

SITUATION SANITAIRE ET ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES ÂGÉES À L'OUEST-CAMEROUN

Jasmine Laurelle KAHOU NZOUYEM

Université de Ngaoundéré (Cameroun)

jasminekahou@gmail.com

Résumé : Afin de garantir à sa population un accès satisfaisant aux soins, le Cameroun a consenti depuis quelques décennies des efforts considérables pour améliorer qualitativement (équipements de soins, formations du personnel) et quantitativement l'offre sanitaire (augmentation des structures sanitaires). Ces efforts de diversification et de densification de l'offre sanitaire, en particulier dans la région de l'Ouest Cameroun, ne prennent pas toujours en compte les besoins de la population rurale vieillissante. Le système de soins en zone rurale subit de fortes pressions démographiques mais reste sous financé. L'objectif de cet article d'analyser les défis de l'accès aux soins de santé des personnes âgées en milieu rural camerounais. Nous avons combiné une approche quantitative et qualitative. 463 personnes âgées ont répondu à un questionnaire entre janvier et juillet 2021, 30 aidants familiaux ont été soumis à des entretiens. Il ressort des résultats que les personnes âgées sont en perte d'autonomie et présentent de forte prévalence aux maladies liées aux métabolismes. Il n'existe pas de stratégie de financement du secteur de la santé, les dépenses sont supportées par les personnes âgées et leur famille. L'offre de soins de la Région ne permet pas de répondre aux besoins sanitaires des personnes âgées. La prise en charge des pathologies liées à la vieillesse reste encore méconnue du personnel de santé locale et des traitements inadéquats sont parfois administrés. Le système santé locale reste très faiblement formé sur les questions gérontologiques.

Mots clés : Personne âgée, accès aux soins, politiques publiques, Ouest-Cameroun

HEALTH SITUATION AND ACCESS TO CARE FOR THE OLDER PEOPLE IN WEST CAMEROON

Abstract : In order to guarantee its population satisfactory access to health care, Cameroon has made considerable efforts over the last few decades to improve the quality and quantity of health care services. However, these efforts to diversify and increase the density of health care provision, particularly in the West Cameroon region, do not take into account the needs of the ageing rural population. The health care system in rural areas is under strong demographic pressure but remains under-financed. The objective of this article is to analyse the challenges of access to health care for older people in rural Cameroon. We combined a quantitative and qualitative approach: 463 older people aged 60 and over in the Western region responded to a questionnaire between January and July 2021 and 30 family carers were interviewed. The results highlight the huge needs of older people that have a high prevalence of metabolism-related diseases and of dependence. The region's health care provision does not meet the health needs of the older people. The management of diseases related to old age is still unknown to local health personnel, with for some case, inadequate treatments. There is a dramatic need to train medical personnel who work in local settings to gerontological issues. As there is no national strategy for financing the health sector, the expenses are borne by the older people and their families.

Keywords: Older people, healthcare access, public policies, West Cameroon

Introduction

Biologiquement, le processus du vieillissement expose tout individu à un risque élevé de maladies et d'invalidité qui augmente avec l'âge. Ceci est encore plus vrai dans les pays pauvres où une personne âgée se caractérise par un état d'incapacité physique et des problèmes de santé dus principalement à l'absence de moyens adéquats pour la soigner. Près de 23% du fardeau mondiale de la maladie touche les personnes âgées, soit près d'un cinquième dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (Prince et al. 2015). Le Cameroun a adhéré à la plupart des politiques sanitaires adoptées sur le plan international telles que la Charte africaine de développement sanitaire et les soins de santé primaires. Le financement des soins au Cameroun connaît de sérieuses difficultés liées à la crise économique et à une organisation inadéquate (Djoua, 2019). Les conséquences sont nombreuses : une grande partie de la population n'a pas accès au système de soins par manque de moyens et se tourne vers les guérisseurs traditionnels. Le système de soins fait face à la pénurie des médicaments et des consommables dans les établissements publics et la corruption dans les formations sanitaires. Le personnel de santé, tous secteurs confondus, a augmenté, mais reste inégalement réparti dans le pays les grandes métropoles Douala, Yaoundé et Bafoussam regroupe à elle seule 56% du personnel sanitaire du pays (Elat, 2020). Les connaissances sur l'état de santé et la capacité fonctionnelle des personnes âgées en au Cameroun restent rudimentaires. Quel est l'état de santé de santé et les obstacles à l'accès aux soins des personnes âgées à l'ouest Cameroun ? Les données du 3e Recensement général de la population et de l'habitat soulignent que les personnes âgées de 60 ans et plus représentent 5,5 %, soit 1 067 336 habitants (Bucrep, 2010). La région de l'Ouest compte 14% de la population des personnes âgées du pays, 80% d'entre elles vivent en milieu rural. La famille est le principal maillon de leur prise en charge dans un contexte où les politiques publiques ne sont guère orientées vers les besoins des personnes âgées (Berthe et al, 2013). Pour des raisons géographiques, économiques ou socio-culturelles, les personnes âgées connaissent de véritables difficultés quant à leur accessibilité aux soins de santé modernes de qualité. L'objectif de cet article est d'analyser les défis de l'accès aux soins de santé des personnes âgées en milieu rural camerounais.

1. Données et Méthodes

La population cible de notre étude est la personne âgée définie à partir de 60 ans. Les données utilisées dans cet article ont été recueillies auprès administrations d'un questionnaire auprès de 463 personnes âgées à l'Ouest dans quatre localités (Bana, Bangoulap, Bamougoum et Bangang). En raison de l'absence de données récentes sur l'effectif de la population âgée de 60 ans dans les zones rurales la méthode d'enquête par effet boule de neige a été utilisé pour enquêter les personnes âgées dans chaque village. En effet, l'effet boule de neige est la constitution d'un échantillon non probabiliste utilisé

pour étudier des phénomènes dont la population de base est difficilement identifiable. On interroge un premier sous-groupe de la population qui identifie d'autres membres du groupe, lesquels interrogés, désignent à leur tour d'autres personnes appartenant à la même population et ainsi de suite. Au terme de l'enquête, les femmes sont plus représentatives dans l'échantillon 65% (Tableau1).

Tableau 4 : répartition par âge et par sexe de la population étudiée

Tranche d'âge	Femme	Homme
60-64 ans	77	31
65-69 ans	51	34
70-74 ans	44	21
75-79 ans	60	39
80-84 ans	45	24
85-89 ans	14	7
90-94 ans	6	2
95-100 ans	7	1
Total	304	159

Source : Enquête de terrain ,2021

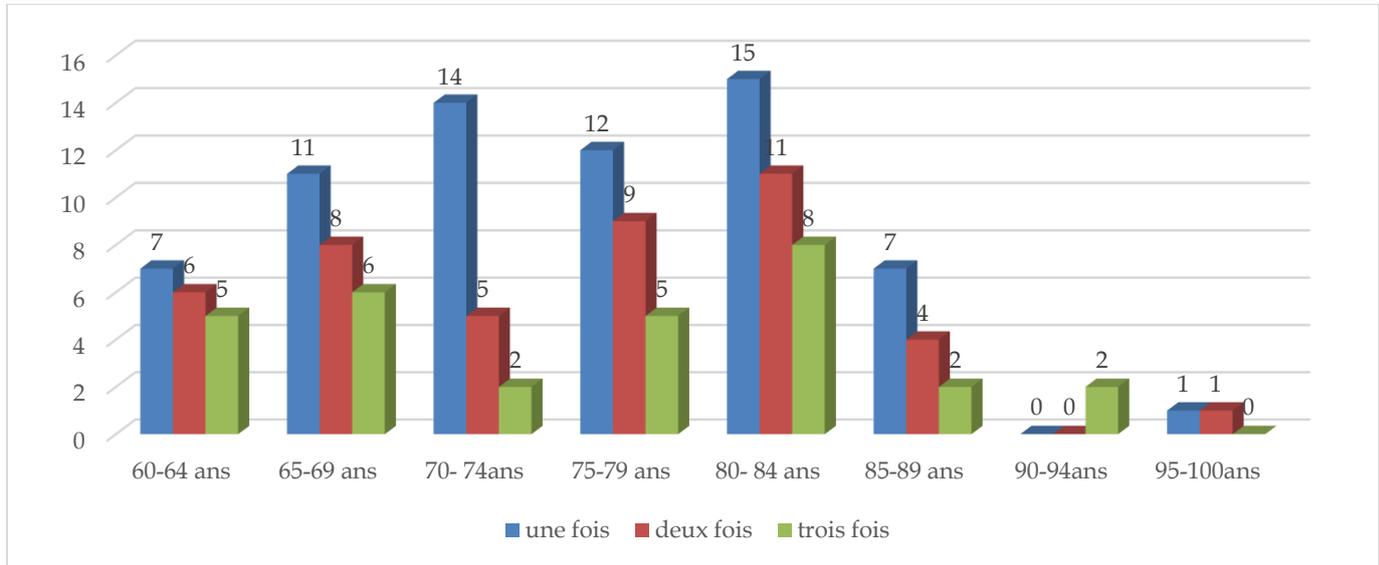
Les données qualitatives ont été recueillies au travers des entretiens auprès de 30 aidants familiaux et des délégations départementales de la santé de l'Ouest. Les données sur l'état de santé ont été recueillies auprès des personnes âgées et/ou des membres de la famille. Elles ont été complétées par les registres de soins des hôpitaux de la région. L'échelle de l'évaluation de l'autonomie par activités of dailly living (ADL) aussi appelé l'index de Katz a été utilisé pour déterminer le niveau d'autonomie de la personne âgée pour les activités de base de la vie quotidienne. La dépendance est définie ici comme l'état dans lequel se trouvent des personnes qui, pour des raisons liées à la perte d'autonomie physique, psychique ou intellectuelle ont besoin d'une assistance et/ou d'aides importantes afin d'accomplir les actes courants de la vie. Cette échelle comprend six rubriques : l'hygiène corporelle, l'habillement, faire ses besoins, la locomotion, la continence et le repas.

2. Une prédominance de maladies liées aux métabolismes chez les personnes âgées dans la région de l'Ouest

Le constat est qu'avec l'âge, les problèmes de santé deviennent multiples et plus chroniques, tant chez les hommes que chez les femmes. L'âge avancé est fréquemment associé à des situations de handicap, et une accentuation des périodes de maladies. Dans le quatrième âge, les personnes âgées sont plus vulnérables du point de vue sanitaire. Dans l'ensemble, 47,6% des personnes âgées ont été malades au cours des deux derniers mois qui ont précédé l'enquête. Ces cas de maladies ont parfois conduit à des hospitalisations (Figure1). Le niveau de morbidité varie selon les caractéristiques

individuelles et des ménages. En effet, les plus forts taux de morbidité sont enregistrés chez les femmes 56 %, les couples qui vivent en union monogame, les veufs/veuves sont les plus exposés. Les personnes âgées de 80-84 ans représentent la tranche d'âge où on rencontre le plus de personnes ayant été hospitalisées.

Figure 4 : Fréquence d'hospitalisation par tranche d'âge

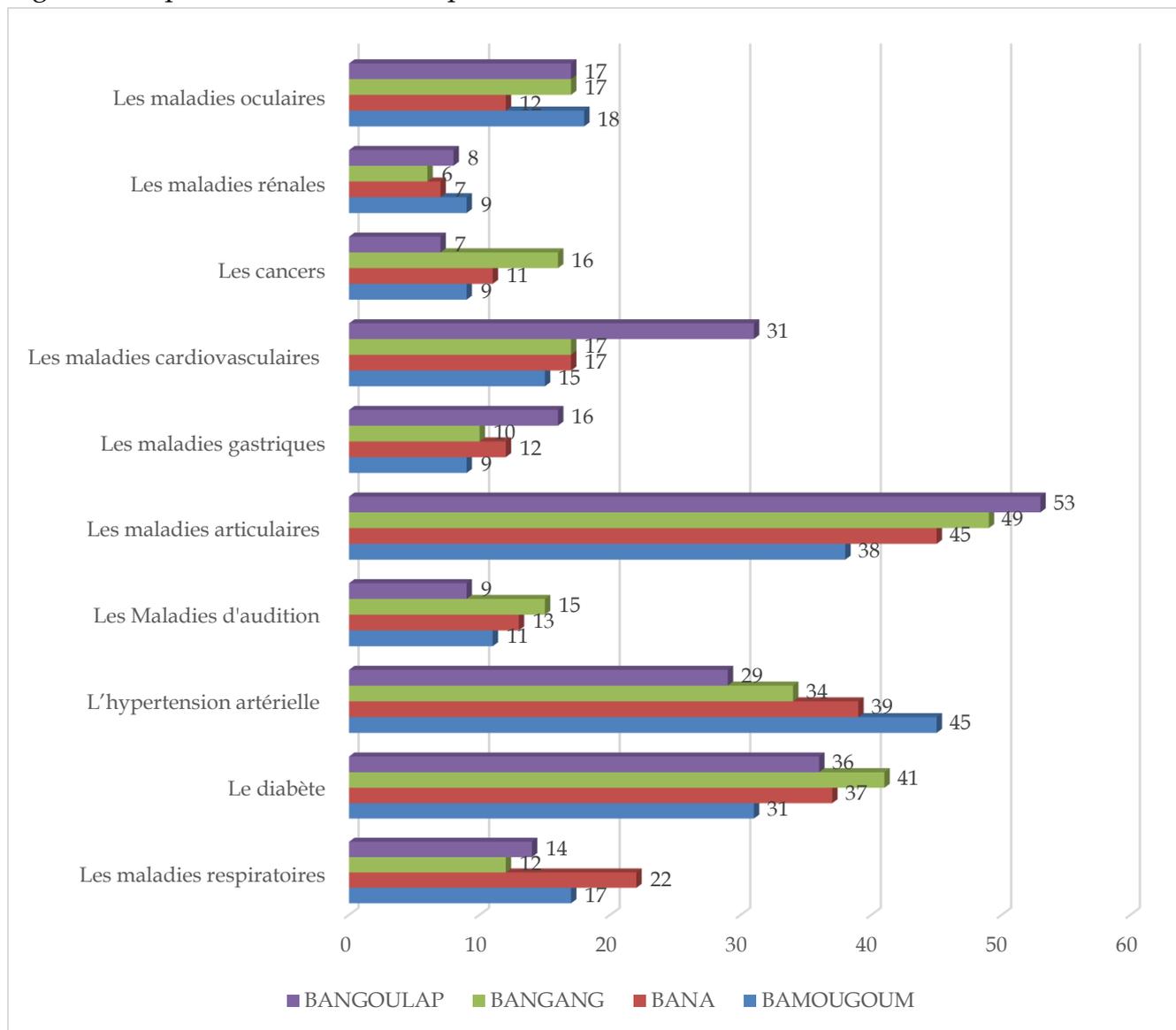


Source : Enquête de terrain ,2021

La perte d'autonomie, caractérisée par la prévalence d'une ou de plusieurs incapacités, augmente fortement avec l'avancée en âge (Fassi-Fihri, 2011), révélant de ce fait des besoins accrus en matière d'aide pour réaliser des actes de la vie quotidienne, en particulier aux « très grands âges » (80 ans et plus). Compte tenu de la rapidité de la croissance à venir des effectifs de cette tranche d'âge, l'hétérogénéité de la population âgée et tout particulièrement la distinction entre « jeunes aînés » et « grands aînés », devra être intégrée dans toute réflexion visant à développer des réponses adaptées aux besoins des personnes âgées en matière de santé dans un contexte où les besoins sanitaires sont fortement dépendant de l'âge (Golaz, Sajoux,2018). Les maladies sont assez variées cependant, on les retrouve également au sein des autres tranches d'âge de la population. L'âge avancé est fréquemment associé à des situations de handicap, et une accentuation des périodes de maladies. Le constat est qu'avec l'âge, les problèmes de santé deviennent multiples et plus chroniques, tant chez les hommes que chez les femmes. L'état de santé des personnes âgées dépend des facteurs médicaux, sociaux et économiques. Le vieillissement accélère les risques d'expositions aux maladies. Les principales maladies qui ont été déclarées par les personnes âgées enquêtées sont l'hypertension artérielle (43,5%), les maladies articulaires (26,4%), les maladies gastriques (18,3%), le diabète (16,1%) ; les problèmes de dos (14,9%), les

maladies cardio-vasculaires (10,9%), la cataracte (10,6%) et les migraines (11,2%). Quelques variances sont observées dans les quatre localités (figure 2).

Figure 5 : Exposition aux maladies par localité



Source : Enquête de terrain ,2021

Les besoins des aînés en matière de santé apparaissent également à travers les difficultés croissantes, voire l'incapacité, à réaliser pleinement et de façon autonome des activités de la vie quotidienne telles que se laver, s'habiller, manger. Trois niveaux d'autonomie ont été identifiés (tableau2) : les personnes âgées indépendantes (40 %) dont leur âge varie entre 60 et 70 ans, les indépendants partiels, et les dépendants (20%) majoritairement à partir de 85 ans.

Tableau 5 : Degré d'autonomie par tranche d'âge

Tranches d'âges Degré d'autonomie	60-64	65-69	70- 74	75-79	80- 84	85-89	90-94	95-100
Les indépendants	68	51	27	14	9	0	0	0
Les dépendants partiel	27	26	25	43	22	5	0	0
Les dépendants	13	8	9	23	26	16	8	8

Source : Enquête de terrain ,2021

Spécifiquement, les personnes âgées enquêtées ont été interrogées sur le fait qu'ils ont eu de la difficulté pour se laver, s'habiller, marcher sur une distance de 200 à 300 mètres, se lever du lit, se coucher et manger tout seul, à se déplacer sans support, effectuer les tâches ménagères pour les femmes. Pour ces tâches quotidiennes, plusieurs personnes âgées de 80 ans, et plus, déclarent ne plus pouvoir effectuer toutes ces tâches. La situation est différente chez les hommes âgés qui du fait de leur état matrimonial ont des épouses ou des enfants à leur disposition pour aider dans ces taches. Ainsi, les taches sont de moins en moins effectuées par les parents elles sont aidées par des aidant familiaux. L'aidant familial peut avoir un lien de sang ou non avec la personne âgée, elle peut aussi être membre ou non du ménage. Le vieillissement a donc une influence non des moindres sur la mobilité de la personne âgée.

3. L'offre de soin insuffisantes et inégalement répartie dans la région

La Région de l'Ouest-Cameroun se caractérise par la diversité et la densité de l'offre sanitaire subdivisée en trois secteurs. Le sous-secteur public constitué des hôpitaux publics et des structures sanitaires sous tutelle des institutions étatiques. Le sous-secteur privé dominé par les hôpitaux de différentes confessions religieuses, associations et diverses organisations non-gouvernementales. Un sous-secteur de la médecine traditionnelle, composante importante du système et qu'il faut prendre en considération principalement en zone rurale et de plus en plus en zone urbaine. Le capital physique de cette offre affichait en 2023, un total de 854 formations sanitaires toute catégories confondues, soit près de 15% des formations sanitaires du pays ; ce qui classe officiellement la Région de l'Ouest au deuxième rang parmi celles les mieux équipées (Elat, 2021). Ces formations sanitaires sont inégalement réparties dans la région (tableau 3).

Tableau 6 : répartition des aires de santé à l'Ouest

	Districts de santé	Superficie (Km2)	Population 2023	Aires de santé
1	Bafang	490,4	82 874	8
2	Baham	284,9	47 276	9
3	Bamendjou	120,8	43 423	8
4	Bandja	248,6	28 921	7
5	Bandjoun	355,1	99 357	12
6	Bangangte	1602,3	121 741	17
7	Bangourain	712,3	53 317	5
8	Batcham	202,6	92 727	11
9	Dschang	726,6	243 182	20
10	Foumban	1462,4	260 260	18
11	Foumbot	741,1	138 265	10
12	Galim	483,8	68 093	9
13	Kekem	266,3	49 136	7
14	Kouoptamo	436,8	71 850	6
15	Malantouen	2336,4	153 241	18
16	Massangam	2012,5	55 987	8
17	Mbouda	482,5	197 076	12
18	Mifi	415,5	451 063	18
19	Penka Michel	297,5	87 955	13
20	Santchou	272,0	38 934	4
	Total général	13950,3	2 384 676	220

Source : ministère de la santé publique, 2023

La région de l'Ouest compte 220 aires de santé répartie sur 20 districts de santé. Le district de santé de la Mifi où se trouve le village Bamougoum compte 18 aires de santé mais ces aires sont essentiellement représentées dans les zones urbaines de la région. Cette présence importante en zone urbaine est tout d'abord dû à la densité de la population de la Mifi mais également à la présence des formations sanitaires privées qui représente 78% des formations de la région (tableau 4)

Tableau 7 : couverture et ratios des districts de santé

	Districts de santé	FOSAs Publiques	FOSAs Privées	FOSAs /Km ²	FOSAs /1000 hab.
1	Bafang	23	15	0,08	0,47
2	Baham	18	10	0,10	0,61
3	Bamendjou	11	6	0,14	0,40
4	Bandja	15	4	0,08	0,67
5	Bandjoun	26	12	0,11	0,39
6	Bangangte	29	12	0,03	0,34
7	Bangourain	9	12	0,03	0,40
8	Batcham	19	13	0,16	0,35
9	Dschang	40	49	0,12	0,37
10	Foumban	43	29	0,05	0,28
11	Foumbot	14	32	0,06	0,34
12	Galim	12	5	0,04	0,26
13	Kekem	11	5	0,06	0,33
14	Kouoptamo	9	12	0,05	0,30
15	Malantouen	41	28	0,03	0,46
16	Massangam	17	8	0,01	0,50
17	Mbouda	28	40	0,14	0,35
18	Mifi	31	113	0,35	0,33
19	Penka Michel	20	19	0,13	0,45
20	Santchou	9	5	0,05	0,37
	Total général	425	429	0,06	0,37

Source : ministère de la santé publique, 2023

Les formations sanitaires privées sont légèrement plus nombreuses que les formations publiques. Le ratio de formations sanitaire au kilomètre carré est de 0.06, ramener au nombre d'habitants de la région de l'Ouest.

Il existe cependant des disparités importantes entre districts sanitaires, les ratios population/centre de santé et population/personnel soignant montrent bien que cette offre, rapportée aux besoins sanitaires des personnes âgées, est très insatisfaisante en milieu rural. Dans la région, les hôpitaux ne disposent pas de spécialistes en soins gériatologiques. L'unique service de gériatologie du pays se trouve à l'hôpital central de Yaoundé à près de 300 km de Bafoussam. La Région de l'Ouest possède néanmoins des médecins généralistes, des infirmiers, des aides-soignantes et des stagiaires prioritairement dans les zones urbaines, la zone rurale est très mal lotie en ressources humaines sanitaires. Les personnes âgées ayant des besoins de santé spécifique doivent se soigner dans des centres de santé qui se trouve parfois à plus de 60 kilomètres du domicile dans les hôpitaux départementaux. Le trajet pour atteindre le centre de santé est d'environ une heure voir plus dans les zones moins couvertes par un réseau routier. Les plateaux techniques des hôpitaux urbains étant mieux fournis que ceux présents dans les structures de santé de campagne. L'offre de soins de santé étant généralement largement déficiente en milieu rural.

La médecine formelle et traditionnelle se côtoie parfaitement au quotidien dans les différentes zones d'études. La médecine traditionnelle est plébiscitée dans le traitement des maladies tel que le paludisme et la typhoïde. Faute de moyens, la médecine vient pour la plupart des cas en second recours.

Je pense qu'il y a des maladies pour lesquelles la médecine traditionnelle est plus efficace comme la typhoïde, il est vrai que les médicaments soignent également cette maladie mais la guérison est plus rapide lorsque j'utilise les feuilles d'arbre. De plus en allant dans un centre de santé je vais dépenser de l'argent pour la consultation, les examens et les médicaments. En utilisant les feuilles d'arbre tout est gratuit pour moi. Propos de monsieur Pierre, 65 ans.

Cependant, la médecine moderne est en premier recours lorsqu'il s'agit de soigner les maladies cardio-vasculaires. En milieu rural, les ressources économiques de la personne âgée ne suffisent pas pour lui fournir des soins de qualité. En effet, les ressources disponibles sont inférieures aux besoins sanitaires de la personne âgée. Les dépenses en matière de santé sont variables dans chaque famille, ces soins sont parfois à la charge de la personne âgée qui ne dispose déjà pas assez de revenus lui permettant de subvenir à ses besoins nutritionnels. Pour obtenir des soins de meilleure qualité, les personnes âgées se déplacent vers les zones urbaines où le plateau technique est plus large. Ce déplacement vers les zones urbaines, impliquera des dépenses supplémentaires pour les aidants familiaux qui peinent déjà à subvenir aux besoins sanitaires de leur parent âgé.

4. Situation socio-économique et accès aux soins de santé

Les personnes âgées hébergées ont plus accès aux soins de santé que celles non hébergées. 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. Un mauvais état de santé freine leur indépendance résidentielle. Par manque de moyens, l'automédication, et la consultation des « tradipraticiens » deviennent une option de soins pour la personne âgée et son entourage. Lorsque les revenus sont disponibles, ce type de recours aux soins est moins envisagé. Les personnes âgées les plus riches ou ayant des enfants avec des revenus régulier et suffisant accèdent plus aux soins de santé que leurs homologues moins nantis (respectivement 70 % et 30%). L'accès aux soins est indépendant du niveau d'instruction de la personne âgée ou de son entourage. Les personnes âgées (70%) sans instruction en milieu rural ont tendance à se tourner vers la médecine traditionnelle que la médecine moderne. Les personnes en union (54 %) ont plus de chance d'avoir accès à la santé que celle vivant seules. 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. De plus, l'absence d'un partenaire, notamment chez les femmes réduit considérablement les capacités financières des personnes âgées. Les croyances religieuses n'ont pas d'impact direct sur l'accès aux soins en milieu rural. Les dépenses pour les besoins de santé sont très variables et dépendent des pathologies dont souffre la personne âgée. Ces dépenses consistent en général à l'achat des médicaments de la personne âgée, les frais d'hospitalisation. La personne âgée en milieu rural dépense la plupart du temps entre 10000 F CFA et 20000 FCFA par mois pour l'achat de ses médicaments.

Pour obtenir des prestations à la hauteur de leurs besoins, des mobilités vers les zones urbaines sont très souvent sollicité par les soignants locaux et les familles. Les coûts supplémentaires engendrés par un traitement médical représentent un problème, qui touche les membres du ménage. Dans les familles où un enfant adulte entretient un de ses parents, le coût des soins médicaux des parents âgés représente un fardeau pour les relations intergénérationnelles : la génération productive est exposée à l'appauvrissement, si ces jeunes doivent utiliser tout le capital de leur commerce ou toute leur épargne pour acheter des médicaments et payer les frais d'hospitalisation. Les aidants familiaux doivent parfois renoncer à un traitement, faute de moyen.

Les mobilités vers les zones urbaines ont été réduites pendant la covid-19 et ont eu un impact considérable sur l'accès aux soins des personnes âgées des zones rurales. En effet, au Cameroun, les personnes âgées étaient statistiquement les plus à risques et les plus atteints par la pandémie à Covid-19. Elle a ainsi à donner lieu à une recrudescence de l'âgisme, en effet, une discrimination liée à l'âge et à la stigmatisation des personnes âgées a été observée par dans la société camerounaise. Une stigmatisation qui a eu des impacts sur l'état émotionnel et psychique des personnes âgées. Les confinements et la concentration des ressources de santé sur la Covid-19 ont permis la marginalisation les personnes âgées, qui ont eu du mal à accéder aux services de santé dont elles ont besoin pour des pathologies comme le diabète, la tuberculose, l'hypertension qui les rendaient plus vulnérables face à la Covid-19. Les personnes âgées souffrant de maladies chroniques n'ont plus eu accès à leur traitement dans certains hôpitaux.

De plus, le système de protection sociale actuel ne couvrant pas les risques liés au chômage, les personnes âgées dépendant de par leur activité ou celle de leur entourage du secteur informel se sont retrouvées sans source de revenu indispensable pour l'accès aux soins. En plus du protocole de riposte fournis par le ministère de la Santé, les personnes âgées ayant souffert de covid ont associé la médecine traditionnelle à leur traitement. La pandémie à Covid-19 a permis de découvrir davantage la faiblesse du système de sécurité sociale camerounais à répondre à des crises de grande ampleur. La prise en charge sanitaire de la personne âgée par les aidants est contrastée entre nécessité de soigner et obligation de le faire.

5. Le handicap comme facteur aggravant la situation de vulnérabilité sanitaire

La vulnérabilité sanitaire des personnes âgées s'accroît lorsqu'une situation de handicap se présente. Des handicaps sont multiples et ne sont guère fonction du genre ou de la situation économique. Ils sont dus aux effets de la vieillesse pour les uns ou à un accident que la personne âgée a eu pendant sa période active. Ces derniers ont d'énormes difficultés de mobilité dans les zones rurales. Ils ont connu une importante perte d'autonomie. Le niveau de dépendance des personnes âgées

handicapées est encore plus élevé que celui des autres personnes âgées en raison de leur handicap physique. Pour se déplacer, ils ont besoin d'aide, pour effectuer des tâches domestiques, pour s'habiller. Pour se mouvoir, ils ont besoin de support. L'équipement pour se déplacer n'est pas toujours facilement accessible, car la personne âgée ne dispose pas de moyen lui permettant de se procurer le matériel médical adéquat.

De plus, l'équipement médical n'est pas disponible dans les villages. Pour s'en procurer, il faut aller en milieu urbain. Une canne traditionnelle fabriquée en matériaux provisoires, est le plus souvent utilisée à la place des béquilles médicales. Certaines personnes utilisent des chaises roulantes, situation qui n'est pas facilement gérable car, dans ce cas, elles ont besoin d'un aidant familial pour déplacer la chaise roulante. Sa force musculaire ne lui permettant plus de manœuvrer le matériel roulant. Certaines personnes âgées ont été amputées d'un membre inférieur et ne disposent pas des moyens leur permettant d'entrer en possession de béquilles adéquates ou d'une chaise roulante, le déplacement est ainsi plus délicat. Le manque de ressource constitue un frein au bien-être des personnes âgées handicapées. Ces derniers bénéficient d'un traitement particulier de la part de leur famille et de la société à l'Ouest Cameroun en raison de leur incapacité. Dans les formations sanitaires, aucune mesure de sécurité particulière n'est prise pour ces personnes âgées à mobilité réduite. Elles sont transportées au bras de leur progéniture pour atteindre la salle de consultations. La planche 1 présente les appareils utilisés pour se déplacer.



©Kahou, avril Bangang, juin Bana, février Bangoulap 2021

Planche1 : Appareils de déplacement de la personne âgée ayant un handicap physique

Sur la photo 1 une personne âgée se déplaçant avec une béquille, sur la photo 2 une personne âgée ayant une jambe amputée, sur la photo 3 un fauteuil roulant pour déplacement d'une personne âgée.

Plus de la moitié des personnes âgées chefs de ménage ayant un handicap sont inactives et ne bénéficient à priori d'aucuns revenus liés à leur propre activité. En considérant que le chef de ménage est généralement la personne qui assure l'essentiel des besoins du ménage, il s'en suit qu'une grande partie des ménages dirigés par les aînés ayant un handicap vivent dans des conditions assez difficiles. Le handicap est un facteur aggravant la situation de vulnérabilité sanitaire de la personne âgée. Des handicaps sont multiples et ne sont guère fonction du genre ou de la situation économique. Ils sont dus aux effets de la vieillesse pour les uns (58%), à un accident que la personne âgée a eu pendant sa période active (29%), les handicaps de naissances (13%). Ces derniers ont d'énormes difficultés à se mouvoir dans les zones rurales.

6. Des politiques publiques de santé insuffisante pour répondre aux besoins des personnes âgées

Aucun système de protection sociale, ne privilégie une prise en charge particulière aux personnes âgées. Pourtant, les hôpitaux publics fournissent des soins de qualité, mais ces prestations, ne sont à la portée que d'une frange limitée de la population. En fait la société camerounaise ne prévoit aucune forme de cotisation commune qui garantisse des soins aux plus démunis, du moins pas sous la forme directe d'une assurance-maladie. Pour une large partie de la population, c'est le réseau familial et parfois social qui leur permet de payer les soins. La gratuité des soins n'existe pas. Le patient choisit son médecin et paye directement les soins qu'il reçoit. Mais ces frais ne sont pas remboursés, car il n'existe pas de système d'assurance-maladie à l'exception de certaines sociétés privées qui prennent en charge les frais de maladie de leurs employés. Ces sociétés privées signent généralement des accords avec des établissements privés de soins pour la prise en charge des patients qui, dans certains cas, ne sont pas tenus d'avancer les frais des soins. La tarification est variable selon les établissements (public ou privé, à but lucratif ou non-lucratif). Le financement des soins au Cameroun connaît de sérieuses difficultés liées à la crise économique et à une organisation inadéquate. Les conséquences sont nombreuses : une grande partie de la population n'a pas accès au système de soins par manque de moyens et se tourne vers les guérisseurs traditionnels. Les hôpitaux font face à des pénuries des médicaments et des consommables dans les établissements publics. Selon l'INS, en 2011, 50.1% des dépenses de santé au Cameroun étaient constituées par des paiements directs des ménages, le reste étant couvert par les administrations publiques (33,1 pour cent), les partenaires (12.2%), ainsi que des ONG, des entreprises privées et l'assurance-maladie volontaire (3.3%) (Elat, 2020). Le système des soins à l'Ouest Cameroun est financé à 90 % en milieu rural par les familles et la personne âgée, 7% par les associations et œuvres caritatives, 3% par le dispositif d'assistance des personnes indigentes du ministère de la Santé et du ministère des Affaires sociales.

Aucun dispositif particulier n'a été mis sur pieds pour les personnes ayant des sources de revenus insuffisants pour subvenir aux besoins de la population.

7. Le regard ethno anthropologique de la prise en charge sanitaire

La personne âgée ne rend pas toujours sa prise en charge sanitaire évidente dans la mesure où tant bien tous les moyens techniques et financiers sont réunis, certaines personnes âgées refusent de se rendre à l'hôpital pour se faire soigner. Elle dissimule le plus longtemps possible sa douleur, plus encore lorsqu'elle vit avec un enfant de bas âge, c'est lors du déplacement d'un autre adulte au village que ce dernier constatera l'état de santé aggravée dans lequel se trouve leur parente âgée. Dans certains cas, ce sont les voisins qui alertent les enfants vivant en ville, de l'état de santé de leur parent resté au village. Les raisons de ce refus de prendre les soins ne sont pas toujours clairement exprimées pour certaines personnes âgées. Néanmoins, c'est dans un premier cas, parce qu'elles ne se sentent pas assez malades pour se rendre à l'hôpital et minimisent de ce fait la maladie, dans un second cas, c'est une pensée qui leur fait croire que « l'heure est proche » pour elles et l'hôpital ne pourra rien y faire. C'est sur l'impulsion des enfants et après des négociations ou simplement sans leur avis qu'elle est conduite à l'hôpital.

À ce jour, je suis la seule survivante de ma tranche d'âge, mes amies et frères sont tous décédés. Quand je sens que mon heure est proche, mes enfants vont m'amener à l'hôpital pourtant, je pense que j'ai déjà suffisamment vécu, j'ai vu la quatrième génération de mes descendants. Je n'attends plus que le jour où Dieu va m'appeler auprès de lui. Je pense que mes enfants retardent ce jour chaque fois qu'ils m'emmènent à l'hôpital. J'ai assez vécu j'ai 91 ans, ils doivent accepter que je vais mourir un jour, leur médecine ne pourra rien changer. Propos de Madame Jeannette, 91 ans.

Conclusion

La santé des personnes âgées est présentement financée par le revenu du ménage auquel il appartient. Les ressources de ces ménages ne permettent pas toujours de subvenir à l'ensemble de ces besoins (alimentation, scolarisation des enfants). La vulnérabilité financière et l'inaccessibilité géographique amènent les ménages les plus démunis à renoncer aux soins de santé de leur parent âgée et à recourir aux soins palliatifs chez les guérisseurs ou à l'automédication. La politique sanitaire devrait s'orienter vers la prise en charge et la prévention des problèmes de santé des personnes âgées. L'ouverture des droits à l'assurance-maladie est désormais une nécessité pour un vieillissement en bonne santé des personnes âgées au Cameroun. En raison de la forte prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées, des unités gériatriques l'ouverture dans les différents hôpitaux de la région devient une nécessité. De même, il serait souhaitable de promouvoir et de renforcer les compétences des professionnels de la santé dans le domaine de la gériatrie principalement en zone rural où les personnes âgées sont plus

représentatives. Des campagnes de dépistage et de soins gratuits des maladies telles que l'hypertension, le diabète devraient être initiées et intensifiées par le ministère de la Santé.

Références bibliographiques

- Berthe, A., Berthé-Sanou, L., Konaté, B., Hien, H., Tou, F., Drabo, M., Badini-Kinda, F. & Macq, J. (2013). Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. *Santé Publique*, 25, 367-371.
- Bucrep. (2010). 3e Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). Rapport sur la population du Cameroun. Récupéré du site : www.statistics-cameroun.org
- Djouda Feudjio, Y. & Leumaleu-Noumbissie, U. (2019). Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun. *Gérontologie et société*, 41(158), 41-55.
- ELAT, 2020, Accessibilité et utilisation des services conventionnels de santé dans la région de l'Ouest au Cameroun : Analyse par approche géomatique. Thèse de doctorat Ph.D. université de Dschang Cameroun
- ELAT, Essai de modélisation de l'accessibilité physique aux services de santé dans la région de l'ouest-Cameroun, *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*
- Golaz V., Sajoux M. (2018) Politiques publiques et vieillesse dans les Suds Les Impromptus du LPED n°4 Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU - IRD), Marseille, 347 p.
- Kahou Nzouyem. J.L, 2021 Géographie du vieillissement : approche de la vulnérabilité des personnes âgées et stratégies de prise en charge en milieu rural à l'ouest-Cameroun, thèse de doctorat, université de Dschang ,475 p
- Kuate-Defo, B. (2005). Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjoun au Cameroun. *Cahiers québécois de démographie*, 34(1), 1-46.
- Ministère de la santé publique, 2023 : carte sanitaire programmatique , janvier 2023, 40p
- Prince, M. J., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez R., L. M., O'Donnell, M., Sullivan, R. et Yusuf, S., (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549 562. doi:10.1016/S0140-6736(14)61347-7