



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 61 (2013) 531–537

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.comRevue d'Épidémiologie
et de Santé Publique

Epidemiology and Public Health

Article original

Les besoins non couverts des personnes âgées en incapacités fonctionnelles à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

The unmet needs of the elderly living with functional disabilities in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

A. Berthé^{a,*,b,c}, L. Berthé-Sanou^c, B. Konaté^{a,c}, H. Hien^{a,c,d}, F. Tou^{a,c}, S. Somda^a,
I. Bamba^{a,c}, M. Drabo^{c,d,e}, F. Badini-Kinda^f, J. Macq^b

^a Centre Muraz, 01 BP 390, Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso

^b Institut de recherche santé et société, université catholique de Louvain (UCL), 30, clos Chapelle aux Champs (B-3013), 1200 Bruxelles, Belgique

^c Association Burkinabé de santé publique (ABSP), 01 BP 3718, Ouagadougou 01, Burkina Faso

^d Institut de recherche en sciences de la santé, 01 BP 545, Bobo-Dioulasso 01, Burkina Faso

^e Laboratoire national de santé publique (LNSP), 09 BP 24, Ouagadougou 09, Burkina Faso

^f Département de sociologie, université de Ouagadougou, 03 BP 7021, Ouagadougou 03, Burkina Faso

Reçu le 30 janvier 2013 ; accepté le 24 juillet 2013

Abstract

Background. – In sub-Saharan Africa, the strong involvement of the family in multidimensional cares/supports of elderly is often presented like the family ensures almost everything to these people. Thus, few studies have focused on unmet needs of the elderly in their family or above. This study was conducted in Bobo-Dioulasso to identify those needs.

Methods. – This is a longitudinal study including 58 people or 15 elderly and 43 caregivers from 15 families in Bobo-Dioulasso. In addition to regular observations of these families during 1 year, we conducted in-depth individual interview with each participant at the beginning and at the end of the study. The data were analyzed using QSR NVivo 8 software.

Results. – A priori, respondents let believe that there is no unmet functional needs of the elderly in their family. However, the food, the first and main functional need of the elderly is not qualitatively satisfied by their family as well as other equipments or health needs. The quality of social cares/supports, biomedical cares and community supports are insufficient when these cares/supports are provided. The family demands many free or subsidized services to public or community structures then they are not currently available.

Discussion. – In a context of widespread poverty, it is difficult for each actor of the social system of maintaining elderly in functional autonomy to provide services/supports of optimal quality. A synergy of action will reduce the unmet needs of the elderly in Bobo-Dioulasso.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Caregivers; Satiation; Health services needs and demand; Food assistance; Personal satisfaction; Frail elderly

Résumé

Position du problème. – En Afrique subsaharienne, la forte implication de la famille dans les soins/soutiens multiformes aux personnes âgées fait souvent croire qu'elle assure tout ou presque tout à ces personnes. Nous avons voulu explorer cette perception en documentant les besoins non couverts de personnes âgées vivant à Bobo-Dioulasso.

Méthodes. – Il s'agit d'une étude longitudinale auprès de 58 personnes dont 15 personnes âgées et 43 aidants issus de 15 familles à Bobo-Dioulasso. Outre l'observation régulière de ces familles pendant une année, un entretien individuel approfondi a été réalisé avec chaque participant au début et à la fin de l'étude. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel QSR NVivo 8.

Résultats. – A priori, les répondants font croire qu'il n'y a pas de besoins fonctionnels des personnes âgées non couverts par la famille. Cependant, l'alimentation, le premier et le principal besoin fonctionnel des personnes âgées, n'est pas qualitativement satisfait par la famille, de même que d'autres besoins matériels ou sanitaires. La qualité des soins/soutiens sociaux, des soins biomédicaux et des soutiens communautaires est insuffisante lorsque ces soins/soutiens sont fournis. La famille demande de nombreux services gratuits ou subventionnés aux structures publiques ou communautaires alors qu'ils ne sont pas actuellement disponibles.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : aberthe56@yahoo.fr (A. Berthé).

Discussion. – Dans un contexte de pauvreté généralisée, il est difficile à chaque acteur du système social de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle de fournir des services/soutiens de qualité optimale. Une synergie d'action réduirait les besoins fonctionnels non couverts des personnes âgées.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Analyse des besoins ; Couverture sociale ; Satisfaction du malade ; Personnes âgées ; Aides aux aidants ; Afrique subsaharienne

1. Introduction

La littérature scientifique internationale [1–8], africaine [9–13], et burkinabé [14–17] a montré le rôle primaire et primordial de la famille dans la prise en charge globale des personnes âgées. À ce sujet, Razafindratsima [18] affirmait que la famille est l'institution fondamentale de toute société. Dans les pays en développement, elle est souvent la principale institution de prise en charge des individus, auxquelles elle procure les moyens de survie [18].

En Afrique subsaharienne où un système formel de prise en charge biomédicale, socioéconomique et de sécurité sociale pour les personnes âgées est quasi absent ou faiblement développé, l'essentiel de leurs soins/soutiens multiformes est assuré par la famille. Cette forte implication peut faire croire que la famille fait tout ou presque tout pour ces personnes âgées. Ainsi, excepté quelques-unes [19–23], peu d'études ont été réalisées pour évaluer la qualité des soutiens familiaux aux personnes âgées ou pour cerner la couverture (partielle ou totale, provisoire ou définitive) des besoins des personnes âgées par la famille. La compréhension de la qualité des soutiens familiaux et/ou des besoins des personnes âgées non couverts ou non satisfaits par la famille permettrait d'identifier les forces et les faiblesses de ces interventions familiales, de les ajuster/améliorer et de guider la conception ou l'exécution des programmes officiels vis-à-vis des personnes âgées.

Récemment, en Afrique subsaharienne et précisément au Burkina Faso, une étude réalisée par Berthé et al. [14] a montré que toutes les personnes âgées en incapacités fonctionnelles modérées à graves (32 %) dans la ville de Bobo-Dioulasso et qui avaient donc besoin de surveillance, d'aides partielles ou totales pour les activités de la vie quotidienne, de la vie domestique, la mobilité, la communication ou la fonction mentale, avaient des ressources humaines quasi stables (essentiellement la famille) pour les aider à gérer leurs incapacités. Un tel résultat atteste que dans ce contexte de forte cohabitation intergénérationnelle où vivre seul est l'exception [11,24], les besoins en ressources humaines étaient satisfaits par la famille. Prenant en compte ce résultat, nous avons réalisé une étude dans la même ville afin de cerner les besoins des personnes âgées non couverts par la famille et de mieux orienter leurs prises en charge par ces mêmes acteurs ou par d'autres acteurs.

2. Méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à la suite d'une étude quantitative menée auprès d'un échantillon représentatif de 351 personnes âgées (60 ans ou plus) à Bobo-Dioulasso

(Burkina Faso). Le volet quantitatif a mesuré le statut fonctionnel des personnes à l'aide du questionnaire « Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle » (SMAF).

Nous avons réalisé une étude qualitative longitudinale auprès de familles constituées autour d'au moins une personne âgée. La sélection de ces personnes âgées a été faite en fonction de trois paramètres : le sexe, le degré d'incapacités et le secteur géographique. Dans chaque famille sélectionnée, nous avons réalisé un entretien individuel approfondi avec la personne âgée interrogée dans le cadre du volet quantitatif, avec deux ou trois aidants, un voisin et/ou un ami si ces derniers étaient régulièrement impliqués dans le soutien de la personne âgée. Ces aidants ont été sélectionnés de façon raisonnée (la personne qui apporte le plus de soins/soutiens, celle qui en apporte moins, etc.) à partir de la liste des membres du ménage établie auprès de la personne âgée. Seule une personne âgée a refusé la participation de tout autre membre de sa famille, estimant que ses réponses étaient suffisantes.

Les données ont été collectées durant une année : le premier mois a été consacré aux premiers entretiens individuels, les mois 3, 6 et 9 ont été réservés aux visites/observations (à raison d'un jour par famille), et le mois 12 a été consacré aux seconds et derniers entretiens approfondis avec les répondants initiaux.

Les entretiens ont porté sur divers thèmes dont les incapacités fonctionnelles de la personne âgée, les acteurs de son maintien en autonomie fonctionnelle, l'organisation familiale pour les soins/soutiens, les évolutions des soutiens donnés et reçus, les motivations, gains et pertes liés à ces soutiens, les actions publiques ou communautaires en faveur des personnes âgées, les besoins non couverts ou insatisfaits par les membres de la famille, par l'État burkinabé ou les organisations de la société civile. Chaque thème abordé a fait ou fera l'objet d'un article spécifique. Pour nous assurer de la qualité (vraisemblance) des données et collecter les informations manquantes ou complémentaires, le contenu de chaque entretien a été restitué à chaque répondant [25]. Un enquêteur principal a collecté les données.

Le principe éthique [26] de base dans cette étude est la conscience professionnelle qui a guidé l'équipe de recherche. La participation a été libre et volontaire et les personnes ciblées avaient la possibilité de refuser de participer à l'étude. Les personnes âgées chefs de ménage/concession avaient la possibilité de refuser la participation des membres de leur famille. Le protocole de recherche a été soumis au Comité national d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel QSR Nvivo 8. Une série de restitutions ciblant les interlocuteurs de terrain et/ou les chercheurs a été organisée pour permettre à ces acteurs de se prononcer sur la validité des résultats.

3. Résultats

L'analyse a porté sur des données obtenues auprès des membres de 15 familles, 15 personnes âgées et 43 aidants, soit 58 personnes ; 32 d'entre elles ont participé aux entretiens de l'an 2. Toutes les personnes âgées interrogées étaient en incapacités fonctionnelles légères (7/15) ou modérées à graves (8/15). Elles cohabitaient toutes avec au moins un de leurs aidants. En moyenne, il y avait 10 personnes dans leur ménage. La quasi-totalité (14/15) était considérée comme le chef de leur ménage. Pour ne pas vivre seule et/ou avoir de meilleurs soins/soutiens, une était hébergée par sa fille, son beau-fils et leurs enfants, une autre hébergeait des nièces célibataires, des neveux mariés et leurs enfants. Les 15 personnes âgées étaient mariées (5/15) ou veufs/veuves (10/15). Elles étaient propriétaires ou copropriétaires de leur maison (13/15), locataire (1/15) ou hébergée (1/15). Elles avaient une pension trimestrielle (9/15), un revenu régulier provenant de la location d'une partie de leur maison (3/15) ou étaient sans source de revenu régulier (3/15). Le montant de leur revenu régulier ou de la pension trimestrielle variait entre 7500 et 180 000 XOF (23 % à 543 % du salaire minimum interprofessionnel Garanti – SMIG – qui était de 33 139 XOF soit 51 €). Toutes celles qui avaient moins de 300 % du SMIG (10/12) percevaient moins de 153 € chaque trimestre.

3.1. La famille couvre tous les besoins des personnes âgées

À la question : « Quels sont vos besoins non entièrement satisfaits par votre entourage ? », les premières réponses de la majorité des personnes âgées ont montré une bonne satisfaction :

- « Rien ! Je n'ai pas de besoin » (PA2, 77 ans, veuf, bénéficiaire d'une pension trimestrielle équivalente à 543 % du SMIG) ;
- « Ce que les enfants font pour moi c'est suffisant. Je n'attends plus rien d'autre » (PA3, veuve, 70 ans, pension trimestrielle égale à 23 % du SMIG) ;
- « Je n'attends rien comme autres soutiens de la part de ma famille. Ce qu'ils font pour moi, c'est déjà suffisant » (PA6, 70 ans, marié, pension trimestrielle égale à 392 % du SMIG) ;
- « Je n'attends rien comme autres soutiens. Ce que mes enfants font pour moi c'est-à-dire me donner à manger, c'est suffisant » (PA12, 81 ans, veuve, revenu régulier mensuel égal à 24 % du SMIG et revenu issu de la location d'un cabaret) ;
- « Il n'y a plus d'autres soutiens nécessaires. Tout ce qu'il faut, ils font pour moi, ça ne peut pas dépasser cela encore » (PA13, 70 ans, veuve, pension trimestrielle égale à 112 % du SMIG) ;
- « Je n'attends rien comme soutiens de la part de mes enfants » (PA15, 73 ans, marié polygame, pension trimestrielle égale à 181 % du SMIG, aveugle).

Moins de la moitié des personnes âgées interrogées s'est contenté d'affirmer qu'elle était satisfaite et que leur entourage familial devait simplement continuer à faire ce qu'il faisait

déjà : « Continuer à m'entretenir comme ils sont en train de le faire en ce moment » (PA4, 76 ans, veuve, pas de revenu régulier).

La plupart des aidants semblait également ne pas percevoir ce qu'ils pouvaient faire de plus : « À part ce que nous faisons actuellement, (payer de temps en temps des vivres et donner le prix de condiments), nous ne pouvons rien faire de plus encore parce que nous n'avons pas d'autres moyens » (fils de PA11, 27 ans, marié).

3.2. Les besoins non satisfaits des personnes âgées

Aux questions : « Si votre entourage avait plus de ressources, que devrait-il faire de plus pour vous (personne âgée) ? » ou « Si vous (aidant) aviez plus de ressources, que feriez-vous de plus pour votre parent âgé ? », les réponses des personnes âgées et de leurs aidants ont indiqué beaucoup d'insatisfactions partielles ou totales concernant divers domaines présentés ci-dessous.

3.2.1. Domaine alimentaire/nutritionnel

« Parce que ce n'est pas tous les temps que nous préparons. Il y a des jours où on ne prépare pas. Le jour où il n'y a pas à manger, nous restons comme cela. On peut faire deux jours sans préparer parce que ça ne va pas » (fils de PA5, 42 ans, menuisier et agent saisonnier dans l'usine d'égrainage du coton).

« Je voudrais qu'ils payent aussi du riz pour nous car tous les jours c'est le tô qu'on mange. Le jour où je mange du riz, je suis contente. Toi-même tu sais qu'en Afrique, l'affaire du riz, ce n'est pas de l'amusement » (PA1).

« Si les enfants avaient de l'argent, je voudrais qu'ils me donnent de l'argent afin que je puisse payer de la bonne nourriture (œuf, foie) pour manger. Je veux qu'ils préparent régulièrement des pommes de terre, des œufs, du foie et des frites. Mais ils n'ont pas d'argent » (PA14, 89 ans, veuve, bénéficie d'un don mensuel d'argent variant entre 60 % et 91 % du SMIG).

Les personnes âgées mangeaient le plus souvent le repas commun à tout le ménage (essentiellement à base de céréales). Les besoins d'alimentation exprimés concernaient surtout les « néguérafins » (spaghetti, pomme terre ou banane plantain, œuf, viande, etc.) considérés localement comme des aliments de luxe. Ces besoins étaient exprimés aussi bien par les personnes âgées qui avaient un revenu régulier que par celles qui n'en avaient pas.

3.2.2. Domaine financier

« Pour une meilleure prise en charge de mes incapacités, j'ai besoin d'argent. C'est l'argent qui est le plus important pour moi. Avant d'envoyer quelqu'un pour te payer les produits, il faut d'abord avoir de l'argent. Aujourd'hui si tu n'as pas d'argent, tu ne peux pas manger » (PA15).

« C'est l'argent qui est son principal besoin. C'est aussi le principal besoin de toute la famille aussi. Nous sommes tous pauvres et l'argent est notre premier besoin. L'argent est comme une porte d'entrée dans une grande maison, ça conduit partout et peut te permettre de satisfaire tous les autres besoins. Si tu gagnes de l'argent, c'est de la nourriture que tu vas aller

payer. Qu'est ce qui gagne la nourriture ? C'est l'argent. Ensuite, c'est la santé qui suit. Si tu veux avoir la santé, il faut gagner des médicaments pour prendre. Qu'est-ce qui donne la bonne santé si ce ne sont pas des médicaments. Ce sont les médicaments qui fonctionnent les personnes âgées car elles n'ont plus de force. C'est l'argent qui paye aussi les médicaments. Nous nous débrouillons avec le peu d'argent pour satisfaire les besoins de tout le monde et ça ne va pas très souvent » (belle-fille de PA9, 50 ans, ménagère).

Une seule personne âgée a déclaré ne pas avoir de besoin financier ou d'aide financière de la part de son entourage (PA2, incapacités modérées, pension trimestrielle équivalent 543 % du SMIG).

3.2.3. *Domaine sanitaire*

« J'ai besoin de médicaments et de bien manger. J'ai souvent des ordonnances et j'achète difficilement les médicaments. Je patiente que la maladie passe, ou je commence par l'auto-médication avec les médicaments traditionnels en attendant » (PA3).

« Si j'avais les moyens, il allait faire ses visites médicales tous les mois. Présentement, c'est chaque trois mois qu'il fait ses visites médicales. Lorsqu'il prend sa pension, il part faire sa visite médicale. Des fois, on attend six mois avant de l'amener à la clinique pour ses visites médicales. Je n'allais pas m'amuser avec sa santé » (fille de PA2, 27 ans, dactylographe).

Les besoins sanitaires en termes d'accessibilité aux soins, aux examens biologiques, à des médicaments de qualité et moins chers ont été exprimés par toutes les personnes âgées et/ou leurs aidants.

3.2.4. *Domaine matériel*

« Je voudrais aussi qu'ils aménagent ma maison car je dors dans une maison en banco où quand il pleut, l'eau rentre par le toit » (PA10, 62 ans, marié, n'a aucune source de revenu régulier).

« Si j'avais les moyens, j'irais arranger sa maison. Le mur de sa maison de derrière est gâté. J'irais aussi lui payer un bon lit et un bon matelas » (fils adoptif de PA9, 59 ans, sans emploi).

« Nous voulons avoir notre propre cour [maison]. Nous sommes dans la grande famille. On ne peut pas faire ce qu'on veut. Si on était dans notre propre cour, on allait faire l'élevage (poulets, porcs) et avoir de l'argent afin de prendre soin de la personne âgée » (fils de PA11, 27 ans, aide-maçon).

Les personnes âgées et/ou leurs aidants locataires de maison ont exprimé le besoin d'obtenir leur propre parcelle à usage d'habitation et/ou une aide financière pour construire leur maison. Les propriétaires de maison délabrées ont exprimé des besoins de réhabilitation des dites maisons. Outre ces besoins, toutes les personnes enquêtées ont exprimé souvent le besoin d'autres biens matériels (matelas, lit, chaises, moyens de déplacement et télévision).

3.2.5. *Domaine spirituel ou besoin de solidarité familiale*

« Je veux qu'ils [les membres de ma famille] s'entendent et qu'ils sortent et rentrent par la même porte [qu'ils soient solidaires entre-eux] » (PA4).

« Le vieux est un fervent musulman et pratiquant. Si j'avais les moyens, j'allais le faire partir à la Mecque car c'est le plus grand cadeau qu'un enfant peut faire pour ses parents. Ensuite, il dort dans une maison qui n'est pas bien. J'allais aménager très bien sa maison et lui donner de bonnes nourritures chaque fois » (fils de PA7, 32 ans, ouvrier d'une usine d'égrainage du coton).

3.2.6. *Domaine des ressources humaines*

« Si j'avais les moyens, j'allais prendre une bonne [aide-ménagère] pour elle afin qu'elle soit plus à l'aise » (fils de PA5, 42 ans, menuisier et agent saisonnier dans l'usine d'égrainage du coton).

3.3. *Suggestions pour une meilleure couverture des besoins par l'État burkinabé et les organisations de la société civile*

Pour cerner les besoins des personnes âgées non satisfaits par l'État burkinabé (surtout le ministère de la Santé et/ou le ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale) et les organisations de la société civile, la question « Que peut/doit faire l'État et/ou les associations en faveur des personnes âgées » a été posée aux personnes âgées et à leurs aidants. Ils ont formulé les suggestions suivantes :

- accorder une pension aux personnes âgées et augmenter la pension des retraités ou offrir des activités génératrices de revenus aux aidants des personnes âgées ;
- apporter mensuellement une aide alimentaire (des céréales et souvent des aliments de luxe ou des compléments nutritionnels) aux personnes âgées, ou leur vendre ces produits à prix coûtant ;
- subventionner ou rendre gratuits les consultations médicales et paramédicales, les examens biologiques, les médicaments et les verres correcteurs des personnes âgées ;
- rendre disponible tous les examens biologiques ou médicaux et les médicaments dans les hôpitaux ;
- créer des centres de santé spécifiques ou des services de soins spécifiques pour les personnes âgées avec un personnel formé et équipé ;
- améliorer considérablement la qualité des services (accueil, communication, disponibilité des toilettes, privation des personnes âgées des longues files d'attente) dans les services publics, privés et communautaires, surtout dans les centres de santé et les services d'allocation de pension, les banques, les services de paiement des factures d'eau, d'électricité, etc. ;
- mener une campagne de sensibilisation (porte à porte et médias) pour donner des conseils aux personnes âgées et à leur entourage sur l'alimentation, la préservation de leur santé, leur apporter un soutien psychologique, moral, etc. ;
- mener régulièrement une campagne de consultations gratuites ou à prix coûtant pour les personnes âgées à domicile et prendre en charge ou subventionner les examens, les médicaments des maladies diagnostiquées au cours de cette campagne ;
- aider les personnes âgées ou les travailleurs âgés d'au moins 50 ans à bénéficier d'un prêt sans intérêt pour construire leur propre maison ;

- accorder un prêt sans intérêt ou une subvention aux personnes âgées pour l'exercice d'activités génératrices de revenu ;
- créer, équiper et rendre fonctionnel un centre récréatif et/ou d'écoute et d'accompagnement des personnes âgées par secteur et/ou par localité.

4. Discussion

L'analyse des besoins des personnes âgées non couverts par leur entourage et/ou par l'État burkinabé et les organisations de la société civile livre plusieurs leçons.

Les premières réponses des personnes âgées interrogées portent à croire que la famille parvient à couvrir leurs besoins dans les activités de la vie quotidienne ou domestique, la mobilité, la communication et la fonction mentale et qu'elles n'attendent rien d'autre de leurs aidants. Leurs propos peuvent être confirmés par l'étude de Berthé et al. [14]. Effectivement, la famille leur fournit le minimum de soutien dont elles ont besoin pour survivre avec leurs incapacités. Dans ce contexte, la majorité des personnes âgées, 68 % selon Berthé et al. [14], sont les premières et les propres acteurs de leur maintien en autonomie fonctionnelle. La famille, deuxième acteur, intervient pour le maintien en autonomie d'un tiers (32 %) des personnes, notamment celles qui sont en incapacités fonctionnelles modérées à graves. Il n'existe pas encore de structure formelle (publique, communautaire, confessionnelle ou privée) de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile. La première réponse spontanée des personnes âgées qui affirment ne pas avoir de besoins non couverts par la famille pourrait s'expliquer par plusieurs situations :

- ces personnes pensent a priori que la contribution de la famille à leur maintien en autonomie est à la hauteur des ressources familiales ;
- la lassitude des enquêtés à répondre aux questions (l'étude était longitudinale, certains thèmes comme les évolutions des soutiens étaient abordés de façon rétrospective l'an 1 et l'an 2) ;
- le manque de volonté des répondants à évoquer le dysfonctionnement familial, les insuffisances ou les conflits dans la famille (durant toute l'étude, malgré l'insertion de quelques questions explicites sur les conflits familiaux, très peu d'enquêtés ont évoqué ces conflits et ils se sont contentés de parler du cas général) ; ou le manque de volonté à exprimer ses besoins devant un enquêteur qui ne peut les combler. Les répondants ont souvent livré les réponses qui les arrangent et/ou qui arrangent leur famille ;
- les enquêtés avaient une vision limitée des besoins non couverts à première vue.

Qu'elles aient des revenus réguliers ou non, les personnes âgées interrogées ressentent l'existence de besoins non couverts. Naturellement, ces besoins sont plus accentués chez celles qui ont des revenus irréguliers ou faibles. En général, même chez les personnes ayant des revenus supérieurs à 300 % du SMIG par trimestre, ces revenus leur suffisent à peine. Les

aidants les plus disponibles pour les soutenir sont souvent sans emploi ou sans activités génératrices de revenus. Ceux qui exercent des activités ont des revenus mensuels faibles et/ou doivent aussi prendre en charge leur famille nucléaire. La faiblesse des ressources financières des personnes âgées et de leurs aidants explique l'expression de besoins financiers, de prêt sans intérêt, d'appui à l'exercice d'activité génératrice de revenus, d'octroi de pension et/ou d'augmentation de la pension. Le besoin financier est le principal besoin exprimé par les personnes âgées interrogées et par leurs aidants. Il explique l'insatisfaction de la quasi-totalité des autres besoins. C'est également le besoin le plus difficile ou le plus complexe à combler dans un contexte de pauvreté généralisée. En 2009, le Burkina Faso a été classé 177^e sur 182 pays selon l'Indice du Développement Humain, 131^e sur 135 pays selon l'Indice de Pauvreté Humaine. Son PIB par habitant (en PPA en USD) était de 1124, 81,2 % de sa population vivant sous le seuil de pauvreté (2 USD par jour) et 46 % vivant sous le seuil de pauvreté nationale [27]. Les moyens pour améliorer la situation financière des personnes âgées et/ou de leurs aidants doivent être l'objet de réflexion/résolution à tous les niveaux, familial, local et national.

Une alimentation de qualité (accès aux aliments localement considérés comme aliments de luxe) est un autre des principaux besoins non couverts des personnes âgées. Autrement dit, le premier et le principal besoin fonctionnel des personnes âgées n'est pas qualitativement satisfait par la famille qui ne leur fournit que l'alimentation minimale de maintien en autonomie. En cas de défaillance prolongée, le risque de décès est élevé, ce qui constitue l'une des explications de la faible proportion de personnes âgées en incapacités graves [14]. Ainsi, la famille, en tant que deuxième acteur de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle, échoue à bien réaliser sa première et principale mission dans ce cadre. Par ailleurs, la mauvaise qualité de l'alimentation des personnes âgées est souvent la source de conflit entre celles-ci et leurs aidants, soupçonnés de fournir plus régulièrement ces « aliments de luxe » à leur famille nucléaire qu'aux personnes âgées. Cette notion de malnutrition des personnes âgées est confirmée dans la littérature africaine [28–32] et burkinabé [15–17].

Dans le domaine de la santé, les besoins non couverts des personnes âgées sont restreints à l'égard de la famille, qui apporte déjà sa contribution dans les services de soutien à la vie quotidienne, à la gestion des incapacités, mais sont nombreux à l'endroit des autorités sanitaires. Cela illustre le fait que d'une part, la qualité des soins sociaux (gestion des incapacités) n'est pas assurée et, d'autre part, celle des soins biomédicaux l'est moins, et/ou que les soins biomédicaux spécifiques aux personnes âgées sont rarement développés. Pour ce qui concerne les soins biomédicaux, les personnes âgées interrogées et leurs aidants ne sont pas satisfaits de l'accueil, de l'écoute, de la communication soignant-soigné, de l'inadéquation des ordonnances quelquefois « kilométriques », de l'accès difficile aux examens et aux médicaments, de leur non-accompagnement pour l'observance. Par ailleurs, ils souhaitent bénéficier de stratégies avancées (dans les domiciles) pour

la prévention et/ou la prise en charge de certaines de leurs pathologies ou problèmes de santé et de nutrition. Sur le plan sanitaire, les résultats de cette étude confirment les résultats de l'analyse nationale réalisée en 2008 [33], qui avait mis en évidence que pour les personnes âgées, les soins biomédicaux préventifs, promotionnels et réadaptatifs étaient insuffisamment développés ; le diagnostic et la prise en charge de leurs maladies étaient insuffisants ; les services de santé leur étaient peu accessibles géographiquement, culturellement et financièrement ; la coordination des interventions de santé en leur faveur était insuffisante et la recherche sur leur santé était très peu développée. Cette analyse a permis au Burkina Faso de concevoir son Programme national de santé 2008–2012 des personnes âgées [33]. En 2011, pour évaluer ce programme, Sanou-Berthé [34] a réévalué les besoins non couverts des personnes âgées à Ouagadougou (capitale du Burkina Faso). Non seulement cette étude a identifié les mêmes besoins ou des besoins similaires, mais elle a également conclu que la non mise en œuvre dudit programme national expliquait la persistance de ces mêmes besoins. La non mise en œuvre de ce programme peut expliquer les besoins de santé non couverts identifiés dans notre étude. En outre, cet unique programme national réduisait la santé des personnes âgées au bien-être physique et/ou à l'absence de maladie, comme cela se fait le plus souvent dans le secteur de la santé des pays d'Afrique subsaharienne [35]. Il ne prenait pas assez en compte les autres besoins (alimentaires, nutritionnels, matériels, financiers, etc.) [34]. La conception par le ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité nationale d'un programme holistique en complément à ce programme de santé [33] avait été vivement recommandée [34].

Outre l'alimentation, la famille ne parvient pas à satisfaire les besoins matériels de ses membres âgés. Ces derniers dorment mal, souvent dans des maisons délabrées sur un lit et un matelas inconfortables. Par ailleurs, certaines personnes âgées et/ou leurs aidants expriment le souhait d'avoir des aides ménagères. Toutes ces besoins exprimés sont des indicateurs de la qualité non optimale des services d'aide et de soutien existant à ce jour pour les personnes âgées.

La quasi-totalité des besoins d'aides des personnes âgées et/ou de leurs aidants exprimés à l'endroit de l'État burkinabé et/ou des organisations de la société civile se résument à la gratuité ou à la subvention des services. Selon les répondants, ces structures disposent des ressources nécessaires pour satisfaire leurs demandes. Certains évoquent le train de vie des autorités locales ou nationales pour venir en appui de leurs thèses. Cette situation est paradoxale : d'une part, aucun répondant ne connaît réellement les ressources de ces structures, mais la grande majorité pense que leurs demandes (gratuité ou subventions) sont réalistes et réalisables ; d'autre part, les répondants pensent que ni les personnes âgées ni leurs aidants ne disposent des ressources nécessaires. Or, durant la collecte des données, peu de personnes âgées connaissaient les gains financiers de leurs aidants, tout comme peu d'aidants connaissaient le montant mensuel ou trimestriel de la pension ou des revenus réguliers des personnes âgées. Dans cette situation de double ignorance des ressources, la famille est plus

critique envers les structures publiques et communautaires. Elle occulte le gaspillage ou le mauvais investissement des ressources qui peuvent exister au niveau de certaines familles. Il est souvent reproché à la famille de pratiquer une forme invisible et inavouée d'« euthanasie » sur les personnes âgées, en réduisant autant que possible les soins/soutiens aux personnes en incapacités modérées à graves, et en investissant des sommes importantes dans leurs funérailles en signe de distinction sociale.

Pour couvrir quantitativement et qualitativement les besoins fonctionnels des personnes âgées, il est nécessaire que :

- chaque acteur ou partie prenante analyse sans complaisance ses propres forces et faiblesses, mobilise les ressources nécessaires pour maintenir, voire renforcer l'existant et faire de nouvelles propositions ;
- et collabore harmonieusement avec les autres parties dans leurs interventions. Cela permettrait d'avoir un système social complet, fonctionnel et efficace de maintien des personnes âgées en autonomie.

5. Conclusion

À première vue, la famille comble tous les besoins fonctionnels des personnes âgées de Bobo-Dioulasso. Cependant, une investigation approfondie montre que les investissements non négligeables de la famille dans les soins/soutiens sociaux des personnes âgées ne sont souvent pas suffisants, tant en qualité qu'en quantité pour couvrir correctement leurs besoins fonctionnels. L'analyse des besoins non couverts des personnes âgées indique que celles-ci n'ont pas souvent accès à des soins/soutiens sociaux et à des soins biomédicaux et paramédicaux de qualité. L'étude de la qualité de vie de ces personnes comme un système connecté à la qualité des soins/soutiens sociaux, biomédicaux, et à la qualité des interventions communautaires permettrait de confirmer ou de renforcer cette assertion.

Les personnes âgées constituent les premiers et les principaux acteurs de leur propre maintien en autonomie fonctionnelle. En cas de défaillance, la famille intervient pour soutenir les personnes qui sont en incapacités fonctionnelles modérées à graves. Cependant, la famille, second acteur de maintien en autonomie fonctionnelle ne parvient pas à assurer pleinement (quantitativement et qualitativement) le premier besoin fonctionnel qu'est l'alimentation, ainsi que d'autres besoins matériels ou sanitaires. Elle doit impérativement fournir des efforts non négligeables pour y parvenir.

Par ailleurs, les efforts des personnes âgées et de leur famille doivent être soutenus et complétés par des soins biomédicaux de qualité et des interventions publiques, confessionnelles, communautaires ou privées de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle. Le faible développement de ces soins et de ces interventions est à l'origine d'importants préjudices vis-à-vis des personnes âgées.

Enfin, une synergie d'action entre les différentes parties prenantes est indispensable.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Nous remercions chaleureusement : 1) l'université catholique de Louvain (Belgique) pour la bourse d'étude de Abdramane Berthe, 2) la coopération belge au développement (CUD et DGD) pour le soutien financier au projet inter-universitaire ciblé sur les personnes âgées au Burkina Faso (PIC-PAB), 3) le centre Muraz pour la mise en position de stage doctoral de Abdramane Berthe, 4) les participants à cette étude, 5) Bambara Mariam pour l'encodage des données.

Références

- [1] Lavoie JP, Clément S. Introduction. In: Clément S, Lavoie JP, editors. *Prendre soin d'un proche âgé : les enseignements de la France et du Québec*. Toulouse: Érès; 2005. p. 11–20.
- [2] Clément S, Gagnon E, Rolland C. Dynamiques familiales et configurations d'aide. In: Clément S, Lavoie JP, editors. *Prendre soin d'un proche âgé : les enseignements de la France et du Québec*. Toulouse: Érès; 2005. p. 137–86.
- [3] Zunzunegui MV, Beland F, Otero A. Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *Int J Epidemiol* 2001;30(5):1090–9.
- [4] Kim H, Lee S, Hisata M, Kai I. [Social support exchange and quality of life among the Korean elderly in a rural area]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1996;43(1):37–49.
- [5] Nilsson CJ, Lund R, Avlund K. Cohabitation status and onset of disability among older Danes: is social participation a possible mediator? *J Aging Health* 2008;20(2):235–53.
- [6] Kishi R, Eguchi T, Sasatani H, Yaguchi T. [Health status, social networks and support systems of elderly men and women in a large city and in former coal-mining areas—a population-based comparative study of 70-year-old residents of Sapporo and Yubari]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1994;41(5):474–88.
- [7] Silverstein M, Cong Z, Li S. Intergenerational transfers and living arrangements of older people in rural China: consequences for psychological well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61(5):S256–66.
- [8] Foxall MJ, Barron CR, Von Dollen K, Shull KA, Jones PA. Low-vision elders living arrangements, loneliness, and social support. *J Gerontol Nurs* 1994;20(8):6–14.
- [9] Kouamé A. *Le vieillissement de la population en Afrique*. Ottawa: CRDI; 1990.
- [10] Ouakam Ouakam JF. *Autonomie, dépendance et santé des personnes âgées. Cas du district de Bamako (Mali) [thèse (doctorat d'État)]*. Bamako: Université de Bamako; 2004–2005.
- [11] Antoine P. *Les relations intergénérationnelles en Afrique : approche plurielle*. 2007.
- [12] Antoine P, Golaz V. *Vieillir au Sud : une grande variété de situations*. Autrepars 2010;53:3–16.
- [13] Nyuni W. Care and support for the aged: the role of the family, civil society and state. *BOLD* 2007;18(1):24–7.
- [14] Berthé A, Berthé-Sanou L, Konaté B, Hien H, Tou F, Somda S, et al. Les incapacités fonctionnelles des personnes âgées vivant à domicile à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Sante Publique* 2012;24(5):439–51.
- [15] Direction de l'Insertion Sociale [DIS]. *Plan d'action nationale en faveur des personnes âgées au Burkina Faso. Rapport*. Ouagadougou: Ministère de l'Action Sociale et de la Famille, (Burkina Faso); 1997.
- [16] De Jong W, Roth C, Badini-kinda F, Bhagyanath S. Ageing in insecurity. Case studies on social security and gender in India and Burkina Faso/Vieillir dans l'insécurité. Sécurité sociale et genre en Inde et au Burkina Faso. Études de cas. Münster: Lit Verlag, Société suisse d'études africaines (SSEA); 2005.
- [17] Kinda F. Contrat entre les générations et sécurité sociale locale des personnes âgées en milieu rural burkinabè. *Cah CERLESH* 2006;25: 85–104.
- [18] Razafindratsima N. L'entraide matérielle et financière entre parents et-enfants à Antananarivo. In: Antoine P, editor. *Les relations intergénérationnelles en Afrique : approche plurielle*. Nogent-sur-Marne: CEPED; 2007. p. 93–120.
- [19] Gureje O, Kola L, Afolabi E, Olley BO. Determinants of quality of life of elderly Nigerians: results from the Ibadan study of ageing. *Afr J Med Med Sci* 2008;37(3):239–47.
- [20] Soderlund N, Buch E, Karas A, Beadle J, Viljoen M. Unmet health care needs in the aged in two rural South African communities. *S Afr Med J* 1990;77(9):464–6.
- [21] Huang LH, Lin YC. The health status and needs of community elderly living alone. *J Nurs Res* 2002;10(3):227–36.
- [22] Gureje O, Ogunniyi A, Kola L, Afolabi E. Functional disability in elderly Nigerians: results from the Ibadan study of aging. *J Am Geriatr Soc* 2006;54(11):1784–9.
- [23] Omokaro E, Daniya II. Changing community and care of older persons in Nigeria: strategies for quality social care in family and community. *BOLD* 2011;22(1):8–14.
- [24] Ibrahima M. *Conditions de vie des personnes âgées en Afrique Subsaharienne : cas de la vie dans un ménage à génération coupée au Niger*. Montréal: Université de Montréal; 2010.
- [25] Bergier B. *Repères pour une restitution des résultats de la recherche en sciences sociales*. Paris: L'Harmattan; 2000.
- [26] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris: Armand Colin; 2009.
- [27] Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). *Rapport mondial sur le développement humain 2009. Lever les barrières : mobilité et développement humains*. New York: Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD); 2009.
- [28] Kimokoti RW, Hamer DH. Nutrition, health, and aging in sub-Saharan Africa. *Nutr Rev* 2008;66(11):611–23.
- [29] Kikafunda JK, Lukwago FB. Nutritional status and functional ability of the elderly aged 60 to 90 years in the Mpigi district of central Uganda. *Nutrition* 2005;21(1):59–66.
- [30] Charlton KE, Rose D. Nutrition among older adults in Africa: the situation at the beginning of the millennium. *J Nutr* 2001;131(9):2424S–8.
- [31] Charlton KE, Kolbe-Alexander TL, Nel JH. Development of a novel nutrition screening tool for use in elderly South Africans. *Public Health Nutr* 2005;8(5):468–79.
- [32] Chilima DM, Ismail SJ. Nutrition and handgrip strength of older adults in rural Malawi. *Public Health Nutr* 2001;4(1):11–7.
- [33] Direction de la Santé de la Famille. *Programme national de santé des personnes âgées 2008–2012. Rapport, version électronique*. Ouagadougou: Ministère de la Santé (Burkina Faso); 2008.
- [34] Sanou-Berthé L. *Évaluation de la pertinence de la cohérence et de l'implantation du programme national de santé des personnes âgées 2008–2012 du Burkina Faso [Mémoire de Master]*. Ouagadougou: ISSP-UO; 2012.
- [35] Dujardin B. *Politiques de santé et attentes des patients – Vers un dialogue constructif*. Paris: Karthala; 2003.