétérogénéité car, ce qui est important en enquête qualitative, c'est de « *s'assurer de la variété des personnes interrogées, et de vérifier qu'aucune situation importante pour le problème traité n'a été omise lors du choix du sujet* »⁸⁸. Pour une répartition détaillée de nos enquêtés, nous avons le tableau ci-dessous.

TABLEAU N° 1: RÉCAPITULATIF DES INFORMATEURS DE L'ÉTUDE.

Site de l'étude	Méthode de collecte de données	Composante	Nombre de participants
Arrondissement De Fouban.	Entretiens individuels	Personnes Agées	15
	Entretiens individuels	Proches Personnes Agées	06
	Entretiens individuels	Personnels de Soins	08
	Entretiens individuels	Acteurs Institutionnel	02

X. CONSIDERATIONS ETHIQUES

La recherche dans le domaine de la santé est très sensible. Elle exige à cet effet que le chercheur prenne un certain nombre de précautions devant garantir la confidentialité des informations recueillies, ainsi que leur usage uniquement à des fins scientifiques. La souscription à cette exigence éthique s'avère donc impérative dans le cadre de ce travail. L'éthique peut être définie comme « *un ensemble de règles ayant pour objet de soumettre l'activité scientifique au respect des valeurs jugées plus hautes que la liberté du chercheur* »⁸⁹. C'est aussi un ensemble rationnel structuré de valeurs explicites qui induisent des comportements et des pratiques sociales⁹⁰.

L'application de ce principe a permis de mener un certain nombre d'activités avant, pendant et après la recherche.

X.1 Avant l'enquête de terrain

Les autorisations ont été sollicitées auprès :

⁸⁸ R. Ghiglione et B. Matalon, *Idem*, P. 51

⁸⁹ A. Supiot, *Pour une politique des Sciences de l'homme et de la société*, Paris, PUF, Conseil national du développement des sciences humaines et sociales, (94), 2001.

⁹⁰ Y. Droz et J.C. Lavigne, *Ethique et développement durable*, Paris, Karthala, 2006.

- De la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'université de Yaoundé I, via son Département de sociologie⁹¹.
- De la Sous-Préfecture de l'Arrondissement de Foumban.⁹²

X.2 Pendant l'enquête de terrain

L'accès aux patients n'a été possible que lorsqu'ils ont été jugés physiquement et psychologiquement disponibles à répondre ou à participer à l'entretien.

Aucun franc n'a été déboursé pour solliciter la participation des informateurs à cette étude. Tout au contraire, ils ont supporté le temps consacré à répondre à l'entretien estimé à une trentaine de minutes.

La sollicitation de la participation d'un informateur à cette étude s'est faite après qu'un proche de la personne agée ai lu un formulaire du consentement éclairé et dans lequel il a apposé sa signature (si écrite) ou accepté (si verbal) pour manifester sa volonté à la contribution à cette recherche.

X.3 Après l'enquête de terrain

Afin de garantir l'anonymat des répondants, un code a été affecté à chaque enquêté. Ainsi, les noms ou prénoms utilisés dans ce document sont des initiaux des noms et prénoms des enquêtés. Fort donc de cette exigence éthique, les données recueillies n'ont été exploitées qu'à des fins académiques.

XI. ORGANISATION DU TRAVAIL

Le présent travail s'articule autour de deux parties qui se subdivisent chacune en deux chapitres.

La première partie porte sur la situation de vulnérabilité des personnes âgées et les représentations sociales construites autour de ces dernières dans le milieu rural. Cette partie s'appesantit sur les différentes formes des vulnérabilités que connaissent les aînés sociaux en milieu rural. Par ailleurs, elle analyse également comment la notion de personne âgée est conçue et perçue par les habitants de l'arrondissement de Foumban. Le premier chapitre, s'énonce comme suit : les personnes âgées de Foumban en situation de vulnérabilité permanente. Le

⁹¹ Voir autorisation en annexe du document.

⁹² Ibid.

second chapitre quant à lui est intitulé : Représentations sociales autour de la personne âgée dans l'Arrondissement de Foumban.

Dans la deuxième partie de ce travail, il est essentiellement question d'analyser les conditions d'accessibilité des personnes âgées aux soins de santé dans l'arrondissement de Foumban. Dans cette perspective, le chapitre trois de cette deuxième partie du travail examine les stratégies de soins et les réseaux de soutien mobilisés par les personnes âgées. Le chapitre quatre appréhende la prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires.

PREMIÈRE PARTIE

**SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES
PERSONNES ÂGÉES DANS LE MILIEU RURAL**

Dans le cadre de ce travail, il est question dès l'entame (premier chapitre), de montrer d'une part qu'il n'existe pas une définition standard et objective de la vieillesse, des seniors ; les perceptions que l'on a sont fonction du contexte social. Dans le même chapitre, nous allons d'autre part essayer de mettre en exergue, les différentes formes de vulnérabilité auxquelles les personnes âgées de l'arrondissement de Fouban sont victimes.

En outre, nous allons dans la première partie de ce travail, notamment dans le deuxième chapitre, ressortir les différentes représentations sociales construites autour de la personne âgée dans l'arrondissement de Fouban. Mieux encore, mettre en lumière la perception que les populations de Fouban ont de la personne âgée.

CHAPITRE I

LES PERSONNES ÂGÉES DE FOUMBAN EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ PERMANENTE

Le premier chapitre de ce travail se propose tout d'abord, de faire une clarification sur l'historicité, la classification et les caractéristiques des personnes âgées. Montrer que la définition de la notion des seniors, aînés sociaux, varie selon le contexte dans lequel le mot est employé, selon le secteur d'application ou encore selon la personne qui s'exprime. Ensuite, ce chapitre a également pour ambition de mettre en lumière, les différentes formes de vulnérabilité que les personnes âgées de l'arrondissement de Fouban rencontrent au quotidien. Dans cette perspective, six principales formes de vulnérabilité que rencontrent les personnes âgées ont été mises en exergue dans ce chapitre.

I : HISTORIQUE, CLASSIFICATION ET CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES AGÉES

Dans cette section, nous allons d'abord évoquer la genèse de la notion de personnes âgées/seniors, aînés, ensuite nous appesantir sur leur classification au sein de la société, et enfin, présenter les caractéristiques de la personne âgée.

I.1- Genèse de la notion de personne âgée

Encore appelé aîné, vétéran, ancien, personne âgée, vieux et senior, il n'existe pas une définition unique des « seniors », mais de nombreuses définitions qui varient selon la situation dans laquelle le mot est employé, selon le secteur d'application ou encore selon la personne qui s'exprime. À ce titre, JONATHAN.S⁹³ dira que :

« La désignation des personnes âgées est associée aux représentations que l'on a (qu'une société a) de la vieillesse à un moment donné. Avec la croissance de la longévité de la vie amorcée depuis le 19ème siècle et l'émergence d'une catégorie sociale distincte, des plus de 60 ans, on assiste à la multiplication des termes

⁹³ JONATHAN.S. « Approche Sociologique des seniors », in IR4/GES/SENIORS/Malle Outils Senior Novembre 2012.

servant à nommer les individus ayant atteint un certain âge. Au cours du 20ème siècle, on a vu apparaître notamment les notions de « 3è âge », de « 4è âge ».

Le Dictionnaire⁹⁴ définit le terme comme « *ce qui concerne les plus de 50 ans* ». Dans le monde du travail⁹⁵, le terme « senior » est employé pour parler des personnes de 45 ans et plus, possédant une certaine expérience de leur métier et qui peuvent transmettre leurs savoirs aux plus jeunes. Le terme peut également prendre une connotation négative quand il évoque les personnes qui sont dépassées par les nouvelles technologies et qui sont petit à petit mises à l'écart de l'entreprise.

Dans le domaine de la santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁹⁶ définit la vieillesse à partir de l'âge de référence des Nation-Unies, c'est à dire 60 ans et plus, mais elle fait remarquer qu'il n'existe pas de modèle-type de la personne âgée. En effet, certaines personnes âgées de 80 ans ont des capacités physiques et mentales comparables à celles des nombreux jeunes de 20 ans.

Pour mieux clarifier la notion des personnes âgées, Marc.G⁹⁷ affirme que :

En termes sociaux aussi bien qu'en termes physiologiques, l'expression "personnes âgées", d'usage courant ne correspond à aucune définition précise. On ne peut déterminer en effet avec certitude, ni pour une personne ni pour une classe d'âge, le moment où elles sont à inclure parmi les personnes âgées. Ici dans toute la mesure du possible, on a assimilé les personnes âgées et celles de 60 ans et plus ; définition arbitraire mais commode : la plupart des données statistiques disponibles mentionnent la coupure à 60 ans ou bien on peut l'obtenir aisément (...). L'assimilation des personnes de 60 ans et plus et des personnes âgées n'est cependant pas aussi arbitraire qu'il n'y paraît. (...). L'âge de 60 ans marque une sorte de seuil, récemment entré dans les mœurs, mais aussi largement symbolique caractérisé par l'imminence des ajustements à opérer pour le passage de l'activité à l'inactivité, des enfants à la maison aux enfants installés et dispersés, d'un réseau relationnel centré sur la profession à un autre centré sur le voisinage, puis sur la descendance ».

Il n'existe donc pas de définition précise, immuable et objective de la vieillesse, des seniors, ou des seuils d'entrée et de sortie dans cette catégorie. Les perceptions que l'on a sont perpétuellement redéfinies en fonction du contexte social, et dépendent avant tout d'une série de constructions sociales antérieures.

⁹⁴ Le petit Larousse illustré, 2002.

⁹⁵ Caradec. V, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Nathan, 2001

⁹⁶ OMS, *Vieillir en restant actif : cadre d'orientation*, 2002.

⁹⁷ Marc. G. (1990). *Les personnes âgées. Contours et caractères*, Paris, INSEE, p. 4

I.2- Classification des personnes âgées

De prime abord, il est important de souligner que ce n'est pas la même chose de classer les gens par âge que de les catégoriser. L'étymologie grecque du mot catégorie vient de « katêgoria »⁹⁸ qui signifie « accusation » et chez Aristote « qualité attribuée à un objet, attribut ». Le substantif est dérivé de « katêgorein » qui veut dire « parler contre, accuser, blâmer ». Catégoriser ce serait donc en quelque sorte regrouper un ensemble de personnes sous une connotation plutôt négative, ce qui conduit à les stigmatiser. La notion de classe est celle plus chronologique. C'est « *le mot le plus couramment employé pour désigner les tranches annuelles découpées dans la succession des existences individuelles* »⁹⁹.

Pour tenter de mettre un peu d'ordre dans cette diversité, les sociologues et d'autres chercheurs en sciences-humaines ont été amenés à réaliser des typologies. En voici deux exemples :

1- Dans *L'invention des seniors*, S Guérin¹⁰⁰ propose une typologie basée sur les styles de vie des seniors dans laquelle il distingue au moins trois types de seniors :

- Les Seniors Traditionnels dont l'âge est généralement supérieur à 65 ans, plus conservateurs et reproduisent les schémas traditionnels de la prise d'âge. Ils tendent à se recentrer sur leur univers proche et familial, au fur et à mesure qu'ils vieillissent. Ils ont une forte implication auprès de leurs petits-enfants et ont des valeurs à leur transmettre. Ils restent de grands consommateurs d'autant plus qu'ils ont fini de rembourser leurs emprunts, mais sont peu ouverts aux nouvelles technologies. Dans de nombreux cas, les hommes ont eu des difficultés à faire le deuil de leurs vies professionnelles, et se sont moins préparés à la retraite. Ils représentent à l'heure actuelle la plus grande part des seniors.

- Les Seniors Fragilisés, qui le plus souvent ont dépassé les 75 ans en perte d'autonomie physique, mentale et sociale. Ils ont une consommation plus spécifique pour des biens et services d'accompagnement, de sécurité et de soins médicaux. Ce sont des personnes fragiles qui ne se sentent plus toujours en phase avec les codes de la société. Leurs liens sociaux se limitent au voisinage et à la famille proche. Leurs proportions dans la population va sensiblement s'accroître dans les années à venir et ils seront générateurs de nouveaux emplois.

- Les Boobos sont les jeunes seniors issus du baby-boom de l'après-guerre et héritiers de la culture post 68. Ils sont porteurs des valeurs de jeunesse et de modernité et refusent la norme du « vieillir ». Ils constituent une cible privilégiée pour le secteur du marketing car ils ont du

⁹⁸ Rey A. Dictionnaires Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française, Paris, 1992, P.365.

⁹⁹ Remond R. (1991). Introduction, Âge et politique, Paris, Éditions Economica, p. 7.

¹⁰⁰ S. Guérin, *L'invention des seniors*, Hachette Pluriel, 2007

temps libre, ils sont toujours en bonne santé et ont de l'argent. Ils sont très impliqués dans la vie sociale et économique, et veulent profiter à fond des premières années de liberté (sans enfant et emploi) qui s'offrent à eux.

2- le CRIOC12 en 2007 a créé une typologie des seniors afin de mieux comprendre leur mode de vie : Ils ont interviewé 1017 habitants belges de 50 ans et plus et ont ainsi défini 5 profils :

- **Les jeunes seniors** (25 %) : Ils ont principalement entre 50 et 59 ans. Ce sont les seniors proches de la retraite, ils sont en bonne santé et ont un pouvoir financier relativement important.
- **Les libérés actifs** (17 %) : Ils ont entre 60 et 84 ans. Ils sont toujours en bonne santé, ont une situation financière correcte et ont de nouvelles activités pour occuper leur temps.
- **Les seniors paisibles** (30 %) : Ils ont entre 60 ans et 84 ans. Ils ont une retraite active mais une santé hésitante et une situation financière qui les freinent.
- **Les grands aînés** (20 %) : Ils ont plus de 75 ans. Ils ont des difficultés au niveau de leur santé et au niveau financier. Ils ont également tendance à se replier sur leur univers proche.
- **Les seniors crispés** (8 %) Ils ont entre 50 et 74 ans. Ils ont de l'argent mais une santé défaillante et souffre de maladies chroniques.

I.3- Caractéristiques des personnes âgées

Du point de vue biologique¹⁰¹, le vieillissement est le produit de l'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps. Celle-ci entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majorité de risque de maladie et de décès. Une personne âgée est pour le sens commun, une personne de grand âge qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. Ainsi clarifié, nous notons que les seniors dans la grande majorité ont des spécificités psychiques particulières qui permettent de mettre en lumière certains éléments caractéristiques. En se basant sur les problèmes psychiques, A BONNIN¹⁰² propose trois besoins qui caractérisent les personnes âgées. Il s'agit en occurrence du besoin de sécurité, du besoin d'estime de soi et d'estime des autres, enfin, du besoin de sens.

➤ Un besoin de sécurité

¹⁰¹ [https : www.who.int.détail.again](https://www.who.int.détail.again) (consulté le 16 Novembre 2021 à 11h30)

¹⁰² A. BONNIN, Creatrice de la Plume sociale. Disponible sur : <https://fr.m.wikipedia.org.wiki> (consulté le 26 Novembre 2021 à 17h30)

L'un des premiers besoins psychiques qui caractérise la personne âgée, est celui d'instaurer une sécurité psychique. En effet, des sentiments négatifs peuvent les assaillir lors d'un événement fragilisant : deuil, perte d'autonomie, chute, etc. Le sentiment le plus couramment rencontré est celui de la peur. Notons ici que la peur est en rapport avec la crainte d'une atteinte de notre identité, de notre intégrité. On a peur de quelque chose que l'on l'a identifié : peur de souffrir, peur d'être abandonné, peur de vieillir, de mourir, d'être inactif.

L'angoisse est également exprimée par les personnes âgées. C'est une peur sans objet qui peut être un sentiment plus sourd et long à travailler en relation d'aide. La colère, l'anxiété, la tristesse sont également des sentiments exprimés.

➤ **Un besoin d'estime de soi et d'estime des autres**

Au sein des besoins psychiques des personnes âgées, nous pouvons aussi dire que le besoin d'estime de soi et d'estime des autres, sont aussi des besoins qui les caractérisent. En effet, se sentir vieillir peut renvoyer à des pertes. Le corps ne correspond plus à ce que la personne âgée voudrait voir dans le miroir. Le corps ne répond plus forcément à toutes les demandes : la vue baisse, le corps s'essouffle plus vite etc. L'estime de soi peut se voir diminuer à des échelles plus ou moins importantes.

Par ailleurs, l'estime de soi et l'estime que les autres portent sur la personne âgée baisse aussi avec l'âge. L'image véhiculée par notre société sur la vieillesse peut accentuer la mauvaise estime de soi et n'aide pas à retrouver son confort psychique. Cependant, pour répondre au besoin psychique de la personne âgée, tel que l'estime de soi et l'estime des autres, il faut travailler la notion d'identité de la personne âgée.

➤ **Un besoin de sens**

Un autre élément qui caractérise la personne âgée est celui du bilan sur ce qu'elle a déjà vécu. Elle analyse son parcours de vie et les éléments importants qu'elle a traversé. Généralement, la personne âgée recherche un sens à son existence et veut se sentir utile. Pour certaines, une quête spirituelle prend naissance ; pour d'autres, l'envie d'investir dans le milieu associatif, le but ici étant celui de se fixer des nouveaux objectifs et projets.

II : LA CATÉGORISATION DES FORMES DE VULNÉRABILITÉS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN

Nous considérons la vulnérabilité comme la manifestation d'une situation négative dont les individus sont victimes car elle peut avoir des répercussions sur le bien-être des individus¹⁰³. De plus, elle est considérée comme étant une menace liée à un état de détresse, de pauvreté ou d'exposition à des maladies graves entraînant ainsi un risque pour la survie¹⁰⁴. Pour V. Golaz, une personne âgée peut être définie comme vulnérable en l'absence de tout système de protection sociale, lorsque son réseau social lui fait défaut, voire que celui-ci repose sur elle.¹⁰⁵

Dans l'arrondissement de Fomban, il existe donc plusieurs situations de vulnérabilités observées chez les personnes âgées. Nous pouvons les identifier à partir de leurs caractéristiques individuelles, de leurs ménages et de leurs environnements de résidence. Dans cette section, nous retenons les diverses catégories de vulnérabilité dans lesquelles peuvent se retrouver les personnes âgées. Chaque catégorie fait recours à un aspect spécifique.

II.1- Vulnérabilité infrastructurelle

Cette catégorie de vulnérabilité est liée à la qualité du logement mais aussi à la configuration du ménage dans lesquelles vivent les aînés sociaux. À ce niveau, nous distinguons deux sous-dimensions à savoir : la vulnérabilité du logement et la vulnérabilité relationnelle.

II.1.1- Vulnérabilité du logement

Le rapport sur l'état des villes africaines 2015 publié par le programme des Nations Unies pour les établissements humains (ONU-Habitat)¹⁰⁶ tirait déjà la sonnette d'alarme quant à l'incapacité de répondre aux aspirations d'un développement humain généralisé. L'une des plus sérieuses questions au sujet de l'avenir de l'Afrique vient de ce qui peut être mis en œuvre pour accélérer la construction du logement. Ces logements dans la plupart des cas sont qualifiés

¹⁰³ Henke, J. Définir la vulnérabilité auprès des personnes âgées en Suisse : l'importance de la mesure subjective. Dans Actes du colloque national de démographie du CUPED, Aix-en Provence, France, 2013 (p. 17). Aix-en Provence, France

¹⁰⁴ Bourdelais, P. Qu'est-ce que la vulnérabilité ? Annales de démographie historique, no 110(2), 5-9. doi:10.3917/adh.110.0005

¹⁰⁵ V Golaz . Vieillir en Ouganda au début du XXIème siècle. Une estimation de la vulnérabilité des personnes âgées à partir des données démographiques nationales. Dans AIDELF ConferenceProceedings (p. 69–88).

¹⁰⁶ Mitchell Jonh. Le logement économique pour tous, un impératif en Afrique. Dans jeune Afrique. 2 mars 2018.

des logements informels. Ce dernier se définit¹⁰⁷ par les dérogations aux lois et cadre réglementaire qui régissent l'accessibilité et l'utilisation formelles des parcelles et des bâtiments.

Cette forme de vulnérabilité met en relief la qualité des infrastructures dans lesquelles vivent les personnes âgées. En effet, les observations de terrain nous ont amenés à constater que les personnes âgées vivant dans le milieu rural connaissent un réel problème de précarité infrastructurelle. Autrement dit, la majorité des personnes âgées vivent dans des maisons dont la construction reste encore anarchique.

À ce sujet, N A, personne âgée de 72 ans affirme :

À cause du manque d'activité, je n'ai pas pu avoir l'argent pour m'offrir une maison digne de ce nom. J'ai eu les problèmes de vu très tôt dans ma vie. Cette maladie m'a fait perdre mon travail de chauffeur de Camion. Pour n'avoir pas pu travailler pendant deux ans, je n'ai pas pu épargner grande chose pour me construire. Vu que je n'ai pas pu me soigner, je n'ai plus jamais eu l'opportunité de mener les activités pouvant me rapporter de l'argent.¹⁰⁸

Au regard de ce témoignage, il s'observe que le manque d'une activité génératrice de revenu justifie la précarité du logement dans le milieu rural.

De plus, quand bien ces personnes âgées parviennent à avoir un logement, celui-ci est aussi vieux que son âge (celles des personnes âgées de 75 ans et plus). Autrement dit, les maisons dans lesquelles vivent les personnes âgées dans le milieu rural sont celles qu'elles ont construites dans la plupart des cas quand elles étaient jeunes. Ce qui justifie le fait que, des décennies plus tard, les bâtiments et les toitures ne tiennent plus, c'est à peine si on parvient encore à voir les traces de ciment au sol. Maison généralement sans plafond et dont les rayons de soleil provoquent une chaleur accablante en saison sèche ; En saison pluvieuse, les trous sur les toitures laissent suinter l'eau à l'intérieur des ménages. Cette idée transparait dans les propos de N S¹⁰⁹ lorsqu'il affirme que :

Mon fils j'ai eu l'argent trop tôt dans ma jeunesse ! À 29 ans j'ai hérité à mon papa. Comme nous étions nombreux, j'ai préféré laissé cette maison familiale à mes cadets. Le cacao que mon père avait laissé avant de mourir, m'a permis de me bâtir non loin de la concession familiale. Cette maison était parmi les plus moderne de la localité. Plusieurs voisins du village demandaient souvent la location pour célébrer les mariages. Mais aujourd'hui elle ne ressemble plus à

¹⁰⁷ ONU-Habitat, 2003.

¹⁰⁸ Entretien réalisé le 29 juin 2021 à malatam(Foumban).

¹⁰⁹ Entretien réalisé le 29 juin 2021 à kweka (Foumban).

rien. Elle suinte quand il pleut, les murs sont décrépis. Plus le temps passe, plus elle s'incline. Je me dis souvent qu'un jour, elle va tomber sur moi et abrégé mes souffrances.

À partir des analyses des propos de N S, nous retenons que, les logements rencontrés dans le milieu rural sont ceux qui ont fait leur temps. Par manque des moyens financiers, ces maisons n'ont pas pu connaître des réfections conforme à celles modernes.

PHOTO N° 1: LOGEMENT D'UN SENIOR CONSTRUIT EN 1962



Photo N° 2 Personne âgée aveugle devant son logement



Source : photo de terrain prise le 04/07/2021

Source : photo de terrain prise le 29/06/2021

La **photo 1** laisse entrevoir le ménage d'un senior qui a été construite en 1962. Sur cette photo, nous pouvons constater qu'elle est endommagée, dégradée. Ce type de domicile, rencontré chez la plupart des seniors nous renseigne sur leur condition de vie au sein de ces structures. Il faut souligner qu'à la différence de la **photo 1**, la **photo 2** montre une personne âgée aveugle de 71 ans placée devant son domicile sans porte.

II.1.2- Vulnérabilité relationnelle

Lorsqu'on parle de la vulnérabilité relationnelle, il est question ici de ressortir la situation des personnes âgées, qui en milieu rural est susceptibles d'être marginalisées par les autres membres du ménage. En effet, il n'est pas inutile de rappeler que, la vulnérabilité relationnelle s'explique par le fait que dans le milieu rural, certaines personnes âgées vivant en famille, se retrouvent isolée par leur proche. Autrement dit, la vulnérabilité relationnelle ici, matérialise les situations de conflits, d'isolement dont sont victimes les personnes âgées dans certains

ménages. À cet effet, l'un des adjoints au maire de la commune de Fouban en la personne de N S rapporte que :

Dans le cas de l'arrondissement de Fouban, concernant les personnes âgées et surtout dans les coins reculés, je me dis qu'il y a certaines familles qui n'ont pas compris que le vieillard doit être mis aux petits soins, et aussi bénéficier de l'encadrement de ses proches. Quand nous décidons souvent lors des descentes sur le terrain de cibler certains ménages où vivent les personnes âgées afin de leur apporter une petite assistance matérielle, on se rend compte qu'elles sont isolées dans les chambres, ou dans les cases derrière la maison. (...) Dans d'autres familles, quand l'âge de la personne âgée est très avancé, non seulement on ne leur laisse pas l'opportunité de s'exprimer, de s'inviter au débat. On note très souvent une absence de communication entre ces dernières et leurs descendants¹¹⁰.

De ces propos, il ressort que les personnes âgées dans certains ménages, ne sont pas épanouies, elles sont à la limite maltraitées. Cette dernière peut être explicite comme le fait de ne pas leur donner la parole pour qu'elles expriment leur préférence, mais aussi, elles peuvent être implicite comme l'isolement.

De plus, la vulnérabilité relationnelle au niveau de certaines infrastructures, se manifeste par la non prise en considération, du point de vue des personnes âgées dans le choix des mets. En effet, les données de terrains révèlent que, les personnes âgées en milieu rural qui ont une alimentation saine et équilibrée, ont toutes les chances de rester actives et en bonne santé plus longtemps. Cependant, il se laisse observer que bon nombre de ménages ne respectent pas toujours ces critères. La majorité des personnes âgées rencontrées sur le terrain affirment qu'elles n'ont pas souvent de préférence pour les mets. Elles poursuivent en disant qu'ils mangent ce que leurs enfants ou proches trouvent nécessaire ou normal à leur donner. Ce constat apparaît dans les propos de monsieur M B¹¹¹ lorsqu'il affirme que : « *La dernière fois que j'ai mangé une nourriture dont j'avais envie, c'est quand ma femme était encore en vie. Ici, la femme de mon fils me sert des plats de nourriture parfois très froide, elle ne tient pas compte que je ne consomme pas du piment. Donc pour la ration, je mange ce que je vois, je n'ai pas de préférence. Surtout comme mon fils n'a pas un travail digne de ce nom. Il a trop de charges* ». Ces propos laissent entrevoir que la situation de précarité économique dans certains ménages est à l'origine du mal être des personnes âgées.

¹¹⁰ Entretien réalisé le 29 juin 2021 à la MAIRIE DE FOUMBAN.

¹¹¹ Entretien réalisé le 27 juin 2021 à MFUNTAIN (Fouban).

II.2- Vulnérabilité économique

La vulnérabilité économique¹¹² des personnes âgées compte parmi les formes de vulnérabilité les plus répandues en Afrique subsaharienne. Elle est très souvent associée à leur état de pauvreté et à celui de leur ménage. Bien que la productivité soit réduite aux âges avancés à cause de la retraite, de la maladie ou des incapacités, les besoins économiques demeurent présents et les charges familiales dues au statut social des aînés restent incompressibles. L'économie¹¹³ se définit comme étant toute activité humaine qui consiste en la production, la distribution, l'échange et la consommation des biens et services. S'agissant de l'économie, nous distinguons trois secteurs d'activités¹¹⁴ parmi lesquels :

- **Le secteur primaire** : Il se caractérise par des activités telles que l'agriculture, la pêche, l'exploitation forestière, l'exploitation minière.
- **Le secteur secondaire** : le secteur secondaire regroupe les activités liées à la transformation des matières premières issues du secteur primaire. Il s'agit des activités aéronautique, agroalimentaire, artisanat d'art, bâtiments travaux publics, automobile, construction mécanique, construction navale etc.
- **Le secteur tertiaire** : Ce secteur renvoie à la fourniture des services. Il s'agit des domaines tels que : les assurances, la banque, la communication, l'éducation, l'industries de loisirs, le commerce, l'électricité, l'hôtellerie/ la restauration etc.

S'intéressant à la situation économique des personnes âgées dans le milieu rural, il va sans dire que le secteur d'activité le plus visible dans cette zone est le secteur primaire. En effet, dans l'arrondissement de Foumban, les activités que mènent les populations s'appesantissent d'une part sur l'agriculture, la pêche, et d'autre part sur certaines activités des secteurs secondaires et tertiaires tels que le commerce, et quelques rares agents de la fonction publique. La situation économique de la personne âgée va donc varier selon les secteurs d'activité.

II.2-1 Situation économique des personnes âgées agriculteurs

La vulnérabilité économique des personnes âgées agriculteurs dans le milieu rural est due au fait que, bon nombre de seniors n'ont plus la force physique, mentale pour faire des travaux champêtres. Quand même elles ont assez de force physique, leur production reste basée sur une

¹¹² Y.W. Adrien, T.C. Yves, et L. Thomas, « vulnérabilité des personnes âgées au Cameroun : forme et facteur », [http:// colloque.aidef.org/documents/1863.pdf](http://colloque.aidef.org/documents/1863.pdf) (Consulté, le 16 février 2020 à 11h).

¹¹³ [https // www. Fr.m.Wikipedia.org](https://www.Fr.m.Wikipedia.org) (consulté le 17 novembre 2021 à 17h)

¹¹⁴ [Fr.m.Wikipedia.org](https://www.Fr.m.Wikipedia.org), idem, p.12.

agriculture de subsistance. Cet argument puise ses racines dans le récit de M A, quand elle affirme que :

À l'époque j'étais une grande cultivatrice. C'est une activité que je mène depuis que je suis toute petite en accompagnant mes parents dans leur champ. Grâce à cette agriculture, j'ai pu payer l'école de mes enfants jusqu'au secondaire. Aujourd'hui je garde la même activité même comme je n'ai plus assez de forces. Quand il m'arrive de faire un tour au champ, je paie les gens pour défricher et semer. Au moment de la récolte, je paie également les gens pour le faire et transporter. Le problème à ce niveau est que je ne me retrouve pas avec grande chose à la fin de la récolte car ces gens me volent constamment au moment de la récolte ¹¹⁵.

De ce témoignage, il se déduit que la majorité des personnes âgées en milieu rural restent dans la précarité avancée parce qu'elles ne sont plus à même de mener une activité agricole permanente. Ainsi, constamment malade, ces séniors, sont sans concession dans une quête permanente de retrouver leur vitalité, d'avoir la bonne santé. Les enquêtes de terrains nous amènent à comprendre que, ces ainés sociaux, taxés aujourd'hui de population inactive, de grands consommateurs, ont autre fois été des grands producteurs. En réalité, l'augmentation de l'âge est intimement liée à bon nombres de maux causés par la sénescence. J.C Henrad¹¹⁶ ne manquera pas de souligner que :

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, non mortelles, plus ou moins invalidantes. Ces maladies ajoutent leur retentissement fonctionnel aux effets du vieillissement ; ceci accentue le risque et la difficulté ou même l'incapacité à effectuer un certain nombre de gestes et d'activités de la vie courante.

De cette affirmation, il apparaît donc que, la vulnérabilité économique des personnes âgées est causée par le fait que c'est une tranche de la population en âge très avancé qui ne produit plus grand chose. Mais paradoxalement, on observe que ces ainés sociaux malgré l'absence d'exercice d'une activité susceptible de générer les revenus, doivent dépenser parfois des fortes sommes d'argent pour recouvrer la santé.

II.2-2 Situation économique des personnes âgées commerçantes

En questionnant davantage cette situation de précarité économique, il est établi que les personnes âgées qui décident de faire dans le commerce pour subvenir à leurs besoins, le font juste pour avoir le strict minimum. Ces ainés, pour la plupart, n'ont plus cette capacité physique optimale pour se déplacer au même titre que des grands opérateurs économiques. En réalité, à la

¹¹⁵ Entretien réalisé le 01 juillet 2021 à Njyouom (Foumban).

¹¹⁶ J.C. Henrad, « Système de soins et d'aide aux personnes âgées » in plan urbain, 1992, pp21 ;

question de savoir quelles sont les motivations qui les poussent à avoir cet engouement de faire du commerce malgré leur âge, NS I, personne âgée de 72 ans, n'a pas manqué de faire les révélations suivantes : « *Quand je n'avais pas encore eu l'AVC, j'étais un commerçant ambulancier. Je vendais les oignons et ça passait. Je me déplaçais dans plusieurs villes telles que Bertoua, Batouri, Yokadouma etc. Vu mon âge aujourd'hui et aussi que j'aime être indépendant, je vends le charbon devant ma porte.* »¹¹⁷. À partir de cette déclaration, l'on comprend que l'envie de garder leur activité malgré l'âge est d'abord une question d'habitude. L'argument de la quête d'autonomie ou d'indépendance évoqué par ces derniers est relégué au second plan.

De plus, en se penchant fondamentalement sur cet aspect, on se rend également compte que certains de ces personnes âgées décident parfois de continuer leurs activités malgré l'absence d'un fonds approprié. Autrement dit, la représentation de la notion de commerce chez les aînés sociaux a une autre connotation particulière. Il s'agit pour eux d'une activité ne nécessitant pas un budget énorme, encore moins d'une grosse boutique ou supermarché. Il s'agit, en les écoutants, d'une petite activité qu'on peut faire devant la porte sans se déplacer. A M met cette idée en exergue lorsqu'il affirme que :

*Réellement, je n'exerce aucune activité en plein temps capable de me générer les revenus. Mais pour joindre les deux bouts, je lave les chapeaux traditionnels. Ça ne me rapporte pas grande chose étant donné que je lave à 300frs et parfois 200frs pour ceux qui discutent. En dehors de ça, j'exerce l'ancien métier de mon père. Il trempait les habits neufs dans certains produits qu'il fabriquait et l'habit neuf se transformait en habit vieux traditionnel*¹¹⁸.

Suite à cette déclaration, l'on comprend davantage que, l'esprit d'être dépendant et attendre tous des autres ne gouverne pas la mentalité de toutes les personnes âgées. D'autres décident délibérément de s'occuper en faisant une petite activité.

II.2-3 Situation économique des personnes âgées retraités

Au cours des investigations effectuées sur le terrain en vue de la production de ce mémoire, des discussions ont été menées avec la catégorie de personnes âgées retraitées. Ces personnes dans la majorité des cas étaient des infirmiers, instituteurs retraités, mais aussi des anciens combattants. En fait, au cours d'un entretien réalisé pendant cette phase d'investigation empirique au quartier Malatam, précisément au lieu-dit Café Royal, N A, infirmier retraité de 72 ans affirme que : « *Moi j'ai ma pension retraite. Cela me permet de survivre car si je dis vivre ce sera du mensonge. Cette*

¹¹⁷ Entretien réalisé le 04 juillet 2021 à Njinka (Foumban).

¹¹⁸ Entretien réalisé le 01 juillet 2021 à Manka (Foumban).

pension retraite ne représente pas grande chose avec les charges que j'ai. Je dois, dans cet argent de pension retraite, qui arrive toujours tardivement acheter mes médicaments, vus que je suis diabétique, mais aussi rationner ma femme et prendre en charge ma dernière fille de 24 ans »¹¹⁹. De cet extrait, l'on peut comprendre que la situation de précarité économique n'épargne pas aussi certains retraités. Malgré le fait qu'ils ont occupé les postes de responsabilités dans la haute administration, ces derniers en milieu rural vivent généralement les mêmes misères comme toute autre personne âgée.

En somme, nous retenons de ces différentes déclarations que, la situation économique des personnes âgées en milieu rural reste très critique. Les raisons de ce statut de précarité sont multiples. Dans la plupart des cas, nous retenons que, ces personnes sont pauvres parce que leur âge ne leur permet plus d'exercer toute activité nécessitant une force physique importante. C'est dans cette optique que F R affirmera à juste titre que :

Comment est-ce possible pour moi d'exercer encore une activité ? Pour aller à l'église on me tient par la main. Je ne fais aucune activité qui peut me rapporter de l'argent. Même quand je pars à l'église en rentrant je reste près de la route si je n'ai plus d'argent. Certains passants m'interpellent souvent. Maman ? Vous avez quel problème ? Je réponds en disant que je veux aller à la maison ¹²⁰.

En faisant recours à cette déclaration, il ressort que ces personnes dans la majorité des cas ont toujours besoin d'une aide des proches ou de l'entourage.

II.3- Vulnérabilité géographique

La vulnérabilité géographique ici renvoie aux difficultés majeures que rencontrent les personnes âgées de l'arrondissement de Foumban en termes de déplacements. En effet, il n'est pas inutile de rappeler que la région de l'Ouest Cameroun ¹²¹ se caractérise par un relief montagneux, avec des nombreux plateaux et plaines. Prenant en considération cette configuration géographique, il ressort que les personnes âgées dans cette zone éprouvent beaucoup de difficultés à se déplacer. Ces difficultés se manifestent encore plus lorsqu'on prend en considération les problèmes d'accessibilité sanitaire de ces personnes âgées. L'état de la route étant très mauvais dans cette zone, les aînés sociaux pour se déplacer empruntent des mototaxis.

¹¹⁹ Entretien réalisé le 30 juin 2021 à Malatam (Foumban).

¹²⁰ Entretien réalisé le 03 juillet 2021 à Mfetin (Foumban).

¹²¹ [https // www. Fr.m.WiKikipedia.org](https://www.fr.m.wikipedia.org) (consulté le 18 novembre 2021 à 11h)

II.3.1 La précarité des voies de circulation

Malgré le fait que le Cameroun soit en chantier à bien des endroits en termes de réalisation d'infrastructures routières, le mauvais état des routes constitue l'une des difficultés auxquelles les personnes âgées font face au cours de leur déplacement dans le milieu rural. En effet, les routes qui rendent possible les entrées et les sorties des populations des zones rurales au Cameroun sont en mauvais état. Il ne s'agit pas d'une réalité qui date d'aujourd'hui. Déjà en 1999, Pierre T Nwel en avait fait le constat. Ce qui se révèle dans ces propos :

La nomenclature des voies de circulation routière au Cameroun établit une distinction entre les routes nationales, provinciales, départementales et les routes rurales. Celle-ci qui traverse l'espace des arrondissements et districts, est généralement en mauvais état et rendent la ville et le village difficilement accessibles, surtout en saison pluvieuse.¹²²

De fait, au cours de leurs déplacements, à bord des véhicules ou motos, les personnes âgées empruntent les routes bitumées et non bitumées. Les déplacements sur les routes non bitumées sont souvent à la base de nombreuses difficultés. En période de pluie, ces routes sont difficilement praticables. Cela, du fait des bourbiers et des points d'eau stagnante qui existent tout au long de son cours. Une réalité qui, à un certain moment, impose aux passagers de descendre des véhicules ou motos, dans l'optique de les faire avancer en poussant. Le compte rendu de NA. A, personne âgée de 77 ans va dans ce sens lorsqu'elle affirme que :

Quand je dois me déplacer, je prends un taxi ou une moto. Je ne dois pas parcourir une longue distance à pied. J'assiste rarement aux mariages et deuils. Je ne peux plus prendre la moto car quand je me déplace, avec l'état de la route, les secousses me font avoir mal aux reins. Et je me rappelle une fois, je partais rencontrer un médecin à l'hôpital, tellement pressé, j'ai dû emprunter une moto. Comme il avait plu ce jour, à mi-chemin, la moto m'a renversée¹²³.

Une telle affirmation permet de dire que le déplacement des personnes âgées dans le milieu rural n'est pas une épreuve facile. Il constitue un véritable parcours du combattant. Il est important de souligner que, quand ces véhicules et motos s'arrêtent à cause des obstacles tels que les points d'eau stagnante et bourbiers, la personne âgée se retrouve souvent dans l'obligation d'avancer soit à pied jusqu'à destination, soit faire demi-tour.

¹²² Pierre Titi Nwel, « Entre la ville et la campagne » (227-239), In : Cahier de l'UCAC, Citadins et ruraux en Afrique subsaharienne, Paris, Karthala, 1999, P.227.

¹²³ Entretien réalisé le 03 juillet 2021 à Kounga (Foumban).

PHOTO N°3 : MOYEN D'ACCESSIBILITÉ AU LOGEMENT D'UN SENIOR À KOUDOUM



Source : photos de terrain prises le 04/07/2021

Il est observé sur la **photo 3** deux réalités majeures. La première est celle de la photo de gauche qui illustre un pont accessible au domicile d'un senior. Il a été interdi aux motos taximan de traverser ce pont de peur de l'endommager davantage. Et aussi, il faut noter qu'en cas de forte pluie, le pont n'est pas accessible. Cette difficulté est souvent due aux eaux de ruissellement qui inondent le pont. La deuxième réalité qui est celle de la photo de droite, met en exergue une maman âgée grim pant avec beaucoup de difficulté une colline à forte pente.

II.3.2 Les motocyclettes comme moyens de transport des personnes âgées à Foumban

Dans le contexte Camerounais, les observations de terrain nous ont amenées à dire que les voitures éprouvent d'énormes difficultés à assurer le service de transport dans de nombreux villages du fait de leur enclavement. Du coup, les motocyclettes communément appelés mototaxis, s'imposent comme principal palliatif. C'est pour cette raison que J Y Happy affirme non seulement que « *les motos sont à la fois disponibles et flexibles sur des axes abandonnés par les taxis auto et les bus* »¹²⁴, mais aussi et davantage qu' « *Au stade actuel, les mototaxis rendent des services qu'aucun autre moyen de transport ne peut assurer* ». ¹²⁵

En réalité, les mototaxis se constituent comme étant les moyens de transport les plus utilisés par les populations lorsqu'elles effectuent leurs sorties ou leurs entrées des différents villages et villes au Cameroun. C'est compte tenu de cette réalité que bon nombre de personnes âgées en milieu rural se déplacent en mototaxi.

¹²⁴ J.Y Happy , « Les mototaxis entre pauvreté, chômage et insécurité à Yaoundé » (91-126), In : Kengne Fodouop(dir), Le Cameroun : Jardin sacré de la débrouillardise, Paris, L'Harmattan, 2015, p.104

¹²⁵ J.Y Happy, Idem

II.4- Vulnérabilité sanitaire

Lorsqu'on parle de la vulnérabilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural, on fait allusion à des difficultés multiples qu'elles rencontrent dans le cadre de leur problème de santé. En effet, les informations reçues sur le terrain nous ont permis d'arriver à la conclusion selon laquelle, les personnes âgées de l'arrondissement de Fouban souffrent du manque de médecins spécialistes (gérontologues) en charge des personnes âgées, manque d'infrastructures sanitaires appropriées et enfin du manque de médicaments spécifiques à certaines maladies.

II.4-1 Absence des prestataires de soins qualifiés

La gériatrie¹²⁶ est une branche de la médecine qui s'occupe de la santé à l'âge avancé. Cette spécialité englobe les aspects biologiques et cliniques mais aussi préventifs, de réadaptation et sociaux des pathologies. Le gériatre est donc un médecin spécialiste de toutes les maladies et troubles du vieillissement. Dans l'arrondissement de Fouban, les maladies auxquelles certaines personnes âgées font face sont entre autres les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le mal des yeux (cataracte, glaucome...), les maladies hygiéno-diététique, le rhumatisme qui fragilise les os etc. Face à ces différentes maladies, les personnes âgées qui se rendent dans des formations sanitaires ont du mal à trouver les personnels sanitaires spécialistes. C'est dans ce sens qu'il faut comprendre les propos de NS A, lorsqu'il affirme que :

(...) Je suis devenu aveugle parce que chaque fois que je me rendais à l'hôpital, le médecin spécialiste qui devait me prendre en charge était en déplacement. Les responsables de l'hôpital me disaient que ce spécialiste est un Américain et qu'il était en congés dans son pays. On m'a dit de repasser au mois de juin. J'ai respecté le rendez-vous, mais je n'ai pas toujours pu rencontrer le médecin. Je suis allé à plusieurs reprises sans suite¹²⁷.

De ces propos, il se dégage un constat : celui qui fait comprendre que certaines maladies simples au départ se compliquent avec le temps à cause du manque de médecins spécialistes. En effet, certaines personnes âgées vivent avec certaines maladies dont ils n'ont pas de solution fiable en terme de traitement. Fatiguées parfois des multiples rendez-vous sans suite, elles finissent par se décourager et restent à la maison avec la maladie.

¹²⁶ <https://www.chuv.ch> formation.(consulté le 8 janvier 2022).

¹²⁷ Entretien réalisé le 06 juillet 2021 à KOUFFEN(KOUDOUM)

II.4-2 Absence centre de santé qualifié et spécialisé

Au Cameroun, en dehors des hôpitaux régionaux où l'on peut espérer avoir les différents services de soins tels que : la médecine générale, l'immunologie, la radiologie, la chirurgie, la neurologie, la pneumologie, la cardiologie et l'odontologie ; dans le milieu rural, les structures sanitaires publiques en dehors des structures privées et confessionnelles sont les Centres médicaux d'arrondissement (CMA) et les Centres de santé intégrés (CSI). Selon le ministère de la santé publique, l'arrêté n° 0821/A/MINSANTE du 01 Avril 2011¹²⁸, dans son article 2 définit clairement le CMA et le CSI. Le Centre médical d'arrondissement est une formation sanitaire publique située dans le ressort territorial d'un ou de plusieurs arrondissements et placé sous la responsabilité d'un Docteur en médecine, offrant des prestations de santé d'un niveau supérieur à celles offertes par les centres de santé intégrés et assurant la disponibilité des soins de préventions et de gestion appelé « *Paquet minimum d'activités* » (PMA), effectuées de façon intégrée. Le Centre de santé intégré quant à lui est une formation sanitaire de sixième catégorie qui assure la disponibilité des soins essentiels de base dans la communauté à travers un ensemble d'activités, de soin, de prévention et de gestion appelés « *paquet minimum* » (PM), effectués de façon intégrée (Accouchement, prise en charge des maladies de l'enfant, etc.).

Dans l'arrondissement de Foumban, les observations de terrain nous ont amené à constater que les CMA et CSI étaient rares, et quand bien ils existaient, ils étaient dans un état de décrépitude avancée. En effet, l'état de délabrement des structures sanitaires dans le milieu rural est parfois la cause de la non fréquentation de ces structures par les personnes âgées. À ce sujet, NN. S, Adjoint au maire de la commune de Foumban affirme que :

La dernière fois que nous avons visité quelques institutions sanitaires, je ne peux pas dire toutes les institutions vues que c'était plusieurs commissions. Ce que nous avons découvert est toujours ce manque de plateau technique, des manquements terribles. Vous arrivez dans une formation sanitaire, la table d'accouchement c'est la table à manger qu'on trouve dans les ménages. Je suis même arrivée dans des endroits où le centre de santé était en location et quand vous voyez même, le cadre est à désirer. Le matériel est vieux, rien n'est moderne, ni acceptable. Nous avons même discuté avec certaines femmes, qui déclaraient que : « si je ne suis pas trop coincé je pars faire quoi dans la vieille maison là ? » Elles poursuivent en disant que : « si ce n'est pas à des heures tardives que la maladie me prenne, et m'empêche d'aller dans le centre de mon choix, sinon je pars faire quoi dans un cadre non vivable ? »¹²⁹

¹²⁸ Arrêté N°0821/A/MINSANTE DU 01 AVRIL 2011 Portant cahier des charges précisant les conditions et modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'état aux communes en matière de construction, d'équipement, d'entretien et de gestion des centres de santé intégrés et des centres Médicaux d'arrondissement.

¹²⁹ Entretien réalisé le 29 juin 2021 à la commune de Foumban.

Au regard de ce témoignage, il s'observe que l'État peine d'une part à construire des nouveaux centres de santé, mais d'autre part éprouve des difficultés à réfectionner les anciens centres. Par ailleurs, il s'observe sur le terrain que certains centres de santé publique sont en location malgré leur état de précarité avancé.

II.4-3 Absence des médicaments

L'accès abordable à des médicaments de qualité¹³⁰ est une des fonctions essentielles du système de santé. L'accès aux médicaments doit être intégré aux autres aspects systémiques tels que le financement de la santé, les ressources humaines, la délivrance des soins. De février à avril 2011, une étude a été conduite à Yaoundé, Cameroun,¹³¹ afin d'identifier des questions de recherche prioritaires en matière d'accès et d'usage des médicaments. Les principaux constats de l'étude ont été : la composante financière comme principale barrière à l'accès aux médicaments, les hôpitaux publics comme offre de meilleurs prix de vente des médicaments par rapport aux pharmacies privées, l'existence des inégalités dans la répartition géographique des structures de dispensation des médicaments, la faible disponibilité des médicaments tant dans les structures publiques que privées, l'existence d'un marché illicite de vente des médicaments solidement implanté comme alternative pour les personnes incapables d'assumer leurs dépenses en médicaments dans le circuit formel.

De fait, dans les pays pauvres, l'accès aux médicaments et leur usage rationnel sont généralement faibles. En effet, les informations reçues sur le terrain font état de ce que, en milieu rural, bon nombre de personnes âgées en cas de maladie peinent à trouver des médicaments. Cette réalité se justifie par le manque de pharmacie à proximité ou manque d'approvisionnement de cette dernière quand bien même elle existe ; le coût élevé de certains médicaments. C'est ce qui fait dire à F R que :

Mon état de santé s'est aggravé quand j'ai perdu mon fils aîné. C'est lui qui m'achetait les médicaments à Yaoundé car il vivait là-bas avec ses enfants. Depuis son décès, je suis allé à plusieurs reprises en pharmacie, je n'ai pas trouvé mes médicaments. Un jour je suis allé à l'hôpital pour me faire consulter, et quand j'ai fini le médecin m'a fait comprendre qu'il avait les médicaments pour mon traitement. Je n'ai pas pu acheter ces médicaments parce que le coût était trop élevé. Vu que je me sens toujours très faible, depuis bientôt trois mois

¹³⁰ <https://www.who.int> (consulté le 6 janvier 2022).

¹³¹ Claudine Ntsama Essomba et Al, « Identification des questions de recherche prioritaires en matière de politique d'accès et d'usage de médicaments dans des pays francophones d'Afrique Centrale, à revenus faibles ou intermédiaire », in <https://www.who.int> .

*j'ai commencé avec le traitement traditionnel. L'avantage est que la dame qui me traite ne demande pas grande chose.*¹³².

En réalité, il s'observe de ce témoignage que le manque des médicaments en milieu rural est une réalité criarde que personne ne saurait remettre en cause. Aussi, il n'est pas inutile de rappeler que certains médecins généralistes dans leur bureau se transforment en pharmaciens et font le commerce des médicaments. L'inconvénient de cette pratique est qu'ils augmentent les enchères en vendant les médicaments plus cher compte tenu de leur rareté sur le marché. De plus, nous notons que ce manque de médicaments est parfois la principale raison qui pousse certains patients à abandonner la médecine moderne pour recourir la médecine traditionnelle.

II.5- Vulnérabilité de l'information

Le premier rôle de l'information, dans le sens où la définit F. Machlup,¹³³ économiste de l'école autrichienne, est de faciliter l'acquisition d'un langage commun afin de partager ou de transmettre savoir et connaissance. Elle doit :

-Être sans équivoque possible quant à son interprétation ; les frontières peuvent en effet être floues entre message publicitaire et information sanitaire.

- Être fiable, utile, crédible, claire, compréhensible, lisible, sourcée, identifiable, datée, partagée, diffusée, accessible, transparente, précise...pour limiter le brouillage de l'information en santé.

- Informer les patients car ils ont droit à l'information médicale ;

-Répondre au plus près aux besoins de savoir de cette nouvelle mosaïque d'acteurs impliqués en santé publique, qu'ils soient professionnels, décideurs ou usagers.

Dans l'arrondissement de Fouban, les données collectées sur le terrain nous amènent à dire que bon nombre de personnes âgées n'ont pas de connaissance sur l'ensemble des informations relatives à la médecine moderne. Autrement dit, les investigations de terrain nous amènent à dire que bon nombre des personnes âgées souffrent du manque des informations fiables en ce qui concerne le domaine de la santé. Deux facteurs expliquent ce phénomène : il s'agit de l'analphabétisme et de l'enracinement des personnes âgées à la médecine traditionnelle.

¹³² Entretien réalisé le 03 juillet 2021 à Mfentin.

¹³³ Cathérine Cecchi, « La place de l'information dans la décision en santé publique » in Santé Publique, vol 20, n°4, 2008, p387-394.

II.5-1 L'analphabétisme des personnes âgées

L'alphabétisme¹³⁴ se définit comme la capacité d'une personne à comprendre et à utiliser l'information écrite dans ses activités quotidiennes à la maison, au travail et dans la collectivité. Cependant, dans le milieu rural du département du Noun, il s'observe que la majorité des personnes âgées présentent des niveaux d'alphabétisme limités, voire insuffisants. En effet, bon nombre des personnes âgées avec qui nous avons eu des entretiens n'ont pas été à l'école. Les raisons sont multiples et parfois spécifique à chaque personne âgée. A ce sujet, N O, artisan âgé de 81 ans, affirme que : « *Moi je n'ai pas fréquenté. À l'époque, il y avait un maître d'école qui passait de maison en maison pour chercher les jeunes pour qu'ils partent fréquenter. Il était venu me chercher pour que j'aie fréquenter. Le jour où je devais m'y rendre, le gouvernement a affecté mon père dans la brousse et nous avons changé de village pour aller dans une brousse qui n'avait pas d'établissement scolaire* »¹³⁵. Contrairement à N O, une autre personne âgée interrogée sur la question du niveau d'étude affirme qu'elle a arrêté l'école à cause du manque des moyens. En effet, M A, un maçon de 76 ans affirme que : « *J'ai arrêté l'école au cours élémentaire deux (CE2) car mon père n'ayant plus la force de faire les travaux champêtres, affirmait qu'il est fatigué de payer mes études (...)* »¹³⁶. De ces témoignages, il s'observe que, la majorité des personnes âgées n'ayant pas été à l'école ignorent beaucoup d'informations en ce qui concerne la médecine moderne. Ce constat de l'ignorance va pousser l'infirmier N I à dire que :

*L'une des difficultés majeures à l'accès aux soins de santé en milieu rural c'est l'ignorance. C'est-à-dire que la plupart des personnes âgées au quartier sont ignorantes et pensent qu'on ne peut pas soigner certaines maladies à l'hôpital. Elles pensent également que les centres hospitaliers sont des milieux où les médecins s'intéressent plus à de l'argent qu'à leur état de santé.*¹³⁷

Au regard de ce qui précède, l'on constate que le recours à la médecine moderne, la fréquentation des institutions hospitalières par les personnes âgées dépendent du degré de connaissance ou d'information dont elles disposent.

¹³⁴ Nathalie BOIVIN, RURALITE, ANALPHABETISME ET SANTE : défis propre aux communautés Acadiennes et Francophone du Nord-Est du Nouveau-Brunswick, Canada, Les presses de l'Université d'Ottawa, 2007, p23-24

¹³⁵ Entretien réalisé le 4 JUILLET 2021 à Njidara.

¹³⁶ Entretien réalisé le 31 JUIN 2021 à Njinka.

¹³⁷ Entretien réalisé le 06 JUILLET 2021 à NJIYOUOM

II.5-2 L'enracinement de la médecine traditionnelle

L'idée développée ici est celle de montrer que les personnes âgées ont une forte croyance en la médecine traditionnelle. En effet, ayant grandi auprès de leurs parents, qui autrefois avant l'arrivée de la médecine moderne étaient purement traditionalistes, ces personnes âgées se sont faites socialiser d'une manière explicite ou implicite à la médecine traditionnelle. La conséquence logique de cette culture avancée en médecine traditionnelle est le comportement d'hostilité face à la médecine moderne. Autrement dit, cette attitude d'opposition à la médecine moderne est due au fait que les personnes âgées ont été socialisé à des thérapies traditionnelles spécifiques à certaines maladies. Malgré l'avènement de la médecine moderne avec ses prouesses, cette tranche de la population (ainés sociaux) pense que la médecine traditionnelle reste et demeure incontournable et irremplaçable. Fort de ce discours, M A nous rapporte que :

Mon papa dès notre naissance nous faisait boire des potions amères et nous disait que cela était efficace pour prévenir plusieurs maladies. Plus on grandissait, il nous montrait plusieurs herbes, mais aussi des écorces qu'on pouvait utiliser face à certaines maladies (mal d'estomac, diabète, typhoïde, paludisme etc.). (...) Avec le temps nous avons maîtrisé les connaissances en ce qui est du mode de traitement de plusieurs maladies et pour moi, se rendre à l'hôpital c'est aller jeter de l'argent. Pourquoi se rendre à l'hôpital pour une maladie dont la solution est de se rendre au champ et revenir avec des herbes pour faire bouillir et se soigner ?¹³⁸.

En se référant à ces propos, il s'observe que l'attachement des personnes âgées à la médecine traditionnelle s'explique par le fait qu'elles ont foi à cette dernière étant donné qu'on leur a inculqué cela depuis le bas âge. De plus, elles estiment que l'hôpital est un endroit où on jette de l'argent.

La vulnérabilité de l'information ici se justifie par le fait que beaucoup de personnes âgées en milieu rural décèdent avec des maladies dont elles n'ont pas connaissance qu'elles peuvent soigner dans des hôpitaux publics ou privés. Notre séjour sur le terrain nous a permis de constater que la majorité des personnes âgées qui affirme se soigner en médecine traditionnelle reconnaissent les limites de cette dernière face à certaines maladies. En effet, ne disposant pas d'une connaissance avancée sur la médecine moderne, ces aînés sociaux se retrouvent dans des situations sanitaires dont ils n'ont pas la solution.

¹³⁸ Entretien réalisé le 14 JUILLET 2021 à KOUNGA.

II.6- Co-vulnérabilité chez les personnes âgées

De prime à bord, il est judicieux de rappeler que les situations de vulnérabilité des aînés sociaux mises en évidence ici ne doivent en aucun cas être comprises de manière isolée. En effet, dans l'arrondissement de Fouban, les observations faites sur le terrain nous ont conduit à constater que les situations de vulnérabilité se chevauchent les unes sur les autres, en provoquant une situation de co-vulnérabilité. Autrement dit, certaines personnes âgées concernées par la vulnérabilité infrastructurelle, se retrouvent souvent confrontées à la fois par la vulnérabilité économique, sanitaire, géographique. A ce sujet, F R, maman de 92 ans rapporte que :

J'ai encore quel problème en dehors de la nourriture ? Je ne fais plus le commerce. Quand je suis malade, je suis obligé d'attendre le soutien de mes enfants. (...) L'une de mes filles était venue pour me chercher afin d'aller vivre avec elle à Yaoundé où elle est mariée, j'ai refusé car je ne peux pas abandonner la concession de mon défunt mari. Vous voyez que cette maison est déjà vieille et c'est tout ce qu'il m'a laissé quand nous sommes rentrés de la retraite avant sa mort ¹³⁹.

Fort de ce discours, nous constatons que certains seniors peuvent se retrouver dans des situations où on assiste à un foisonnement de plusieurs cas de vulnérabilité. Manquant d'activités génératrices de revenus, du fait du poids de l'âge, il s'observe que ces personnes âgées ont souvent besoin d'aide de plusieurs natures.

En définitive, nous intéressés à la situation de vulnérabilité permanente des personnes âgées dans l'arrondissement de Fouban, nous nous sommes rendus compte que, la définition de la notion de personne âgée, aîné, vétérans, seniors, vieux, varie selon la situation dans laquelle le mot est employé, selon le secteur d'application ou encore selon la personne qui s'exprime. De plus, nous avons essayé d'une part, de présenter les classifications des personnes âgées en fonction de certains auteurs, et d'autre part, ressortir les caractéristiques propres à ces aînés sociaux. En outre, nous avons dans ce chapitre ressorti les différentes formes de vulnérabilités dont les aînés sociaux sont victimes en milieu rural. Il s'agit entre autre de la vulnérabilité infrastructurelle, celle économique, géographique, sanitaire et de la vulnérabilité de l'information.

¹³⁹ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à NJICHINKA

CHAPITRE II

REPRÉSENTATIONS SOCIALES CONSTRUITES AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN

Dans ce chapitre, il sera question de montrer la perception que la population de Fouban construit autour de la vieillesse. Mieux encore, mettre en lumière comment est-ce que les populations de Fouban se représentent la notion des personnes âgées. De fait, les perceptions que l'on a des personnes âgées sont perpétuellement redéfinies en fonction du contexte social et dépendent avant tout d'une série de construction sociale antérieure.

I- LA NOTION DE REPRÉSENTATIONS SOCIALES

Elle consiste en une vision propre à une société donnée et donc caractéristique de sa culture. Dans ce sens, la société transcende la famille pour s'étendre à d'autres groupes d'appartenance ou de référence avec comme figure de proue le brassage des cultures. C'est dans ce sens que, U. WINDISCH affirme que « *Les représentations sociales se construisent dans l'interaction sociale* »¹⁴⁰. Dans les années 60, le terme de représentation sociale est né pour désigner les représentations que construisent les groupes sociaux comme la santé, l'environnement ou l'éducation. C'est donc dans ce sens que C. GARNIER et L. SAUVE affirment :

*Une représentation est un phénomène mental qui correspond à un ensemble plus ou moins conscient, organisé et cohérent d'éléments cognitifs, affectifs et du domaine des valeurs concernant un objet particulier. On y retrouve les éléments conceptuels, des attitudes, des valeurs, des images mentales, des connotations, des associations, etc. C'est un univers symbolique, culturellement déterminé où se forment les théories spontanées, les opinions, les préjugés, les décisions d'action, etc*¹⁴¹.

Les représentations sociales constituent, selon la définition de J-M SECA « *un système de savoirs pratiques (opinions, images, attitudes, préjugés, stéréotypes, croyances), générés en partie dans des contextes d'interactions interindividuels ou et inter groupaux* »¹⁴². Les représentations sociales revêtent deux traits principaux qui les caractérisent : d'une part, elles sont collectives (et

¹⁴⁰ U. WINDISCH, Les représentations sociales, Paris, PUF, 1989.

¹⁴¹ C. GARNIER et L. SAUVE, « Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement-Conditions pour un design de recherche », Éducation relative à l'environnement, 1999.

¹⁴² J-M SECA, Les représentations sociales, Cursus, 2001, PP138-140.

à ce titre concernent essentiellement le social) et ne peuvent rendre compte des différences individuelles ; d'autre part, elles sont des mélanges de concepts, d'images et de perceptions.

Ainsi, selon S. MOSCOVICI , en 1961 dans son ouvrage intitulé *la psychanalyse, son image et son public*, la théorie des représentations sociale est une des théories majeures en psychologie sociale. Par représentation sociale, MOSCOVICI entend :

Un système de valeur, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception, des situations et d'élaboration des réponses ¹⁴³.

Ainsi, comme il apparaît de cette définition, toute représentation sociale est représentation de quelque chose et de quelqu'un. C'est une construction autour d'une chose ou de quelqu'un. Autrement dit, les représentations sociales sont des représentations construites des facteurs sociaux dans le cadre de leurs pratiques quotidiennes et partagées par l'ensemble des membres d'un groupe social au-delà des particularités individuelles. Plus loin, l'auteur décrit la représentation sociale comme un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, permettant la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, et une orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses.

Dans les années 80, D. JODELET pour qui la représentation sociale est « *une forme de connaissance spécifique de savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués* »¹⁴⁴, a enrichi le travail de S. Moscovici, en définissant la représentation sociale comme une forme de pensée sociale particulière : « *Les représentations sociales sont des modalités de pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal* »¹⁴⁵. Dans les années 90, J-C Abric (psychosociologue) poursuit en indiquant que « *les représentations sociales sont des ensembles sociocognitifs, organisées de manière spécifique, et régis par des règles de fonctionnement qui leur sont propres* »¹⁴⁶. Il précise que les représentations sociales articulent plusieurs fonctions :

- Fonction de savoir pour comprendre et expliquer la réalité.
- Fonction identitaire, qui intervient dans le processus de socialisation.

¹⁴³ S. MOSCOVICI, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 2004, p.1

¹⁴⁴ D. Jodelet, « représentation sociale : phénomène, concept et théorie », in *Psychologie sociale*, PUF, S. Moscovici, 1984, P.361.

¹⁴⁵ D. Jodelet, *ibidem*, P.357-378.

¹⁴⁶ J-C ABRIC, *Pratique sociales et représentations*, PUF, 1994.

- Fonction d'orientation pour guider les comportements et les pratiques.
- Fonction justificatrice des prises de position, qui justifie nos choix et attitudes jouant un rôle dans le maintien ou le renforcement des positions sociales.

II/ LES PERCEPTIONS CONSTRUITES AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN

Dans l'arrondissement de Foumban, les représentations sociales qui se construisent autour des personnes âgées sont multiples. Lors des investigations sur le terrain, nous avons pu noter comment les discours des populations locales autour de la personne âgée naissent, se construisent et se diffusent. Autrement dit, sur le terrain nous avons pu comprendre les systèmes de représentations sociales développées autour des personnes âgées à Foumban.

II.1- Personne âgée perçue comme le socle/gardien de la culture

La notion de culture est diversement analysée dans les champs scientifiques. Au regard du caractère ambigu donc elle est porteuse, chaque auteur l'analyse avec ses référents épistémologiques et méthodologiques. C'est dans ce sens que le mot culture est un mot irritant, polysémique, à géométrie variable, dont les spécialistes ont relevé des centaines de définitions¹⁴⁷. C'est dans cette dynamique que nous convenons dès l'entame à la suite d'E. KAMDEM que « *la littérature sur la culture est très abondante et diversifiée ; il est donc prétentieux de notre part d'en faire le tour* »¹⁴⁸ dans notre recherche.

L'auteur nous fait également comprendre que le premier anthropologue ayant théorisé la notion de culture en anthropologie est le britannique E.B TYLOR dans son ouvrage *Primitive culture*. Ce dernier propose à la notion de culture, la définition suivante qui demeure d'ailleurs actuelle : « *culture ou civilisation, prise dans son sens ethnologique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou acquises par l'homme en tant que membre de la société* »¹⁴⁹.

D'après l'Unesco, l'institution internationale, donc l'un de ces objectifs est la protection et la valorisation de la culture des nations, la culture est un concept englobant de par les différentes composantes dont elle est porteuse. La complexité de cette notion est résumée à travers la définition suivante :

¹⁴⁷ P. MOULINIER, Les politiques publiques de la culture en France, Paris, PUF, 1999, P.4.

¹⁴⁸ E. KAMDEM, Management et interculturalité en Afrique. Expérience Camerounaise, Québec, les presses de l'Université de Laval, Paris, l'Harmattan, 2002, P27.

¹⁴⁹ Op.cit., p.29.

*La culture dans son sens plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances*¹⁵⁰

Dans le vaste champ de la rationalité scientifique, M EDJENGUELE¹⁵¹ dans son ouvrage *Morts et vivant en négro-culture*, distingue deux types de culture : *la culture morte et la culture vivante*. D'après lui, la culture morte est cet ensemble d'items et d'institutions qui n'ont pas pu s'adapter à la marche irréversible du temps et, pourtant, s'accrochent au wagon de l'histoire et deviennent par là même un poids mort. Pour lui, la culture morte est cette culture qui ne répond plus efficacement au besoin des individus vivant dans une communauté donnée. On la retrouve dans les aéroports entre les mains des touristes qui ont à cœur de garder un souvenir de leurs voyages en terre africaine. Les danses traditionnelles et les productions folkloriques (lors des visites des chefs d'Etat étrangers, lors des événements sportifs) sont révélatrices d'après l'auteur de cette culture morte. Et par culture vivante, il nous fait observer que c'est une culture qui :

*Est en accord avec l'environnement, les aspirations de ceux qui la vivent, qui comprend des valeurs épuisantes, passées et non passéistes, actuelles, endogènes et exogènes, à condition de préparer ses consommateurs à faire face aux défis existentiels.*¹⁵²

La culture vivante telle que nous dit l'auteur est une culture dynamique qui absorbe les apports étrangers, c'est une culture fortement ancrée dans l'agir humain, elle est un palliatif aux besoins existentiels des individus.

Dans l'arrondissement de Fouban, les entretiens réalisés avec des personnes âgées ont permis de réaliser que ces dernières étaient des gardiens de la tradition Bamoune. En effet, les personnes âgées dont l'âge se trouve dans l'intervalle de 78 ans et plus ont pour la plupart une connaissance poussée des valeurs culturelles du royaume. Pour avoir eu la chance d'être « Nji »¹⁵³ à l'époque du roi Njoya, ces vieux sont qualifiés des « *vieux sages* » dans la communauté. Le terme « vieux sage » est employé pour justifier le fait que les personnes âgées

¹⁵⁰ Déclaration de Mexico sur les politiques culturelles, Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico city, 26 juillet-août 1982.

¹⁵¹ M. EDJENGUELE, *Morts et vivants en negro-culture*. Culte ou entraide ? PUY, 2016.

¹⁵² M. EDJENGUELE, *Ibidem*.

¹⁵³ Titre honorifique dans le royaume Bamoun. Est intronisé Nji toute personne qui apporte d'une part une innovation dans le royaume, mais d'autre part une personne qui a su se démarquer de manière positive. Cependant, le titre de Nji est aussi reconnu aux jumeaux ou jumelle à leur naissance.

sont généralement consultées lorsqu'un débat entre les jeunes ne trouve pas d'issue. Interrogés sur la question, les propos de ces personnes âgées ne sont jamais remis en question. C'est cette réalité qui nous pousse à dire avec Amadou Hampâté Bâ¹⁵⁴ : « *En Afrique, quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle* ».

En outre, la notion de gardien de la tradition ici se justifie par le fait que, ces seniors interrogés individuellement, racontent de façon très cohérente les histoires du royaume Bamoun. Des réalités qui ont existé à l'époque du tout premier roi Ncharen. Plus loin, ces aînés sociaux dans leur narration n'ont pas manqué de nous lister quelques normes coutumières propres à la communauté Bamoune. C'est à ce titre que N S, ancien notable du feu roi Njimoluh Seidou raconte :

La tradition est en train de perdre sa valeur mon fils, nous tolérons beaucoup des choses de nos jours. Je vais vous citer quelques règles de notre coutume qui s'appliquaient avec rigueur à l'époque :

1. *Dans le pays des pamom (bamoune), si quelqu'un assassine un de ses semblables et que l'affaire ne soit pas portée à la connaissance des juges dans les deux jours qui suivent le meurtre, cette affaire ne peut être jugée ; de même s'il se passe trois, quatre et même dix jours.*
2. *Si le roi charge un homme d'arrêter un autre homme et si celui-ci s'en fuit ou n'obéit pas aux ordres transmis, le messenger du roi peut le tuer sans craindre de mourir, parce qu'il a tué cet homme à cause du roi.*
3. *Si un homme tue un de ses serviteurs alors qu'il voulait seulement le frapper, parce qu'il avait une affaire avec lui, cet homme doit informer le roi le plus rapidement possible et le roi pourra accorder une faveur à cet homme en lui laissant la vie.*
4. *Si un mom (bamoune) tue l'étranger, il ne doit pas mourir, mais il doit donner un esclave au roi.*
5. *Si un étranger tue un mom, le roi donne le meurtrier à Njiatout ; il reste là comme esclave du roi, mais le roi peut le racheter en donnant un autre homme à Njiatout.*
6. *Si une femme enceinte tue quelqu'un, le roi donne cette femme dans la maison de matingou et elle ne meurt qu'après l'accouchement, afin que l'enfant reste vivant.*
7. *Si une femme royale tue quelqu'un, elle ne peut être tuée, parce qu'elle a tué*
8. *Si le fils du roi régnant tue quelqu'un, il ne peut être puni de mort.*
9. *Si un homme blesse un autre, il donne un homme au roi ; six cents cauris sont donnés au serviteur envoyé. On donne cinquante mille cauris au blessé si la blessure est grave ; si elle n'est pas grave, trente mille. Si un homme crève l'œil d'un autre, il donne un esclave au roi et deux cent mille cauris à celui qui a l'œil crevé. Si un homme arrache la dent d'un autre, il donne cinquante mille cauris au roi et trente mille à celui qui a eu La dent enlevée.*
10. *Si un homme prend ce qui appartient à un autre, on l'arrête pour l'amener au roi chez qui il disparaît. Le roi peut lui demander d'amener deux personnes. Si un homme prend*

¹⁵⁴ Amadou Hampâté Bâ, né en 1900, en Bandiagara, au Mali et mort le 15 mai 1991 à Abijan, an Cote d'Ivoire, est écrivain et ethnologue malien, défenseur de la tradition orale, notamment peule.

ce qui appartient à un autre et que ce dernier l'arrête et lui fasse rendre ce qu'il a pris, à l'issue du roi, et que le roi apprenne par le voleur ou par une autre personne ce qui a été fait, le roi laisse le voleur mais celui qui a été volé doit deux personnes au roi.

11. *Si quelqu'un coupe un arbre au bord du fossé, il doit donner au roi un homme, trois mille cauris. Si quelqu'un coupe un arbre dans sa propriété, il ne donne rien au roi. Si quelqu'un vient couper un arbre dans une propriété qui ne lui appartient pas, il paie une amende.*
12. *En cas de diffamation du roi : si quelqu'un va dans un endroit pour « couper la bouche du roi »¹⁵⁵, le coupable est arrêté, amené au palais où, après l'avoir frappé de nombreux coups, il est mis en prison ; il y travaille longtemps avant de sortir. S'il a reçu quelque chose au nom du roi, il doit rendre ce qu'il a reçu pour que cela soit remis à celui qui a donné¹⁵⁶.*

De ce commentaire, nous notons que certaines personnes âgées constituent de véritable temple de savoir. Ce discours met en exergue, certaines règles spécifiques à la communauté Bamoune. En effet, lors d'un échange avec les personnes âgées de l'arrondissement de Foumban, l'on entre en connaissance avec la réalité des us et coutumes Bamouns, mieux encore, avec des corps de connaissances difficilement accessibles à la nouvelle génération.

Conscient du fait que la culture est un tout complexe, et que nul ne peut avoir une connaissance exhaustive des valeurs culturelles d'une tribu, MM A, personne âgée de 79 ans met en exergue, comment on devenait habile guerrier chez les pamom (Bamoune). A ce sujet, il affirme :

Lorsque les ennemis attaquent en pays découvert et qu'un bon guerrier, après avoir foncé sur eux, revient sain et sauf, grâce à Dieu, s'il fonce encore une seconde fois et revient sain et sauf grâce à Dieu, il ne doit pas pousser la témérité plus loin. Dès ce moment, il doit se conduire à la guerre avec prudence, il ne doit plus foncer sur l'ennemi, car s'il fonce, les ennemis peuvent le tuer. Cela montre que la cruche qui va toujours à l'eau se brise vite ; celle qui y va le moins souvent ne se brise pas vite.

Lorsque les ennemis poursuivent les guerriers, ceux-ci se cachent dans l'herbe de façon à ne pas être vu de leur adversaire. A l'approche de ces derniers, ils se lèvent brusquement, en tuent un certain nombre, tandis que les autres prennent la fuite. On appelle de tels guerriers yaa gbet nzum (vient tuer le sorcier).

Lorsque les guerriers vont en guerre, un tel homme, brave et courageux sort du camp pendant la nuit pour aller jusqu'à dans le village ennemi. Il se tient à la porte d'une de leur case, et au matin, lorsque ses compagnons de combat attaquent, les ennemis ouvrent leur portes pour savoir ce qui se passe ; alors ce brave homme tue l'ennemi, puis va à la rencontre de ses compagnons de combat et leur dit : « Je suis mandu », ce que voyant ils disent : « celui-ci est véritablement un homme », ils sont surpris de ce qu'il a fait¹⁵⁷.

¹⁵⁵ Expression populaire utilisée pour signifier : mentir sur le nom de quelqu'un.

¹⁵⁶ Entretien réalisé le 9 Juillet 2021 A NJINDARA.

¹⁵⁷ Entretien réalisé le 4 Juillet 2021 à Manka.

De ce qui précède, il s'observe que les guerres qui opposaient les bamounes et les habitants d'autres tribus étaient minutieusement préparés. À en croire le discours des personnes âgées lors des investigations de terrain, il va se dire que dans le royaume Bamoun il existait bel et bien une stratégie de guerre propre aux bamouns. L'application régulière de ces stratégies a débouché sur des victoires nombreuses et a permis aux bamounes d'étendre la superficie de leur territoire.

En poursuivant les entretiens avec des personnes âgées, dans l'optique de montrer davantage qu'elles sont porteuses des valeurs culturelles qui tendent à disparaître, nous avons pu avoir une idée sur l'histoire du roi Njoya au moment où les Allemands étaient en guerre contre les Français et les Anglais. S A déclare à ce sujet :

Les Allemands étaient maîtres du pays des pamom ; il arriva que Douala fils de Manga, envoyât Ndana auprès du roi Njoya. Vendu depuis longtemps aux gens de la forêt, Ndana venait informer Njoya du conflit qui existait entre Allemand d'une part et Français et Anglais d'autre part ; C'est par lui que Douala, fils de Manga, conseillait à Njoya de commencer la lutte contre les Allemands dans son pays. Le roi Njoya envoya des messagers pour dire à Douala, fils de manga : « Les Allemands sont mes pères et Louis est comme mon frère, comment dès lors pourrais-je entrer en guerre avec eux ? ». Puis il arrêta Ndana et le livra aux autorités Allemandes à qui cette façon d'agir ne déplut pas. Ndana fut mis en prison, et peu de temps après, Douala, fils de Manga, a été arrêté et exécuté.

Dans cette guerre entre Allemands, Français et Anglais, le roi Njoya apporta une aide considérable aux premiers. Ils demandèrent au roi de leur donner des soldats, le roi donna beaucoup de gens qui furent enrôlés. Ils lui demandèrent encore des hommes armés de fusils, de sagaies, de carquois, pour les envoyer en guerre. Le roi donna, bon gré, mal gré, ce qu'on lui demandait. Ils dirent au roi de leur donner des serviteurs avec des chevaux et une somme de quatre mille marks pour l'entretien des soldats. Le roi donna tout cela, bon gré, mal gré. Les Allemands faisaient la guerre aidée par le roi Njoya qui leur donnait des vivres. Ils demandaient au roi, mille, neuf cents, huit cents, sept cents, six cents, trois cents, deux cents porteurs que le roi donnait bon gré, mal gré.

Un jour, un administrateur vint dire au roi de se rendre à Yaoundé, sinon il pourrait avoir des ennuis avec des Anglais et les français. Le roi fit demander au gouverneur Ebermaiere s'il était nécessaire qu'il se rendit à Yaoundé. Il lui fut répondu de ne pas venir, car il avait des nombreuses femmes et de nombreux enfants ; Toutefois, lui disait-on, s'il tenait à venir, ça ne pouvait être qu'avec peu de gens. Si les Anglais arrivaient, il devait se soumettre à leur autorité et leur obéir en toutes choses. Le roi serait allé à Yaoundé si le gouverneur Ebermaier ne lui avait pas donnée ces instructions¹⁵⁸.

¹⁵⁸ Entretien réalisé le 16 Juillet 2021 à Njinssé.

En s'intéressant à ce fragment de texte, l'on comprend d'une part la réalité qui a existée lors de la guerre qui opposait les Français, les Anglais et les Allemands. D'autre part, cette déclaration met en exergue la contribution, le soutien que le roi Njoya a apporté aux Allemands lors de cette guerre. En outre, cette information collectée lors de l'entretien confirme davantage que les personnes âgées de l'arrondissement de Fouban sont détentrices des savoirs culturels. Ces derniers à leur tour sont des marqueurs de l'identité culturelle Bamoune.

II.2- Personne âgée perçue comme un agent de socialisation par excellence

Au cours de sa vie, chaque individu est au centre d'un processus de socialisation, qui est l'apprentissage des manières de penser et d'agir dans une société. Cet apprentissage a lieu pendant l'enfance (socialisation primaire) et à l'âge adulte (socialisation secondaire) grâce aux instances de socialisation tel que la famille, l'école, le travail etc. selon G. Rocher¹⁵⁹, « *la socialisation est le processus par lequel la personne humaine apprend et intériorise tout au cours de sa vie les éléments socio-culturels de son milieu, les intègre à la structure de sa personnalité sous l'influence d'expériences et d'agents sociaux significatifs et par là s'adapte à l'environnement social où elle doit vivre* ». Dans la même logique, F. Dubet et D. Martuccelli¹⁶⁰, affirment que « *la socialisation désigne le double mouvement par lequel une société se dote d'acteurs capables d'assurer son intégration, et d'individus, de sujets, susceptibles de produire une action autonome* ». D'emblée, la socialisation est définie par une tension placée au centre de divers débats sociologiques mobilisant à la fois des représentations de l'acteur et des représentations du système social.

Ainsi clarifié, il est important de souligner qu'il existe une socialisation primaire et une socialisation secondaire.

- **Socialisation primaire** : cette dernière commence au niveau de la cellule familiale et se poursuit au sein d'un groupe de pairs ; les individus y intériorisent les normes et valeurs, les codes, les schémas de base comme la communication (le langage), les dispositions qui leur permettent de se repérer dans le monde social.
- **Socialisation secondaire** : conscient de ce que la socialisation est un processus qui ne s'arrête pas à l'enfance, les instances de socialisation telle que l'école poursuivent la socialisation de l'individu dans la société. Autrement dit, la socialisation secondaire est

¹⁵⁹ G.ROCHER , Introduction à la sociologie générale, (l'Action Sociale), Montréal, édition HMH, 1968, P132.

¹⁶⁰ F.DUBET et D.MARTUCELLI, « Théories de la socialisation et définition sociologiques de l'école » in Revue Française de sociologie, PP 511-535.

le processus qui permet aux individus de s'intégrer à ces sous monde sociaux spécialisés ; c'est une étape qui permet d'endosser de nouveaux rôles.

Cependant, il est important de rappeler que concernant ce processus de socialisation, la famille reste un point d'ancrage, un lieu de mémoire. En effet, la contribution de la famille dans le processus de socialisation d'un individu est d'une importance capitale. C'est dans ce sens que F. De Singly¹⁶¹ affirme : « *les solidarités familiales restent fortes. Au sein de la famille les individus se construisent des racines où se forment des identités. La cohabitation avec les grands parents est une aide et un maillon de la chaîne des générations* ». La famille est un lieu de la mémoire où se transmet des souvenirs qui ancrent les identités dans un passé commun.

Dans une perspective de démontrer que l'institution familiale reste un agent immuable de la socialisation primaire, P. Ruitort¹⁶² distingue trois grands modes de socialisation au sein de l'institution familiale. Il s'agit entre autres de :

- **La socialisation par imitation** : à ce stade, les enfants imitent leurs parents en particulier et les adultes en général (par exemple dans leurs jeux, les enfants apprennent à devenir des adultes en endossant leurs divers rôles)
- **La socialisation par injonction** : les adultes donnent les ordres aux enfants (par exemple, les règles d'hygiène, de politesses que prônent les parents afin d'inculquer aux enfants les bonnes conduites en société).
- **La socialisation par interaction** : celle-ci s'observe entre les individus d'une même famille et ne se limite pas uniquement aux interactions entre les parents et les enfants ; elle va plus loin en intégrant une interaction entre l'individu et les autres membres de la cellule familiale (oncle, tante, cousins, grands-parents).

Dans l'arrondissement de Foumban, la contribution des personnes âgées dans la socialisation de leurs petits enfants est une réalité majeure. En effet, les observations et entretiens faits sur le terrain, nous ont permis de comprendre que cette tâche exercée par les seniors, se justifiait par plusieurs arguments. Dans la foulée, trois arguments majeurs ont été évoqués :

Tout d'abord, la plupart des personnes âgées rencontrées sur le terrain et qui vivaient avec leurs petits-enfants, pointaient du doigt la précarité économique dont leur famille était victime.

¹⁶¹ F. DE SINGLY, *Le soi, le couple et la famille*, 1996.

¹⁶² P. RUITORT, « La socialisation : apprendre à vivre en Société » in première leçons de Sociologie, 2013, PP 63-74.

Autrement dit, ceux des seniors avec qui nous avons eu des entretiens affirmaient qu'ils se chargent de l'éducation de leurs petits-fils parce que leurs parents géniteurs sont dans les grandes métropoles (ville) pour se battre et trouver le pain quotidien. En outre, il s'est observé que les parents de ces enfants une fois dans les grandes villes décident de prendre en charge leurs enfants mais aussi leurs parents à eux (qui sont les grands parents de ces enfants). Ainsi clarifié, les maisons de ces personnes âgées sont similaires à des internats car les grands parents se chargent juste de veiller sur les enfants. Toutes les dépenses relatives (frais de scolarité, d'hospitalisation, ration alimentaire...) aux besoins vitaux de ces enfants incombent leurs parents géniteurs et non leurs grands-parents. Face à cette réalité NS A dira que :

Mon mari et moi avons eu quatre enfants, dont trois garçons et une fille. Aujourd'hui, ces enfants sont installés à Douala et Yaoundé. C'est là-bas qu'ils travaillent et nous envoient l'argent de temps en temps pour qu'on puisse résoudre nos problèmes au quotidien. Nous avons dans cette maison trois de nos petits-enfants. Ce sont les enfants de mon premier fils. Quand sa femme avait divorcé, il a décidé de nous envoyer ses enfants et depuis quatre ans on se charge de leur éducation. Généralement ils partent voir leur parent uniquement pendant les grandes vacances¹⁶³.

De cette déclaration, nous retenons que la précarité des conditions de vie est l'une des raisons qui justifient la migration des jeunes dans les grandes métropoles. Ces derniers y vont généralement pour rechercher une vie meilleure et prendre soin de leurs parents qu'ils ont laissé dans les villages. Il s'observe également que, ceux de ces enfants qui sont déjà parents décident souvent de ne pas prendre en charge l'éducation de leurs enfants et confient cette tâche à leurs parents restés au village.

Ensuite, une autre raison qui justifie la cohabitation des grands parents avec leurs petits enfants est celle de l'amour sans conditions que ces personnes âgées donnent à leurs petits-fils et petites filles. En effet, lors des entretiens avec certains proches des personnes âgées dans l'arrondissement de Fouban, il a été révélé que les grands parents donnent trop d'amour à leurs petits-enfants. Cette réalité a poussé certains enfants à préférer vivre avec leurs grands-parents que de vivre avec leur propre géniteur. Autrement dit, les enquêtes de terrain nous font dire que les grands parents sont attentionnés, ils sont tolérants, et ils sanctionnent difficilement leurs petits enfants en cas de faute commise. Cette réalité est celle qui va pousser P.N à dire que :

Il y a une période où j'avais perdu mon boulot, j'ai décidé d'envoyer mes deux enfants à ma maman au village, le temps pour moi de trouver un

¹⁶³ Entretien réalisé le 08/07/2021 à NJINKA.

nouveau boulot et prendre une maison plus grande. Deux ans après, quand j'ai décidé de les reprendre, ils ont refusé de rentrer avec moi en ville. Ma petite fille justifiait son refus par le fait que grand-mère leur raconte constamment les histoires et mamy n'a jamais tapé sur elle. Elle me faisait comprendre que mamy demande généralement leur point de vue avant de préparer¹⁶⁴.

Cette affirmation met en exergue, l'idée selon laquelle, la plupart des petits enfants préfèrent vivre avec leurs grands-parents que de vivre avec leur géniteur parce que leurs grands-parents leur accordent beaucoup d'affections et d'attentions.

Cependant, il s'est observé un fait. Celui du fait que, l'amour que les grands parents procurent aux petits enfants n'est pas uniforme. En effet, ce degré d'amour diffère selon le côté de la famille où l'on se trouve. Les investigations de terrain nous ont permis de noter que l'amour que les grands parents du côté maternel donnent est plus fort que celui des grands parents du côté paternel. C'est dans cette optique N.Z dira que :

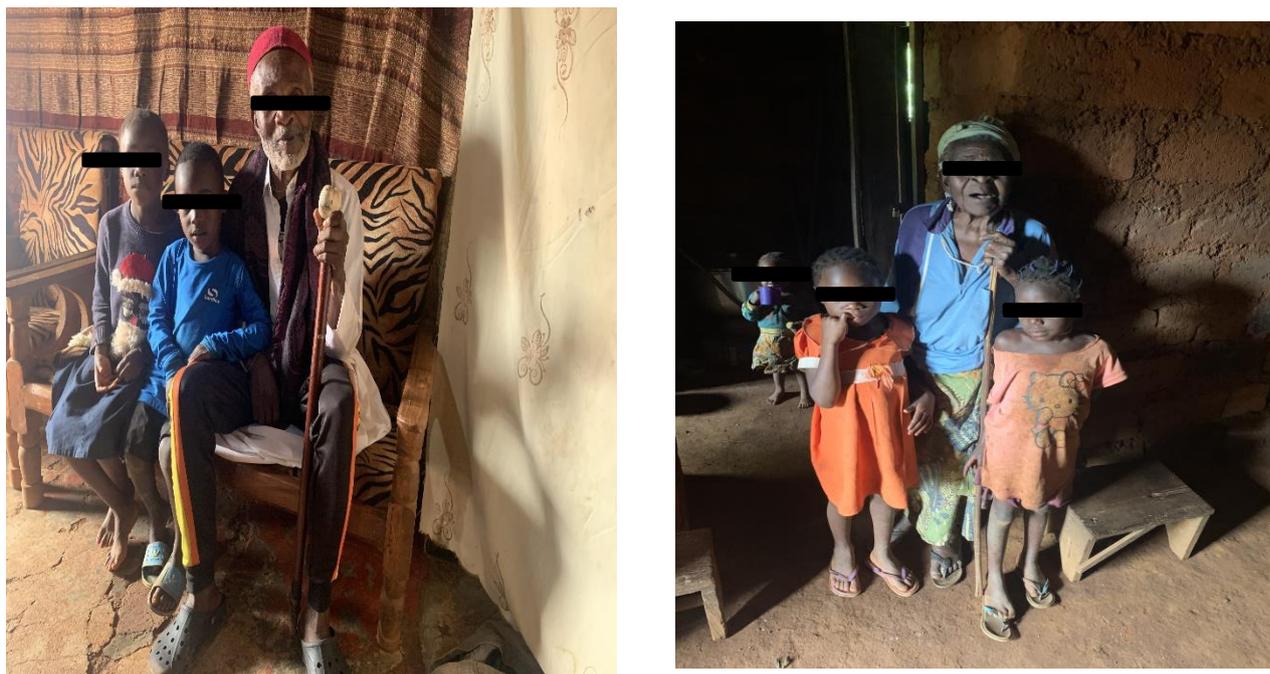
Quand je restais à Yaoundé, j'avais pris l'initiative de souvent envoyer mes enfants passer les congés avec leurs grands-parents. Je le faisais parce que je voulais qu'ils changent d'air, mais aussi qu'ils apprennent leur langue maternelle. Mais à chaque fois que je leur disais que je vais les envoyer en congés chez ma famille du côté maternel, ils étaient plus fier et motivé à vouloir voyager. Tandis que, l'année qui suivait, quand je parlais des congés dans ma famille paternelle, ils ne voulaient pas s'y rendre. Cette situation m'a rappelée que moi-même étant petit, j'aimais ma grande mère maternelle que celle paternelle¹⁶⁵.

Fort de ce discours, on note que dans le processus de socialisation des enfants par leurs grands-parents, la tâche incombe plus ceux de la famille maternelle. Autrement dit, conscient du fait que les grands parents du côté de la famille maternelle donnent plus d'amour à leurs petits enfants que ceux de la famille paternelle, les enfants, lorsque le choix leur est posée, migrent beaucoup plus vers les grands parents de la famille maternelle.

¹⁶⁴ Entretien réalisé le 04/07/2021 à NKOUDOUNKA.

¹⁶⁵ Entretien réalisé le 24 Juin 2021 à NJINTOUT.

PHOTO N° 4 : PERSONNES ÂGÉES AVEC LEURS PETITS ENFANTS



Source : photos de terrains prises le 06/07/2021

La photo 4, illustre les personnes âgées avec leurs petits-enfants. Sur cette photo, on se rend à l'évidence que certains parents décident d'envoyer leurs enfants aux grands-parents dès le bas âge. Il s'observe également sur cette photo que l'entretien de ces enfants par ces seniors n'est pas évident. On peut remarquer de par leurs tenues vestimentaires que ces enfants ne sont pas aux petits soins et qu'ils sont à la merci de plusieurs maladies bactériennes. Un autre constat qu'on peut faire sur cette photo est celui de l'âge très avancé des seniors qui sont sensés s'occuper de leurs petits-enfants.

II.3-Personne âgée perçue comme un sorcier de la communauté

Dans sa définition la plus simple, la sorcellerie peut être définie comme étant une pratique magique en vue d'exercer une action généralement néfaste, sur un être humain (sort, envoûtement, possession), sur des animaux ou sur des plantes (maladie du bétail, mauvaises récoltes , etc.).

S'intéressant à l'étude de la sorcellerie et ses effets sur les sociétés, J. Bonhomme déclare que :

La magie et la sorcellerie forment un couple indissociable. L'une étant l'envers de l'autre. La sorcellerie est une la magie maléfique. À l'inverse, la grande affaire de la magie c'est de combattre la sorcellerie. Le magicien est avant tout un contre-

sorcier. (...) on distingue classiquement deux types de sorcellerie. « Witchcraft » désigne une forme de sorcellerie inhérente à la personne, qui repose sur la possession d'une substance logée dans le corps de certains individus et généralement héritée. Cet organe de sorcellerie est appelé « evu » chez les Fangs du Galona : sorte de petit crabe caché dans le ventre, il permet au sorcier de sortir de son corps pour aller dévorer nuitamment ses victimes. « sorcery » désigne une forme de sorcellerie qui exige l'accomplissement de rites (jeter un sort). Contrairement à la précédente, forme qui peut parfois être inconsciente et involontaire, celle-ci est nécessairement intentionnelle et acquise par initiation. Si cette distinction entre « Witchcraft » et « sorcery » ne se retrouve en réalité pas dans toutes les sociétés, elle permet en tout cas d'attirer l'attention sur la question de la traduction culturelle¹⁶⁶.

De ces propos, l'on retient qu'il y a plusieurs formes de sorcelleries au sein d'une communauté. Par ailleurs, l'on remarque que la finalité de cette pratique n'est pas identique dans les sociétés.

Ainsi clarifier, il s'observe que dans l'arrondissement de Fouban, certaines personnes perçoivent les seniors comme étant les sorciers de la communauté. En effet, lors des entretiens avec les proches de certaines personnes âgées, nous avons noté que certains de ces proches pointaient du doigt les personnes âgées comme source de leur malheur. Autrement dit, en convoquant la sorcellerie des personnes âgées comme explication du malheur de certains habitants dans le village, ces proches n'ont pas manqué de dire que plus un patriarche prend de l'âge, plus sa sorcellerie augmente.

Plus loin dans leurs explications, ces proches avec qui nous avons eu des entretiens mettent en exergue, une étroite corrélation qui existe le comportement sorcier de certaines personnes âgées et le phénomène d'exode rural. Mieux encore, ces proches affirment que la plupart des jeunes préfèrent quitter le village pour aller se battre dans les grandes métropoles. Par ailleurs, ils soutiennent cette thèse en affirmant que pour qu'un jeune du village évolue, il doit être à l'abri des personnes âgées sorcières. C'est cette réalité qui va pousser N.S, à dire :

J'avais cinq enfants et trois sont décédés. Les deux filles qui étaient restées, je les ai envoyés à Douala car moi je suspecte mon grand-père. On était constamment en conflit pour le terrain. Mes trois enfants décédés étaient tous des garçons. (...) ma femme a pratiquement fait six ans sans plus avoir d'enfant et quand le grand-père est décédé, huit mois après ma femme a conçu et a accouché le petit garçon de quatre ans que vous avez vu sur la cours en venant ici. (...). Pour moi c'est mon grand-père qui me bloquait car après sa mort, mes activités ont repris normalement¹⁶⁷.

¹⁶⁶ J. Bonhomme, « Magie/Sorcellerie » in Dictionnaire des faits religieux, PUF, 2010, PP.679-685

¹⁶⁷ Entretien réalisé le 30 Juin 2021 à NJITI KOUAT.

II.4- Personne âgée perçue comme des personnes insupportables

Lorsqu'on observe avec beaucoup d'intérêt la situation des personnes âgées en milieu rural, on n'est en droit de penser que ce sont des personnes qui nécessitent un soutien permanent. Ce soutien qui est généralement de plusieurs natures (financier, affectif etc.) est apporté par les proches encore appelé aidants naturels. Autrement dit, en contexte africain, la maladie d'un individu ne laisse pas son entourage indifférent. Ces derniers interviennent généralement à plusieurs niveaux ; plus précisément dans le choix de la trajectoire thérapeutique.

Cependant, il s'observe que les acteurs majeurs (famille) qui interviennent dans l'accompagnement des personnes âgées affirment être victimes d'une frustration. En effet, les investigations faites sur le terrain nous ont conduit aux résultats selon lesquels la personne âgée est une personne insupportable, qui dérange au quotidien. Lors des échanges avec certains proches des personnes âgées, il s'est avéré que pour s'occuper d'une personne âgée, il faut s'armer de beaucoup de patience et de tolérance. En outre, certains proches affirment que les seniors dont ils ont eu la lourde mission de s'en occuper, se caractérisaient par des plaintes en longueur de journée. Face à cette réalité N YO affirme :

Quand je me suis mariée, mon mari vivait avec sa mère vu qu'il était le seul homme de la concession. Ces sœurs étaient en mariage dans les villages voisins. J'étais celle qui s'occupait de sa mère ; (...) ça n'a pas été facile pour moi. Avant qu'elle ne décède, j'ai failli abandonner mon foyer à plusieurs reprises. Mon mari a tapé sur moi deux fois de suite à cause de sa mère. Quand il rentrait de son travail et trouvait que sa mère n'avait pas mangé, il me grondait et quand je cherchais à me justifier il tapait sur moi. (...) la vérité c'est qu'il y a les jours où elle ne voulait rien manger, elle s'asseyait à l'angle de la maison et insultait toute personne qui entrait et sortait. Elle demandait parfois qu'elle veuille de l'eau, dès que tu apportes, elle refuse de boire. J'avais l'impression qu'elle était redevenue enfant. C'était une situation difficile pour moi car je devais aussi m'occuper de mes jumeaux de ans¹⁶⁸.

De cette déclaration, il s'observe que les personnes âgées à l'âge très avancé peuvent être une source de dispute dans un couple. Ce problème psychique est celui qui explique des nombreuses plaintes sans fondements. C'est également cette disposition mentale qui les pousse souvent à voir tous les membres du ménage comme des potentiels adversaires. N'étant plus physiquement apte, ces seniors préfèrent, « se défendre » en insultant tout le monde dans le ménage.

¹⁶⁸ Entretien réalisé le 13 Juillet 2021 à MANKA.

Toujours dans le même ordre d'idée, MR. A ingénieur agronome et proche d'une personne âgée, affirme :

Nous sommes obligés de supporter nos parents. Quand ma maman est décédée, en faisant le ménage dans sa chambre, les enfants ont retrouvé tous les comprimés qu'elle jetait derrière le lit. Je n'avais jamais compris pourquoi quand on est à l'hôpital, le médecin en prescrivant les médicaments me certifie que ça va aller. Mais quand on rentrait, il n'y avait pas de changement. En voyant ces médicaments que ma mère jetait derrière le lit, j'ai beaucoup eu mal car il y a des jours où je faisais l'impossible pour joindre les deux bouts et acheter ses comprimés. J'ai même pensé qu'elle était décédée à cause de notre négligence car si j'avais su qu'elle ne buvait pas ses médicaments, je me serais porté garant de veiller personnellement sur elle. Des fois on envoyait les enfants aller lui remettre les comprimés et un d'eau¹⁶⁹.

De cette affirmation, il ressort que la personne âgée est une personne sur laquelle on doit veiller avec beaucoup de sérieux et d'attention. Sur le poids de l'âge, elle se retrouve souvent en train de prendre de façon inconsciente, certaines décisions actions qui peuvent avoir des conséquences majeures sur leur état de santé.

II.5- Personne âgée et gestion des conflits

Le conflit¹⁷⁰ est une situation d'un sujet dans laquelle celui-ci se soumet à des tendances cognitives et motivationnelles de sens contraire ; une relation antagonique entre deux ou plusieurs unités d'actions dont l'une au moins tend à dominer le champ social de leur rapport. Selon B Bayada et al¹⁷¹, il existe trois types de conflits à savoir :

- **Le conflit intrapersonnel** qui correspond à tout ce qui se passe en nous lorsque nous devons faire un choix ou prendre des décisions selon nos valeurs. Ces conflits internes ont une influence sur la vie quotidienne et sociale.
- **Le conflit interpersonnel** : Ce sont des conflits qui opposent deux personnes. Ce sont des valeurs et perceptions propres à tous ceux qui vont être la source du conflit lorsqu'elles sont en confrontation.
- **Les conflits intergroupes** : Ils rassemblent des personnes s'étant créés une identité commune qui s'opposent à un autre groupe du même type. Par exemple deux bandes d'une banlieue qui s'affrontent.

¹⁶⁹ Entretien réalisé le 16 Juillet 2021 à NJISSE.

¹⁷⁰ LE GRAND DICTIONNAIRE DE LA PSYCHOLOGIE, LAROUSSE, Paris, 2000, P196.

¹⁷¹ B.Bayada et al, Conflit, mettre hors-jeu la violence, chronique sociale, Lyon, 2000.

Ainsi clarifié, il convient de noter que dans l'arrondissement de Foumban, certaines personnes très âgées sont perçues comme étant des patriarches. Mieux encore, un vieillard respectable qui est entouré d'une nombreuse descendance. Son rôle dans la gestion des conflits au sein de la grande famille est notoire. En effet, les informations collectées sur le terrain font état de ce que, les personnes âgées interviennent beaucoup dans la résolution des conflits au sein de la cellule familiale. Lorsqu'il y a litige entre les membres de la famille, la solution se trouve généralement auprès de ce patriarche en qui ils ont confiance et considère comme la voix de la sagesse. Autrement dit, certains proches des personnes âgées affirment recourir au patriarche en temps de conflit parce qu'il est plus âgé, il a vécu toute sorte d'expérience. Par ailleurs, ces proches disent que les résolutions recommandées par un patriarche sont irrévocables. Une fois qu'il s'est prononcé, les membres de la famille qui étaient en situation de conflit, décident d'appliquer ces résolutions. De plus, on note suite aux informations collectées auprès de ces proches que plus la personne âgée prend de l'âge, plus elle est respectée y compris ses dires. Suite à cette réalité, G A proche d'une personne âgée n'a pas manqué de dire :

Chez nous ici, il se dit que ce qu'un vieillard voit étant assis, même si une jeune monte sur le palmier il ne verra pas la même chose. (...) Mon grand-père à 92 ans et c'est lui qui a fondé toute cette famille. Toutes ces concessions sont celles de ses enfants et petits-enfants. Généralement, quand il y a un problème entre nous, on décide d'aller poser cela à son niveau. Ce qui est bien avec grand-père est qu'il t'amène à comprendre que tu as tort ; à chaque problème, après avoir trouvé la solution, il décide de prier pour nous car généralement il dit que c'est le diable qui entre parmi nous et veut nous diviser¹⁷².

De cette déclaration, l'on peut remarquer que les personnes âgées jouent un rôle essentiel pour ce qui est du maintien de la paix dans leur communauté. Bénéficiant de plusieurs années d'expériences, ces seniors se servent souvent de cette connaissance empirique pour le bien de leur entourage. Autrement dit, les personnes âgées occupent une place centrale dans la résolution des conflits au sein de la famille. Leur sentence est rarement critiquée par les belligérants.

¹⁷² Entretien réalisé le 03 Juillet à MACHINKA.

DEUXIÈME PARTIE

**ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES AUX SOINS DE SANTE ET LA PRISE
EN CHARGE DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN**

Dans le cadre de notre travail, il est question dès l'entame (chapitre troisième), de montrer que les dispositions institutionnelles capables de faciliter les problèmes d'accessibilité aux soins des personnes âgées en milieu rural sont très limitées ; ensuite, montrer que la problématique du recours aux soins est un défi qui mobilise deux pratiques médicales (moderne et traditionnelle). Enfin, dans le cadre de ce chapitre, nous allons mettre en évidence, le rôle/contribution des proches ou aidants naturels dans l'accompagnement des personnes âgées.

Il sera également question pour nous dans le quatrième chapitre de faire une description du système de santé Camerounais ; mettre en lumière les multiples difficultés consubstantielles à la prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires de Foumban ; mieux encore, ressortir tous les maux qui minent le bon fonctionnement des centres de santé dans cet arrondissement.

CHAPITRE III

ACCESSIBILITÉ SANITAIRE ET RÉSEAUX DE SOUTIEN MOBILISÉS PAR LES PERSONNES ÂGÉES

Le chapitre trois de ce travail se propose tout d'abord, de faire un diagnostic sur les actions de l'État face à la prise en charge des personnes âgées dans le milieu rural ; le dynamisme des acteurs privés/parallèles autour de cette prise en charge. Ensuite, l'ambition de ce chapitre est également de mettre en lumière les raisons qui gouvernent le choix de la trajectoire thérapeutique chez les seniors en cas de recours aux soins. Dans cette perspective, sept principales raisons justifient le choix des personnes âgées à faire recours à la médecine traditionnelle ou à celle moderne. Pour terminer, cette partie du travail met en exergue la contribution des proches/familles ou aidants naturels dans la prise en charge des personnes âgées.

I / DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES ENCADRANT L'ACCÈS AUX SOINS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN

Cette section du travail a pour vocation de montrer que face aux difficultés nombreuses de l'accès aux soins des personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban, les actions de l'État restent très faibles. Il s'agit concrètement de montrer que les quelques dispositions institutionnelles qui existent restent inopérantes. Par ailleurs, il convient également de montrer que, abandonnés à eux-mêmes, les aînés sociaux bénéficient du soutien des acteurs privés.

I-1 Le dynamisme des acteurs publics autour de la prise en charge des personnes âgées

La prise en charge des personnes âgées au Cameroun¹⁷³ constitue un domaine où la présence effective de l'État reste très peu visible. Les observations faites sur le terrain nous amènent à dire que, les quelques dispositions institutionnelles qui existent restent relatives voir

¹⁷³ Y.B Djouda et U.N Leumalieu, « Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun » in gérontologie et société, 2019, vol41, N°158, P 41 à 55.

inopérables dans son application. En effet, dans le cadre des soins de santé primaire, adoptés au Cameroun, avec toutes ses orientations et réorientations, on parle de la prise en charge des vieillards, des maladies chroniques et bien d'autres. Cependant quand on arrive dans nos hôpitaux, rien n'est fait pratiquement. Dans une structure comme le centre pasteur de Yaoundé, une personne âgée de plus de soixante ans peut bénéficier de 30% de réduction sur ses frais d'examen. Cette disposition reste une réalité bénéfique aux seniors de la ville de Yaoundé et ses environs. Mais ailleurs, cette mesure ne sont pas appliquées. En outre, on constate que l'application de certaines mesures reste relative dans l'espace car elle varie d'un milieu (arrondissement) à un autre, d'une structure sanitaire à une autre. Par rapport à la loi de 2010¹⁷⁴, F R a fait cette révélation :

Le texte d'application est sorti depuis, mais cela ne s'applique pas partout. Par exemple à l'hôpital de district de Foumban, quand une personne âgée handicapée arrive, après la consultation le médecin lui dit carrément que l'hôpital n'a pas de fonds pour continuer sa prise en charge. Au contraire c'est quand on arrive dans le privé que les responsables essaient d'appliquer la loi de 2010. Un paradoxe car c'est le public qui est plus concerné par des dispositions Etatiques et non le privé.¹⁷⁵

De ce témoignage, il s'observe que les centres de santé publique reculent devant certaines responsabilités qui sont les leurs. Cette posture de la non application des mesures institutionnelles pousse plusieurs personnes âgées à conclure que l'État ne fait rien pour leur faciliter l'accessibilité aux soins.

Au regard des faits de terrain, le soutien de l'État face à prise en charge des aînés sociaux dans les formations sanitaires reste éphémère. En effet, dans les centres de santé, les personnes âgées ont, comme toute autre personne valide, des ordonnances qu'elles doivent supporter pour couvrir les besoins de leur état de santé. Au même titre que tous les autres malades, ces seniors font souvent l'objet des longues attentes au service d'accueil. La question de la réduction du coût des médicaments pour cette tranche de la population reste centrale. C'est ce qui fait dire à l'adjoint au maire de la commune de Foumban que :

On nous parle de la gratuité des médicaments pour ces personnes âgées, mais moi je n'ai jamais vu. Pourtant j'ai souvent été curieuse et je passe mon temps à couvrir les formations sanitaires dans le cadre de mes activités. Il ne m'est jamais arrivé de croiser dans une formation sanitaire, des personnes âgées nécessiteuses en train d'être mis au petit soin parce que son état est critique¹⁷⁶.

¹⁷⁴ LOI N°2010/002 DU 13 AVRIL 2010 : PORTANT PROTECTION ET PROMOTION DES PERSONNES HANDICAPEES.

¹⁷⁵ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à NJICHINKA

¹⁷⁶ Entretien réalisé le 29 Juin 2021 à la Commune de Foumban

Fort de ce constat, certaines institutions dans l'arrondissement de Foumban essaient tant bien que mal d'apporter leur modeste contribution dans la prise en charge des seniors. Il s'agit entre autres de la commune de Foumban, du Ministère des affaires social (MINAS).

I-1- 1. L'apport de la Commune de Foumban dans la prise en charge des seniors

Les communes constituent le premier niveau d'administration publique et le premier échelon de proximité. Le domaine d'intervention de la commune est très vaste. Outre la gestion de son domaine communal, elle sert d'intermédiaire entre l'État et les citoyens pour certaines formalités administratives¹⁷⁷. Foumban est une commune, chef-lieu du département du Noun dans la région de l'ouest au Cameroun. Considérée par les Camerounais comme la cité des arts, Foumban est la capitale historique du Royaume Bamoun. Dans sa politique de gestion de la ville, madame le maire de la commune de Foumban depuis le début de son mandat, a mis sur pied quelques actions allant dans le sens de soutenir matériellement et financièrement les seniors. Dans cette même dynamique de venir en aide aux personnes âgées, il y a des campagnes de sensibilisations qui s'organisent régulièrement avec des émissions radio afin d'attirer l'attention des proches ou aidants naturels sur la nécessité de soutenir de façon optimale leurs parents. C'est dans cette mouvance que l'adjoint au Maire de la commune de Foubane affirme que :

Quand nous faisons des descentes sur le terrain, nous rendons compte au maire de ce qu'on a pu vivre avec des personnes âgées visitées. C'est pour cette raison qu'elle a décidé que chaque premier du mois, le service en charge des affaires sociales de la commune cible au moins cinq personnes âgées à qui il apporte une aide financière et matérielle ; essaye de mettre de la propreté dans leur cadre ; échange avec elles afin de les mettre à l'aise. (...) J'ai participé à plusieurs émissions radio afin d'attirer l'attention de certaines familles sur le fait qu'elles tuent à petit feu leur parent en les laissant dans le stress de façon permanente. Exemple, quand vous ne lavez pas leurs habits, quand elles ne peuvent pas s'asseoir sur la même table que vous pour manger, cela accélère leur stress et par conséquent affecte leur état de santé¹⁷⁸.

Au regard de ce qui précède, il s'observe que la situation sanitaire des personnes âgées est au centre des préoccupations de madame le maire ; même si les actions menées sont très insuffisantes. Par ailleurs, l'on constate que ces actions, aussi minimales soient-elles, ne concernent pas toutes les couches des personnes âgées. À ce sujet, l'adjoint au maire dira que : « (...) Dans le cadre de nos actions visant à venir en aide aux personnes âgées, nous avons

¹⁷⁷ <https://www.lefaou.BZH>. Infos-mairie (consulté le 28 janvier 2022).

¹⁷⁸ Entretien réalisé le 29 Juin 2021 à la Commune de Foumban

priorisé les personnes âgées n'ayant pas d'enfants, et dont les familles ne prennent pas soins ». ¹⁷⁹Fort de ce discours, on conclut que les actions de la mairie face à la prise en charge des personnes âgées sont sélectives. Elles ne bénéficient pas à toutes catégories des personnes âgées (personnes âgées handicapés, veuve/veuf...). Dans l'optique d'éradiquer le phénomène de vulnérabilité qui touche les personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban, le Ministère des Affaires Sociales se déploie sur le terrain en mettant en pratique quelques actions.

I-1-2. L'apport du Ministère des Affaires Sociales dans la prise en charge des seniors

Le Ministère des Affaires Sociales est responsable de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la politique du Gouvernement en matière de prévention et d'assistance sociales, ainsi que de la protection sociale de l'individu. Le décret n° 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales ¹⁸⁰ fixe à son article 38, les dispositions qui encadrent la protection des personnes âgées. En effet, la section deux de ce décret intitulé : « de la sous-direction de la protection des personnes âgées » énonce clairement ce qui suit :

Article 38 :

(I) Placée, sous l'autorité d'un Sous-Directeur, la Sous-Direction de la protection des personnes âgées est chargée :

- De l'éducation à la solidarité nationale en vue de la promotion des personnes âgées.
- De la conception des programmes d'éducation, d'assistance et d'appui de la reconversion des personnes âgées.
- De la coordination des actions menées en faveur des personnes âgées.
- De l'élaboration des normes relatives à la création et au fonctionnement des institutions sociales publiques ou privée pour personnes âgées.

Cependant, une approche socio-critique de ces dispositions sus-évoquées montre pourtant que la question de prise en charge des personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban par les acteurs du MINAS demeure permanente. En effet, au niveau du service des Affaires Sociales, plusieurs personnes âgées en situation de précarité sanitaire font recours afin de solliciter une aide, quelle que soit sa nature. C'est ce qui fait dire à l'assistante principale des affaires sociales qui joue le rôle de chef ou de délégué que :

Nous au niveau des affaires sociales, nous recevons souvent des personnes âgées qui viennent nous demander de l'aide. Généralement nous faisons un mot au médecin pour qu'il puisse leur accorder une faveur uniquement au niveau de la consultation. (...) Mais s'il faille que le médecin fasse une réduction sur le

¹⁷⁹ Entretien réalisé le 29 Juin 2021 à la Commune de Foumban

¹⁸⁰ ¹⁸⁰ <https://www.spm.gov.cm>. (Consulté le 04 Février 2022).

*coût des soins, il va falloir que je me déplace pour me rendre à l'hôpital avec le patient. Mais je tiens à préciser que, pour qu'un patient bénéficie de cette aide, il faut une enquête sociale afin de se rassurer qu'il n'a pas d'enfants, ni de proche capable de lui venir en aide. Bref il faut que le niveau de précarité puisse être constaté à travers une enquête sociale. Cette aide se limite aux consultations et examens car pour ce qui est de l'achat des médicaments, le patient s'en charge.*¹⁸¹

Au regard de ce qui précède, il s'observe que dans l'arrondissement de Fouban, les dispositions de l'article 38 du décret n° 2005/160 du 25 mai 2005 portant organisation du Ministère des Affaires Sociales restent sur du papier. L'aide accordé aux personnes âgées par cette institution reste inexistante ou insignifiante.

Sur le terrain, les entretiens réalisés avec certains acteurs institutionnels tentent de mettre en lumière les raisons de l'échec de l'implémentation de la politique sanitaire favorable aux personnes âgées. De fait, l'une des raisons principales ici est cette absence d'une décentralisation réelle et effective. D'après le Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées¹⁸², elle (décentralisation) est perçue comme un processus de déconcentration et de simplification de la gouvernance singulièrement reconnue par un centralisme du pouvoir. Elle consiste en un transfert par l'État aux Collectivités Territoriales Décentralisées, de compétences particulières et des moyens appropriés, pour la promotion du développement, la démocratie et de la bonne gouvernance locale. À cette question, l'adjoint au Maire de la commune de Fouban affirme que :

*Nous, on se dit qu'il y a toujours ce fameux problème de décentralisation. Le pouvoir central est tellement surchargé au point où si on ne décentralise pas les choses, le citoyen lambda qui se trouve à Yaoundé, quel que soit son niveau de vie, ne bénéficiera pas des mêmes avantages que le citoyen nécessiteux qui se trouve à Massagam, à Koundoum*¹⁸³.

Fort de ce discours, il ressort que la question des dispositions étatiques en faveur des personnes âgées sur l'ensemble du territoire national peut avoir une solution si et seulement si le pouvoir public implémente une réelle décentralisation des affaires publique.

¹⁸¹ Entretien réalisé le 05 Juillet 2021 au service des Affaires sociale de Fouban

¹⁸² Article 5, alinéa 1 et 2 du Code Général des Collectivités Territoriales Décentralisées, p.3

¹⁸³ Entretien réalisé le 29 Juin 2021 à la Commune de Fouban

I-2. Le dynamisme des acteurs privés/parallèles autour de la prise en charge des personnes âgées

Il est important de souligner que les difficultés que rencontrent les personnes âgées dans le cadre de l'accessibilité aux soins de santé en milieu rural ne laissent pas indifférent certains acteurs privés. Abandonnés pour la plupart à eux-mêmes, les seniors sont devenus le centre d'attention des divers acteurs parallèles. Dans l'arrondissement de Foumban, les observations de terrain nous ont poussés à prendre en considération la contribution des mutuelles de santé, mais aussi celles des élites de la localité.

I-2-1. L'apport de la mutuelle de santé

Les mutuelles¹⁸⁴ sont des sociétés des personnes à but non lucratif organisant la solidarité entre leurs membres, et dont les fonds proviennent principalement des cotisations des membres. Elles ont vocation à être sans objet de bénéfice et ont un rôle avant tout social depuis des décennies. La MS désigne à la fois l'organisme et le contrat qui rembourse la partie des frais médicaux non pris en charge par la sécurité sociale et soulage ainsi le budget santé de l'assuré. Les principales garanties d'une mutuelle de santé classique prennent en charge : les consultations et soins médicaux ; les médicaments achetés en pharmacie ; l'hospitalisation ; les soins dentaires, optiques, et auditifs. Toutefois, selon les assureurs santé, cette liste peut encore s'allonger.

La situation sociale et économique¹⁸⁵ en Afrique subsaharienne en général et au Cameroun en particulier est caractérisée par une exclusion sociale quasi généralisée. Cela a favorisé le développement de système de solidarité, notamment celui des mutuelles de santé. Jean Colbert Awomo Ndongo¹⁸⁶ dans un article publié en Avril 2015 affirme que :

Au Cameroun, les premières MS sont apparues à la fin des années 90 et leur expansion est favorisée par le développement d'un réseau qui permet une bonne articulation entre les MS, les services de santé et les autorités locales. Leur objectif initial et principal était la couverture des risques liés à la santé, selon les principes de prévoyance et d'assurance. Les MS mises en place ont suscité un engouement auprès des populations. En 2000, le premier inventaire de la concertation dénombrait 20 MS. En 2003, un deuxième recensement, organisé par le service d'appui aux initiatives locales de développement (saild) avec le soutien

¹⁸⁴ <https://www.lilyn.fr> (consulté le 29 Janvier 2022).

¹⁸⁵ [https:// fr.m.wikipedia.org](https://fr.m.wikipedia.org) (consulté le 29 janvier 2022).

¹⁸⁶ Jean Colbert Awomo Ndongo, « Émergence des mutuelles de santé au Cameroun » in Revue internationale de l'économie sociale, N°336, Avril 2015, p.23-35.

de la concertation, avait relevé 37 MS en activité. Un autre recensement a été mené par une coopération technique allemande GTZ en 2006. Au total, 101 MS ont été répertoriées, parmi lesquels 73 dans le secteur informel, 26 dans le secteur formel et 2 couvrant exclusivement les religieux.

Au regard de cet extrait, il se dégage que l'arrivée des MS et leur multiplication au Cameroun s'est faite au fil du temps. En 2010, l'arrondissement de Foumban c'était enregistré dans cette même dynamique avec l'arrivée de la mutuelle de santé coordonnée par la coopération Allemande, la GTZ. En partenariat avec la commune de Foumban, cette MS avait pour objectif majeur de couvrir les frais médicaux des adhérents à 75%. À cet effet, M A affirme que :

Moi je sais que quand tu es malade, quand tu arrives à l'hôpital, tu t'alignes à l'accueil comme tout le monde, quand tu arrives à la pharmacie de l'hôpital, on ne regarde pas l'âge avant de te vendre un médicament. Sauf le jour où monsieur le maire est venu avec le projet de la mutuelle de santé. Cela nous a beaucoup aidé. Quand tu arrivais à l'hôpital et que la facture s'élevait par exemple à cent vingt mille (120.000frs), la mutuelle de santé nous permettait de payer uniquement la moitié¹⁸⁷.

Si la mutuelle de santé permet la réduction considérable des coûts sanitaires chez les personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban, il n'en demeure pas moins qu'elle présente quelques limites. D'une part, pour bénéficier des avantages prévus par la MS, il faut être adhérent, avoir son carnet de contribution. La MS couvre les frais médicaux en fonction du pourcentage de la cotisation des membres. D'autre part, les informations collectées sur le terrain permettent de comprendre que les MS ne sont pas en partenariat avec toutes les structures sanitaires de la localité. Ce constat démontre clairement que certaines personnes âgées assurées par les MS ne sont pas toujours prises en charge dans bon nombre de formations sanitaires.

I-2-2. L'apport des élites dans la prise en charge des personnes âgées à Foumban

L'Élite ici est définie¹⁸⁸ comme toute personne qui, du fait de sa position sociale, dispose d'une forme d'autorité et la met à profit pour persuader, proposer, débattre, permettre à l'esprit critique de s'émanciper des représentations sociales. La guinéenne Kadiatou Diallo, économiste du développement, cité par Souleymane Gomi¹⁸⁹ affirme qu'il existe presque conventionnellement en Afrique, trois catégories d'élite dont une première catégorie qui se contente « *d'observer la situation, la subir sans entreprendre une quelconque action pour agir*

¹⁸⁷ Entretien réalisé le 05 JUILLET 2021 à NJIYOUOM.

¹⁸⁸ <https://www.kas.de/documents>(consulté le 03 Mars 2022).

¹⁸⁹ Souleymane Gomis est Maître-assistant à l'Université CHEICK ANTA DIOP DE DAKAR. FACULTE DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES. DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE. Il a publié un article : Les Elites intellectuelles face aux réalités de la démocratie au Sénégal.

en vue de contribuer au changement », une seconde catégorie qui « contribue à sa façon au développement à travers son expertise, ses conseils et orientations » et enfin une troisième et dernière catégorie qui est « celle qui a infiltré l'appareil d'État et constitue un noyau dur et nocif ». Cette dernière catégorie d'élite est au cœur de la conception, l'orientation, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques, programmes et projets de développement dans nos différents pays d'Afrique.

Ainsi clarifié, il s'observe que les élites de l'arrondissement de Foumban mènent des actions allant dans le sens de promouvoir l'épanouissement des personnes âgées malade dans les centres de santé. Ces actions se matérialisent par des dons de matériaux sanitaires. Autrement dit, les investigations de terrain nous ont permis de noter que les Centres de Santé Intégrés situés dans les zones reculées, bénéficient des donations (lits, médicaments, réfection des locaux...). À ce sujet, R N I, l'un des responsables du Centre de Santé Intégré de KOUFFEN affirme :

Nous avons beaucoup de difficultés pour offrir les soins de qualité aux malades de cette localité. L'approvisionnement de notre centre par le ministère de la santé publique ne se fait jamais en temps réel. C'est grâce au soutien des Élités de cette localité qu'on parvient à subvenir aux besoins sanitaires des habitants. Il y a deux semaines nous avons reçu la visite d'une élite et lors des échanges il insistait sur la nécessité de faire de la santé des personnes âgées une priorité. Poursuivant que ces seniors ont contribué dans leur jeunesse au développement du village et leur offrir des soins de santé est le moins que l'on puisse faire. En partant, il a laissé des stocks de médicaments pour les soins de santé primaire, des carnets pour les consultations et une enveloppe pour le loyer vu que le centre est en location¹⁹⁰.

En se référant à ces propos, l'on note que, face aux actions très limitées de l'État dans la prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires, les acteurs privés ou parallèles tentent à leur niveau d'apporter leur modeste contribution en réponse à la prise en charge.

II / LA PROBLÉMATIQUE D'ACCÈS AUX SOINS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES : Un défi au confluent de deux pratiques médicales (Moderne/Traditionnelle)

Cette section se propose d'analyser de fond en comble les raisons qui gouvernent le choix de la trajectoire thérapeutique chez les aînés sociaux. Partant d'une clarification des concepts de médecine moderne et la médecine traditionnelle, il sera question de montrer que l'influence du facteur économique, la nature de la maladie, le niveau de connaissance de la médecine moderne ou traditionnelle, les facteurs géographiques sont entre autres les raisons qui justifient

¹⁹⁰ Entretien réalisé le 06 JUILLET 2021 à KOUFFEN.

le choix de la médecine moderne ou celle traditionnelle. La question d'accessibilité aux soins ici renvoie selon Y.B Djouda et U. Leumalieu¹⁹¹ à : « *tout ce qui peut permettre aux personnes âgées d'obtenir facilement les soins en tout temps et en tout lieu en zone rurale* ».

II-1. Clarification des concepts de médecine moderne et médecine traditionnelle

Le terme médecine conventionnelle s'emploie par opposition à celui de médecine « traditionnelle ». Mais, avant de s'appesantir sur ces expressions qui relèvent d'une construction sociale, il est judicieux d'éclairer d'abord le concept de médecine.

Du mot latin « medicina » : art de soigner, de guérir, la médecine en tant qu'« art » est l'habileté à dispenser des soins en vue de rétablir l'équilibre dans le corps, autrement dit, de restituer la santé. Selon M. EDJENGUÉLÉ, la médecine est « *l'art de prodiguer des soins qui peuvent être des paroles, de l'énergie ou des ingrédients afin de remettre l'individu en peine dans un état socialement admis comme normal et en adéquation avec l'harmonie de l'organisme individuel et groupal* »¹⁹². Cette dernière définition offre une analyse assez large et complexe de la notion de médecine car, en tant qu'art, elle peut se dérouler dans un cadre « conventionnel » comme dans un milieu « traditionnel ». De ce fait, les adjectifs « conventionnels » et traditionnels qui précèdent et qualifient le mot « médecine » relèvent dans ce sens du désir de comparaison afin de hiérarchiser les différents systèmes de soins par rapport aux « cadres sociaux » où ils se déploient. Dans cette perspective, la médecine conventionnelle ou biomédecine renvoie à l'art de soigner ou à l'habileté à dispenser des soins dans un cadre (milieu hospitalier) suivant les règles établies, en vue de rétablir l'équilibre dans un corps, ou tout simplement de restituer la santé. Autrement dit, la médecine conventionnelle est une médecine conforme aux conventions sociales, aux normes acceptées, aux critères définis par la communauté internationale. À cet effet, toute médecine qui ne souscrit pas aux exigences de la communauté internationale est reléguée au rang de « médecine traditionnelle ». De cette définition, apparaît en filigrane l'idée de domination d'une médecine dite conventionnelle ou scientifique sur la médecine « traditionnelle » en laquelle aucune rationalité n'est reconnue.

Dans la « stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005 », la médecine traditionnelle en abrégé MTR selon l'OMS est présentée de la manière suivante :

« Médecine traditionnelle » est un terme global utilisé à la fois en relation avec les systèmes, de MTR tels que la médecine traditionnelle chinoise, l'ayurvéda

¹⁹¹ Y.B Djouda , U. N Leumalieu , « Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun » op. cit P 45 .

¹⁹² E.Mbonji, Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique, Yaoundé, Les PUY, 2009, P50.

*indien et l'unani arabe et avec diverses formes de médecine indigène. Les thérapies de MTR englobent les thérapies médicamenteuses qui impliquent l'usage de médicaments à base de plantes, parties d'animaux et/ou minéraux et les thérapies non médicamenteuses qui sont administrées principalement sans usage de médicaments, comme dans le cas de l'acupuncture, des thérapies manuelles et des thérapies spirituelles*¹⁹³.

Selon cette définition, il s'observe comme le remarque EDJENGUÉLÉ¹⁹⁴ que la médecine traditionnelle relève de la tradition ancestrale, rurale, empirique, dépourvue de prétention à la rationalité scientifique, et repose sur l'insertion dans la culture globale dont les composantes interfèrent avec elle.

Dans une tentative de définition exhaustive et spécifique de cette médecine, l'OMS pense que :

*La médecine traditionnelle africaine serait l'ensemble de toutes ces connaissances pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération oralement ou par écrit*¹⁹⁵

Au regard de ce qui précède, il se dégage une volonté manifeste de réduire la MTR dans le registre des pratiques irrationnelles, c'est-à-dire qui n'observent pas les règles définies par la communauté internationale, seule instance selon ses protagonistes aptes à définir le statut d'une pratique médicale. Dès lors, si la médecine conventionnelle s'arroge le monopole de la légitimité scientifique dans l'art de guérir, il semble logique dans le cadre de ce travail de montrer dans quelle mesure ce statut scientifique influence le choix de la trajectoire thérapeutique des personnes âgées.

II-2. Les raisons qui justifient le choix de la trajectoire thérapeutique chez les seniors

Les investigations de terrain nous ont conduit à noter que dans l'arrondissement de Fouban, les personnes âgées sont confrontées à des difficultés nombreuses pour ce qui est de l'accès aux soins de santé. Ne bénéficiant quasiment pas d'un soutien institutionnel, ces seniors en cas de maladie font recours soit à la médecine conventionnelle, soit à la médecine traditionnelle. Cependant, il convient de noter que le choix de l'une de ces méthodes dépend généralement de la difficulté ou mieux encore du type de maladie que les aînés sociaux veulent

¹⁹³ Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005

¹⁹⁴ E. Mbonji, Idem, p.51

¹⁹⁵ OMS-Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, « Médecine traditionnelle. Votre culture, notre avenir », in observatoire de la santé en Afrique, Brazzaville-vol4, Janvier-Juin 2003.

contourner. Autrement dit, les stratégies de soins auxquelles les personnes âgées font recours sont influencées par plusieurs facteurs.

II-2-1. L'influence du facteur géographique

En mettant en lumière le facteur géographique dans la problématique de l'accès aux soins, nous avons pour ambition de présenter les difficultés que les personnes âgées doivent surmonter en ce qui concerne la distance entre leur lieu d'habitation et les Centre de Santé Intégrés (CSI). En effet, dans l'arrondissement de Foumban, plus précisément dans les zones reculées comme KOUFFEN, MAMFU, NJIYOUOM, quartiers situés dans la localité de KOUNDOUM, plusieurs personnes âgées ne fréquentent pas les CSI. Cette situation est critique chez la plupart des vieux qui doivent parcourir des dizaines de kilomètres pour se rendre dans le CSI le plus proche. Sur le terrain, nous avons fait le constat des pistes qui ne sont pas accessibles à cause de la poussière et de la boue. De plus, étant donné que Foumban est situé dans la région de l'Ouest, avec un relief montagneux, de nombreux plateaux et plaines, certaines personnes âgées malgré le poids de l'âge sont obligées de braver les collines parfois sous un soleil accablant. N J, ingénieur agronome et proche d'une personne âgée, fait cette révélation :

L'autre problème est celui d'ordre sanitaire. Le centre de santé le plus proche est à 14 kilomètres. S'il faille amener un malade dans ce centre, il va falloir prendre la moto. Le taxi est difficile et le coût est élevé. Les cas qui m'ont beaucoup intrigué sont ceux des femmes enceintes, prêtent à accoucher et qu'on transporte en moto pour regagner les hôpitaux. Il n'y a pas d'ambulance, s'il faille transférer un malade, c'est par moto. Même l'hôpital de district n'a pas d'ambulance. Pour une petite ordonnance, il faut attendre deux jours, ou bien la voiture fait un aller et retour, il part le matin et il rentre le soir. Résoudre le problème d'accessibilité est une bonne chose, mais ne perdons pas de vue que ces centres ne sont pas équipés¹⁹⁶.

En se référant à ces propos, il s'observe que la mobilité des personnes âgées dans ces milieux est difficile. Cette difficulté se justifie par l'absence des moyens de transport adéquats. Autrement dit, dans l'arrondissement de Foumban, le problème d'accès des personnes âgées dans les formations sanitaires reste et demeure préoccupant car la marche à pied et les motos-taxi restent les seuls moyens de transport efficaces.

¹⁹⁶ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à KOUFFEN.

PHOTO N° 5 : PERSONNE ÂGÉE SE RENDANT DANS UN CSI



Source : photo de terrain prise le 10/07/2021

La photo 5 laisse entrevoir une maman âgée qui grimpe la colline du quartier MALATAM pour se rendre au Cabinet de soins MENDOZA DE FOUMBAN. Sur cette photo, il s'observe que malgré son âge très avancé, elle ne se fait pas accompagner par un proche. Mais aussi, on note également que compte tenu du mauvais état de la route (pente de la colline très élevée), elle ne peut pas emprunter une moto pour s'y rendre rapidement.

II-2-2. L'influence du facteur économique

Nonobstant le fait que bon nombre de personnes âgées ont une culture de la notion de médecine moderne ou conventionnelle, il reste à noter que beaucoup en cas de maladie n'y vont pas dans les formations sanitaires. L'une des raisons majeures de cette réticence est un problème d'ordre financier. Les informations collectées sur le terrain nous permettent d'affirmer que bon nombre des aînés sociaux ne réfutent pas l'idée selon laquelle la médecine conventionnelle ou moderne est efficace pour ce qui est du diagnostic et du protocole des soins pour vaincre certaines maladies. C'est dans cette mouvance que M A raconte :

La médecine des blancs dépasse pour les noirs parce que le blanc avant de te soigner, connaît ce qu'il traite. Si c'est le palu, il mesure le degré de microbe et sait quel médicament utiliser. La médecine du noir, quand tu es malade, si ce sont les maux de tête, il commence seulement à traiter, sans chercher à connaître ce qui ne va pas. Et aussi, quand tu arrives à l'hôpital, on te fait les examens de sang, des urines pour détecter ce qui ne va pas. On te donne les remèdes connaissant déjà ce qui provoque ton mal. Parfois après certains examens, si on ne trouve rien, on t'envoie chez d'autres médecins pour qu'à leur tour qu'il fasse des examens. Tout ceci pour trouver ce qui te dérange et résoudre¹⁹⁷.

¹⁹⁷ Entretien réalisé le 01 JUILLET 2021 à NJIYOUOM.

Dans le même ordre d'idée, N Y l'un des notables au palais soutien que : « *la meilleure méthode c'est l'hôpital, ce n'est pas le charlatan ou le naturopathe. Eux, ils ne sont pas viables aux examens. Ils ne sont pas doués pour détecter la maladie (...)* »¹⁹⁸. De ces témoignages, il s'observe qu'il y a une sorte de reconnaissance des prouesses de la médecine conventionnelle par les personnes âgées.

Cependant, le seul argument qui justifie la non fréquentation des formations sanitaires par les personnes âgées est celui du coût des soins. En effet, bon nombre de ces personnes âgées étant des personnes invalides, n'exerçant aucune activité génératrice de revenu, sont obligées au même titre que d'autres malades, de payer directement leur soin. À cette question, Y.B Djouda et U. Leumalieu, affirme : « *Depuis 1987, suite à la crise économique, au désengagement de l'État du secteur de la santé publique et à l'amputation drastique des budgets publics de la santé, les membres de chaque communauté, y compris les personnes âgées, sont désormais tenus de payer les actes médicaux curatifs et préventifs (consultations, soins médicaux...)* »¹⁹⁹. De cette affirmation, l'on note une désolidarisation effective de l'État face à la prise en charge des personnes âgées. Vivant dans une situation de précarité financière avancée, le coût des soins apparaît pour les personnes âgées comme étant un véritable obstacle. Face à cette réalité, N A personne âgée retraité affirme que :

La plupart des personnes âgées dans les zones reculées se soignent plus en médecine traditionnelle qu'en médecine moderne. Ceci est dû au fait que l'hôpital est perçu comme un endroit de commerce. Moi j'ai été victime d'un AVC, et je me suis fait soigner à près de huit cent soixante mille en deux semaines. Alors que le même cas s'est produit au village est j'ai été témoin où on soigne à moins de cent mille francs. Avec cinquante mille, on vous donne des potions traditionnelles. Il faut noter qu'après le traitement, il n'y a pas de séquelles, alors que moi j'étais à l'hôpital moderne, et j'ai des séquelles. La médecine traditionnelle est efficace, le seul problème est que dans leur domaine d'activité, il y a trop de charlatans. Mais quand vous tombez sur un vrai médecin traditionnel, vous trouvez la solution. J'ai vu mon oncle donner la poudre à une personne qui pleurait atrocement le mal de ventre, et la douleur est partie. Or s'il faut aller à l'hôpital, on te dira que le nitrazole c'est 5000frs.²⁰⁰

Au regard de ce témoignage, l'on note que le recours à la médecine traditionnelle par certaines personnes âgées est dû au fait qu'elles ne disposent pas souvent des moyens pour couvrir les

¹⁹⁸Entretien réalisé le 04 JUILLET 2021 à MALATAM.

¹⁹⁹ D.F Yves Bertrand, N.Leumalieu Ulrich, « Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun » in gérontologie et société, 2019, vol41, N°158, P 41 à 55.

²⁰⁰ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à NJILOUM.

frais de soins. S'aventurant parfois par que faire chez les tradi-praticiens, ces ainés sociaux trouvent solution à leur problème de santé.

II-2-3. La nature de la maladie

Les informations collectées sur le terrain font dire que la nature de la maladie fait partir des raisons qui justifient le choix de la trajectoire thérapeutique chez certaines personnes âgées. Etablissant une comparaison permanente entre la médecine traditionnelle et celle moderne, la plupart des personnes âgées rencontrées sur le terrain pensent que le recours à une trajectoire thérapeutique spécifique est fonction de la maladie. En effet, lors des entretiens avec des personnes âgées, les proches et certains médecin traditionnel, nous avons pu relever que toutes les maladies ne se font pas soigner à l'hôpital. Certains partisans de cette thèse soutiennent mordicus que face à certaines maladies, l'hôpital montre ses limites. C'est dans cette optique NCH, tradi-thérapeutes affirme :

Il faut avouer que parfois tu es souffrant, à l'hôpital, on utilise le scanner sans voir la maladie, mais le patient souffre. C'est quand il vient auprès de nous qu'on parvient à détecter la maladie. Donc nous notons que l'hôpital n'est pas toujours la solution, il y a des limites face aux traitements de certaines maladies²⁰¹.

En se référant à ces propos, il s'observe que les tradi-praticiens reconnaissent être compétent pour ce qui est du diagnostic et le traitement de certaines maladies. En d'autres termes, ils avouent que d'autres maladies sont d'ordre mystique et que face à cette réalité, l'hôpital ni peut rien.

De plus, certaines personnes âgées affirment que face à certaines difficultés sanitaires, après avoir fait recours à l'hôpital sans trouver solution à leur problème, décident souvent de se pencher du côté de la médecine traditionnelle. À cette idée, M R déclare que :

(...) Comme je vous ai dit, je souffrais constamment de la tension. Mon fils a dépensé beaucoup d'argent à l'hôpital pour rien. Un jour, lors d'une réunion des femmes du quartier, il y a une maman qui passait. Elle m'a demandé si je ne vais pas assister à la réunion, je lui ai dit que je ne me sentais pas bien. Elle m'a demandé de quoi je souffrais, je lui ai dit que j'ai la tension. C'est comme ça qu'elle me fait comprendre que son mari soigne cette maladie. J'ai pu rencontrer ce dernier et il m'a donné les noms des écorces que je devais acheter. Il a composé un traitement que je devais boire au levé et au couché. J'ai fini par apprendre le traitement et aujourd'hui je soigne déjà cette maladie.²⁰²

²⁰¹ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à KOUEYENJARE.

²⁰² Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à NJINDARE.

Fort de ce témoignage, il se déduit que certaines personnes âgées souffrant d'une maladie précise, trouvent souvent des conseils ou orientations grâce à leur réseau relationnel. Mais il n'est pas inutile de rappeler qu'une fois rétablie, certaines de ces personnes âgées deviennent par la suite des guérisseurs à leur tour. Cette aptitude s'acquiert du fait de la fréquentation quotidienne des personnels de la médecine traditionnelle.

II-2-4. Le niveau d'éducation/culture de la médecine moderne ou traditionnelle

Si le but ultime de la socialisation est celui de transmettre les normes et des valeurs d'une génération à une autre, il est important de souligner que, l'ensemble des connaissances relatives à la médecine traditionnelle ou moderne est parfois la raison principale du choix d'une trajectoire thérapeutique. Autrement dit, le recours à la médecine moderne ou traditionnelle dépend de l'éducation reçue. Les informations collectées sur le terrain font état de ce que, celles des personnes âgées qui ont grandi dans des familles où les parents étaient purement traditionnels (cultivateur, éleveur, commerçant...), ont tendance en cas de maladie de faire recours à la médecine traditionnelle. De l'autre côté, nous notons également que les personnes âgées issues des familles des instituteurs, des infirmiers, font plus recours à la médecine moderne. Fort de cette empreinte culturelle, FR, personne âgée de 92 ans dont les parents étaient des agriculteurs affirme : « *depuis mon enfance, maman m'a habitué qu'on pouvait se soigner sans passer dans des hôpitaux. Elle disait que même le jour où on m'a accouché, mon cordon ombilical a été coupé avec la machette et que si je suis si solide et en bonne santé, c'est parce que les écorces qu'elle ramène habituellement du champ ont des vertus thérapeutiques* »²⁰³. Si à partir des échanges avec F R on obtient ces informations, la réalité est différente quand d'autres personnes âgées sont interrogées sur la même question. C'est le cas de N A infirmier à la retraite, qui n'a pas manqué de faire cette déclaration :

*Il faut toujours aller à l'hôpital parce que, un homme avertist en vaut deux. Je suis un personnel de la santé depuis 54 ans. Je ne suis pas habitué au charlatanisme. Je suis habitué à être un scientifique rompu à la médecine traditionnelle qui a une vocation mercantiliste. On ne peut pas parler de l'efficacité des soins car ils sont là pour se faire de l'argent. Je suis un borné du monde scientifique*²⁰⁴.

²⁰³ Entretien réalisé le 07 JUILLET 2021 à NJIGOUOLAM .

²⁰⁴ Entretien réalisé le 30 JUIN 2021 à MALATAM .

Une analyse des deux extraits des entretiens réalisés met en exergue et de façon explicite l'idée selon laquelle, le recours de la médecine moderne ou traditionnelle dépend de l'éducation qu'ont reçu les personnes âgées dès leur bas âge. Cette éducation se cristallise dans leur subconscient et gouverne leur façon de penser et d'agir.

II-2-5. Les contraintes socio-culturelles

Les représentations sociales qui se construisent autour de la notion de vieillesse influencent la question d'accessibilité aux soins des personnes âgées. Dans l'arrondissement de Foumban, certaines personnes âgées avec qui nous avons eu des entretiens nous ont amené à noter que la vieillesse est un processus normal qui s'accompagne inéluctablement par une santé précaire. En effet, certaines personnes âgées dans une situation de précarité sanitaire, ne se lamentent pas. Elles trouvent cela normal par rapport à leur âge et estiment que se rendre dans un centre de santé c'est allé gaspiller de l'argent.

De plus, dans l'imaginaire de certaines personnes âgées, la mort est à part et la maladie à part. Autrement dit, la maladie n'entraîne pas forcément la mort. Ces personnes estiment que quand la mort frappe à la porte, c'est que ton jour est arrivé. C'est compte tenu de cette réalité que M A une maman âgée de 81 ans affirme :

(...) ce n'est pas la maladie qui tue l'être humain. Si c'était la maladie pourquoi certains enfants de 5 ans décèdent alors qu'ils ne sont pas malades ? Pourquoi certaines personnes âgées après avoir fait des mois à l'hôpital retrouvent la santé et rentrent dans leur famille ? Mon fils c'est Dieu qui nous donne le souffle de vie et c'est lui qui reprend quand bon lui semble²⁰⁵.

L'analyse de cette déclaration démontre certains seniors en situation de maladie déconseille souvent qu'on leur transporte à l'hôpital. Elles pensent avec force que leur âge ne leur permet plus de rester en vie et qu'une éventuelle mort serait la bienvenue afin qu'elles partent se reposer auprès de leur ancêtre.

II-2-6. De la COVID-19 à l'automédication

La Covid-19 est le nom donné par l'OMS²⁰⁶ le 11 février 2020 à une nouvelle maladie infectieuse respiratoire apparue en décembre 2019, en Chine et causée par le coronavirus SARS-Cov-2. Cette maladie affecte les individus de différentes manières et la plupart des personnes infectées développent une forme légère à modérée de la maladie et guérissent sans

²⁰⁵ Entretien réalisé le 28 JUIN 2021 à NJIYOUOM.

²⁰⁶ Le journal des Femmes. Accès en ligne sur <https://sante.journaldesfemmes.fr>

hospitalisation.²⁰⁷ Dans l'arrondissement de Foumban, la présence des personnes âgées dans les formations sanitaires a connu une baisse considérable avec l'avènement de la Covid-19. En effet, ces informations collectées sur le terrain font dire que la plupart des personnes âgées qui arrivaient dans les CSI souffrants soit du palu ou de la tuberculose, étaient confondues aux personnes atteintes du Covid-19. Ce faisant, les protocoles de soins administrés aux malades n'étaient pas celui approprié ou spécifique à la maladie. À ce sujet, N Y dira que : « (...) *Mon fils moi je ne fréquente plus les hôpitaux car quand tu arrives, même si c'est pour un simple palu, on déclare la Covid-19 et on t'isole. (...) Je n'aime pas aussi les tradipraticiens. Quand je ne me sens pas bien, je pars dans mon champ chercher les écorces pour fabriquer mon traitement* »²⁰⁸. Fort de ce discours, il s'observe que certains seniors dans une situation de précarité sanitaire décident de faire recours à l'automédication que de se rendre dans les CSI.

Selon l'OMS²⁰⁹, l'automédication est le traitement de certaines maladies par les patients grâce à des médicaments autorisés, dans les conditions d'utilisation indiquée. Cette automédication peut s'inscrire dans le cadre « autosoin » défini comme la capacité des personnes, des familles et des communautés à faire la promotion de la santé, à prévenir les maladies, à rester en bonne santé et à faire face à la maladie et aux handicaps avec ou sans l'accompagnement d'un prestataire de soins. Le recours à cette pratique par les personnes âgées de l'arrondissement de Foumban, se justifie par plusieurs facteurs. Partant des raisons économiques (le coût des soins dans les CSI), la gestion du temps (longue attente aux services d'accueil, les consultations), il s'observe que les deux raisons majeures de la pratique de l'automédication par cette tranche de la population sont : l'insatisfaction envers le corps médical et le fait de s'approprier de sa propre maladie.

L'insatisfaction envers le corps médical est l'une des causes qui pousse les personnes à l'automédication. En effet, la dégradation de la relation médecin-patient peut être une source de frustration pour le patient. Autrement dit, lors d'une consultation, le climat de la conversation entre le médecin et le malade peut nous renseigner sur les futures consultations. Cette insatisfaction peut aussi se justifier par le fait que, en cas de maladie, le patient ne trouve pas la guérison après plusieurs traitements administrés. C'est ce qui fait dire à N S :

Je suis victime d'une maladie qu'on appelle la maladie du siècle (le mal des pieds). À chaque fois que je suis arrivé à l'hôpital, après des heures d'attentes, je finissais par rencontrer le médecin. (...) Après consultation, ce dernier me

²⁰⁷ Définition Covid-19-Coronavirus disease 2019 disponible sur <https://www.futura-sciences.com>

²⁰⁸ Entretien réalisé le 04 JUILLET 2021 à MALATAM

²⁰⁹ <https://fr.m.wikipedia.org> (consulté le 22 février 2022 à 11h)

prescrivait des pommades. Cette pommade calmait la douleur une à deux semaines mais après le mal recommençait. (...) Pour chasser ce mal, je suis obligé de masser mon pied chaque matin avec de l'eau chaude. Dans cette eau, j'ajoute la poudre de la pierre jaune ; Quand je n'ai pas le temps pour le massage des pieds, j'achète les anti-inflammatoires.²¹⁰

En se référant à ces propos, nous notons que certaines personnes âgées suite à leur déception dans les CSI trouvent satisfaction dans l'automédication. Cependant, il n'est pas inutile de rappeler que le recours à cette pratique se fait non seulement avec le traitement de la médecine moderne, mais aussi celle de la médecine traditionnelle.

Cependant, les entretiens réalisés avec certains acteurs de la médecine moderne nous poussent à noter que le recours à l'automédication n'est pas sans conséquence dans la vie des citoyens. Ce constat est fait par l'infirmier R N lorsqu'il affirme :

L'automédication est un problème majeur qu'on rencontre dans la trajectoire thérapeutique des personnes âgées. Dès qu'elles sentent une petite douleur, elle envoie acheter les molécules anti-inflammatoires premièrement parce que c'est moins cher. Et parfois l'organisme fini par lâcher car il s'est habitué à ces molécules. Lorsqu'un médecin te prescrit un médicament, il sait que cela peut avoir des effets indésirables. C'est pour cette raison qu'il prescrit toujours un autre médicament qui viendra calmer les effets indésirables²¹¹.

De ce témoignage, il se déduit que la prescription d'une ordonnance n'est pas un fait du hasard. Les personnels des soins de santé savent en lieu et place, le type de protocole spécifique à chaque maladie. Ils ont la connaissance des effets indésirables que peuvent provoquer certains médicaments et savent quel autre médicament est efficace pour stopper ces effets indésirables.

III- LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LA MÉDECINE MODERNE ET LA MÉDECINE TRADITIONNELLE

Malgré les débats qui se développent autour de la supériorité de la médecine moderne par rapport à celle traditionnelle, dans l'arrondissement de Fouban, les réalités de terrain montrent une interdépendance entre les deux. Face aux difficultés multiples d'accessibilité aux soins, plusieurs personnes âgées associent dans la plupart des cas, les modes de traitements modernes à celui de la médecine traditionnelle. Les observations faites sur le terrain nous ont

²¹⁰ Entretien réalisé le 27 JUIN 2021 à KWEKA.

²¹¹ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à MAYOUOM.

permis de noter que dans le souci d'optimiser leur guérison, certaines personnes âgées en situation de maladie décident de se faire consulter à l'hôpital afin de détecter le mal et revenir prendre les potions traditionnelles pour éradiquer le mal. Fort de ce discours, N O, personne âgée de 81 ans affirme :

Quand je suis malade, je pars à l'hôpital ; Juste me faire examiner et quand on prescrit les médicaments, je rentre utiliser ceux de la médecine traditionnelle. Je maîtrise certaines herbes qui sont efficaces pour certaines maladies. Ces connaissances m'ont été léguées par mes grands-parents. Donc si à l'hôpital, l'ordonnance est chère, je rentre me traiter à l'indigène. (...) J'étais tombé gravement malade, et quand je suis arrivé à l'hôpital, après examens on m'a donné une longue ordonnance et c'était très chère. Je leur ai demandé de m'accorder un peu de temps, que je vais revenir. Quand je suis rentré, j'ai pris les feuilles d'avocatiers, et les peaux de plantain, j'ai fait bouillir et je prenais matin et soir. Après une semaine, j'ai eu satisfaction. Entre temps je n'ai pas de problème à utiliser les deux traitements. La vérité c'est que certaines maladies nécessitent le traitement traditionnel. Si tu appliques la médecine moderne, cela ne marchera pas. C'est la même chose quand certaines maladies nécessitent le traitement de la médecine moderne.²¹²

Le constat qui se dégage de ce témoignage est que, le facteur économique et le niveau de connaissance disponible sur la médecine conventionnelle et celle traditionnelle sont à l'origine de cette interdépendance. En effet, certaines personnes âgées conscientes du coût élevé des soins, décident souvent de commencer à l'hôpital pour finir chez le tradi-praticien. En outre, la connaissance des traitements (modernes ou traditionnels) spécifique à certaines maladies, contraints souvent certains ainés sociaux à associer les deux pratiques.

Toujours dans la mouvance de juguler la précarité sanitaire dans cette localité, la création des centres de santé mixte a vu le jour. C'est le cas du Cercle Amical Islamique des Tradi-Thérapeutes du Noun (CERAMITRAN). La vocation première de ce centre et celle d'associer la médecine traditionnelle à celle conventionnelle afin d'éradiquer certaines maladies. De plus, le centre en question donne des formations gratuites sur la connaissance de la médecine traditionnelle aux infirmiers volontaires.

²¹² Entretien réalisé le 04 JUILLET 2021 à NJIDARA .

PHOTO N° 6 : TRADI-THÉRAPEUTE DEVANT SA STRUCTURE SANITAIRE



Source : photo de terrain prise le 03/07/2021

La photo 6, montre un tradi-thérapeute devant sa pharmacie traditionnelle. Il est par ailleurs le fondateur du Cercle Amical Islamique des Tradi-Thérapeutes du Noun (CERAMITRAN). Sur la photo, il s'observe également que ce dernier se fait aider par sa femme dans sa structure. L'image nous laisse voir des sacs remplis d'écorces traditionnelles servant de médicaments.

IV/ LA CONTRIBUTION DES PROCHES/FAMILLES OU AIDANTS NATURELS DANS L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES ÂGÉES

Dans cette dernière section, il est question de mettre en évidence la contribution des aidants naturels face aux problèmes d'accessibilité aux soins de santé des personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban. À la question de savoir comment la personne âgée va réagir et s'adapter lorsque la dépendance physique et/ou Psychique commence à apparaître, il s'observe que la contribution des proches/famille reste une réalité digne d'intérêt. Conscient de cette réalité, les informations collectées sur le terrain nous ont permis de ressortir trois catégories de soutien. Il s'agit entre autres du soutien financier, affectif et du choix de la trajectoire thérapeutique.

IV-1- Soutien financier

L'un des obstacles majeurs que doivent surmonter les personnes âgées face à leurs soins, est évidemment celui d'ordre financier. Les investigations faites sur le terrain font dire que celles des personnes âgées n'ayant pas eu d'enfants dans leur jeunesse éprouvent des réelles difficultés pour subvenir aux coûts des soins dans les CSI. Cette situation est plus critique quand l'on observe que ces aînés n'étaient pas véritablement insérés au sein de la cellule familiale. Autrement dit, le soutien financier que peuvent bénéficier les personnes âgées, provient généralement soit de leurs enfants, soit des membres de la famille. Souscrivant à cette logique, K-D. Barthelemy pense que :

« Les jeunes vident les milieux ruraux pour regagner les villes à la recherche d'une vie meilleure. Lorsque ces jeunes trouvent du travail, ils effectuent des transferts d'argent, des biens et des services vers leurs parents restés dans l'arrière-pays »²¹³. Ce soutien financier est celui qui permet aux aînés sociaux de contourner les problèmes économiques d'accessibilité aux soins. C'est suite à cette réalité que N A infirmier retraité déclare que :

*Moi déjà je suis rarement malade, mais je salue la prise en charge entière de mes enfants quand je suis malade. Ils me prennent en charge à 100% sans mon apport. Maintenant il est important de souligner qu'il faut apprendre à éduquer nos enfants en leur disant la vérité, en leur cultivant l'amour. Cultiver l'amour chez un enfant, c'est d'abord l'aimer, pour lui apprendre à aimer. Il comprendra le sens pour lequel il est capable de se sacrifier pour rétablir la santé de son parent. A travers l'éducation reçue depuis son bas âge, il est prêt à tout vendre pour s'occuper de moi. Quand je dis merci, cela les agresse. Ils sont agressés par ma reconnaissance. C'est une faveur que le seigneur leur donne pour retourner l'ascenseur à travers celui-là qui leur a tout donné ; Qui leur a permis de vivre, qui leur a orienté, qui a été l'essentiel de leur vie.*²¹⁴

En se référant à ces propos, il s'observe que le soutien financier que les enfants apportent à leurs parents, est perçu d'une part comme une sorte de retour d'ascenseur, mais aussi comme une quête permanente de la bénédiction. En effet, dans l'arrondissement de Foumban, les personnes âgées sont perçues dans l'imaginaire collectif comme étant des personnes à même capable de maudire ou bénir de par la parole.

De plus, sur le terrain, nous avons pu remarquer que l'apport financier des enfants face à leur parent fait naître des conflits entre les enfants d'une même maison. Considérant le fait d'apporter de l'aide comme étant une quête de bénédiction, certains enfants développent souvent des stratégies afin d'être les seuls à mieux s'occuper de leurs parents et avoir plus de bénédiction. C'est dans cette optique, nous avons pu noter que la dernière décision sur le choix de la trajectoire thérapeutique, revient à celui qui a un capital économique élevé. Fort de ce discours, F R déclare que :

Mon fils quand je suis malade je préfère ne pas dire à mes enfants. Sachant qu'ils seront très inquiets, mais aussi qu'ils vont se disputer. (...) J'ai ma deuxième fille qui a épousé un préfet. Elle reste à Bafoussam avec sa famille. Chaque fois que je suis malade elle vient me chercher pour m'amener chez elle. Mon premier fils qui est commerçant à Yaoundé appelle souvent sa sœur pour lui faire les problèmes. Selon mon fils, sa sœur ne travaille pas et elle ne doit pas compter sur l'argent de son mari pour me procurer les soins. Mon fils dit souvent que nous ne sommes pas

²¹³ K-D. Barthélémy, « Facteurs associés à la santé perçue et la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun » in cahier québécois de démographie, Vol 34, N°1, P 1-46.

²¹⁴ Entretien réalisé le 30 JUIN 2021 à MALATAM.

*des mendiants et que grâce à Dieu ils peuvent bien prendre soin de leur maman sans avoir besoin d'aide financier de qui que ce soit*²¹⁵

Au regard de ce qui précède, nous notons que le soutien financier des proches/familles n'est pas à négliger. Conscient de ce que la plupart de ces personnes âgées n'exercent pas des activités génératrices de revenus, du fait de leur âge, le contournement des factures dans les hôpitaux passe par la contribution financière de ces proches. Cependant, il n'est inutile de rappeler dans le contexte africain, la maladie d'un individu est généralement aussi celle de son entourage (frère, oncle, neveu, sœur, voisin...) et que le soutien financier n'est pas toujours l'apanage des enfants.

IV-2-Soutien Affectif

Considérée comme étant une tranche de la population située au centre d'une situation de vulnérabilités permanentes et multiples, la contribution des proches dans l'épanouissement des personnes âgées ne saurait s'arrêter qu'au niveau économique. De fait, l'autre dimension du soutien aux seniors est celle affective. En effet, comme les besoins affectifs augmentent, la personne âgée requiert davantage la présence de quelqu'un qui écoute, qui valide son vécu et l'aide à supporter les épreuves fréquentes à cet âge. De plus, le positionnement de la famille autour du malade, montre qu'en l'absence de ce soutien social et affectif, il est victime d'une double peine. C'est dans cette optique M A déclare que : « *Je m'entends bien avec mon entourage car un jour j'étais malade, c'est mon voisin qui m'a remis de l'argent pour acheter les médicaments. (...) La plupart d'entre eux entament des conversations pour me faire rire. (...) Même quand ils n'ont rien à m'offrir, ils m'amènent à ne pas être triste*²¹⁶ ».

À sa suite, G A dans le même sens affirme que :

*Moi je dirais que mes proches m'aident beaucoup. Parfois je reste dans la maison ils entrent me faire un cadeau. Même quand ce n'est pas l'argent, ils entrent me soutenir avec des paroles douces. Mes filles qui sont mariées quittent parfois leur foyer pour venir me passer la journée avec moi. Parfois elles préparent chez elles et se déplacent pour venir me donner. Ce sont-elles qui lavent mes habits, me puisent de l'eau.*²¹⁷

De ces deux témoignages, il s'observe que la présence constante des proches autour de ces aînés est capitale car cela l'empêche de se sentir rejeté et isolé. De plus, les symptômes démentiels occasionnent de la dépendance qui peut devenir réciproque entre le vieillard et la personne qui en prend soin.

²¹⁵ Entretien réalisé le 9 JUILLET 2021 à MFETIN

²¹⁶ Entretien réalisé le 28 JUIN 2021 à NJIYOUOM (2ème bonne fontaine).

²¹⁷ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à MACHINKA.

En définitive, il ressort que ces aidants naturels (proches, famille) doivent faire preuve à leur égard de dévouement, de compréhension, et de renoncement dans leur accompagnement afin que la communication avec elles (personnes âgées), qui est essentiel, subsiste malgré leur corps malade et leur esprit qui parfois ne répond plus.

IV-3. Choix trajectoires thérapeutique et suivi sanitaire

Dans une lutte sans concession d'offrir une santé meilleure aux personnes âgées, il s'observe que la contribution des proches, va aussi dans le sens du choix de la trajectoire thérapeutique. Face à cette réalité, Honoré Mimche et Yves Bertrand Djouda Feudjio affirment que :

Considérée comme un acteur du système de santé, elle(famille) est aussi, face au système de soins modernes, le lieu par excellence à partir duquel on peut questionner le processus de prise de décision concernant la santé de ses membres, les modalités du financement de la santé par les ménages. Autant dire que, la maladie ou la souffrance d'un membre est loin d'être une question individuelle et s'impose comme une affaire collective²¹⁸.

Cette affirmation des deux sociologues Camerounais met en exergue, la nécessité d'une prise en compte du rôle de la famille qui se présente comme un acteur majeur du système de santé. Dans le même ordre d'idée, N A proche d'une personne âgée de 72 ans déclare que :

Une fois ma maman était malade et mes frères m'ont envoyé de l'argent pour l'accompagner à l'hôpital. Après consultation, le médecin m'a dit que maman souffrait du cancer du foie et que si je l'amène à Yaoundé, on pourra trouver une solution. Ne pouvant pas prendre la décision de l'amener à Yaoundé seul, j'ai appelé mes grands frères et grandes sœurs qui m'ont demandé de revenir d'abord au village avec la maman. Ils ont rajouté que nous n'étions que des enfants pour décider. La maman avait ses frères et sœurs qui vivaient encore et mes frères estimaient que la décision leur revenait aussi.²¹⁹

De ce témoignage, nous relevons que le choix de la trajectoire thérapeutique du malade par les proches est une réalité indéniable. Par ailleurs, il s'observe également que la décision d'aller dans un centre de santé ne revient toujours pas aux enfants de la personne âgée, elle concerne parfois toute la famille.

De plus, les observations faites sur le terrain nous ont permis de noter que certaines de ces personnes âgées n'ayant pas été à l'école, le respect de la dose des médicaments est un véritable obstacle. C'est ce qui fait dire à MY A, Infirmier Diplômé d'État, que :

²¹⁸ Honoré MIMCHE et Yves Bertrand Djouda FEUDJIO, Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Benin. Paris, L'Harmattan, 2018, P31-46.

²¹⁹ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à MALATAM.

La première difficulté que rencontrent les personnes âgées dans l'accès aux soins est celui de la prise des médicaments. Vous savez que la plupart n'ont pas été à l'école ; (...) Tu lui fais un diagnostic, tu laisses les médicaments à prendre, il ne respecte pas la dose. Par exemple, tu lui dis de prendre deux comprimés le matin et deux le soir, il reste prendre quatre le matin et quatre le soir. Le lendemain quand tu reviens, les enfants te disent que le papa n'a pas dormi toute la nuit. Et quand tu prends la boîte des médicaments, tu te rends compte qu'il n'a pas respecté la dose²²⁰.

Fort de ce discours, il s'observe que le suivi du traitement est un impératif. Face à cette réalité, les personnels de soins décident souvent d'adopter d'autres méthodes afin de s'assurer que le traitement sera respecté à la lettre. L'une des méthodes est celle du système Anglophone. Dans cette logique, N Y affirme : « (...) Tu achètes les médicaments mais tu ne laisses pas au malade. Tu laisses plutôt une fiche et tu pars avec les médicaments ; Chaque fois que tu viens pour la visite médicale, tu lui donnes le nombre de comprimés à prendre et il coche sur la fiche »²²¹. L'autre méthode adoptée, toujours dans le cadre du suivi médical, est celle que nous révèle NN A, proche d'une personne âgée. Elle déclare :

Ma mère pour la deuxième fois était tombée malade, je l'ai accompagné à l'hôpital avec mon petit frère. Après les examens, le médecin a prescrit les médicaments et nous a demandé de rentrer. J'ai demandé à mon petit frère de s'avancer avec la maman, et je suis retournée voir la dame qui avait fait la consultation. Je lui ai dit que je venais pour qu'elle m'explique mieux la prise des médicaments Je voulais bien comprendre pour que je rentre je veille sur le respect de la dose, et l'heure des prises.²²²

Ces différents témoignages viennent marteler l'importance du suivi médical. Celles des personnes âgées qui n'ont pas fait l'école, qui s'expriment uniquement en langue maternelle, la contribution des proches pour éradiquer les difficultés liées à leur accès aux soins est un impératif.

²²⁰ Entretien réalisé le 04 JUILLET 2021 à KOUFFEN.

²²¹ Entretien réalisé le 04 JUILLET 2021 à MAKOUON.

²²² Entretien réalisé le 30 JUNE 2021 à MANKA 2 .S

PHOTO N° 7 : ASSISTANCE D'UNE PERSONNE ÂGÉE DANS LA PRISE DE MÉDICAMENTS



Source : Photo de terrain prise le 05/07/2021

Sur **la photo7**, nous pouvons voir une personne âgée qui se fait aider par un proche pour ce qui est de la prise des médicaments. Etant donné que la plupart de ces personnes âgées ne s'expriment en langue officielle (Français et Anglais), la contribution de ces proches est essentielle. Ces derniers sont ceux qui écoutent le médecin en présence du patient et une fois sortis du bureau du médecin, ils se chargent d'expliquer à leur tour à la personne malade.

CHAPITRE IV

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN

Ce chapitre, se propose dans la foulée de faire une analyse profonde, afin de mettre en relief les réalités de la question de la prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires de l'arrondissement de Foumban. En réalité, il est question tout d'abord, de faire une description du système de santé Camerounais. Par la suite, ressortir les difficultés inhérentes à la prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires. Autrement dit, cette section se proposera de mettre en lumière toutes les difficultés que rencontrent les personnes âgées de l'arrondissement de Foumban lorsqu'elles se rendent dans les formations sanitaires. Il sera question à la fin de ce chapitre, de ressortir quelques maladies dont souffrent les personnes âgées dans cette localité.

I- DESCRIPTION DU SYSTÈME DE SANTE CAMEROUNAIS

Un système de santé²²³ désigne l'ensemble des organisations et des institutions, des ressources et des acteurs, qui participent à la mise en œuvre de la politique de santé d'un pays. L'organisation actuelle du système de santé Camerounais a été définie en janvier 1989 par le ministre de la santé publique par décret ministériel n°89/011.

Le système de santé camerounais²²⁴ s'articule autour de trois sous-secteurs :

- **Un sous-secteur public** constitué des hôpitaux publics et des structures sanitaires sous tutelle d'autres départements ministériels (Ministère de la défense, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Prévoyance Sociale, Ministère en Charge de l'Education Nationale).
- **Un sous-secteur privé** à but non lucratif (confessions religieuses, associations et diverses organisations non gouvernementales) et celles à but lucratif.
- **Un sous-secteur de la médecine traditionnelle**, composante importante du système et qu'il faut prendre en considération.

²²³ Système de santé-Géoconfluences cité en ligne sur <http://geoconfluences.ens-lyon.fr>

²²⁴ Au cœur du Système de Santé Camerounais. Disponible en ligne sur <http://www.medecine.unige>.

Ce système est par ailleurs structuré en trois niveaux de santé dont chacun dispose de structures administratives, formations sanitaires et structures de dialogue :

1) Niveau central

- **Services centraux du Ministère de la Santé Publique** : Ces services coordonnent, régulent, élaborent des concepts, la politique et les stratégies dans le domaine de la santé.
- **Structures de soins** : Ces structures sont représentées par les hôpitaux par : les hôpitaux généraux de référence, les centres Hospitalo-Universitaires, les hôpitaux Centraux et les organismes sous-tutelle.
- **Structures du Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME)** : Ces structures sont représentées par la CENAME (Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels), les grossistes répartiteurs privés, les centrales d'achats du secteur Privé à but non lucratif.
- **Structures de dialogue** : Ce sont les conseils d'administration ou les comités de gestion.

2) Niveau intermédiaire

- **Structures administratives** : Ces structures correspondent aux différentes délégations provinciales. Celles-ci servent d'appui technique aux districts de santé.
- **Structures de soins** : Ces structures sont représentées par les hôpitaux provinciaux et assimilés.
- **Structures du Centrale Nationale d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels (CENAME)** : Ces structures sont représentées par les Centre d'Approvisionnement Pharmaceutique Provincial (CAPP) et les hôpitaux généraux et centraux.
- **Structure de dialogue** : Ce sont les comités de gestion (COGE).

3) niveau périphérique

- **Structures administratives** : Représentées par les services de santé de district, elles mettent en œuvre les programmes nationaux.

- **Structures de soins** : Ces structures sont représentées par : les hôpitaux de district (exemple de l'hôpital de district de Foumban que nous avons visité), les centres médicaux d'arrondissement et les centres de santé.

- **Structures du Système National d'Approvisionnement en Médicaments (SYNAME)** : Ces structures sont représentées par les pharmacies de formations sanitaires des niveaux précédents, ainsi que des officines privées de pharmacie.

- **Structures de dialogue** : Ce sont les Comité de Santé de District (COSADI), Compagnie Générale de District et Service international (COGEDI), Commission sur les simplifications Administratives (COSA), Convention d'Objectifs et de Gestion (COG)

II-LES DIFFICULTÉS INHÉRENTES À LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE FOUMBAN

Dans cette section, il est question de mettre en évidence les problèmes liés à la prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires. En effet, la question de l'état de santé des personnes âgées et leur prise en charge en Afrique, devient préoccupante. La faible connaissance²²⁵ de la situation sanitaire des plus âgés accentue les difficultés à mettre en place un système de soins efficace et accessible à la population dans son ensemble. Les CSI visités lors des investigations de terrain, nous ont permis de prendre connaissance des maux qui entravent le fonctionnement des formations sanitaires. Le coût des soins, la corruption, le détournement des malades, la longue attente au niveau des services d'accueils, le tâtonnement des protocoles de soins sont entre autres des difficultés que rencontrent les personnes âgées en quête de soins dans les formations sanitaires en milieu rural.

II-1. La perception des coûts de soins

Au Cameroun et notamment dans le milieu rural, les personnes âgées vivent dans des conditions très précaires à cause de la faiblesse de leur niveau de revenus. Du point de vue de l'âge généralement très avancé, il s'observe que les travaux agricoles qui constituaient leur première source de revenus ont été limités. Les multiples besoins existentiels qu'elles doivent satisfaire sont en adéquation parfaite avec cette perte d'autonomie. Non seulement pour maintenir leur équilibre sanitaire elles sont obligées de manger une nourriture de qualité et équilibrée, mais elles doivent également financer leur recours aux soins de santé en cas de

²²⁵ Schieber G., Maeda A. 1999, « Health care financing And Delivery In Developing countries », Health Affairs, vol 18, n° 3, P193-205.

maladie grave. Cette situation de précarité économique est souvent à l'origine des séquestrations des malades qu'on observe dans nos hôpitaux. Autrement dit, certains patients après avoir bénéficié des soins sont séquestrés afin de contraindre leur famille de payer les frais d'hospitalisation. A cette question, MR A n'a pas manqué de dire :

J'étais à l'hôpital pour prendre un rendez-vous afin de rencontrer un ophtalmologue. (...) Le jour du rendez-vous, je n'avais pas assez d'argent car j'attendais que ma fille m'envoie de l'argent. Je me suis quand même rendu à l'hôpital parce que c'était la seule chance pour moi de rencontrer le médecin. Il venait chaque jeudi et c'était une fois par mois. Après consultation, le médecin m'a prescrit les examens, que je devais faire le même jour afin qu'il interprète les résultats et me recommande un traitement spécifique. En me renseignant sur les prix des examens, je suis rentré directement car l'argent que j'avais ne me permettait pas de faire ces examens le même jour et de retourner voir le médecin²²⁶.

De ce témoignage, il se déduit que le problème de finance est une réalité majeure qui accable les personnes âgées dans la quête permanente aux soins de santé. Cette situation explique d'une part l'interruption ou la non poursuite des traitements, mais d'autre part, le fait pour certains vieux d'abandonner les hôpitaux.

Par ailleurs, les investigations de terrain nous ont permis de noter que l'absence des moyens financiers permettant aux aînés sociaux de gérer leur frais d'hospitalisation était la cause majeure de deux phénomènes. Il s'agit du phénomène de soins à crédit et de l'abandon des malades dans les CSI.

II-1.1 Le phénomène d'endettement dans des hopitaux

Lors des entretiens réalisés auprès des personnels de soins de santé, il nous a été rapporté que certains patients après avoir trouvé satisfaction décident de laisser un objet qui leur est précieux afin de revenir payer leurs frais d'hospitalisation plus tard. Si cette réalité ne s'observe presque pas dans les hôpitaux publics, il n'est pas inutile de rappeler qu'elle est l'apanage des centres privés confessionnels. A cet effet, NS S promoteur d'un centre de santé privé affirme :

Je suis le promoteur de ce centre et moi j'ai grandi dans une famille des pauvres, ce qui m'anime à comprendre les réalités des autres. Dans mon centre j'ai donné la consigne que quand une personne ou une mère d'enfant arrive, si elle n'a pas d'argent qu'on me signale. Généralement je soigne et la personne laisse sa carte nationale pour passer récupérer quand elle aura l'argent. D'autres partent sans revenir, c'est quand elles tombent encore malades qu'elles reviennent²²⁷.

²²⁶ Entretien réalisé le 2 JUILLET 2021 à kweka.

²²⁷ Entretien réalisé le 4 JUILLET 2021 à MONTAGNE SACRÉ .

Fort de ce discours, il s'observe que certains patients décident malgré eux de laisser leur carte nationale d'identité (CNI) dans l'espoir de revenir payer leur frais d'hospitalisation. Cette situation pousse certains malades à ne plus se rendre dans le centre où ils ont laissé une consigne. En cas d'éventuelle maladie, ils préfèrent changer de centre.

II-1.2 L'abandon des malades dans les CSI

Dans certains CSI visités dans l'arrondissement de Fouban, nous avons pu constater la présence de certaines personnes âgées malades qui ont été abandonnées. En se fiant au discours des personnels de santé, nous pouvons dire que ce phénomène est récurrent. Amenées à l'hôpital dans une situation plus ou moins critique par leurs proches ou accompagnants, les personnes âgées se retrouvent souvent abandonnées à elles même dans les centres de santé. La cause première de cet abandon est le coût d'hospitalisation généralement au-dessus des moyens de ces aidants naturels. C'est ce qui fait dire à S A, infirmier diplômé d'Etat que :

Des fois nous recevons des personnes âgées malades qui arrivent accompagnées de leur garde malade. (...) Ne pouvant exiger les frais de consultations vu le cas d'urgence, nous entamons les premiers soins question de sauver d'abord le malade. Ensuite nous procédons à une hospitalisation du malade. A ce moment on demande à l'accompagnant de payer les frais de tout ce qui a déjà été fait. Le garde malade vous dit soit qu'il va aller retirer de l'argent, soit il y a un autre membre de la famille qui viendra tout gérer. Pendant tout ce temps nous continuons à nous occuper du malade. (...) Sauf que quand le malade se porte pour le mieux, on constate que son garde malade a déserté les lieux. Des fois nous sommes obligés de libérer le malade afin d'utiliser les lits d'hospitalisation pour d'autres malades. Quand celui-ci a un âge un peu avancé, nous sommes obligés de le garder, de prendre soin de lui jusqu'au jour où les membres de la famille envoient une autre personne différente pour venir prendre des engagements nouveaux et partir avec le malade²²⁸.

En se référant à ces propos, il s'observe que les personnels de soins dans des hôpitaux se trouvent dans des situations compliquées où ils sont obligés de s'occuper d'un malade abandonné. Cette situation crée un dysfonctionnement réel dans ces centres. En effet, il n'est pas inutile de rappeler que dans la politique sanitaire de certains centres de santé, le renouvellement de certains médicaments et autres matériels d'hospitalisation se fait de façon permanente avec les fonds propres de la structure. Autrement dit, le fait pour certains patients de ne pas régler leur facture d'hospitalisation plombe réellement le fonctionnement des centres de santé.

²²⁸ Entretien réalisé le 30 juin 2021 à NJIYOUOM.

PHOTO N° 8 : PERSONNE ÂGÉE ABANDONNÉE DANS UN CSI



Source : photo de terrain prise le 06/06/2021

Sur la **photo 8**, on observe une personne âgée abandonnée par ses proches dans le centre de santé intégré de Kounffen. Conduit à l'hôpital par un proche, ce dernier s'est retrouvé abandonné à lui-même dans ce centre. En se fiant au discours de l'infirmier diplômé d'État, il nous a été rapporté sur le terrain que, le patient était accompagné par un membre de sa famille qui s'est chargé de régler les premières factures. Deux jours après que le médecin lui a remis la troisième facture, ce proche étant dans l'incapacité de payer, a décidé s'abandonner son malade à l'hôpital. Face à cette réalité, l'hôpital a décidé de prendre à ses propres charges les frais de soins du patient.

II-2. Le détournement des malades

Le phénomène de détournement des malades existe dans le milieu rural au même titre que dans le milieu urbain. En effet, cette pratique se fait constater lorsqu'un malade vient se faire consulter par un médecin du public et celui-ci le dirige soit dans sa clinique privée, soit dans un autre centre privé où il fait les prestations de soins. Les enquêtes de terrains nous font dire que le prétexte que ces personnels de soins avancent aux malades est qu'ils les envoient dans un cadre où ils seront plus tranquilles pour faire des consultations. Dans l'arrondissement de Fouban, cette pratique prend plusieurs formes. Il y a des cas où les professionnels de la santé

profitent de leur position dans le secteur public pour convaincre le malade de poursuivre le traitement dans sa structure privée. Cette réalité fait dire à MT proche d'une personne âgée les propos suivant :

Je suis allé accompagner ma femme à l'hôpital pour son problème d'hypertension. Déjà que pour rencontrer le médecin qui devait s'occuper d'elle était un véritable parcours du combattant. (...) Après consultation, le médecin nous dit qu'il va nous envoyer dans un centre très sérieux où on va traiter ma femme de façon définitive. Le jour du rendez-vous arrive et quand on arrive dans le centre en question, c'est le même médecin qui nous reçoit. Et ce jour nous avons recommencé le processus à zéro. L'attente dans la salle d'accueil, l'achat d'un nouveau carnet etc.²²⁹

Fort de ce discours, nous retenons que certains personnels de soins profitent de leur statut pour persuader ou orienter certains malades dans leur centre. La conséquence directe de cette pratique est la perte de temps aux malades pour pouvoir se soigner, mais aussi les doubles dépenses dues au fait qu'ils doivent reprendre le processus de l'accueil et de la consultation.

De plus, l'autre forme de détournement des malades est celui de la prescription des examens à faire dans les centres ou laboratoires privés. En effet, les prestataires de soins recommandent souvent aux malades de faire des examens dans les centres ou laboratoires qu'ils jugent compétent. Cette forme de détournement des patients se cache sous le masque « des conseils » que le médecin se charge à donner à son patient. Face à cette réalité, MR n'a pas manqué de dire :

Quand tu arrives à l'hôpital, les médecins ont une stratégie pour bouffer l'argent. Ils vous disent qu'il y a les examens à faire et directement on vous présente un laboratoire écarté de l'hôpital. (...) j'ai payé les frais d'examens pour ma mère à 82000 frs, dans ce laboratoire elle est décédée quelques temps après. Ce qui me fait mal est que je n'ai jamais reçu les résultats de ses examens jusqu'aujourd'hui.²³⁰

En se référant à ces propos, nous notons que les personnels de soins se chargent d'être des agents publicitaires de certains laboratoires. La recommandation de ces laboratoires aux patients se fait de façon systématique car étant en fonction dans des hôpitaux publics, ces prestataires des soins décident le plus souvent d'orienter les patients dans des laboratoires avec lesquels ils ont un protocole d'accord. Cela crée le dysfonctionnement des laboratoires qu'on trouve dans les structures publiques.

²²⁹ Entretien réalisé le 02 JUILLET 2021 NJIYOUOM .

²³⁰ Entretien réalisé le 30 JUIN 2021 à NJIDARA .

II-3. Les problèmes majeurs des services d'accueil

L'institut Panafricain pour la citoyenneté, les consommateurs et le développement (CICODEV-AFRIQ) a mené une enquête sur l'accueil dans les structures sanitaires en 2020. Il est ressorti de cette étude que, même si des initiatives sont prises, l'accueil dans les hôpitaux connaît toujours les impairs. Une observation attentive des hôpitaux de l'arrondissement de Fouban permet de se rendre compte que ces hôpitaux sont toujours pleins de monde qui attende le médecin, toutes des personnes, parfois âgées, qui attendent debout, appuyés contre le mur, assis la tête entre les genoux ou couchés par terre. Ils sont parfois tous tassés sous la véranda entre le cabinet du médecin et celui de l'infirmier-major.

Suite aux informations collectées auprès des proches des personnes âgées, nous notons avec force que ces derniers se plaignent des écarts de langage du personnel soignant en poste à l'accueil. Autrement dit, on note un mépris fréquent des agents de santé envers les malades anonymes. À ce titre, OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre affirme que :

L'attitude des personnels de santé alterne entre sur- personnalisation et la déshumanisation. L'usager qui connaît un agent de santé dans une structure de soins, ou qui est « recommandé », sera bien accueilli et bien traité. Par contre, la masse des usagers anonymes sera victime des diverses formes de mépris, les règles de bienséances et de pudeur en vigueur dans la société environnante ne sont pas respectées avec eux ; les consultations se feront de façon expéditive mécanique, inattentive, sans dialogue et sans explication. ²³¹.

De cette affirmation, il s'observe que, concernant les services d'accueils dans les institutions sanitaires, les réalités auxquelles les personnes âgées font face sont parfois critique. Le traitement de ces derniers aux services d'accueil est fonction de leur relation qu'elles peuvent avoir dans la société. Si ces personnes âgées se font recommander, la considération du personnel de santé à leur égard sera différente à celle des malades qui arrivent à l'hôpital sans soutien.

Dans les CSI de l'arrondissement de Fouban, l'observation de terrain nous a permis de constater le manque d'hygiène et la difficulté d'identification des guichets d'accueil dans les structures de santé. De plus, le faible effectif des personnels de soins nous a permis de constater

²³¹ OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, BAKO-ARIFARI Nassirou, MOUMOUNI Adamou, « 6. La corruption dans le domaine de la santé », dans : Giorgio Blundo éd., *État et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Benin, Niger, Sénégal)*. Paris, Karthala, « Hommes et sociétés », 2007, p. 225-247. DOI : 10.3917/kart.blund.2007.01.0225. URL : <https://www.cairn.info/--9782845868922-page-225.htm>

que certains malades pouvaient passer des heures devant les guichets d'accueil en attendant d'être reçus par les responsables. Cette réalité a poussé A A à déclarer que :

Ma femme est tombée malade et je suis allé à l'hôpital avec elle. Rien que l'accueil, c'était minable. Quand tu arrives, au lieu qu'on s'occupe de toi et ton malade, c'est plutôt l'entrée qu'on regarde. Il n'y a pas de prise en charge. On peut trainer un malade il finit par mourir. (...) À peine vous arrivez, on vous dit qu'il faut l'argent. Donnez tel montant ! il faut ça ou rien !²³²

De ce qui précède, il s'observe que l'argent joue un rôle capital au niveau des services d'accueil. Autrement dit, les personnels qui occupent des postes de responsabilités à ce niveau se focalisent plus à faire entrer la recette dans leur caisse. C'est d'ailleurs pour cette raison que ceux des malades qui sont nantis, sont les reçus avec beaucoup d'attention contrairement à ceux démunis.

De plus, dans les CSI visités, on note l'absence des guichets d'accueil d'urgence, doté d'un personnel qualifié. L'absence de ces derniers constitue un frein pour le respect de la pyramide sanitaire par les usagers. Suite de ce constat, M A déclare :

Il y a un Nji (notable au palais), qui apparemment était un hypertendu et il a chuté. (...) Quand on l'amène à l'hôpital, au niveau de l'accueil, les médecins disent directement que c'est un cas de Corona virus. Son fils leur dit non c'est un hypertendu et voilà ce qu'il a l'habitude de prendre. Ils n'ont pas pris les mesures pour s'occuper du patient et 30 minutes après, Nji est mort. Il y a eu bagarre car on voulait l'amener à la morgue et ses enfants ont refusé²³³

En se référant à cette déclaration, nous notons que l'absence d'une équipe qualifiée au service d'accueil peut être généralement la cause de plusieurs drames dans les institutions sanitaires. Autrement dit la présence d'un guichet d'accueil d'urgence dans les institutions sanitaires est primordiale dans la prise en charge des malades qui se rendent à l'hôpital dans un état critique.

II-4. La vente, le vol et le manque des médicaments

La vente des médicaments fait partir des pratiques illicites des personnels de santé dans les formations sanitaires. Les observations faites sur le terrain nous ont permis de constater que ce phénomène existe non seulement en milieu urbain, mais aussi en milieu rural. En effet, dans certaines formations sanitaires visitées dans l'arrondissement de Fouban, certains soignants proposent aux malades ou à leur accompagnant les médicaments qu'ils prescrivent. Lors des

²³² Entretien réalisé le 29 JUIN 2021 à MFETIN.

²³³ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à NJIYOUOM

entretiens, les malades ou proches affirment que les médecins restent avec un tas de produits/médicaments dans leur tiroir. L'idée que ces personnels soignants matérialisent souvent est celui d'aider le malade ou le proche en leur vendant eux même le produit de qualité, plutôt qu'ils ne soient obligés d'aller en ville (frais de transport et temps perdu) pour acheter dans une pharmacie. C'est ce qui fait dire à F R :

La vérité est qu'on ne soigne plus les gens à l'hôpital de district de Foumban. Il y a une sorte de combine entre les médecins. Déjà que tous ces médecins vendent des médicaments. Quand tu arrives chez le premier, il te consulte et te vend ses médicaments et après il te recommande un autre médecin qui à son tour te prescrit les examens et te vend les médicaments et parfois quand tu arrives maintenant devant le grand médecin, il t'envoie dans les grandes pharmacies. J'avais un cas à l'hôpital de district de Foumban et j'ai vu que les médecins étaient mal organisés. Il y a un qui a prescrit les remèdes au malade afin qu'on lui place une perfusion, et quelque minute après, un autre est entré et a commencé à rédiger sa part d'ordonnance. Je lui ai demandé d'arrêter car voilà pour son collègue qu'on n'a même pas encore commencé à utiliser. Quelques minutes après, l'autre est entré prendre le tas de médicaments, je l'ai arrêté pour savoir où il partait avec ? Donc comme je suis une maman tu penses que je ne réfléchis plus. On n'a failli bagarrer. Et aussi je vais vous dire, dans la plupart des hôpitaux, les médecins ont leur médicament qu'ils vendent dans les sacs. Quand il finit de te prescrire les médicaments, il te dit qu'il te vend ça à moindre coût²³⁴.

Fort de ce discours, il se dégage deux constats. Le premier est celui d'une ordonnance surchargée. En effet, ce témoignage laisse transparaître que dans le milieu hospitalier, la plupart des médecins se sont transformés en Pharmaciens. Chacun à son niveau, parfois conscients de l'ignorance du malade dans le domaine, se retrouve en train de prescrire les médicaments qu'il va lui-même se proposer de vendre plus tard. Le deuxième constat est celui du vol des médicaments. En effet, le témoignage laisse transparaître l'idée selon laquelle les malades se font souvent dépouiller de leur stock de médicaments en cas de distraction. On note *in fine*, que dans certains centres, les médecins prescrivent à l'excès des médicaments car c'est le moyen pour eux de stocker ce produit à leur propre compte afin de vendre aux futurs patients.

II-5. La corruption

Etymologiquement, la corruption vient du verbe corrompre, venant du latin *corrumpere*, briser complètement, détériorer, physiquement ou moralement. La corruption est l'utilisation abusive d'un pouvoir reçu par délégation à des fins privées comme l'enrichissement personnel

²³⁴ Entretien réalisé le 1 JUILLET 2021 à MFETIN.

ou d'un tiers (famille, ami...) ; elle consiste pour un agent public, un élu, un médecin, un arbitre sportif, un salarié d'entreprise privée..., de s'abstenir de faire, de faciliter quelque chose, du fait de sa fonction, en échange d'une promesse, d'un cadeau, d'une somme d'argent, d'avantages divers.

Plusieurs auteurs ont eu la lucidité de démontrer que la corruption est l'une des causes majeures qui freine le processus de développement dans le continent Africain. En effet, le secteur public de la santé se trouve dans un état déplorable. La mauvaise gestion et la corruption généralisées et systémiques, en sont les éléments caractéristiques. T.Diakité, conscient de cette réalité ne manquera pas de dire que :

La corruption constitue la plaie la plus criante de l'administration africaine ; On la retrouve partout dans les pays d'Afrique et dans les services, au point qu'elle apparait parfois comme une pratique institutionnalisée, ancrée dans les mœurs et dans les consciences. Le fonctionnaire africain a tendance à considérer l'Etat (et le service d'Etat) comme une vache à lait productrice d'intérêt mirobolant pour affaires privées²³⁵.

Dans le même sillage, K. KANÈ, parlant du même phénomène, nous fait comprendre que :

Il existe aujourd'hui dans le pays africain, une entente implicite autour de la corruption des fonctionnaires, une entente équivaut à une capitulation générale. Le versement aux fonctionnaires de « salaires de capitulation » est en effet, presque un encouragement, sinon un consentement à leur corruption. Autrement dit, les fonctionnaires se cherchent et se trouvent dans un consensus généralisé, des compléments de salaire par une corruption quotidienne, au vu et au su de tout le monde. (...) La corruption en Afrique est à l'origine d'un véritable cercle vicieux : il est difficile d'être honnête lorsqu'on est pauvre et que l'on doit faire face à des dépenses incompressibles et le coût de la corruption empêche d'investir efficacement pour lutter contre la pauvreté.²³⁶

De ces témoignages, il se déduit que la corruption est l'une des causes majeures du sous-développement des Africains. Autrement dit, dans le contexte Africain, nous notons que la corruption fait naître une mentalité réfractaire au développement. Cette mentalité entrave la méritocratie.

Pour J-P OLIVIER DE SARDAN et al, la corruption est un phénomène qui déshonore les personnels de santé. Il dira à ce titre que :

Alors que les images abstraites attachées aux professions de santé (médecins, infirmiers ou infirmières, sages-femmes) sont partout positives et évoquent assez généralement le dévouement, la compassion, l'altruisme, par contre la réputation concrète des personnels de santé en Afrique est particulièrement mauvaise et

²³⁵ T.DIAKITÈ : L'Afrique malade d'elle-même, Paris, Karthala.

²³⁶ K.KANÈ, La corruption des fonctionnaires Africains : Comment sortir d'un système de capitulation générale ? Yaoundé, Clé, 2009.

parfois exécration. Leur corruption et leur vénalité sont très largement dénoncées par les populations, en même temps que leur mépris des usagers et la faible qualité de leurs prestations, même si, bien sûr, chacun connaît d'heureuses exceptions. « Ils ne nous regardent même pas » et « ils ne pensent qu'à l'argent » sont les deux phrases revenues le plus régulièrement à propos des soignants dans les entretiens menés avec les malades et leurs accompagnants²³⁷.

De cette déclaration, l'on est en droit de comprendre que les valeurs altruistes tant prônées dans le milieu sanitaire sont devenues des concepts creux. Ces valeurs ont disparu pour laisser place à la corruption. Dans les milieux sanitaires de l'arrondissement de Fouban, cette dernière se manifeste avec beaucoup d'acuité.

Bien que cette analyse soit faite par plusieurs auteurs, il est important de souligner que dans l'arrondissement de Fouban, le milieu sanitaire est le lieu par excellence de cette pratique. En effet, conscient de ce que les malades sont généralement considérés comme des personnes qui nécessitent de l'aide, tout se passe comme s'il y avait une sorte d'épée de Damoclès qui plane sur leurs têtes. Autrement dit, les personnels de soins se retrouvent en train d'assujettir les malades car ils sont conscients de ce que ceux-ci ont plus besoin de leur service. Plus le malade est vulnérable, plus il est susceptible d'être escroqué. Les personnels de santé assimilent cet acte à de la gratitude ou estiment que c'est un cadeau totalement légitime. Face à cette réalité, N Y affirme : *« Il n'y a pas de corruption car dans la tête du patient, il faut qu'il récompense le médecin car grâce à lui il est en santé »²³⁸.*

Dans les centres de santé de Fouban visités, les affiches sur la lutte anticorruption existent de façon très visible. Mais lors des entretiens réalisés sur le terrain avec des personnes âgées et leur proche, nous avons eu des informations sur des pratiques de corruption que les patients ou leur aidant naturel subissent au quotidien lorsqu'ils se rendent à l'hôpital pour avoir accès aux soins. C'est dans cette optique MR A affirme :

Vous savez pourquoi les hôpitaux privés sont pleins de malades ? C'est parce que les hôpitaux publics abusent. Ils font le commerce. Ici à l'hôpital départemental, je ne mets pas mes pieds là-bas. C'est un grand marché. Si tu sais comment ça fonctionne, quand tu arrives avec ton malade, met quelque chose dans la main du médecin et tu restes tranquille. Quelques minutes après, il t'appelle avec ton malade dans la foule. A l'hôpital de district on te donne l'ordonnance et il te guide à la pharmacie en précisant que tu dois aller uniquement te renseigner sur le prix et revenir. Quand tu arrives à la pharmacie, si le prix du médicament

²³⁷ J-P OLIVIER DE SARDAN et Al, « La corruption dans le domaine de la santé », dans : Giorgio Blundo éd., *État et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Benin, Niger, Sénégal)*. Paris, Karthala, « Hommes et sociétés », 2007, p. 225-247. DOI : 10.3917/kart.blund.2007.01.0225. URL : <https://www.cairn.info/--9782845868922-page-225.htm>

²³⁸ Entretien réalisé le 02 Juillet 2021 à MALATAM.

c'est 10.000frs, il te demande de donner 8.000frs et précise que les pharmacies sont très chères. Pour un homme âgé c'est très grave. C'est comme quand tu as un problème et tu fais un tour au commissariat. Quand tu arrives et que tu es accompagné de beaucoup d'enfants et petits fils, ils savent automatiquement qu'il y aura l'argent à dépenser et ils créent donc les dépenses²³⁹.

Au regard de ce précède, il se déduit que dans les institutions sanitaires de l'arrondissement de Fouban, les patients sont conscients de ce que, pour que leur prise en charge soit rapide, il faut motiver le personnel soignant. Cette motivation à en croire les patients rencontrés, est la condition *sine qua non* pour être prise en considération. Dans le cas contraire, les médecins vous ignorent complètement ou ils vous reçoivent de façon très brève.

Par ailleurs, certains proches des personnes âgées rencontrés sur le terrain n'ont pas manqué de dire que le phénomène de corruption des personnes âgées dans les hôpitaux se manifeste beaucoup plus quand ces seniors se font accompagnés par leurs enfants ou proches. C'est la raison fondamentale qui va pousser M M à dire :

Bon moi je pense que les personnes âgées qui sont soutenues par leur proche ont certains avantages que ceux qui ne sont pas soutenues. Je prends l'exemple sur moi. Quand j'accompagnai ma maman à l'hôpital, j'étais obligé d'avoir toujours un peu d'argent sur moi. Cela me permettait de tendre la main constamment aux infirmiers afin qu'ils s'occupent bien de mon malade. À chaque fois qu'on remet l'argent au médecin en termes de motivation, il s'active et traite bien le malade. Quand tu ne fais pas comme ça, on ne te gère pas. Tu achètes les médicaments tu déposes, on ne te soigne pas. Généralement les personnes âgées qui fréquentent les hôpitaux sans se faire accompagner, sont repoussées et négligées. Autrement dit, quand une personne âgée arrive dans un hôpital et que ses enfants ont de l'argent, la personne âgée est traitée aux petits soins. Mais comme je l'ai dit tantôt, si ses enfants n'ont pas l'argent, elle sera négligée.²⁴⁰

En se référant à ces propos, il s'observe que la contribution des proches face aux difficultés sanitaires que rencontrent les personnes âgées n'est pas moindre. La réalité observée sur le terrain nous amène à comprendre que le phénomène de corruption prend plus d'ampleur quand le personnel soignant se retrouve face à la famille du malade.

Cependant, il n'est pas inutile de rappeler que la corruption s'observe aussi dans le secteur privé confessionnel malgré que ce soit des établissements religieux. L'ampleur de cette corruption est moindre par rapport à celle du secteur public. Cela s'explique par le fait que, dans ces secteurs privés confessionnel, on assiste à la présence des personnels plus ou moins honnêtes et bien motivés par leur travail.

²³⁹ Entretien réalisé le 04 Septembre 2021 à KWEKA.

²⁴⁰ Entretien réalisé le 01 Juillet 2021 à MISSION CATHOLIQUE

II-6. Absence des structures de gériatrie et des gérontologues

Dans l'arrondissement de Foumban, les observations faites dans les centres de santé visités nous ont permis de constater que ces centres étaient fortement sous-équipés et manquaient régulièrement des soins de bases ou élémentaires. Les soins gériatriques qui sont spécifiques et exigent une présence dans les CSI d'un personnel de santé spécialisé sont quasi-inexistants. Pour des cas des maladies simples, les vieux peuvent bénéficier des médicaments génériques disponibles, mais lorsque leur état de santé dévient critique avec l'apparition des maladies telles que : l'hypertension, le diabète, le rhumatisme, ces personnes âgées sont abandonnées à elles même. Nous avons pu remarquer que la présence des spécialistes de ces maladies n'est visible que dans les grands hôpitaux de la capitale ou régionaux. Autrement dit, dans l'arrondissement de Foumban, plus précisément dans les zones périphériques (Koundoum, Njimom, Njiket-nkié...) il est inutile d'évoquer la présence des cardiologues, rhumatologue, diabétologue ou encore plus d'un ophtalmologue. Dans les centres visités, aucun ne compte un médecin ; la plupart compte surtout un ou deux infirmiers diplômés de l'Etat. Ces derniers sont assistés dans leur tâche par certains infirmiers brevetés ou aides-soignants. Face à cette réalité, la plupart des personnes âgées perçoivent des CSI comme un environnement précaire, abandonné, ou elles ne sont jamais certaines de trouver urgemment satisfaction. À ce sujet, FR R affirme que :

Vous parlez de la présence des gérontologues en milieu rural ? ils sont combien en milieu Urbain ? Et même quand ils sont présents, est ce qu'il y a cette conscience professionnelle qui va leur amener à apporter leur savoir-faire au service de l'usager ? Puisse que même nous qui accompagnons constamment ces personnes âgées nous remarquons que, quand on arrive à l'hôpital, l'infirmier vous observe bien et s'il se rend compte que vous pouvez avoir quelques billets de banque, il va d'abord s'occuper de vous et votre patient. (...) l'expérience a prouvé que la personne malade dont les spécialistes suivent beaucoup est celle dont le garde malade semble avoir beaucoup d'argent²⁴¹.

De ce témoignage, il s'observe que la présence des spécialistes en charge des personnes âgées se fait rare dans les CSI. Quand bien ils sont présents, les patients n'auront pas les mêmes chances de se faire consulter par ces derniers. Nous notons également que l'absence des gérontologues dans ces centres est l'une des raisons majeures de l'automédication.

²⁴¹ Entretien réalisé le 4 JUILLET 2021 CENTRE DE SANTÉ DE KWEKA.

II-7. Le tâtonnement des protocoles des soins

Le phénomène de tâtonnement des protocoles de soins est un mal qui ne s'observe pas facilement dans nos institutions hospitalières. Dans l'arrondissement de Fouban, les entretiens réalisés auprès des personnes âgées nous ont permis de constater que certains malades une fois à l'hôpital sont victimes d'une série d'essai clinique. En effet, une fois rendues à l'hôpital, certaines personnes âgées affirment d'être souvent l'objet d'un essai de plusieurs traitements. Autrement dit, certains patients regrettent le fait de subir plusieurs modes de traitement avant de retrouver la santé. Cette situation selon les personnes âgées interrogées est due au fait que certains jeunes infirmiers et médecins, n'étant pas spécialistes au même titre que des gérontologues, ne sont pas souvent aptes à trouver directement le protocole de soins adéquat à administrer aux malades. C'est généralement au bout d'une série traitements que le malade parvient à trouver une solution à son mal. NS A infirmier à la retraite face à cette réalité dira que :

Les moyens de diagnostic sont limités. Lorsque vous faites recours à un hôpital pour des examens, on fait de vous un cobaye pour développer certaines études. On vous prescrit des tas d'examens qui ne servent à rien parfois. Les médecins sont complaisants à la demande de certains examens. Comme s'ils étaient en plein recouvrement pour développer leur recherche. Le malade est essoré et quand il arrive à la prescription médicale, tout l'argent est fini aux examens. Il n'y a pas un protocole de prise en charge fiable, qui permet de savoir que le vieillard qui arrive, souffre de telle maladie, voilà le nombre d'examens dont-il a besoin. Les soins devraient être accessibles aux malades parmi lesquels, les vieillards. Quand vous êtes malade, on vous prescrit sept médicaments pour vous soigner, avec tout ce que cela comporte comme effets indésirables. Cela veut dire qu'il y a tâtonnement. On aurait pu lui prescrire deux ou trois médicaments afin de lui éviter la surcharge de l'organisme et qu'il dépense moins²⁴².

En se référant à ces propos, il s'observe que lorsque les personnes âgées se rendent à l'hôpital, il n'y a pas un protocole de prise en charge fiable. Le personnel soignant se livre à des tâtonnements des protocoles à utiliser pour soigner le malade. Cette situation entraîne deux conséquences majeures. La première est celle de l'appauvrissement du malade. En faisant recours à plusieurs traitements prescrit par le médecin, le malade se retrouve entrain de dépenser plus qu'il n'en faut. La deuxième conséquence est celle des effets indésirables que certains médicaments peuvent provoquer dans l'organisme du malade.

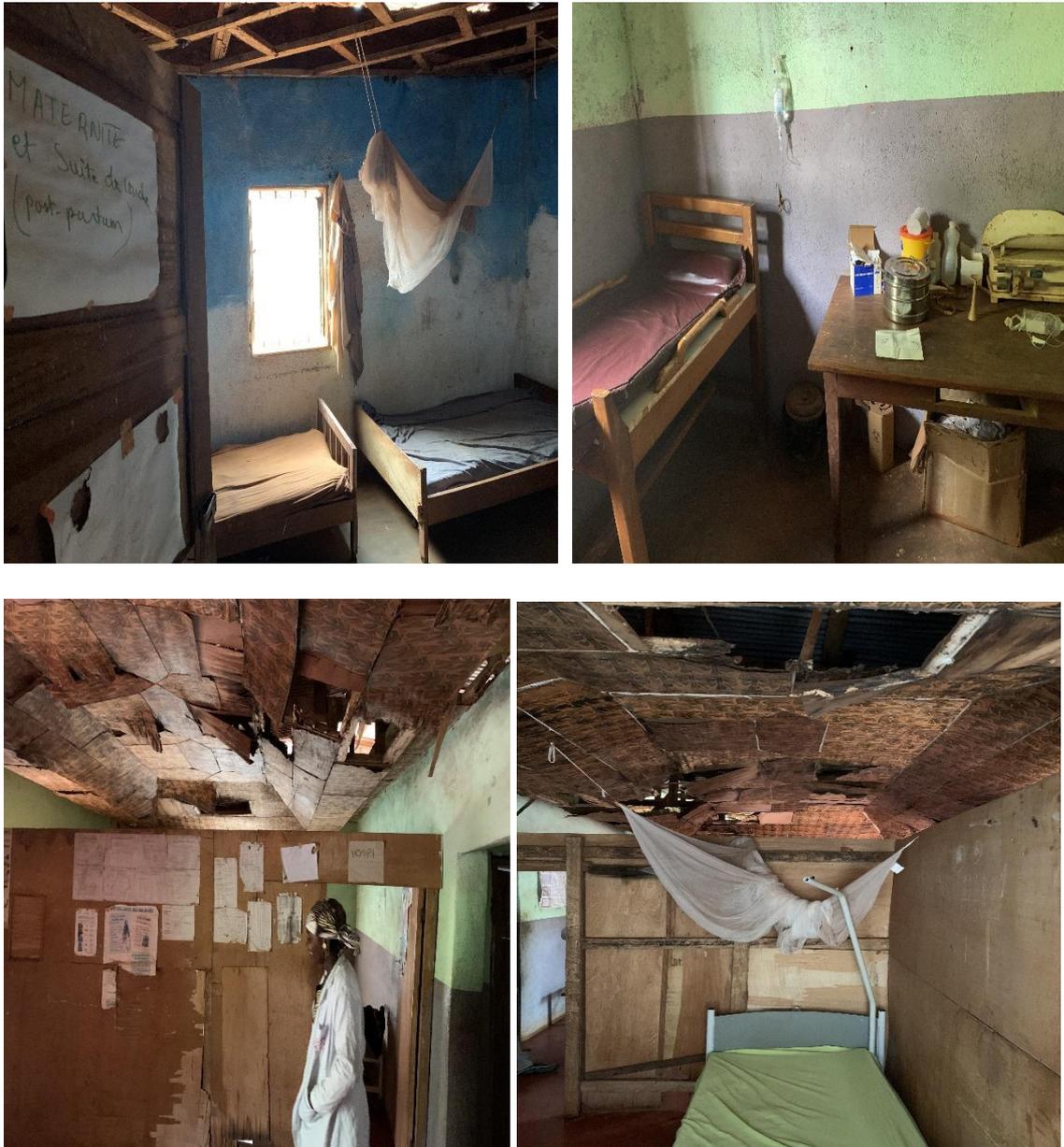
²⁴² Entretien réalisé le 29 JUIN 2021 à KOUNFFEN

II-8. L'insalubrité

Il est très difficile de rendre fidèlement à travers une narration l'atmosphère des hôpitaux du milieu rural. Il faut les avoir vus, parfois vécus. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la crasse qui vous noue la gorge lorsque vous entrez : crasse des locaux, crasse instruments, crasse du personnel. L'une des caractéristiques majeures des CSI visités dans l'arrondissement de Foumban est celle de la saleté qui se laisse observer à tous les niveaux. Le phénomène d'insalubrité dans ces structures n'est plus à démontrer. Certains personnels soignants portent des vêtements et des blouses sales. Autrement dit, une visite guidée et approfondie dans les centres visités nous a permis d'observer l'absence de propreté au niveau des toilettes publiques de ces structures sanitaires, les mauvaises odeurs laissent supposer l'existence d'un véritable manque d'entretien. Dans les salles d'hospitalisation, les toilettes étaient insalubre. De plus, les salles d'hospitalisation manquent de lits dignes de ce nom. Celles des salles qui avaient au moins un lit, les draps étaient déchirés et sales.

Les entretiens avec les personnels de soins nous ont permis de noter que lors des saisons pluvieuses, certains centres de santé sont souvent inondés d'eau. La cause de cette inondation est parfois due aux eaux de ruissellement non canalisées. Mais aussi due aux trous sur la toiture. Les formats sont utilisés avec des marqueurs pour différencier les salles. Une série de photos prises sur le terrain nous permet de matérialiser cette réalité.

PHOTO N° 9 : ÉTAT DU CSI DE KOUFFEN



Source : photo de terrain prise le 06/07/2021

Il est observé sur la **photo 9**, l'état des lieux du Centre de Santé Intégré de KOUFFEN. Nous avons sur la première image une vue de la salle de maternité. Dans cette salle nous avons des lits avec des draps très sale. Une fenêtre qui permet à la lumière du jour d'éclairer la salle. Un plafond sans contre plaquette causant une chaleur accablante à l'intérieure de la salle. Toujours sur la photo 6, plus précisément en haut et à droite de la première photo, nous observons une salle d'accouchement avec à l'intérieure, une table d'accouchement artisanale sans matelas. On remarque aussi l'absence d'un plateau technique moderne. L'image qui se trouve en bas de la première plus précisément à gauche nous montre l'état des lieux de salle

d'accueil. La salle en question n'a pas de lumière ; les affiches collées aux murs pour les éventuels renseignements sont déchirées.

De plus, en observant ces photos, l'on est en droit d'affirmer que bon nombre des personnes âgées en quête de soins dans les centres de santé, sont contraints de supporter cette situation d'insalubrité. Cependant, il n'est pas inutile de rappeler que cette situation est à l'origine de la non fréquentation des hôpitaux par certains malades. Autrement dit, certaines personnes âgées affirment qu'elles préfèrent se soigner à l'indigène que d'aller à l'hôpital. La raison de cette réticence est la peur d'aller contacter d'autres maladies. C'est cette réalité qui pousse G A à dire :

Mon fils, moi je pars à l'hôpital uniquement en cas des examens à faire. Et même après les résultats, je préfère me faire traiter à l'indigène. A plusieurs reprises j'ai refusé qu'on m'interne à l'hôpital car à chaque fois que j'y étais, j'avais les problèmes de nausées. Déjà qu'ils lavent rarement leur sol, les draps sont sales. (...) Je me rendais constamment à l'hôpital pour mon problème de diabète, et j'ai fini par contracter la tuberculose. Et c'était prévisible parce que la manière avec laquelle on nous recevait dans ce centre était inhumaine.²⁴³

De cette déclaration, nous notons que le phénomène d'insalubrité dans les institutions sanitaires est parfois la raison principale qui pousse les malades à choisir la médecine traditionnelle en cas de problème de santé. Par ailleurs, certains malades ne se rendent pas parfois à l'hôpital parce qu'ils ont peur de contracter d'autres maladies et par conséquent, augmenter leur peine.

III-LA PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES PRIVEES

Dans le souci d'accompagner le gouvernement dans la mise œuvre de sa politique santé pour tous, nous notons une prolifération des centres de santé privée. En effet, étant donné que la demande d'une part en termes d'intégration des personnels de soins de santé formés se fait ressentir, nous remarquons d'autre part que le nombre des malades qui visitent les centres de santé augmente de façon significative. Les observations de terrain nous amènent à affirmer que les patients manifestent une très nette préférence pour les secteurs privés confessionnels à celui du secteur public. Les raisons à cette préférence sont multiples. Interrogé sur la question, M Y affirme que :

Dans le secteur public, le personnel bénéficie des avantages de plusieurs natures, ce qui n'est pas le cas pour le personnel des secteurs privés confessionnels. Par exemple, le médecin confessionnel peut avoir 260.000frs de

²⁴³ Entretien réalisé le 5 JUILLET 2021 à MACHINKA.

salaires contrairement à celui du public qui étant fonctionnaire, touche 100.000frs mais reste rarement à son poste. Il fait les prestations dans beaucoup de structures privées des fois son propre centre où il travaille en plein temps. Le personnel confessionnel travail en plein temps et ne bénéficie pas de cette marge de manœuvre²⁴⁴.

De ce qui précède, il s'observe que certains patients préfèrent les centres privés confessionnels parce qu'ils sont sûrs de la disponibilité du médecin. Autrement dit, ces patients lors des entretiens n'ont pas manqué de témoigner qu'ils préfèrent les centres privés confessionnels malgré que le coût des soins soit deux à trois fois plus cher que dans les centres de santé publique.

En outre, nous notons qu'une autre raison majeure de la préférence des centres de santé privés par rapport aux centres publics est celle de l'accueil. Selon les personnes âgées interrogées, dans les secteurs privés confessionnels, l'accueil est meilleur, il est plus humain, moins bureaucratique. Dans ces centres, il s'observe non seulement une acceptation de l'environnement familial, mais aussi une considération pour la personne malade. De plus, la déontologie et la conscience professionnelle chez les médecins et infirmiers du secteur privé est au rendez-vous. Il y a un véritable souci de guérir le malade que de l'assujettir. En clair, nous notons donc que dans le secteur privé, l'intérêt du malade prime sur les objectifs financiers des prestataires de soins. Tandis que dans le secteur public, en l'absence de toute motivation du personnel, le patient est abandonné à lui-même. Cette réalité pousse N S à affirmer que :

Ça fait longtemps que je ne fréquente plus l'hôpital de district. Moi je partais là-bas quand je venais de prendre ma retraite et aucun de mes enfants n'avaient un emploi digne de ce nom. (...) Depuis que mon premier fils a décidé de prendre mes problèmes de maladie à sa charge, je fréquente beaucoup plus la mission catholique. Je pars là-bas parce qu'on m'accueille toujours avec beaucoup d'attention. Les petites infirmières qui décident de faire les va-et-vient à ma place. Exemple, si le médecin prescrit un médicament, elles récupèrent mon ordonnance et partent acheter à ma place. Il y a eu des cas où elles m'accompagnent souvent pour me mettre dans le taxi.²⁴⁵

Fort de ce discours, nous notons que la qualité d'accueil servi aux patients dans les centres privés confessionnels est un élément qui justifie l'affluence des malades qu'on rencontre dans ces structures. Il s'observe que c'est un lieu où les valeurs altruistes sont prises en considération.

Cependant, si la thèse du bon accueil dans les centres privés confessionnels connaît une bonne réputation au sein de la population de Fouban, il n'en demeure pas moins que certaines

²⁴⁴ Entretien réalisé le 6 JUILLET 2021 à MFETAÏN

²⁴⁵ Entretien réalisé le 03 JUILLET 2021 à KWEKA

personnes âgées ou proches rencontrés sur le terrain tiennent une critique sans concession à l'endroit de ces structures. En effet, certains entretiens réalisés auprès des personnes âgées nous font dire qu'on reproche aux centres de santé privés confessionnels la surenchère des coûts des soins. Autrement dit, les reproches faites aux centres de santé privés confessionnels sont qu'ils ne sont pas accessibles, si oui ils sont accessibles au plus nanti. C'est ce qui fait dire à dire M A que :

Mon fils je pars faire quoi là-bas ? est-ce que j'ai d'abord l'argent pour manger normalement ? Seulement le prix de la consultation me chasse. J'étais allé rendre visite à la fille de ma sœur après son accouchement ; Quand ma sœur m'a donné le prix d'une journée d'hospitalisation, moi je pense que ces gens-là viennent seulement chercher leur argent auprès des pauvres.²⁴⁶

De ce discours, nous notons que les valeurs tant prônées dans les structures privées confessionnelles ne sont pas à la merci de tout le monde. Pour bénéficier des faveurs de ces structures, il faut être dans un autre rang social. Autrement dit, les personnes âgées qui sont dans une situation de vulnérabilité exécrationnelle n'ont pas la possibilité de bénéficier des avantages que leur offrent les centres de santé privés confessionnels.

²⁴⁶ Entretien réalisé le 07 JUILLET 2021 à NJIYOUOM

CONCLUSION

« *Vulnérabilité et accès aux soins chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun : Une étude de cas dans l'arrondissement de Foumban* », tel est le libellé du sujet qui a fait l'objet du principal centre d'intérêt de cette recherche. Le contexte qui a servi de prétexte à cette recherche est émaillé par le fait que près de 23% du fardeau mondial de la maladie touche les personnes âgées, soit près d'un cinquième dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires. En effet, le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, non mortelles, plus ou moins invalidantes. Ces maladies ajoutent leur retentissement fonctionnel aux effets du vieillissement ; ceci accentue le risque et la difficulté ou même l'incapacité à effectuer un certain nombre de gestes et d'activités de la vie courante. Ces incapacités lorsqu'elles se conjuguent à un environnement défaillant, sont à l'origine des handicaps ou désavantages sociaux compromettant les rôles de survie définis par l'organisation mondiale de la santé. À cet effet, les gérontologues font bien constater qu'un âge s'accompagne d'une dégradation de l'état physique de l'individu. Celui-ci perd progressivement sa vitalité physique, psychologique, biologiques sensorielle (vision, audition). Il s'observe que la vieillesse entraîne effectivement toute une série de désordres ou déficiences biologiques, psychiques, sociaux qui constituent autant d'incapacités chez les personnes âgées que de nécessité pour celles-ci de développer des stratégies d'adaptation qui intègrent ces éléments.

Dans la même logique, au cours des enquêtes exploratoires, il a été rapporté que la maladie, le handicap et la dépendance, sont les réalités que rencontrent des personnes âgées. Étant donné qu'en milieu rural, ceux qui sont chargés d'apporter un soutien à la fois mental et financier aux personnes âgées sont les plus jeunes, il ressort que ces jeunes voient les milieux ruraux pour regagner les villes à la recherche d'une vie meilleure. Ce travail en effet, consistait substantiellement à débusquer tout d'abord les formes de vulnérabilité auxquelles les personnes âgées font face dans le milieu rural, ensuite, ressortir les contraintes liées à l'accès aux soins de santé et enfin, montrer le rôle des proches/famille ou aidants naturels face aux actions très limitées des acteurs institutionnels dans la prise en charge de la personne âgée en milieu rural au Cameroun.

Pour atteindre cet objectif, le travail a été structuré autour d'un ensemble de questions de recherches. Celles-ci sont de deux ordres, à savoir une question centrale et trois questions secondaires. La question centrale est élaborée ainsi qu'il suit. *Comment, en situation de vulnérabilité permanente, les personnes âgées font-elles face aux défis d'accès aux soins de santé en zone rurale ?* Autour de cette question centrale, se greffe trois questions dites

secondaires. D'abord, il était question de savoir *quelle est la situation de vulnérabilité vécue par les personnes âgées en milieu rural de Foumban ?* Ensuite, il s'agissait de savoir *quelles sont les stratégies de soins de santé et les réseaux de soutien mobilisés par les personnes âgées en milieu rural ?* Enfin, la dernière question consistait à savoir *quelles sont les dispositions institutionnelles qui encadrent ou structurent l'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural ?* En souscrivant au principe méthodologique propres aux sciences sociales et à la Sociologie en particulier, les questions de recherches susmentionnées ont suscité l'émergence d'un ensemble d'hypothèses de recherche. Ainsi, l'hypothèse générale se présente comme suit. *Dans les zones rurales, les personnes âgées en situation de vulnérabilité, font face à des difficultés liées à l'accessibilité financière, géographique, des prestataires de soins et de l'information.* Cette hypothèse centrale se subdivise en trois autres qualifiées de secondaires. Elles se structurent comme suit : Primo, *Dans l'arrondissement de Foumban, les personnes âgées connaissent une situation de vulnérabilité généralisée et permanente (économique, structurelle, relationnelle...).* Secundo, *Les personnes âgées en situation de vulnérabilité, font recours à des stratégies de soins multiples (traditionnelle / moderne) ; Le poids ou le rôle de la famille, des proches (aidant naturel) comme réseau de soutien est non négligeable.* Tertio, *Au Cameroun, les actions de l'état face à la prise en charge des personnes âgées en milieu rural reste quasi inexistantes.* Pour vérifier ces hypothèses, nous avons opté procéder par la théorie de la comparaison, qui consiste à comparer les hypothèses a priori aux hypothèses a posteriori.

Dans le cadre de cette étude, le recours a été fait à un ensemble de modèles théoriques et instruments de collecte des données. Les modèles théoriques qui ont été mobilisés sont le constructivisme social ou le constructivisme phénoménologique de Berger et Luckmann, l'Ethnométhodologie de Garfinkel, la Sociologie des réseaux de Pierre Meckle et la théorie des représentations sociales. Le recours à la théorie constructiviste a permis de montrer comment quotidiennement des « représentations partagées » et des « rationalités plurielles » se construisent, se déconstruisent et se reconstruisent autour du phénomène d'accessibilité sanitaire des personnes âgées en milieu rural. Quant à l'Ethnométhodologie de Garfinkel, elle a aidé à comprendre les éthnométhodes ou méthodes, stratégies et réponses développées par les populations des milieux ruraux de l'arrondissement de Foumban face à la situation sanitaire de la personne âgée. Ensuite, le recours à la Sociologie des réseaux sociaux de Pierre Meckle a été appliquée dans le présent travail pour analyser et interpréter la nature des relations entre les malades et leur entourage (proches), et ses effets sur les comportements de ces derniers. Enfin, pour ce qui est de la théorie des représentations sociales, elle a permis de

cerner les différentes dimensions et orientations que les personnes âgées adoptent afin d'avoir facilement les soins en tout lieu et en tout temps en zone rural. Autrement dit, elle a permis d'étudier les représentations élaborées par les personnes âgées d'une part mais aussi celles construites sur elles d'autres part en milieu rural.

La collecte des données a nécessité la combinaison de quatre instruments d'investigation de terrain à savoir, l'observation directe, le récit de vie, l'entretien semi-directif et l'observation documentaire. De prime abord, le mérite de l'observation directe, une observation qui s'est déclinée en observation directe structurée, a essentiellement favorisé l'identification du problème de cette recherche. Par contre, au niveau de l'observation directe structurée, le carnet de prise de notes qui a été l'un des principaux éléments du travail de terrain a permis de relever, parfois sur place, des informations rentrant dans le champ de nos préoccupations. À cet effet, nous avons pu observer les interactions qui existent entre les différents acteurs impliqués non seulement dans la prise en charge des personnes âgées en milieu rural, mais aussi entre les proches des personnes âgées, les personnels de soins et les acteurs institutionnels. Ensuite, à travers la technique d'observation documentaire, les traces écrites ont permis de se rendre compte que la question de la vulnérabilité et d'accessibilité aux soins des personnes âgées en milieu rural a déjà été abordé sous plusieurs angles et qu'elle ne date pas d'aujourd'hui. Quant à l'entretien semi-directif, il a favorisé le recours à une diversité d'acteurs ayant un rapport plus ou moins avec le phénomène étudié. Ce faisant, cette technique a facilité l'accès aux différentes expériences en terme de vulnérabilité et précarité sanitaire vécus par les personnes âgées en milieu rural.

À l'issue des opérations de collecte des données, les hypothèses de recherches élaborées au cours de la théorisation ont été vérifiées de manière globale. En effet, partant de l'idée selon laquelle la vulnérabilité peut être perçue comme une manifestation d'une situation négative dont les individus sont victimes, dans l'arrondissement de Foumban, les conditions de vie des personnes âgées sont marquées par plusieurs formes de vulnérabilité. Ces dernières peuvent être identifiées à partir de leurs caractéristiques individuelles, de leur ménage et de leur environnement de résidence. Autrement dit, dans l'arrondissement de Foumban, les aînés sociaux vivent une situation de vulnérabilité permanente. Partant de la vulnérabilité infrastructurelle, économique, géographique, sanitaire et informationnelle, il s'observe que les seniors du milieu rural de Foumban essaient tant bien que mal de survivre en bravant au quotidien toutes ces contraintes. Face à cette réalité, les actions de l'État en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban restent très limitées. En réalité, le

dynamisme des acteurs publiques tels que l'apport du Ministère des Affaires Sociales, l'apport de la Commune de Foumban, dans la prise en charge des seniors reste très minime et éphémère. Cependant, il est important de souligner qu'à côté des dispositions institutionnelles qui encadrent la prise en charge des personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban, s'ajoute le dynamisme des acteurs privés/parallèles. Il s'agit entre autres de l'apport de la mutuelle de santé et de l'apport des élites de la localité.

Par ailleurs, en s'intéressant à la question d'accessibilité aux soins chez les aînés sociaux, notre hypothèse s'est également confirmée sur le terrain. Autrement dit, les investigations de terrain nous ont conduit à noter que dans l'arrondissement de Foumban, les personnes âgées sont confrontées à des difficultés nombreuses pour ce qui est de leurs conditions d'accès aux soins de santé. En effet, le recours à la médecine moderne ou traditionnelle chez ces personnes âgées, était fonction de certaines réalités. Mieux encore, les personnes âgées ont développé plusieurs stratégies pour pouvoir résoudre leurs problèmes d'ordre sanitaire. Ces stratégies de soins auxquelles les personnes âgées font recours sont influencées par plusieurs facteurs à savoir : géographique, économique, la nature de la maladie, les contraintes socio-culturelles et le niveau d'éducation/culture de la médecine moderne ou traditionnelle. Face à l'existence de ces multiples facteurs qui influencent le choix de la trajectoire thérapeutique chez les personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban, la contribution des proches/famille ou aidants naturels dans l'accès aux soins n'est pas à négliger. En effet, il s'observe que la contribution des aidants naturels reste une réalité digne d'intérêt. Conscient de cette réalité, les informations collectées sur le terrain nous ont permis de ressortir trois catégories de soutien. Il s'agit entre autres du soutien financier, affectif et du choix des modes de traitements.

En outre, s'agissant de la question de prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires de l'arrondissement de Foumban, cette étude nous a permis de mettre en exergue les différentes difficultés inhérentes à la prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires. C'est dans cette optique que nous avons pu noter des difficultés telles que la corruption, le coût des soins, le détournement des malades, les problèmes majeurs des services d'accueil, la vente des médicaments, le tâtonnement des soins et l'absence des structures gériatriques et gérontologiques.

L'intérêt de cette étude se situe à un double niveau. Du point de vue de l'objet, généralement lorsqu'on parle de la situation de vulnérabilité des personnes âgées en milieu rural, on ne voit pas a priori l'existence de plusieurs formes de vulnérabilité. Le plus souvent, on se limite à sa dimension économique. Cette étude se propose de mettre en lumière les différentes formes de

vulnérabilité les plus visibles auxquelles les personnes âgées sont soumises en milieu rural ; par la même occasion, elle nous permet de comprendre que les actions de l'État face à cette situation de précarité généralisée restent très faibles. Sous un autre angle, l'intérêt de cette étude se situe d'une part au niveau de son aptitude à mettre en exergue les stratégies thérapeutiques développées par les personnes âgées en milieu rural pour avoir accès aux soins. Mais d'autre part l'étude permet de voir comment les personnes âgées font face à des multiples maux ou contraintes inhérentes aux fonctionnements des institutions hospitalières de Foumban.

La conduite de cette étude a fait face à des nombreuses difficultés. Loin de les lister toutes, il sera néanmoins évoqué ici celles qui ont davantage constitué un obstacle à la saisie des données utiles pour cette recherche. En effet, nous n'avons pas échappé aux soupçons dont sont souvent victimes les chercheurs en sciences sociales. Pour être concret, certains acteurs concernés par la question de la vulnérabilité et d'accessibilité aux soins des personnes âgées sont restés distant vis-à-vis de nous dès l'entame de la phase de collecte des données sur le terrain. Ils ont construit un ensemble de représentations autour de nous. Des représentations qui faisaient du chercheur un agent du service public ou un agent de renseignement, qui est venu effectuer une mission d'espionnage pour le compte des autorités ou des « blancs » qui veulent s'accaparer du savoir local en matière de traitement en médecine traditionnelle. Pour cela, ils n'ont pas voulu se soumettre à nos entretiens. Pour dissiper leurs craintes et accéder aux informations dont nous avons besoin, nous avons capitalisé la technique de l'observation directe. Aussi, en prolongeant notre séjour de manière régulière sur le terrain, nous avons pu gagner la confiance de certains acteurs qui ont finalement accepté de s'ouvrir à nous. Par ailleurs, malgré la présentation d'une autorisation de recherche dûment signée par le chef de Département de sociologie, nous nous sommes heurtés au refus de certaines autorités administratives. Certains acteurs ici ont justifié ce refus en expliquant que la santé est un secteur sensible qui relève de la vie privée des personnes.

Au regard de ces multiples difficultés rencontrées et nonobstant les efforts fournis dans l'optique de rendre sociologiquement compte des logiques qui sous-tendent un phénomène aussi complexe que celui de la vulnérabilité et l'accès aux soins chez les aînés sociaux dans l'arrondissement de Foumban, nous sommes loin de prétendre que ce travail relève du domaine de la perfection. Nous reconnaissons que la recherche portant sur la vulnérabilité et les conditions d'accès aux soins des personnes âgées dans l'arrondissement de Foumban, n'a pas été épuisée par cette contribution. Les recherches ultérieures sont donc interpellées à un

effort de compréhension et d'explication de ce phénomène dans une perspective beaucoup plus poussée. Ainsi, une autre piste de recherche peut être envisagée dans l'optique de la reconnaissance de la tradi-médecine comme un domaine majeur dont l'impact en termes d'accessibilité aux soins des personnes âgées en milieu rural n'est pas à négliger.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GENERAUX :

- SIMON P.J, *Histoire de la sociologie*, Paris, PUF, 1991, PP.16
- AKOUN A et ANSART P, *Dictionnaire de sociologie, Le Robert*, Paris, Seuil, 1999, PP.110
- CORCUFF P, *Les nouvelles sociologies*, Paris, Edition Nathan, 1995, coll. 128, PP.56
- BERGER P et LUCKMANN T, *La construction sociale de la réalité*, Masson/Armand Colin, 1999 (2^{ème} éd), PP.17
- MERCKLE P, *Sociologie des réseaux sociaux*, Paris, Ed. La Découvert, coll. Repères,2011, 3^{ème} édition.
- DURKHEIM E, *Les formes élémentaires de la vie religieuse : Le système totémique en Australie*, Paris, PUF, 2003, (5^{ème} éd.), p.50
- MOSCOVICI S, *La psychanalyse, son image et son publique*, Paris, PUF, 1976
- WEBER M, *Economie et société : Les catégories de la sociologie*, traduit de l'allemand par Freund J, Kamnitzer P, Bertrand P, E de Dampierre, Maillard J et Chavy J.
- LEWIS O, *The children of Sanchez : autobiography of a mexican family*, New York, Random House, 1961(trad. franc. *Les enfants de Sanchez : autobiographie d'une famille mexicaine*, Paris, Gallimard, 1961), p.6
- DIRY J-P, *Les espaces ruraux*. Paris, Armand colin,2004, PP191.
- SUPIOT A, *Pour une politique des Sciences de l'homme et de la société*, Paris, PUF, Conseil national du développement des sciences humaines et sociales, (94), 2001.
- DROZ Y et Lavign J.C, *Ethique et développement durable*, Paris, Karthala, 2006.
- REY A. *Dictionnaires Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française*, Paris,1992, PP365.
- RENE R, *Introduction, Âge et politique*, Paris, Éditions Economica, 1991, p.7
- MITCHELL J. *Le logement économique pour tous, un impératif en Afrique. Dans jeune Afrique*. 2 mars 2018.
- WINDISCH U, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.
- SECA J-M, *Les représentations sociales*, Cursus, 2001, PP138-140.
- MOSCOVICI S, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 2004, PP.1
- ABRIC J C, *Pratique sociales et représentations*, PUF, 1994.
- MOULINIER P, *Les politiques publiques de la culture en France*, Paris, PUF, 1999, PP.4.
- KAMDEM E, *Management et interculturalité en Afrique. Expérience Camerounaise*, Québec, les presses de l'Université de Laval, Paris, l'Harmattan, 2002, P27.
- MBONJI E, *Morts et vivants en negro-culture. Culte ou entraide ?* PUY, 2016.

- ROCHER G, *Introduction à la sociologie générale*, (l'Action Sociale), Montréal, édition HMH, 1968, PP.132.
- DE SINGLY F, *Le soi, le couple et la famille*, 1996.
- *Le Gand Dictionnaire De La Psychologie*, Larousse, Paris, 2000, PP.196.
- BAYADA B et al, *Conflit, mettre hors-jeu la violence, chronique sociale*, Lyon, 2000.
- DIAKITE T : *L'Afrique malade d'elle-même*, Paris, Karthala,1986
- KANE K, *La corruption des fonctionnaires Africains : Comment sortir d'un système de capitulation générale ?* Yaoundé, Clé, 2009.

OUVRAGES METHOLOGIQUES :

- ELA. J-M, *Guide pédagogique de formation à la recherche pour le développement en Afrique*. Paris, L'Harmattan, 2001, PP.21.
- GRAWITZ M : *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 8ème éd, 2004, P 398.
- QUIVY R et CAMPENHOUDT L V, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 2006 (3ème édition) PP.78
- MBONJI E, *L'Ethno-Perspective ou la Méthode du discours de l'Ethno-Anthropologie culturelle*, Yaoundé , PUY, 2005, PP.24
- GRAWITZ M, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 11ème édition,PP.644.
- DURKHEIM E, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF, 1937, (21^{ème} édition), PP.34
- GHIGLIONE R et B. MATALON, *Les enquêtes sociologiques. Théorie et Pratique*, Paris, Armand colin, 1978, PP.50–51.

OUVRAGES SPECIFIQUES :

- VILLENEUVE C, *L'intervention en santé mentale : Le pouvoir thérapeutique de la famille*, Presse de l'Université de Montréal, 2006
- KOUAME A., *Le vieillissement de la population en Afrique*, Ottawa, Centre de Recherches pour le développement International, 1990, p.46
- MARC G., *Les personnes âgées. Contours et caractères*, Paris, INSEE, 1990 p. 4
- GUERIN S., *L'invention des seniors*, Hachette Pluriel, 2007

- HENKE, J. *Définir la vulnérabilité auprès des personnes âgées en Suisse : l'importance 16 de la mesure subjective. Dans Actes du colloque national de démographie du CUPED*, Aix-en Provence, France, 2013 (PP.17). Aix-en Provence, France
- BOURDELAIS P., *Qu'est-ce que la vulnérabilité ? Annales de démographie historique*, no 110(2), 5-9. Doit :10.3917/adh.110.0005
- MBONJI E., *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique*, Yaoundé, Les PUY, 2009, PP.50.
- MIMCHE H. et DJOUDA FEUDJIO Y. B., *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Benin*. Paris, L'Harmattan, 2018, PP31-46.

ARTICLES SCIENTIFIQUES:

- PRINCE M.J. et al « The burden of diseases » in *older people and implications for health policy and practice*. The Lancet, 2015, pages 549-562.
- HENRARD J.C « Système de soins et d'aide aux personnes âgées » in *plan urbain*,1992, PP.21
- GAUCHER J., « la maladie, le handicap ou la régression...Quelle vieillesse ? » in *Gérontologie et Société*,2002, vol25, n°101, pp 103-114.
- THOMAS P., « Les personnes âgées et leur vulnérabilité réelle ou supposée », in *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, N05, 2019.
- MBA Robert-Marie, MBOUEMBOUE Moustapha Moncher Nsangou et ONANA Philippe Ferdinand, « Problématique de la prise en charge des personnes âgées par les politiques de santé au Cameroun » in *Revue Africaniste Inter – Disciplinaire, RAID*, 2019, N°7, PP 63-80.
- GOLAZ V., « Vieillir en Ouganda au début du XXIème siècle. Une estimation de la vulnérabilité des personnes âgées à partir des données démographiques nationales » *Dans AIDELF ConferenceProceedings* (p. 69–88).
- SCHIEBER G ; MAEDA A., “Health care Financing and Delivery in developing countrie” in *healthaffairs* vol.18 n°3. PP.193-205, 1999.
- THOMAS P., « les personnes âgées et leur vulnérabilité réelle ou supposée », in *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, N05, 2019.
- LACOUR C., « La liberté d'aller et venir en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes_» in *Alzheimer, éthique et société* (2012), PP. 365 – 376_

- MVEING S. et FOMEKONG F., « Conditions de vie des ménages et recours aux soins parmi les personnes âgées au Cameroun » in *Etude de la population de la population Africaine*, Vol 23, N°1, PP 85 – 102.
- DEBRAND T., BLANCHET D., DOURGNON P. et LAFERRERE A, « Santé, vieillissement et retraite en Europe », in *Economie et Statistique*. 2007, PP 3-18
- MONFORT J-C., « Spécificités Psychologiques des Personnes âgées » in *Gérontologie et société*, 2001/3 vol. 24 / n° 98 | PP 159–187
- SCHIEBE G et MAEDA A, “*Health care Financing and Delivery in developing countries*” in *Health Affairs* Vol.18 n°3. P193-205, 1999.
- GUILLAUME S., « La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et coordination des soins : une approche qualitative exploratoire » in *Questions d'économie de la santé* N°214 – janvier 2016
- MICHEL H, « La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive », in *Retraite et Société*, 2012/1 n°62, P174-181
- BOUVENOT G. et al, « La prescription des médicaments chez les personnes âgées » in *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, Vol 196, N°4-5, Avril 2012, PP 1031-1035
- DUTHÉ G., RAPHAEL. L, PISON G, « Vivre et mourir après 60 ans en milieu rural africain », Paris, In *ed (Document de travail N°160)*, PP.25
- BOENISCH G, « Pierre Merckle, sociologie des réseaux sociaux », in *Questions de la communication* 19/2011, PP.339-400.
- ABRIC J-C, « L'étude expérimentale des représentations sociales », in JODELET D, *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 1989
- ABRIC J-C., « La recherche du noyau central et de la zone muette dans les représentations sociales », in ABRIC J-C, *Méthodes d'étude des représentations sociales*, Ramonville saint-Agne, Erès, 2003
- LEPICIER D ; TORRE A, GAUVRIT. L , et MORA O, « Etat des lieux des espaces ruraux », in *Les nouvelles ruralités à l'horizon 2030*. PP 21 – 36.
- JONATHAN.S. « Approche Sociologique des seniors », in *IR4/GES/SENIORS/Malle Outils Senior Novembre 2012*.
- HENRARD J-C, « Système de soins et d'aide aux personnes âgées » in *plan urbain*, 1992, PP21.
- NWEL P.T, « Entre la ville et la campagne » (227-239), In : *Cahier de l'UCAC, Citadins et ruraux en Afrique subsaharienne*, Paris, Karthala, 1999, PP.227.

- HAPPY J-Y., « Les mototaxis entre pauvreté, chômage et insécurité à Yaoundé » (91-126), In : KENGNE FODOUOP(dir), *Le Cameroun : Jardin sacré de la débrouillardise*, Paris, L'Harmattan, 2015, PP.104
- OMS-Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, « Médecine traditionnelle. Votre culture, notre avenir », in *observatoire de la santé en Afrique*, Brazzaville-vol4, Janvier-Juin 2003.
- CECCHI C., « La place de l'information dans la décision en santé publique » in *Santé Publique* vol 20, n°4, 2008, p387-394.
- GARNIER C et SAUVE L, « Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement-Conditions pour un design de recherche »,in *Education relative à l'environnement*, 1999.
- JODELET D, « représentation sociale : phénomène, concept et théorie », in *Psychologie sociale*, PUF, S. Moscovici, 1984, P.361.
- DUBET F et MARTUCELLI D., « Théories de la socialisation et définition sociologiques de l'école » in *Revue Française de sociologie*, PP 511-535.
- RUITORT P, « La socialisation : apprendre à vivre en Société » in *première leçons de Sociologie*, 2013, PP 63-74.
- BONHOMME J., « Magie/Sorcellerie » in *Dictionnaire des faits religieux*, PUF, 2010, PP.679-685
- DJOUDA FEUDJIO Y.B et LEUMALIEU U.N, « Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun » in *gérontologie et société*, 2019,vol41, N°158, PP 41- 55.
- AWOMO NDONGO J-C, « Émergence des mutuelles de santé au Cameroun » in *Revue internationale de l'économie sociale*, N°336, Avril 2015, p.23-35.
- KUATE DEFO B., « Facteurs associé à la santé perçue et la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun » in *cahier québécois de démographie*, Vol 34, N°1, P 1-46.

THESE ET MEMOIRE :

- DOUKOURE D., vieillissement et longévité en milieu Urbain dans le district d'Abijan. Cas des personnes âgées d'obédience musulmane à partir de leur pratique. Mémoire en master de Sociologie, Université Félix Houphouet boigny Abijan, 2013.
- NGA NDONGO V., « L'opinion camerounaise », These de doctorat d'Etat en sociologie, Université de Paris X Nanterre, 1999, Tome 1.

RAPPORTS :

- Rapport mondial sur le vieillissement et la santé, OMS, 2015, pp 12.
 - BUCREP. 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat(RGPH). Rapport sur la population du Cameroun. WWW. Statistique-Cameroun.Org.
 - OMS 2015, Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.
 - Arrete N°0821/A/MINSANTE DU 01 AVRIL 2011 Portant cahier des charges précisant les conditions et modalités techniques d'exercice des compétences transférées par l'état aux communes en matière de construction, d'équipement, d'entretien et de gestion des centres de santé intégrés et des centres Médicaux d'arrondissement.
- LOI N°2010/002 DU 13 AVRIL 2010 : PORTANT PROTECTION ET PROMOTION DES PERSONNES HANDICAPEES.
- Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005
 - ONU-Habitat, 2003.

WEBOGRAPHIE

- YAKAM W. A., CARRIÈRE Y, et LEGRAND T., « vulnérabilité des personnes âgées au Cameroun : forme et facteur », [http:// colloque.aidef.org/documents/1863.pdf](http://colloque.aidef.org/documents/1863.pdf) (Consulté, le 16 février 2020 à 11h).
- BAALI A., et al, Etat de santé et environnement socio-démographique d'un groupe de personnes marocaines âgées. Dans W. Molmy, M. Sajoux et L. Nowik(dir.), Viellissement de la population dans les pays du Sud. Famille, condition de vie, solidarité publiques et privées. Etat des lieux et perspectives (p. 98-108). Paris, France : Les numériques du CEPED. Reperé à : <http://WWW.ceped.org/cdrom/meknes/spip90b6.html?article> 11 (Consulté, le 16 février 2021 à 17h).
- DJOUDA FEUDJIO Y. B., « réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun », in REDES-Revista hispana para el analisis de redes sociales ; Vol.18, 2010. Disponible sur <http://revista-redes.rediris.es>. (Consulté le 26 Juillet 2020 à 11h)
- DEMATE E S. & SANNI M A., « Conditions de vie et vulnérabilité des personnes âgées dans la commune de Natitingou au Bénin : Vers un effritement du système de solidarité

intergénérationnelle Les évidences d'une enquête locale », <http://uaps.2019.popconf.org> (consulté le 21 janvier 2021 à 11h15).

- QUERE L., « Ethnométhodologie », EncyclopediaUniversalis [en ligne] : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/ethnomethodologie/>, (consulté le 8 mai 2020 à 15h).

- GARFINKEL H., op.cit. ¹ LOUBET DEL BAYLE J L., Initiation aux méthodes des sciences sociales, Paris, l'Harmattan, 2000, P.71. [En ligne] disponible sur <http://classiques.uqac.ca>. (consulté le 16 avril 2020 à 10H).

- BONNIN A., Creatrice de la Plume sociale. Disponible sur : <https://fr.m.wikipedia.org/wiki/> (consulté le 26 Novembre 2021 à 17h30)

- NTSAMA ESSOMBA C. et al, « Identification des questions de recherche prioritaires en matière de politique d'accès et d'usage de médicaments dans des pays francophones d'Afrique Centrale, à revenus faibles ou intermédiaire », in <https://www.who.int> (consulté le 29 Janvier 2022 à 9h45).

- Le journal des Femmes. Accès en ligne sur <https://sante.journaldesfemmes.fr> (consulté le 29 Janvier 2022 à 17h19).

- Définition Covid-19-Coronavirus disease 2019 disponible sur <https://www.futura-sciences.com>

- Système de santé-Géoconfluences cité en ligne sur <http://geoconfluences.ens-lyon.fr>

- Au cœur du Système de Santé Camerounais. Disponible en ligne sur <http://www.medecine.unige>(consulté le 03 Mars 2022).

OLIVIER DE SARDAN J-P et al, « La corruption dans le domaine de la santé », dans : Giorgio Blundo éd., *État et corruption en Afrique. Une anthropologie comparative des relations entre fonctionnaires et usagers (Benin, Niger, Sénégal)*. Paris, Karthala, « Hommes et sociétés », 2007, p. 225-247. DOI : 10.3917/kart.blund.2007.01.0225. URL : <https://www.cairn.info/--9782845868922-page-225.htm>

ANNEXES

ANNEXE N° 1: LISTE DES PERSONNES INTERVIEWÉES

N°	Noms prénoms	et	Sexe	âge	Qualité	Site d'enquête
1	N.A		M	72 ans	Personne âgée	Quartier MALATAM
2	N .S		M	Vers 42	Personne âgée	Quartier KWEKA
3	MB		M	Vers	Personne âgée	MFUNTAÏN (Foumban)
4	M.A		F	76ans	Personne âgée	Quartier NJIYOUOM
5	NSI		M	72 ans	Personne âgée	Quartier NJINKA
6	AM		M	66ans	Personne âgée	Quartier KOUNGA
7	FR		F	81ans	Personne âgée	Quartier OMFETIN
8	N.A.M		F		Personne âgée	Quartier KOUNGA
9	NCH		M		Tradi-praticien (personnels de soin)	KOUENJARE
10	NN.S		F		Adjoint au maire	COMMUNE DE FOUMBAN
11	NO		M	81	personne. Agée	QUARTIER NJIDARE
12	MR A		M		Proche personne âgée	KWEKA
13	MM.A		M		Personne âgée	MANKA
14	MY		F	78	Personne âgée	MFENTAÏN
15	MR		F		Proche personne âgée	NJINDARE
16	NSS		M		Médecin	MONTAGNE SACREE
17	GA		F	69 ans	Personne âgée	MACHINKA
18	NN.A		F	42	Proche personne âgée	MANKA
19	RNI		F		Proche personne âgée	KOUFFEN
20	SA		F	44	Infirmier diplômé d'état	NJIYOUOM
21	FJ		M		Personne âgée	NJINKA
22	RN		F		Proche personne âgée	MAYOUOM
23	FR.R		M		Personnel de soin (IDE)	CENTRE DE SANTE DE KWEKA
24	N.MA		F		Délégué départemental des affaires social de l'arrondissement de Foumban	KOUNGA
25	NY		M	72 ans	Personne âgée	MALATAM
26	M.T		M	34 ans	Proche personne âgée	NSIYOUOM
27	NSA		F		Personnel de soin aide-soignante	CSI DE KOUNFFEN
28	MYA		M	38 ans	Infirmier diplômé d'état	KOUFFEN
29	NJ.A		M		Proche personne âgée	MISSION CATHOLIQUE
30	SS.A		F	82	Personne âgée	KOUNGA
31	A.A		F	68	Personne âgée	MFENTAÏN
32	MA.N		F		Proche personne âgée	NJIYOUOM

**Annexe n° 2: GRILLE D'OBSERVATION DES CONDITIONS D'ACCÈS AUX SOINS
DES PERSONNES ÂGÉES EN MILIEU RURAL**

**GRILLE D'OBSERVATION DES CONDITIONS D'ACCES AU SOINS DES
PERSONNES AGEES EN MILIEU RURAL.**

Observations portant sur les aptitude et attitudes physiques de la personne âgée.

- La disponibilité de marches dans les bureaux administratifs
- La force physique
- La force mentale et culturelle
- La durée du parcours de la distance entre le ménage et les services sociaux
- L'état physique en fonction d'âge.

Observation portant sur l'accès aux soins des personnes âgées

- La présentation physique, géographique et culturelle
- La présentation des modes de traitements (gestion des soins, l'hôpital, les guérisseurs, etc.)
- La distance entre les domiciles et les formations hospitalières
- Le type de maladie
- La récurrence des maladies liées à l'âge

Observations relatives à la prise en charge des personnes âgées de Foumban

- Les unités de prise en charge des personnes âgées
- Les services appropriés pour les personnes âgées
- Le coût des soins en pour les personnes âgées en fonction des structures
- Les moyens de prises en charge

ANNEXE N° 3: INSTRUMENT DE COLLECTE DES DONNÉES

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PERSONNES AGEES DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN.

I. Catégorie sociodémographique

- Nom et prénom :
- Sexe :
- Age :
- Profession :
- Religion :
- Statut matrimonial et nombre d'enfant :
- Niveau d'étude :

II. Situation de vulnérabilités vécues par les personnes âgées dans l'arrondissement de Fouban.

- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au quotidien ?
- Quelles sont vos différentes sources de revenus ?
- Quels sont les rapports que vous entretenez avec les autres membres de la communauté ?
- Avez-vous des difficultés d'ordre alimentaire ?
- Comment faites-vous pour vous déplacer ? Quelles sont vos voies de déplacement/ Logistique ?
- Quels sont les cas de maladies auxquelles vous êtes généralement exposés ?
- Quel est votre niveau d'étude ?

III. Les stratégies de soins et réseaux de soutien mobilisés par les personnes âgées.

- Quelle est la trajectoire thérapeutique que vous empruntez habituellement pour avoir accès aux soins ? Quelles sont les raisons de ce choix ?
- Quelles sont les autres formes de traitements en dehors de celles habituellement empruntés ?
- Quelle connaissance avez-vous sur la médecine moderne et celle traditionnelle ?

- Quelle image avez-vous du soutien apporté par vos proches/ aidants naturel (familles) ?

IV. Les dispositions institutionnelles qui encadrent ou structure l'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural.

- Avez-vous une connaissance sur les politiques sanitaires mise en place par l'Etat ?
- Que pensez-vous du fonctionnement des institutions hospitalières de Fouban et d'ailleurs (Yaoundé, Douala...)?
- Pensez-vous que les protocoles de prise en charge dans les institutions sanitaires sont-ils efficaces ?

I. Catégorie sociodémographique

- Nom et prénom :
- Sexe :
- Age :
- Statut :

II. Connaissances relatives à la notion des personnes âgées de Fouban.

- Quelle idée les prestataires de soins font ils autour de la personne âgée malade ?
- Quels sont les cas de maladies auxquelles les personnes âgées sont exposées généralement ?
- Que pensez-vous de la fréquentation des formations hospitalières par les personnes âgées ?
- Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées par les personnes âgées pour avoir accès aux soins dans le milieu rural ?

III. Logiques et stratégies de prise en charge des personnes âgées dans les formations sanitaires

- Que pensez-vous de l'efficacité des protocoles utilisés dans les institutions sanitaires pour prendre en charge les personnes âgées ?
- Quelles sont les conditions à remplir par les personnes âgées pour avoir accès aux soins dans votre institution sanitaire ?
- Quel est votre perception sur le sujet des trajectoires et pratiques thérapeutiques emprunté par les personnes âgées dans la quête des soins ?
- Que pensez-vous des dispositions institutionnelles qui existent afin de faciliter l'accès aux soins des personnes âgées ?
- Que pensez-vous de la contribution des proches (Époux/épouse, fils/fille, frère/sœur ; petit(e) fils/fille) dans le soutien des personnes âgées ?

GUIDE D'ENTRETIEN ADRESSE AUX RESPONSABLES INSTITUTIONNELS.

I. Catégorie sociodémographique

- Nom et prénom (facultatif) :
- Sexe :
- Age :
- Statut/Profession.

II. La politique autour du soutien et l'encadrement des soins des personnes âgées en milieu rural.

- Quelles sont les dispositions institutionnelles qui existent pour l'encadrement et le soutien sanitaire des personnes âgées ?
- Quel est l'état des lieux des mesures institutionnelles prises pour favoriser les personnes âgées à avoir accès aux soins en tout temps et en tout lieu ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées dans l'implémentation des politiques sanitaires dans le milieu rural ?

III. Regard porté par les acteurs institutionnels.

- Quel est votre avis sur la situation des personnes âgées en milieu rural ?
- Quelle est votre perception autour des stratégies déployées par les personnes âgées pour avoir accès aux soins ?
- Que pensez-vous de la disponibilité des prestataires de soins/gérontologue dans le milieu rural ?
- Que pensez-vous de la qualité des infrastructures hospitalières dans le milieu rural ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LA FAMILLE/PROCHE DES PERSONNES AGEES DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN.

I- Catégorie sociodémographique

- Nom et prénom :
- Sexe :
- Age :
- Profession :
- Religion :
- Statut matrimonial et nombre d'enfant :
- Niveau d'étude :

II- Situations de vulnérabilités vécues par les personnes âgées dans l'arrondissement de Fouban.

- Selon vous, quelles sont les difficultés que les personnes âgées rencontrent au quotidien dans le milieu rural ?
- Avez-vous une idée sur des activités génératrices de revenus exercées par personnes âgées?
- Selon vous, comment vivent les personnes âgées dans la société ?
- Quelles sont les cas de maladie auxquelles les personnes âgées sont généralement exposées ?

III- Les stratégies de soins et réseaux de soutien mobilisés par les personnes âgées.

- Que pensez-vous de la Trajectoires thérapeutiques habituellement empruntées par les personnes âgées ?
- Que pensez-vous du soutien ou rôle de la famille/proche dans l'accessibilité aux soins des personnes âgées ?
- Quel rapport existe-t-il entre les proches de la personne âgée malade et les prestataires des soins de la médecine moderne ?
- Quelles Connaissances avez-vous de la médecine traditionnelle et moderne ?

IV-Les dispositions institutionnelles qui encadrent ou structure l'accès aux soins des personnes âgées en milieu rural.

- Selon vous, est ce que l'état Camerounais apporte un appui / soutien aux personnes âgées ?
- Si oui, quelles sont les dispositions institutionnelles que vous connaissez ?
- Est-ce que les institutions hospitalière tel que pensé par le gouvernement jouent pleinement leur rôle ?

ANNEXE N° 4: ATTESTATIONS DE RECHERCHE

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiant **NJOYA MOUNCHINGAM Ibrahim Moubarak**, Matricule **131601**, est inscrit en Master II, option Population et développement. Il effectue, sous la direction du Professeur **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand**, un travail de recherche sur le thème : « *Vulnérabilité et accès aux soins chez les « aînés sociaux »/personnes âgées en milieu rural au Cameroun : une étude de cas dans l'Arrondissement de Foumban* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 13 1 MAI 2021

Le Chef de Département


LEKA ESSOMBA
Maître de Conférences

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

REGION DE L'OUEST

DEPARTEMENT DU NOUN

ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN

SOUS-PREFECTURE DE FOUMBAN

SECRETARIAT PARTICULIER

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

WEST REGION

NOUN DIVISION

FOUMBAN SUBDIVISION

FOUMBAN SUBDIVISIONAL OFFICE

PRIVATE SECRETARIAT

AUTORISATION DE RECHERCHE

N° 012/A.R./F32.01/SP

Le Sous-Préfet de l'Arrondissement de Foubansoussigné, autorise par la présente, Monsieur **NJOYA MOUNCHINGAM Ibrahim Moubarak**, Etudianten Master II Sociologie, à la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines l'Université de Yaoundé I, option Population et développement, matricule **131601**, à mener des travaux de recherche dans le cadre de la rédaction de son mémoire, sur le thème : « **Vulnérabilité et accès aux soins chez les « aînés sociaux »/personnes âgées en milieu rural au Cameroun : une étude de cas dans l'Arrondissement de Fouban** ».

Le Maire de la ville de Fouban et tous les responsables concernés sont invités, dans la mesure du possible, à lui accorder toutes les facilités nécessaires à la réussite de ses travaux de recherche.

En foi de quoi cette **Autorisation de Recherche** est établie et délivrée à l'intéressée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Fouban le, 02 **JUIL 2021**

LE SOUS – PREFET

**Pour le SOUS - PREFET
et par Délégation
L'Adjoint au Sous - Préfet**

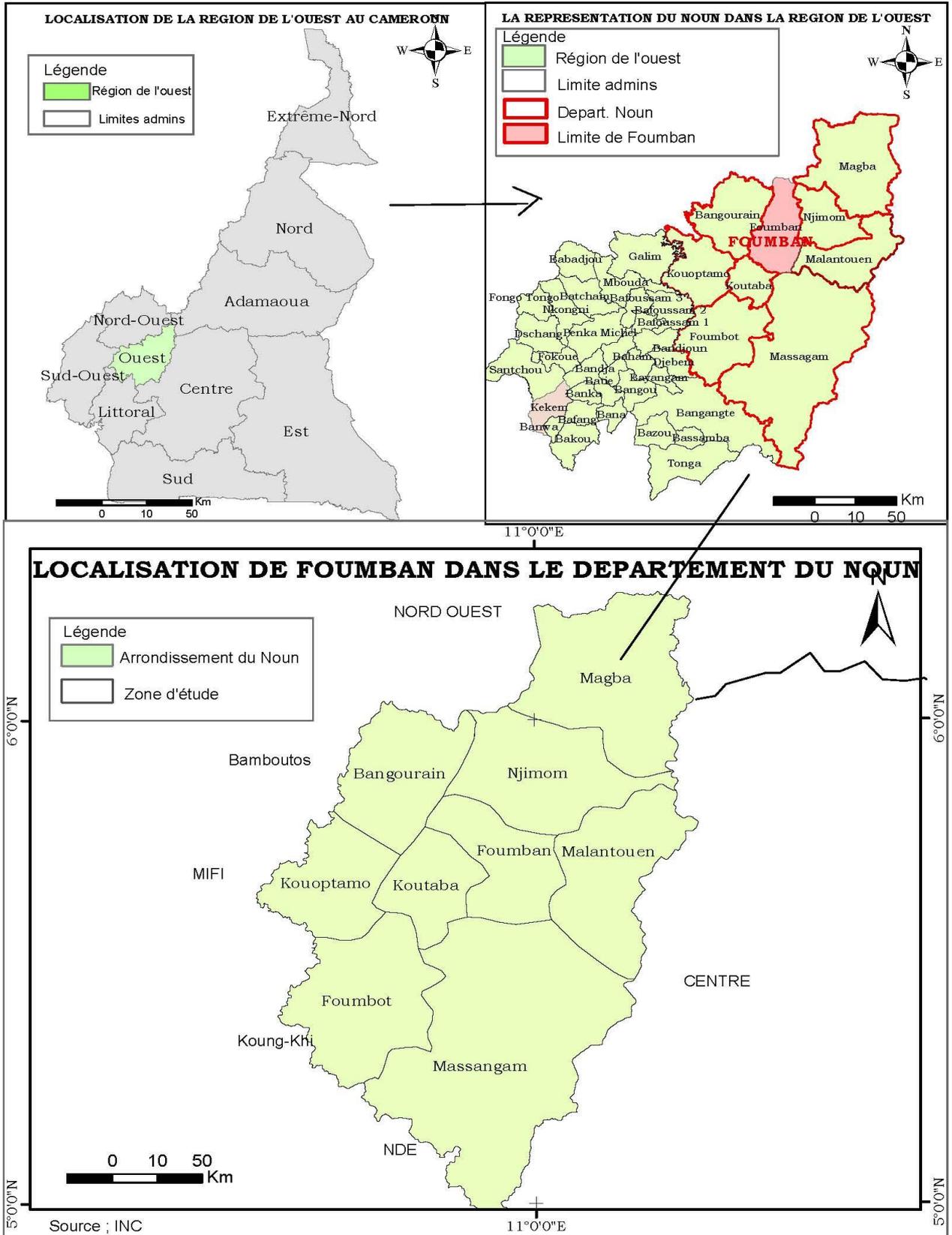


Ngah Cyrille
Secrétaire d'Administration

AMPLIATIONS:

- PREFET/NOUN/FBAN(ATCR)
- CHEF DEP. SOCIO/ UYI
- MAIRE /FBAN
- CHEF SERV. SANTE DISTRICT/FBAN
- TOUS CHEFS TRADITIONNELS 3^{ème} DEGRE/FBAN
- INTERESSE
- CHRONO-DOSSIER-ARCHIVES.

ANNEXE N° 5: CARTE LOCALISATION DE FOUMBAN DANS LE DÉPARTEMENT DU NOUN.



ANNEXE N° 6:LISTE DES CENTRES DE SANTE

N°	NOMS
1.	HÔPITAL DE DISTRICT DE FOUMBAN
2.	HÔPITAL DU PALAIS
3.	CENTRE MEDICALISE DE KOUKOUET MALOUM
4.	CENTRE MEDICALISE DE MAMBAIN
5.	CENTRE MEDICAL KOUETKA
6.	HÔPITAL PROTESTANT DE NJISSE
7.	HÔPITAL PROTESTANT DE NJISSE ANNEXE DE FENTAIN
8.	HÔPITAL PROTESTANT DE NJISSE ANNEXE DE MAROM
9.	CENTRE DE SANTE INTEGRE DE MANKOUEEN
10.	CENTRE MEDICAL DE LA MATERNITE DE NJINKA
11.	CENTRE MEDICALISE NJICHOM
12.	CENTRE MEDICALISE DE KOUPA NGAGNOU
13.	CENTRE MEDICALISE DE KOUPA MATAPIT
14.	CENTRE DE SANTE INTEGRE DE MATOUMBAIN
15.	CENTRE DE SANTE INTEGRE DE NJIDARE NJIPOU
16.	CENTRE DE SANTE INTEGRE DE NJIMBAM
17.	CENTRE DE SANTE St JULES à NJILOUM
18.	CENTRE DE SANTE INTEGRE LA CHARITE de la Montagne Sacrée
19.	CENTRE DE SANTE LA GRASSE, A NJILOUM
20.	CENTRE DE SANTE INTEGRE LA POLYMEE
21.	CENTRE DE SANTE INTEGRE DE NJIYAWA
22.	CENTRE DE SANTE INTEGRE DE NJIKETKIE
23.	CENTRE DE SANTE INTEGRE DE NJIKIE
24.	CENTRE DE SANTE INTEGRE BOUSH
25.	CENTRE DE SANTE INTEGRE DE NJIKA NJI
26.	NTIECHE
27.	CENTRE DE SANTE INTEGRE

ANNEXE N° 7 : LISTE DES QUARTIERS DE FOUMBAN

N°	QUARTIER
01	MANKA
02	NJISSAMTOUEN
03	NJINTOUT
04	KOUONGOUPGNET
05	MFETAME
06	NJILOUM
07	MAROM
08	MEKOUENE
09	MATOUMBAIN
10	NKOUDOUNKA
11	NJINDARE
12	MALATAM
13	NJISSE-GBETPEFA
14	MAMBOUO
15	NJIMBAM MATERNELLE
16	MAMBAIN NCHINRON
17	NJIKETNKIE
18	KOUENMENKA
19	NJICHOM
20	NJIKETNKIE
01	NJITIKOUAT
02	MAYOUOM
03	KOUDOUNBOUOT
04	KOUSSEN
05	NJIFEN
06	NJIVUH
07	KOUCHINPAH BOROROS
08	NJIKOUOP-MABERE
09	NJIKOUEN MABANBA
10	NJISSE
11	MARIFOU M FETOUKAH
12	MACHOUTMATAM
13	MACHAROU 1
14	NJISSEN
15	MANGA CENTRE
16	MACHAROU 3
17	MACHAROU 2 JITOUKOUOP
18	KOUCHINPAH

19	NGAGNOU
20	KEGOU
21	KETNDI I
22	NJIGOUONLAM
23	NJIGOUM
24	MBOUOTGOUOM
25	NJIEBAJAYA
26	NJINGOUM
27	NJILARE
28	MANGA CHOURLUE
29	MAKOUOP
30	TAMKENE
31	NJIKOUET I
32	NJIGOUENJI
33	KOUFOMLOUM
34	KILOMBO
35	MACHINKA
36	NJKASSEN
37	KOUTOUNGA
38	NJIDEN
39	MAMBAIN MAYAP
40	MAMBAIN MASSEN
41	MAMBAIN MALEN

ANNEXE N° 8 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ADRESSE AUX PERSONNELS DE SOINS

Je soussigné, Mr./Mme/Mlle.....

Avoir été invité à participer au travail de recherche intitulé « **vulnérabilité et accès aux soins chez les « aînés sociaux » / personnes âgées en milieu rural au Cameroun : une étude de cas dans l'arrondissement de Foumban** » dont l'investigateur principal se nomme **Ibrahim Moubarak Njoya Mouchingam**

- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été remise concernant cette étude
- Ou bien on m'a lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude
- J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer
- Mon consentement ne décharge pas les investigateurs de la recherche de leurs responsabilités, je conserve tous mes garantis par la loi

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice de l'information, c'est-à-dire :

- De répondre aux questions de l'enquête
- De communiquer les informations médicales

Ibrahim Moubarak Njoya Mouchingam

Fait à.....le

ANNEXE N° 9: FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ADRESSE AUX PROCHES DES PERSONNES ÂGÉES

Je soussigné, Mr./Mme/Mlle.....

Avoir été invité à participer au travail de recherche intitulé « **vulnérabilité et accès aux soins chez les « aînés sociaux » / personnes âgées en milieu rural au Cameroun : une étude de cas dans l'arrondissement de Foumban** » dont l'investigateur principal se nomme **Ibrahim Moubarak Njoya Mounchingam**

- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été remise concernant cette étude
- Ou bien on m'a lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude
- J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer
- Mon consentement ne décharge pas les investigateurs de la recherche de leurs responsabilités, je conserve tous mes garantis par la loi

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice de l'information, c'est-à-dire :

- De répondre aux questions de l'enquête
- De communiquer les informations médicales

Ibrahim Moubarak Njoya Mounchingam

Fait à.....le

ANNEXE N° 10 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ADRESSE AUX ACTEURS INSTITUTIONNELS

Je soussigné, Mr./Mme/Mlle.....

Avoir été invité à participer au travail de recherche intitulé « **vulnérabilité et accès aux soins chez les « aînés sociaux »/ personnes âgées en milieu rural au Cameroun : une étude de cas dans l'arrondissement de Foumban** » dont l'investigateur principal se nomme **Ibrahim Moubarak Njoya Mouchingam**

- J'ai bien compris la notice d'information qui m'a été remise concernant cette étude
- Ou bien on m'a lu et expliqué la notice d'information relative à cette étude
- J'ai bien compris le but et les objectifs de cette étude
- J'ai reçu toutes les réponses aux questions que j'ai posées
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser d'y participer
- Mon consentement ne décharge pas les investigateurs de la recherche de leurs responsabilités, je conserve tous mes garantis par la loi

J'accepte librement de participer à cette étude dans les conditions précisées dans la notice de l'information, c'est-à-dire :

- De répondre aux questions de l'enquête
- De communiquer les informations médicales

Ibrahim Moubarak Njoya Mouchingam

Fait à.....le

ANNEXE N° 11 : CARTE DE LA COMMUNE DE FOUMBAN

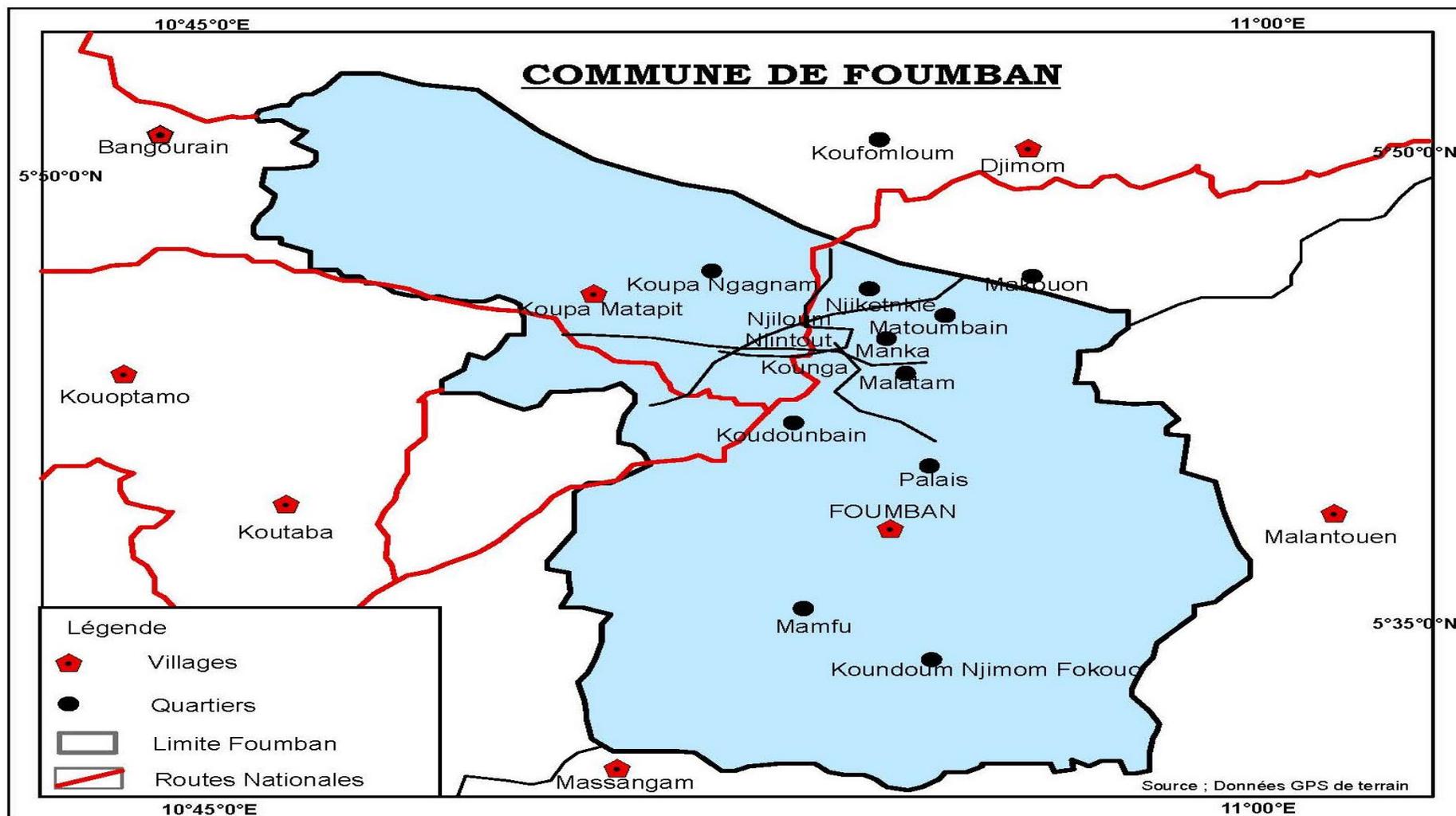


TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	iv
LISTE DES PHOTOS	v
LISTE DES ANNEXES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ.....	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE: SITUATION DE VULNÉRABILITÉ ET REPRÉSENTATIONS SOCIALES DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE MILIEU RURAL.....	33
CHAPITRE I: LES PERSONNES ÂGÉES DE FOUMBAN EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ PERMANENTE	35
I : HISTORIQUE, CLASSIFICATION ET CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES AGÉES .35	
I.1- Genèse de la notion de personne âgée	35
I.3- Caractéristiques des personnes âgées	38
II : LA CATÉGORISATION DES FORMES DE VULNÉRABILITÉS CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN	40
II.1- Vulnérabilité Infrastructurale	40
II.1.1- Vulnérabilité du logement	40
II.1.2- Vulnérabilité relationnelle	42
II.2- Vulnérabilité Économique.....	44
II.2-1 Situation économique des personnes âgées agriculteurs	44
II.2-2 Situation économique des personnes âgées commerçantes	45
II.2-3 Situation économique des personnes âgées retraités	46
II.3- Vulnérabilité Géographique	47
II.3.1 La précarité des voies de circulation.....	48

II.3.2 Les motocyclettes comme moyens de transport des personnes âgées à Foumban	49
II.4- Vulnérabilité sanitaire	50
II.4-1 Absence des prestataires de soins qualifiés	50
II.4-2 Absence centre de santé qualifié et spécialisé	51
II.4-3 Absence des médicaments	52
II.5- Vulnérabilité de l'information	53
II.5-1 L'analphabétisme des personnes âgées	54
II.5-2 L'enracinement de la médecine traditionnelle.....	55
II.6- Co-vulnérabilité chez les personnes âgées	56
CHAPITRE II: REPRÉSENTATIONS SOCIALES CONSTRUITES AUTOUR DE LA PERSONNE	
ÂGÉE DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN	57
I- LA NOTION DE REPRÉSENTATIONS SOCIALES	57
II/ LES PERCEPTIONS CONSTRUITES AUTOUR DE LA PERSONNE ÂGÉE DANS	
L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN.....	59
II.1- Personne âgée perçue comme le socle/gardien de la culture.....	59
II.2- Personne âgée perçue comme un agent de socialisation par excellence	64
II.3-Personne âgée perçue comme un sorcier de la communauté.....	68
II.4- Personne âgée perçue comme des personnes insupportables	70
II.5- Personne âgée et gestion des conflits	71
DEUXIÈME PARTIE: ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES AUX SOINS DE SANTE ET	
LA PRISE EN CHARGE DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN.....	73
CHAPITRE III: ACCESSIBILITÉ SANITAIRE ET RÉSEAUX DE SOUTIEN MOBILISÉS PAR	
LES PERSONNES ÂGÉES	75
I / DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES ENCADRANT L'ACCÈS AUX SOINS CHEZ LES	
PERSONNES ÂGÉES DANS L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN	75
I-1 Le dynamisme des acteurs publics autour de la prise en charge des personnes âgées.....	75
I-1- 1. L'apport de la Commune de Foumban dans la prise en charge des seniors	77
I-1-2. L'apport du Ministère des Affaires Sociales dans la prise en charge des seniors	78

I-2. Le dynamisme des acteurs privés/parallèles autour de la prise en charge des personnes âgées	80
I-2-1. L'apport de la mutuelle de santé.....	80
I-2-2. L'apport des élites dans la prise en charge des personnes âgées à Foumban	81
II / PERSONNES ÂGÉES ET LA PROBLÉMATIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS : Un défi au confluent de deux pratiques médicales (Moderne/Traditionnelle)	82
II-1. Clarification des concepts de Médecine Moderne et Médecine Traditionnelle.....	83
II-2. Les raisons qui justifient le choix de la trajectoire thérapeutique chez les seniors	84
II-2-1. L'influence du facteur géographique	85
II-2-2. L'influence du facteur économique.....	86
II-2-3. La nature de la maladie	88
II-2-4. Le niveau d'éducation/culture de la médecine moderne ou traditionnelle.....	89
II-2-5. Les contraintes socio-culturelles	90
II-2-6. De la COVID-19 à l'automédication	90
III- LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LA MÉDECINE MODERNE ET LA MÉDECINE TRADITIONNELLE.....	92
Source : photo de terrain prise le 03/07/2021	94
IV/ LA CONTRIBUTION DES PROCHES/FAMILLES OU AIDANTS NATURELS DANS L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES ÂGÉES	94
IV-1- Soutien financier.....	94
IV-2-Soutien Affectif	96
IV-3. Choix trajectoires thérapeutique et suivi sanitaire	97
CHAPITRE IV: PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE L'ARRONDISSEMENT DE FOUMBAN	100
I- DESCRIPTION DU SYSTÈME DE SANTE CAMEROUNAIS	100
1) Niveau central.....	101
2) Niveau intermédiaire	101
3) niveau périphérique.....	101

II-LES DIFFICULTÉS INHÉRENTES À LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LES FORMATIONS SANITAIRES DE FOUMBAN.....	102
II-1. La perception des coûts des soins.....	102
II-1.1 Le phénomène d'endettement dans des hopitaux.....	103
II-1.2 L'abandon des malades dans les CSI.....	104
II-2. Le détournement des malades.....	105
II-3. Les problèmes majeurs des services d'accueil.....	107
II-4. La vente, le vol et le manque des médicaments.....	108
II-5. La corruption.....	109
II-6. Absence des structures de gériatrie et des gérontologues.....	113
II-7. Le tâtonnement des protocoles des soins.....	114
II-8. L'insalubrité.....	115
III-LA PRISE EN CHARGE DANS LES STRUCTURES PRIVEES.....	117
 CONCLUSION.....	 120
BIBLIOGRAPHIE.....	127
ANNEXES.....	135
TABLE DES MATIÈRES.....	154