Vieillesse et accès aux soins de santé au Cameroun

Tchokouagueu Franck Aurelien
tchokouagueu@yahoo.fr
0032465979192/ 00237655097244
Université de Liège

Résumé

L'étude part du constat fait sur l'âge d'entrée dans la vieillesse en Afrique, identique à celui adopté dans les pays en développement, et partant, pose le problème de la contextualisation du concept « vieillesse ». Il s'agit spécifiquement de : i) faire une revue scientifique des définitions et mesures de la vieillesse ; ii) proposer un âge d'entrée dans la vieillesse adapté au contexte camerounais ; iii) rechercher les déterminants de l'accès aux soins de santé chez les personnes âgées. A partir de l'analyse des indicateurs pertinents des dimensions biologique et sociale de la vieillesse, il ressort que l'âge d'entrée dans la vieillesse au Cameroun devrait être de 40 ans en zone rurale et 45 en zone urbaine. Concernant les facteurs d'accès aux soins de santé, l'analyse logistique pas à pas montre que le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le sexe et l'âge des personnes âgées sont les plus déterminants. Les groupes vulnérables sur lesquels doivent s'appuyer les politiques de santé et d'aide sociale sont les suivants : les personnes peu instruites ; les célibataires, ou celles vivant seules ; les hommes et les jeunes vieux.

Introduction

Le problème de prise en charge des personnes âgées se pose aujourd'hui avec acuité au Cameroun, ce d'autant plus que le pays ne dispose pas d'un système de sécurité sociale fiable pour cette tranche d'âge. La constante augmentation de la proportion de ces derniers au Cameroun, bien souvent inactifs ou faiblement rémunérés, traduit l'ampleur de l'enjeu auquel doit faire face le Cameroun pour garantir un accès à la santé pour tous. Ce problème en appelle à un autre, celui du défi de la contextualisation du concept « vieillesse » lors de l'élaboration des politiques publiques concernant les personnes âgées. Cette assertion se fonde sur le constat des espérances de vie différentielles observées entre les pays du Sud et ceux du Nord. Elle invite donc à interroger la pertinence de l'âge de 60 ans régulièrement retenu pour caractériser la vieillesse dans certains pays où l'espérance de vie à la naissance reste encore très en dessous de 60 ans.

La littérature sur les déterminants de l'accès aux soins des personnes âgées reste encore très faible, notamment celle relevant du champ de la démographie. Pourtant, une compréhension

des facteurs démographiques de l'accès aux soins de santé des personnes âgées contribuerait à l'avancée scientifique de la question du vieillissement en Afrique, et conséquemment, à l'élaboration de meilleures politiques publiques de prise en charge de ces derniers.

Ce travail a pour objectif de rechercher les facteurs qui influencent l'accès aux soins de santé chez les personnes âgées. A cette fin, il se propose premièrement de contextualiser le concept de vieillesse, tenant compte des réalités socioéconomique et sanitaire africaines. Plus spécifiquement, il est question de : i) faire une revue scientifique des définitions et mesures de la vieillesse ; ii) proposer un âge d'entrée dans la vieillesse adapté au contexte camerounais ; iii) rechercher les déterminants de l'accès aux soins de santé chez les personnes âgées.

Les bases de données utilisées sont issues de l'Enquête Démographique et de Santé du Cameroun (EDS_2011), l'Enquête Emploi et du Secteur Informel (EESI_2010) et l'Enquête Camerounaise auprès de Ménages (ECAM_2014) réalisées par l'INS. La régression logistique pas à pas est le modèle utilisé pour rechercher des déterminants de l'accès aux soins de santé chez les personnes âgées.

I. A quel âge entre-t-on dans la vieillesse au Cameroun ?

La problématique autour de la définition de la vieillesse varie selon les disciplines et est fonction des enjeux étudiés. Ceci explique l'absence d'un consensus autour de l'âge seuil à partir duquel une personne peut être considérée comme âgée. L'étude du vieillissement en sciences de la santé s'intéresse au processus biologique du vieillissement, en lien avec la santé de l'individu. Il serait « *l'ensemble des mécanismes qui diminuent progressivement la capacité de l'organisme à faire face aux exigences variables de l'environnement et à maintenir l'intégration des organes assurant les fonctions vitales essentielles*[1] ».

En science sociale, les enjeux sur le vieillissement se trouvent dans la compréhension de la représentation sociale de la vieillesse aux seins des sociétés. La vieillesse est associée à la dépendance sociale et économique de l'individu. L'âge de cessation d'activité professionnelle, encore appelé le premier vieillissement, est l'un des indicateurs les plus utilisés pour caractériser la vieillesse. Dans bon nombre de pays, l'âge de 65 ans est souvent retenu comme l'âge d'entrée dans la vieillesse, car constitue une limite plausible entre l'activité et l'inactivité (Volkoff et *al.*, 2000).

[1] Université de Sorbonne, Corpus de Gériatrie : http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/index.html

L'âge biologique du vieillissement

Le vieillissement biologique a une double dimension : la sénescence et l'avance en âge. La sénescence, caractérisée par l'âge biologique, est l'expression du déroulement du temps biologique, tandis que l'avance en âge, donné par l'âge chronologique, est celle du déroulement du temps chronologique. La sénescence est l'ensemble des processus biologiques qui, au fur et à mesure de l'avance en âge, rendent les individus plus sensibles aux facteurs susceptibles d'entraîner la mort (Henrard, 1997). Les processus biologiques, quant à eux, sont influencés par les effets du vieillissement, mais aussi par les effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. En effet, le vieillissement est un phénomène complexe et multifactoriel qui dépend, pour chaque individu : des facteurs génétiques ; de la protection contre les radicaux libres et le stress oxydatif ; et de la glycation non enzymatique des protéines. Ces altérations biologiques ne sont ni linéaires, ni constantes, et elles ne sont que vaguement associées à l'âge d'une personne en années révolues. Il apparaît donc que deux personnes ayant le même âge chronologique n'ont pas forcément le même âge biologique, selon que l'un ou l'autre peut avoir plus ou moins subi au cours de sa vie les effets additifs de maladies. En effet, certaines personnes de 80 ans ont des capacités physiques et mentales comparables à celles de nombreux jeunes de 20 ans (OMS, 2015). En tenant compte des études démographiques qui ressortent l'influence des variables sociodémographiques sur l'accès aux soins de santé, on ne saurait définir un âge biologique en faisant fi du contexte socioéconomique différentié des sociétés.

L'âge social du vieillissement

La vieillesse ici se réfère à l'incapacité pour l'individu de se prendre en charge, notamment sur le plan sanitaire. En Europe où le salariat est généralisé, la prise de retraite est particulièrement chargée de sens. L'incapacité totale à se rendre utile aux autres et la nécessité d'être pris en charge par la collectivité définit socialement la sénilité (Henrard, 1997). Selon cette approche, le vieillissement est une succession de changements de comportement cumulatifs et irréversibles. Le changement s'effectue généralement dans les responsabilités assumées quotidiennement par le passé par l'individu : familiale, professionnelle, financière, relationnelle (Henrard, 1997). L'approche psychologique complète cette dernière. En effet, l'adoption de l'âge de la retraite est définie à partir du moment où les fonctions intellectuelles d'un individu deviennent défaillantes. Il existe donc un lien d'équivalence entre la retraite et la vieillesse. Pour cause, la retraite précipiterait le processus de vieillissement de l'individu à travers le changement susmentionné, lequel accélérerait le vieillissement du corps : « *Le nouveau retraité*

est confronté à des pertes qui vont entraîner un processus de deuil à un double niveau, biologique et social. Le corps change, moins agile, moins résistant, et le fossé entre l'image renvoyée et comment il se sent en lui, la mémoire moins infaillible, et le statut et les rôles qui sont modifiés. Il est contraint de se séparer de ce qui structurait une partie importante de sa vie antérieure : des supports d'identification, des facteurs structurant la vie psychique et la vie sociale » (Blanché, 2010).

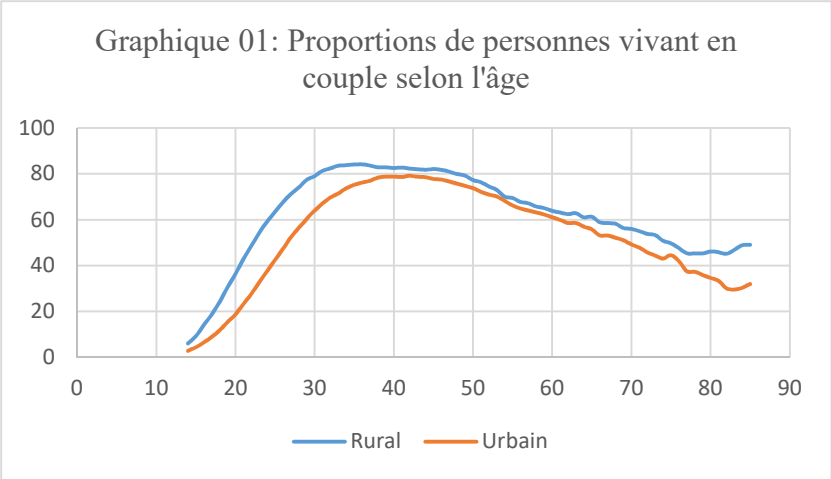
Approximation de l'âge d'entrée dans la vieillesse au Cameroun

Il ressort des lignes précédentes que la vieillesse revêt une dimension biologique et sociale. Elle est d'une part une combinaison de l'altération biologique de l'individu via l'accumulation d'une importante variété de lésions moléculaires et cellulaires ; d'autre part, elle est la perte d'autonomie et la dépendance sociale de l'individu, lequel s'accélère notamment à la prise de la retraite. Il convient donc pour les deux dimensions mentionnées, d'analyser l'évolution des indicateurs pertinents pour caractériser la vieillesse au Cameroun. L'âge d'entrée dans la vieillesse sera l'âge correspondant au point de basculement à partir duquel l'évolution de l'indicateur change de sens. Chaque courbe est lissée afin de corriger les erreurs liées à l'âge, selon la formule :

$x_k = \sum_{i=k-4}^{k+4} x_i / 9$ où x_k est l'indicateur de l'année k corrigée.

Courbe des proportions de personnes vivant en couple selon l'âge

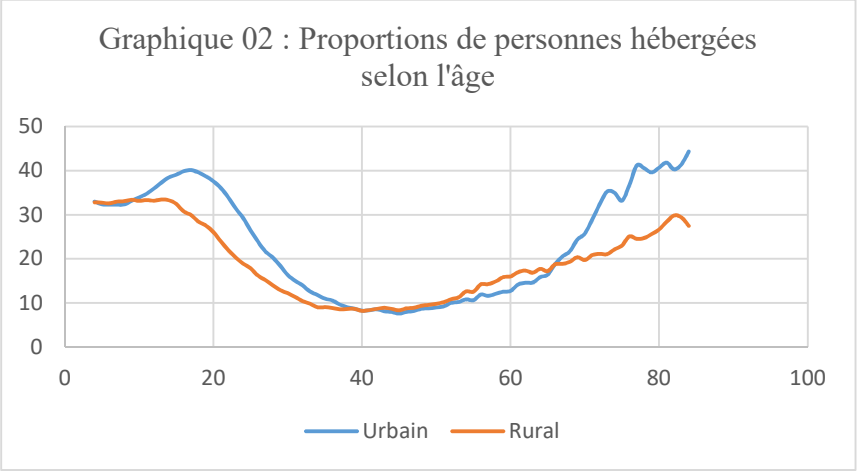
Elle décroit à partir de 70 ans, dans certains pays occidentaux, à l'instar de la France (Désesquelles et al, 2003). Ce changement de phase explique une partie des troubles affectifs qui détériorent la santé des personnes âgées séparées (Blanché, 2010). Au Cameroun, on note une baisse de la proportion des personnes en couple autour de 40 ans, laquelle est notamment dû la forte mortalité observée à partir de cet âge au Cameroun (les personnes décédées étant les conjoints de certains). On relève qu'en milieu rural, ou la mortalité est plus accrue, la proportion des personnes en unions décroît à partir de 40 ans, alors qu'elle décroît à partir de 42 ans en milieu urbain.



Source : notre exploitation de la base EDS-2011

Courbe des proportions de personnes hébergées selon l'âge

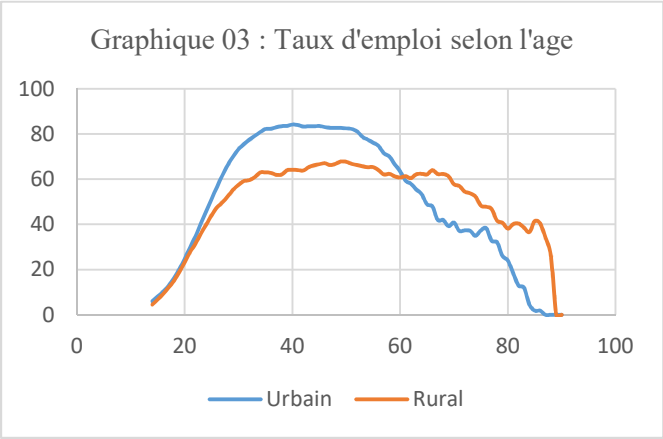
L'augmentation de personnes hébergées traduit également la dépendance de ces derniers. En effet, « *plus l'âge augmente et plus le maintien à domicile nécessite un soutien ; l'institutionnalisation ou la cohabitation avec d'autres membres de la famille peuvent alors être la solution. Toutefois, ce dernier mode de vie peut aussi être choisi de longue date, notamment en cas de célibat* » (Gaymu, 2009). Selon l'auteur, pour les tranches 65-74 ans, 75-84 ans et les plus de 85 ans, respectivement 3%, 8% et 24% sont hébergées (par une institution de retraite) en Europe. Au Cameroun, la proportion des personnes hébergées croît respectivement à partir de 40 et 45 ans en milieu rural et urbain. A ces âges, environ 8% de la population camerounaise sont hébergées (ne sont ni chef de ménage, ni conjoint dans le ménage où ils vivent). Après le décès d'un conjoint, le veuf ou la veuve est souvent accueilli par un de ses enfants ou au sein d'une famille proche au couple ; les maisons d'hébergement n'existant pas au Cameroun.

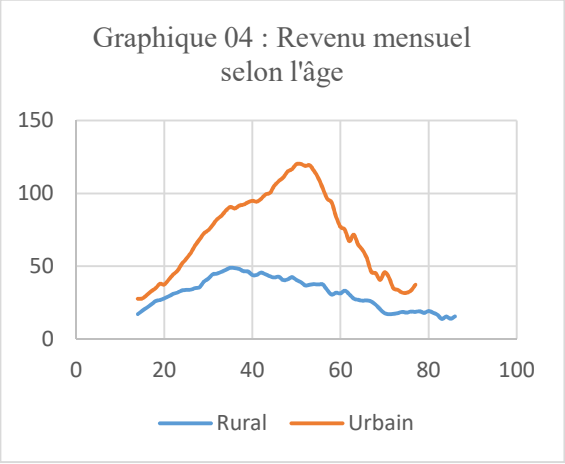


Source : notre exploitation de la base EDS-2011

Courbe des taux d'emploi et du revenu mensuel selon l'âge

Contrairement aux pays occidentaux, il est peu pertinent de caractériser la vieillesse à partir de l'âge à la retraite en Afrique. En effet, le contexte économique est caractérisé par une prédominance de l'informalité. À l'inverse des sociétés occidentales où le taux d'informalité est proche de zéro, il avoisine parfois 90% dans certains pays du Sud. De plus, l'informalité s'accompagne de la non prise en charge sociale des travailleurs avant et après la retraite. Dans ce contexte, la retraite économique telle que mesurée par le BIT, est rarement prise par les personnes âgées, car ne disposant pas toujours d'allocation à la retraite. En Afrique, la retraite correspond davantage à une transition dans l'emploi qui se traduit par un changement d'activité ou une baisse du régime de l'activité. Cette transition est observée par la baisse du revenu à partir d'un certain âge. L'employabilité ne saurait donc traduire l'autonomie des personnes âgées, mais plutôt une forme de distraction ou de participation aux besoins des ménages dans lesquels elles vivent. A titre d'illustration, les graphiques 03 et 04 ci-dessous montrent que jusqu'à 70 ans, plus de 40% de la population camerounaise a un emploi. Mais la baisse de revenu est observée respectivement à 35 et 50 ans dans les zones rurales et urbaines, traduisant ainsi la transition susmentionnée, véritable retraite au Cameroun.

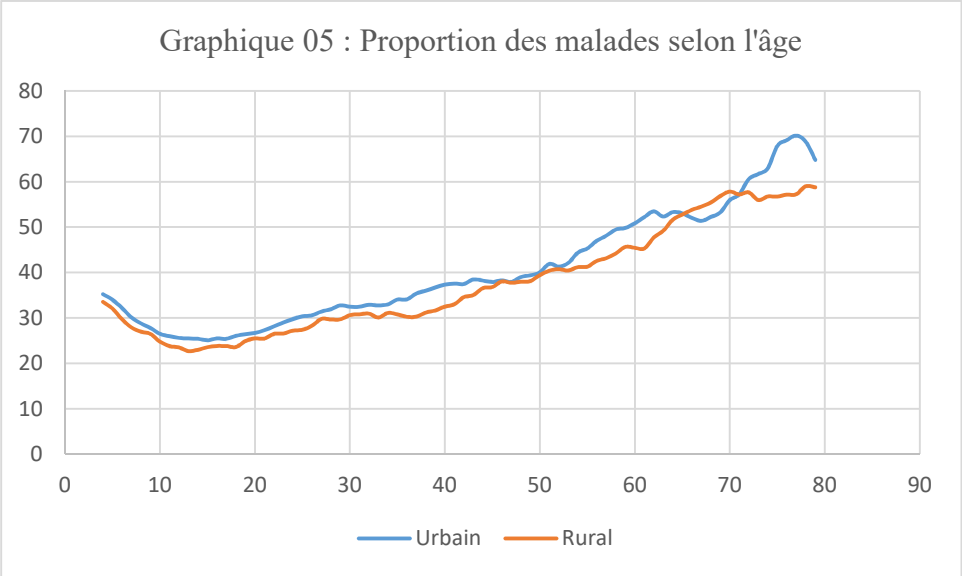




Source : notre exploitation de la base EESI-2010

Courbe des proportions de personnes ayant été malade au cours des deux dernières semaines

Comme susmentionné, la santé fragile est un marqueur de la vieillesse. La courbe ressortant la proportion de personnes malades est quasiment la même dans les deux milieux de résidence, avec un léger avantage pour le milieu urbain. Elle est élevée en début de vie, connait une amélioration à l'adolescence, et remonte à la quarantaine d'âge. A partir de 40 ans, il y a autant de personnes (proportion relative) malade que la tranche d'âge 0-10 ans. 40% des personnes âgées de plus de 50ans ont été malades au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête ECAM en 2014.



Source : notre exploitation de la base ECAM-2014

Au terme de l'analyse qui précède, en calculant les moyennes des âges issus des trois indicateurs retenus, il ressort que l'âge d'entrée dans la vieillesse au Cameroun devrait être de 40 ans en zone rurale et 45 en zone urbaine. Dans le reste de l'étude, nous considérerons les moins de 60 ans comme les jeunes vieux et les plus de 60 ans comme les plus vieux.

Déterminants de l'accès à la santé

Le groupe cible de cette étude est l'ensemble des personnes ayant atteint l'âge d'entrée dans le vieillissement, qui est de 40 ans (nous choisissons cet âge, car il est le minimum des âges calculés des deux milieux de résidence). Une personne ayant accès aux soins de santé est définie ici comme celle qui suite à une maladie, n'a pas eu recourt à l'automédication et a demandé conseil auprès d'un personnel de santé ou d'une structure de santé recommandée. Notre échantillon est constitué de 1129 personnes âgées de plus de 40 ans enquêtées par l'INS.

Respectivement 49% et 43% des personnes âgées des milieux urbain et rural ont accès aux soins de santé au Cameroun. Toutes choses égales par ailleurs, il n'existe pas une différence d'accès entre les deux milieux. En effet, la différence observée au niveau descriptif est en partie due au niveau de vie des populations différentié entre les deux milieux (M0 et M3). La forte proportion relative observée en milieu urbain s'explique par le fait qu'il y a plus de riche dans ledit milieu, qu'en milieu rural. Respectivement 97% et 31% des plus riches vivent en milieux urbain et rural. L'offre de santé peut également expliquer la faible proportion observée en milieu rural relativement au milieu urbain : « l'*offre de soins de santé étant généralement largement déficiente en milieu rural. Les personnes âgées en milieu rural ont aussi souvent connu des conditions de vie plus dures que les populations urbaines, et les couvertures sociales sont encore plus rares en milieu rural qu'en milieu urbain* » (Schoumaker, 2000).

Les personnes âgées hébergées ont plus accès aux soins de santé que celles non[2] hébergées (M0). Cela pourrait s'expliquer par le fait que les personnes hébergées sont celles qui souffrent déjà d'une maladie chronique et sont hébergées pour assurer un meilleur suivi. En effet, « *Quel que soit leur état matrimonial, les personnes âgées non mariées en bonne santé vivent plus souvent seules et moins souvent avec d'autres ou en institution que celles en mauvaise santé. Autrement dit, un mauvais état de santé freine leur indépendance résidentielle* » (Gaymu, 2009).

Les personnes âgées les plus riches accèdent plus aux soins de santé que leurs homologues moins nantis (respectivement 50% et 40%). Lorsque les deux sous-populations ont un même niveau d'instruction, il n'existe plus de différence d'accès entre elles (M0 et M7). Autrement dit, les riches et les pauvres accèdent aux soins de santé de manière équitable. La différence quantitative observée entre les riches et les pauvres dans l'accès aux soins de santé est due au fait que les plus nantis sont également les plus instruits. En effet, parmi les personnes âgées riches, respectivement 47% et 86% sont sans niveau et de niveau secondaire ou plus.

Les personnes en union ont plus de chance d'avoir accès à la santé que celle vivant seules (M7). En effet, les personnes pas en couple sont celles qui vivent le plus dans les ménages précaires, et conséquemment, n'ont pas toujours accès aux soins de santé, notamment en milieu rural (Duthé, 2010). De plus, l'absence d'un partenaire, notamment chez les femmes réduit considérablement les capacités financières des personnes âgées.

[2]Les chefs de ménages ou les conjoints des chefs de ménages.

Toutes choses égales par ailleurs, les personnes de niveau primaire et plus ont plus de chance que celles qui n'ont pas été à l'école d'accéder aux soins de santé (M7). En effet, les personnes instruites ont des connaissances relatives à l'importance des soins de santés, que n'ont pas toujours leurs homologues n'ayant jamais fréquenté un établissement scolaire.

Les femmes âgées ont plus de chance que les hommes âgés d'avoir accès aux soins de santé. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces dernières, plus vulnérables que les hommes, bénéficient au Cameroun d'un contrôle social plus accru au sein de leurs entourages. Cette logique expliquerait également le fait que les plus vieux ont plus de chance que les jeunes vieux d'accéder aux soins de santé.

Tableau 01 : Effets nets des facteurs d'accès aux soins de santé chez les personnes âgées au Cameroun

Variables (Modalités)	effets bruts M0	Effets nets								
		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9
Région										
Grande ville	1.25	1.25	1.14	1.14	1.13	1.13	1.12	1.00	1.00	1.01
Grand Nord	.75**	.75**	.76*	.84	.85	.85	.84	.80	.81	.88
Grand Sud	réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf
Milieu de résidence										
Rural	réf		réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf
Urbain	1.26**		1.16*	.95	.94	.95	.96	.93	.92	.94
Niveau de vie										
Plus pauvre	réf			réf	réf	réf	réf	réf	réf	réf
Plus riche	1.44**			1.37*	1.36*	1.33*	1.32*	1.31	1.31	1.32
Statut de résidence										
Hébergé	1.44**				1.36	1.35	1.45*	1.40	1.37	1.33
Non hébergé	réf				réf	réf	réf	réf	réf	réf
Accès aux médias										
Oui	.83					.93	.96	.97	.97	.98
Non	réf					réf	réf	réf	réf	réf
Statut matrimonial										
Union	1.08						1.16	1.15	1.21	1.34**
Seul	réf						réf	réf	réf	réf
Niveau d'instruction										
Sans niveau	réf							réf	réf	réf
Primaire	.90							.80	.82	.96
secondaire et plus	1.38**							1.12	1.17	1.49*
Sexe										
Féminin	réf								réf	réf
Masculin	1.13								1.19	1.33**
Age										
Jeune vieux	réf									réf
Plus vieux	1.22*									1.48***

*** Significatif au seuil de 1%; ** Significatif au seuil de 5%; * Significatif au seuil de 10%

Conclusion

En Afrique, les politiques de prise en charge en faveur des personnes âgées devraient tenir compte du contexte socioéconomique propre au continent. En effet, quelle que soit la dimension retenue (biologique, sociale ou psychologique) pour caractériser l'âge d'entrée dans la vieillesse, celui-ci est toujours inférieur à ceux régulièrement utilisés (60-65 ans). Pour le cas du Cameroun, l'âge d'entrée à la retraite avoisine 40 ans en milieu rural et 45 ans en milieu urbain. Une fois ces âges atteints, les conditions sociales des populations se détériorent. L'âge d'entrée dans la vieillesse ne peut donc être figé. Sa définition impose la prise en compte du contexte socioéconomique étudié.

Concernant les facteurs d'accès aux soins de santé, l'analyse explicative a montré que le niveau d'instruction, le statut matrimonial, le sexe et l'âge des personnes âgées sont les plus déterminants. Les groupes vulnérables sur lesquels doivent s'appuyer les politiques de santé et d'aide sociale sont les suivants : les personnes peu instruites ; les célibataires, ou celles vivant seules ; les hommes et les jeunes vieux.

Bibliographie

Blanché, A. (2010). Vieillissement et retraite: approches psychanalytiques. *Le Journal des psychologues*, (9), 22-27.

Henrard, J. C. (1997). Vieillissement et âge. Âge et représentation de la vieillesse. *Actualité et dossier en santé publique*, *21*, 4-11.

Désesquelles, A., & Brouard, N. (2003). Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution. *Population*, *58*(2), 201-227.

Debrand, T., Blanchet, D., Dourgnon, P., & Laferrere, A. (2007). Santé, vieillissement et retraite en Europe. *Economie et Statistique*, *403*(1), 3-18.

Duthé, G., Pison, G., & Laurent, R. (2010). Situation sanitaire et parcours de soins des personnes âgées en milieu rural africain Une étude à partir des données du suivi de population de Mlomp (Sénégal). *Autrepart*, (1), 167-187.

Gaymu, J. (2009). Vieillir en Europe. *Idées économiques et sociales*, (3), 27-33.

INS. 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples, Institut National de la statistique, Cameroun, 576p.

OMS. 2015. rapport mondial sur le vieillissement et la santé, Organisation mondiale de la Santé, 32p.

Schoumaker, B. (2000). Le vieillissement en Afrique subsaharienne. *Espace Populations Sociétés*, *18*(3), 379-390.

Volkoff, S., Molinié, A. F., & Jolivet, A. (2000). *Efficaces à tout âge?: vieillissement démographique et activités de travail*. La Documentation française.

Webographie

http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/index.html