

## Un portrait de la santé des personnes âgées de 60 ans et plus en Algérie

**Bouaziz Karima**

Université A. Mira de Béjaïa

### Résumé

L'objectif de cet article est d'examiner quelques aspects de l'état de santé des personnes âgées et ses déterminants, à partir de données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille réalisée en 2002. Le papier présente tout d'abord les caractéristiques sociodémographiques et économiques des aînés, ensuite il décrit et analyse les états de santé en utilisant trois indicateurs de santé : la santé auto-évaluée, les pathologies et les problèmes de santé déclarés et enfin la santé fonctionnelle et l'incapacité.

### الملخص

يهدف هذا المقال إلي فحص ووصف بعض نواحي الحالة الصحية لكبار السن و محدوداتها اعتمادا على استغلال معطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة الذي تم تنفيذه سنة 2002. وقد تم التطرق فيه أولا إلى عرض بعض الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية العامة لفئة المسنين ثم إلى وصف وتحليل الأوضاع الصحية بتوظيف ثلاث مؤشرات أساسية وهي التقييم الذاتي للصحة، الأمراض والمشاكل الصحية المصرح بها وأخيرا الصحة الوظيفية والعجز.

### Introduction

À n'en pas douter, l'Algérie, comme le cas de beaucoup de pays en développement, est entrée dans le processus du vieillissement de sa population. Les transformations démographiques observées au cours des 20 dernières années (baisse de la fécondité de plus de 4 enfants par femmes, 13 ans d'espérance de vie à la naissance) permettant à elle de présager un vieillissement à venir d'une rapidité exceptionnelle. Aussi alors qu'en 1980 la population algérienne était significativement plus jeune que la population mondiale, les évolutions récentes et futures de la fécondité et de la mortalité conduiront selon toute vraisemblance à une population algérienne plus vieille que la moyenne mondiale <sup>(1)</sup>. Ainsi, la population âgée de 60 ans et plus représentent aujourd'hui 7.5% de la population totale algérienne <sup>(2)</sup>, leur poids relatif devrait considérablement se renforcer dans les années 2030-2050 avec l'arrivée à l'âge de la retraite les générations du baby boom des années 70 et 80. Les perspectives démographiques laissent apparaître que la population âgée représentera 14,7% de la population totale en 2030 et devrait atteindre plus de 22 % en 2050. Les plus de 60 ans qui était estimés à 2.2 millions en 2002, à 2.8 millions en 2010, seront de l'ordre de 4.3 millions en 2020 et 6.7 millions en 2030 <sup>(3)</sup>. Ce fait annonce un défi majeur pour notre société sur les plans médico-sanitaire et social et la prise en charge de la dépendance induite par les pathologies liées au vieillissement de l'individu.

Selon l'organisation mondiale de la santé, une population vieillissante est une victoire de la société moderne <sup>(4)</sup>. En effet, une population qui vieillit, c'est signe que les pratiques sociales et les pratiques de santé fonctionnent bien, au point d'augmenter la longévité de la population et de réduire le nombre de décès prématurés qui surviennent en bas âge.

Cependant, les personnes âgées ne vieillissent pas toutes de la même façon et au même rythme. Alors que certaines jouiront d'un bon état de santé jusqu'à un âge avancé, d'autres seront confrontées assez tôt aux maladies chroniques et à la dépendance fonctionnelle. Le vieillissement soulève plusieurs problèmes tant au plan individuel que social, les personnes âgées sont souvent aux prises avec des problèmes de santé graves qui peuvent occasionner une perte d'autonomie et des problèmes chroniques. Donc il est nécessaire de comprendre l'état de santé des personnes âgées pour mieux répondre à leurs besoins actuels et futurs en matière de soins de santé, à bien des égards, l'état de santé des personnes âgées détermine les services dont elles ont besoin.

Les études sur les caractéristiques et l'état de santé des personnes âgées en Algérie comme dans beaucoup de pays en développement où le phénomène du vieillissement n'est pas encore dominant restent très limitée. Aussi, serait-il nécessaire, dès à présent, d'anticiper le phénomène de vieillissement afin de trouver les solutions et les moyens pour contrer progressivement les problèmes qu'il engendre, mais aussi tirer profit des avantages et des opportunités qu'il peut présenter. Il existe relativement peu d'informations par rapport aux autres catégories de la population et de ce fait les caractéristiques et les besoins des personnes âgées sont insuffisamment cernés. Le présent article s'intègre bien dans cette même optique, il vise d'abord à présenter le portrait démographique et socio-économique de la population âgée de 60 ans et plus vivant à domicile, ensuite à mettre l'accent sur les différents états de santé de la population algérienne vieillissante (santé perçue, santé physique et santé fonctionnelle) et ses déterminants socio-économiques et démographiques.

Les données utilisées proviennent de l'enquête algérienne sur la santé de la famille (EASF 2002) menée par l'office national des statistiques en étroite collaboration avec les services en charge des questions de population du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. Les analyses effectuées portent sur l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus vivant au sein des ménages ordinaires algériens ayant été enquêtées soit 3958 personnes. L'analyse descriptive des données a été effectuée en se servant du logiciel SPSS (version 18) pour estimer les caractéristiques associées aux personnes âgées et à leurs états de santé.

## **1. Caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées**

Dans ce qui suit, on esquissera le profil des personnes âgées tel qu'il se dégage de l'enquête en se focalisant sur leurs caractéristiques sociodémographiques, à savoir, leur répartition par sexe, groupes d'âge et état matrimonial ainsi que leur niveau d'instruction, leur milieu de résidence et leur mode de vie. La population de référence est constituée de 3958 personnes âgées de 60 ans et plus, dont 1964 hommes et 1994 femmes, les caractéristiques sociodémographiques de cette population stratifiées selon le genre sont présentées dans le tableau 1.

### **● Répartition selon le sexe, l'âge et le milieu de résidence**

La population d'étude compte légèrement plus de femmes que d'hommes (50,3 % et 49,7 % respectivement) et l'âge moyen de ces personnes âgées est 69,35 ans (69,74 ans pour les hommes et 68,96 ans pour les femmes). On peut également remarquer une concentration des personnes âgées au sein du groupe de troisième âge (60-74 ans), qui cumule 77,6%. Cette part varie selon le genre, atteignant 80,5% pour les femmes contre 74,6% pour les hommes. Pour la catégorie de quatrième âge (75 ans et plus) se sont les hommes qui sont plus nombreux que les femmes (25,4 % et 19,5% respectivement). Les régions urbaines apparaissent comme les milieux aux populations plus vieilles : 60,4% des personnes âgées résident en milieu urbain, cette part atteint 62,0% pour les femmes contre 58,8% pour les hommes.

### ● Niveau d'instruction

D'après les résultats obtenus, la majorité des personnes âgées sont analphabètes. Les événements majeurs que connaissent les individus se répercutent tout au long de leur existence, ces personnes âgées d'aujourd'hui sont les enfants des années trente du siècle passé et les jeunes des années quarante et cinquante. A un moment où l'instruction et la formation étaient peu acquises, il n'était pas possible pour celles-ci de s'instruire et de se former, d'où on a un pourcentage d'analphabétisme de 84,7 % et une entrée sans qualification dans la vie active. Ceci affecte négativement leur santé, leur qualité de vie, leur contribution au développement de la communauté et de la société, Ces faibles niveaux scolaires nous amènent à nous demander comment les personnes âgées parviennent à être fonctionnelles et à surmonter les difficultés d'ordre administratif ou médical qu'elles pourraient vivre quotidiennement.

### ● Mode de vie

La grande majorité des personnes âgées habitent avec leur famille, soit à titre de chef de famille, soit à titre de conjoint, ou avec leur famille élargie. Le pourcentage des personnes âgées vivant seules en Algérie comme dans les autres pays du sud est beaucoup plus faible que dans les pays du nord en raison de la persistance d'une piété filiale fortement ancrée dans la tradition qui s'exprime souvent par le fait que les personnes âgées vivent sous le même toit que leurs enfants. En effet, les données du tableau 1 montrent qu'aux âges avancés, les personnes qui vivent seules ne constituent que 1,8% de la totalité des personnes âgées et se sont essentiellement des femmes (3,0%). Cependant, les personnes qui vivent seules risquent davantage de souffrir d'isolement social, même si elles ont toujours un système de soutien actif. Plus l'isolement social est grand, plus grande est la possibilité pour les personnes âgées « de connaître toute une variété de problèmes de santé et de facteurs de risque qui peuvent limiter davantage leurs réseaux de soutien social.»<sup>(5)</sup>

### ● État matrimonial

La situation matrimoniale revêt une signification particulière pour les personnes âgées, les changements matrimoniaux peuvent avoir des conséquences importantes sur leur état affectif, psychologique, sanitaire et socio-économique. D'après le tableau 1, la situation matrimoniale varie de façon significative selon le genre, du fait de l'espérance de vie plus élevée chez les femmes par rapport aux hommes, le veuvage est plus fréquent parmi les femmes (46,1%) que parmi les hommes (6,2%). Aussi on remarque que les personnes âgées mariées sont beaucoup plus souvent des hommes que des femmes : alors que plus de quatre vint dix pour cent (93,3%) des hommes âgés étaient mariés, 51,1% des femmes âgées l'étaient. Si la vie en couple est encore majoritaire entre 60 et 74 ans, la situation évolue aux âges plus élevés. Au-delà de 75 ans, les hommes sont toujours une majorité à vivre en couple (84,6 % des cas) contre seulement 20% des femmes.

Cette prépondérance du veuvage chez les femmes est due aussi au faible taux de remariage, les femmes âgées se remarient moins fréquemment que les hommes à la suite d'un divorce ou de la mort du conjoint, surtout si ces événements sont vécus à un âge relativement avancé. Dans notre société comme dans la plupart des sociétés arabo-musulmanes la condition de veuvage pour une femme âgée est perçue comme une normalité, inscrite dans l'ordre des choses. Il serait même malvenu aux yeux de la société qu'une veuve âgée de 60 ans et plus désire de vivre en couple avec un nouveau compagnon<sup>(6)</sup>.

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée par sexe (en%)

Variables	Sexe		Total (n=3958)
	Hommes (n=1964)	Femmes (n=1994)	
<b>Age Moyen (ans)</b>	69,74	68,96	69,35
<b>Classe d'âge</b>			
60-64 ans	28,9	32,3	30,6
65-69 ans	27,3	29,1	28,2
70-74 ans	18,4	19,1	18,8
75ans et plus	25,4	19,5	22,4
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Milieu</b>			
Urbain	58,8	62,0	49,6
Rural	41,2	38,0	50,4
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Situation matrimoniale</b>			
Célibataire	0,2	0,7	0,5
Marié(e)	93,3	51,1	72,0
Veuf (ve)	6,2	46,1	26,3
Divorcé(e), séparé(e)	0,3	2,1	1,2
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Niveau d'instruction</b>			
Analphabète	72,5	94,1	83,4
Lire et écrire-Primaire	21,7	4,5	13,0
Moyen et plus	5,8	1,4	3,6
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Descendance</b>			
Aucun enfant vivant	2,8	4,7	3,7
Enfants vivants	97,2	95,3	96,3
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Mode de vie</b>			
Vit seul(e)	0,7	3,0	1,8
Ne vit pas seul(e)	99,3	97,0	98,2
Total	100,0	100,0	100,0
<b>Activité</b>			
Actif (ve)	13,9	2,0	7,9
Inactif (ve)	86,1	98,0	92,1
Total	100,0	100,0	100,0

Source : calculs personnels effectués sur les données brutes de l'enquête (EASF 2002)

## 2. L'état de santé des personnes âgées

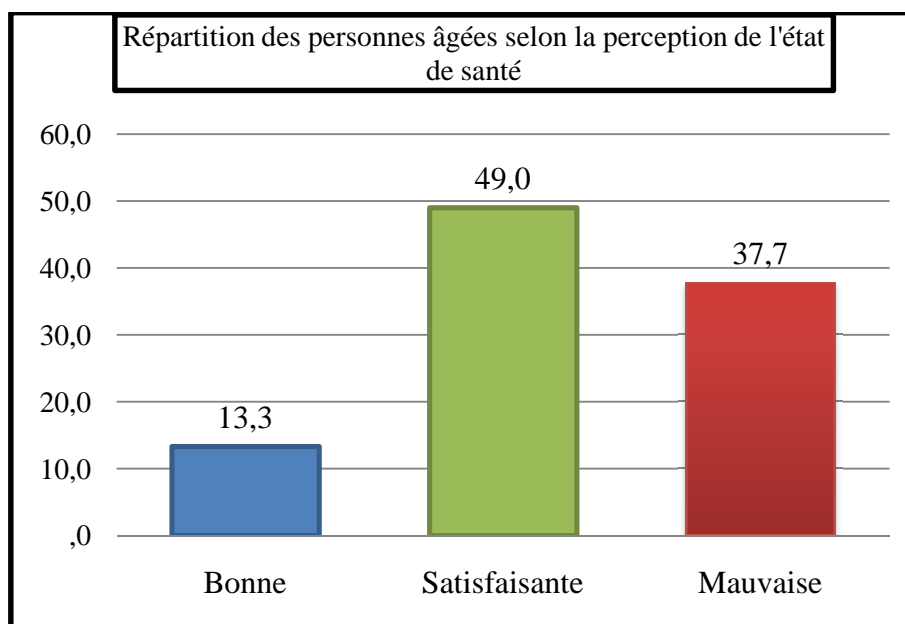
Selon l'organisation mondiale de la santé « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>(7)</sup>. La santé est par conséquent un concept intrinsèquement multidimensionnel et un processus complexe qu'il est difficile de résumer à partir d'un seul et unique indicateur<sup>(8)</sup>. L'état de santé est approché ici par trois indicateurs afin de mieux caractériser les statuts de santé des personnes âgées dans un contexte algérien: 1) la santé perçue (auto-évaluée) est l'évaluation générale faite par la personne âgée de sa propre santé; 2) la santé physique qui regroupe les problèmes de santé et les pathologies déclarées; 3) la santé fonctionnelle mesurée

par les limitations fonctionnelles exprimées et les restrictions d'activités de la vie quotidienne (AVQ).

## 2.1. Perception de l'état de santé par la personne âgée

Parmi les dimensions de l'épidémiologie sociale du vieillissement, la santé perçue (auto-évaluée) est un des indicateurs de santé le plus largement utilisé, reconnu comme fiable et valide, il est facile à comprendre et simple à recueillir<sup>(9)</sup>, obtenues à l'aide de questionnaires d'auto-évaluation<sup>(10)</sup>, la plupart des enquêtes de santé en population générale incluent désormais ce type de paramètre de santé. La santé perçue constitue donc un indicateur approximatif mais global des différents problèmes de santé qui tient compte à la fois de l'impact effectif et subjectif que ces problèmes ont sur la vie de l'individu. Les sociologues ont su voir que la santé perçue mesure autre chose, c'est à-dire plus et moins que la santé mesurée par les médecins, elle s'écarte en effet des mesures plus objectives du savoir médical, parce qu'elle découle d'un jugement à la fois subjectif, lié au moral de la personne, à son plaisir de vivre, à son courage à vivre, qui tient compte des situations, du sexe, de l'âge, du milieu, des conditions de vie, etc.<sup>(11)</sup>

Figure : 1



L'état de santé perçu des personnes âgées a été évalué dans l'enquête (EASF 2002) à travers la question suivante : « En générale, jugez-vous que votre santé est : bonne, satisfaisante ou mauvaise ? ». D'après les réponses fournies par les personnes âgées elles-mêmes (cf. Figure1), il apparaît qu'une bonne partie d'entre elles jouissent d'un état de santé satisfaisant (49,0%) tandis que 37,7 % parmi elles déclarent un état de santé mauvais et seulement 13,3% des aînés se considèrent en bonne santé.

## 2.2. Les facteurs de variation de la perception

L'existence de différences sociales importantes a été mise en évidence pour de nombreuses dimensions de la santé<sup>(12)</sup>. En effet, les inégalités sociales sont « importantes, diversifiées et en augmentation constante »<sup>(13)</sup>. Dans ce qui suit nous essayons de mettre en lumière l'effet des divers facteurs démographiques et socio-économiques sur la perception de la santé des personnes âgées.

### ●Age et sexe

Le tableau 2 présente les facteurs associés à l'état de santé perçue, les données montrent qu'au fur et à mesure que les individus vieillissent, la perception positive de l'état de leur santé est sensiblement modifiée, le pourcentage des personnes se déclarant en mauvaise santé s'accroît avec l'âge que se soit pour les hommes ou les femmes mais ces dernières ont tendance à se déclarer en mauvaise santé dans tous les âges. Dans le détail, on constate que chez les (60-64 ans), 18,2% s'estiment en bonne santé et 52,8% en satisfaisante santé. La part des personnes se disant en bonne santé diminue entre les groupes d'âge pour atteindre son minimum chez les 75 ans et plus (5,4%). Les personnes se disant en satisfaisant état de santé sont proportionnellement les moins nombreuses chez les 75 ans et plus (42,3%). Par contre, la part des personnes en mauvaise santé augmente clairement, passant de 29,0% chez les (60-64 ans) à 52,3% chez les 75 ans et plus. Les différences entre les hommes et les femmes âgées sont bien établies pour la santé et pour son perception, les femmes vivent plus longtemps, mais souffrent d'une morbidité supérieure. Les appréciations des hommes étaient plus optimistes que celles des femmes. En effet, il y a plus d'hommes (53,4 %) que de femmes (46,6 %), âgés de 60 et plus qui considèrent que leur santé est bonne ou satisfaisante. Il y a plus de femmes (56,6 %) que d'hommes (43,4 %) de 60 ans et plus qui se déclarent en mauvaise santé. Ces différences d'appréciations entre les hommes et les femmes pourraient s'expliquer en partie par le fait que les hommes et les femmes ne basent pas leur évaluation sur les mêmes paramètres de santé. En effet, la construction ou la conception de sa propre réalité au niveau de la santé dépend souvent des attentes personnelles, des expériences passées avec la maladie, des références et des conditionnements culturels, de ce qu'une personne considère comme étant la normalité et de ce que cette personne voit autour d'elle chez les autres<sup>(14)</sup>. On dira aussi que ces différences de déclarations relèvent d'attitudes différentes envers la santé et envers le corps<sup>(15)</sup>, que les femmes ont une plus grande tendance à admettre, à rapporter des problèmes de santé et à réagir à ces symptômes. De plus, en tenant compte de l'espérance plus longue de vie des femmes, elles sont davantage exposées au risque de vivre avec une incapacité que les hommes et d'avoir plus de problèmes de santé.

### ●Activité et milieu de vie

Les personnes âgées actives se sentent mieux que les inactives, l'exercice d'une activité professionnelle par les aînés influence positivement leur perception de l'état de santé. Selon la condition sociale, presque la moitié (48,6%) des personnes vivant seule se sentent en mauvais état de santé et seulement 8,1% parmi elles se déclarent en bonne santé, tandis que presque la moitié des personnes ne vivants pas seules (49,1%) se déclarent en satisfaisante santé et 37,5% se entent en mauvaise santé. L'analyse selon le milieu de résidence, montre qu'il existe des différences significatives sur la perception de l'état de santé. En effet, la proportion des personnes âgées en milieu rural jugeant moins bon leur état de santé, est proche de celle des personnes du même âge vivant en milieu urbain (39,7% pour le rural et 36,8% pour l'urbain), les citadins sont plus nombreux à se porter en bon voire satisfaisant état de santé.

### ●Situation matrimoniale et niveau d'instruction

On observe aussi l'existence de disparités de santé auto-évaluée selon la situation matrimoniale. En effet, l'état matrimonial est fortement corrélé à l'état de santé perçue, les données indiquent que la catégorie des divorcées et des veuves sont les plus susceptibles à se déclarer en mauvaise santé parmi les autres catégories de personnes âgées (célibataire et mariée). La proportion de personnes s'estimant en bonne voire satisfaisante santé s'accroît avec le statut socio-économique. En effet, plus le niveau d'instruction est élevé, meilleur est l'état de santé perçue, la prévalence du mauvais état de santé perçue passe de 40,0% chez les personnes analphabètes à 17,7% chez celles ayant le niveau moyen et plus. Ces différences d'état de santé perçue entre les niveaux d'instruction seraient dues aux différences de



conditions de vie et de travail, dans l'accès aux soins, dans l'adoption de comportements à risque ou au contraire bénéfiques à la santé.

### ●Pathologies

Enfin, la perception de l'état de santé est très liée aux affections et maladies chroniques déclarées par les personnes âgées. En remarque que le fait d'avoir une maladie chronique influence d'une façon considérable la perception de la santé. En effet, une majorité de personnes de 60 ans et plus se considèrent en mauvaise santé. Ainsi, la proportion de personnes se jugeant en mauvaise santé varie de 53 à 70 % selon les maladies. Les personnes atteintes de cancer ou de troubles nerveux et psychologiques sont relativement nombreuses à se considérer en mauvaise santé (68% et 70 % respectivement).

Tableau 2. La santé perçue selon quelques caractéristiques (en%)

Caractéristiques	Bonne	Satisfaisante	Mauvaise
<b>Sexe*</b>			
Masculin	13,3	49,0	37,7
Féminin	9,5	48,1	42,4
<b>Milieu de résidence*</b>			
Urbain	15,1	48,1	36,8
Rural	10,7	50,3	39,1
<b>Etat matrimonial*</b>			
Célibataire	11,1	49,0	38,9
Marié	15,0	50,6	34,3
Veuf	8,8	44,9	46,3
Divorcé, séparé	10,2	38,3	51,0
<b>Niveau de scolarité*</b>			
Analphabète	11,3	48,7	40,0
Sait lire et écrire-primaire	23,4	48,3	28,3
Moyen et plus	24,1	58,2	17,7
<b>Activité*</b>			
Actif (ve)	26,8	54,8	18,4
Inactif (ve)	12,5	48,6	38,9
<b>Mode de vie*</b>			
Vit seul	8,1	43,2	48,6
Ne vit pas seul	13,4	49,1	37,5
<b>Groupes d'âges*</b>			
60-64 ans	18,2	52,8	29,0
65-69 ans	14,5	50,4	35,0
70-74 ans	13,2	84,5	38,3
75 ans et plus	5,4	42,3	52,3
<b>Souffre d'une maladie*</b>			
Oui	4,9	43,8	51,2
Non	30,3	59,4	10,3
<b>Total</b>	<b>13,3</b>	<b>49,0</b>	<b>37,7</b>

Source : calculs personnels effectués sur les données brutes de l'enquête (EASF 2002)

\*Test de Khi deux : les différences sont significatives à un seuil de 5% ( $p < 0,05$ )

### 2.3. La santé Physique : Problèmes de santé et maladies chroniques déclarées

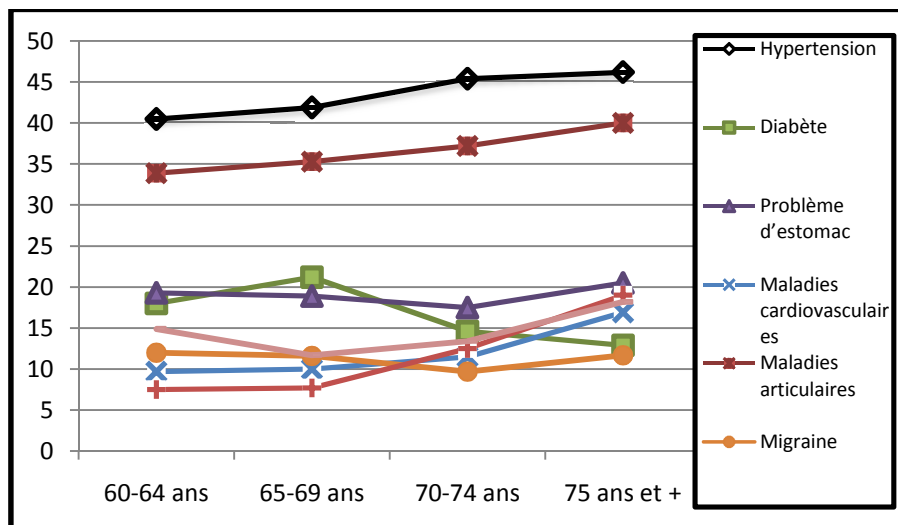
Le vieillissement physiologique normal, ou sénescence, opère de façon progressive, accompagné ou non de maladie. Même si le vieillissement est un processus naturel et sain, il est généralement perçu comme une source de maladies et d'incapacités. Dans le même ordre d'idées, J-C Henrard<sup>(16)</sup> a écrit : « *Le vieillissement de la population*

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

Les maladies chroniques constituent la principale cause de morbidité et de décès dans la population adulte dans le monde, et la prévalence de plusieurs d'entre elles augmente avec l'âge <sup>(17)</sup>. L'objectif ici n'est pas de dresser une liste exhaustive de toutes les maladies et symptômes pouvant toucher les personnes âgées, mais de présenter des problèmes de santé dont la personne souffre au quotidien. La prévalence de ces affections chroniques est estimée ici à partir des déclarations des personnes âgées interrogées dans l'enquête algérienne sur la santé de la famille sur la base d'une liste de 27 maladies (Hypertension artérielle, Diabète, Problème d'estomac, Anémie, Maladies cardiovasculaires, Tumeurs, Cancer tout type, Maladies rénales, Maladies du foie, Maladies articulaires, Tuberculose, Migraines, Lésion cerveau, Maladies peptiques, Asthme, Haut cholestérol, Maladies chronique des poumons, Thyroïde hyperactive, Thyroïde hypoactive, Hyperplasie prostatique, Glaucome, Cataracte, Problèmes de dos, Maladies de peaux, Problèmes de contrôle d'urines, Problèmes des selles, Problèmes nerveux et psychologique).

Bien que la plupart des personnes âgées déclarent que leur état de santé général est relativement bon, plusieurs d'entre elles ont une affection chronique diagnostiquée par un médecin. La figure 2 illustre qu'avec l'âge, les problèmes de santé deviennent multiples et plus chroniques. En effet, les deux tiers des personnes âgées enquêtées signalent avoir au moins une maladie chronique et les femmes âgées déclarent, pour toutes les pathologies signalées, davantage de difficultés que les hommes. On observe ainsi que les principaux problèmes de santé que l'on retrouve dans la population algérienne de 60 ans et plus sont par ordre d'importance l'hypertension artérielle (43,3%), les maladies articulaires (36,5%), les maladies gastriques (19,2%), le diabète (16,9%) ; les problèmes de dos (14,6%), les maladies cardio-vasculaires (12,0%), la cataracte (11,5%) et la migraine (11,4%) sachant qu'une même personne peut en cumuler plusieurs.

**Figure 2: Prévalence des problèmes de santé déclarés par les personnes âgées selon l'âge**





Les données du tableau 3 montrent que les problèmes de santé physique ainsi les problèmes limitant les activités de la vie quotidienne s'amplifient avec l'âge et qu'ils sont plus fréquents chez les femmes. Les hommes de 60 ans et plus souffrent davantage de handicaps physiques que leurs homologues femmes (62,3% contre 37,7%), ces problèmes de santé physique ont une influence sur la consommation des soins et des médicaments. En effet, 49,2 % des personnes âgées déclarent prendre des médicaments, cette part est plus élevée chez les femmes (57% contre 41,3% des hommes). Aussi, 50,3% des femmes prennent plus de trois médicaments par jour contre 48,1% des hommes. Cette polymédicalisation augmente sensiblement aux âges élevés où les maladies chroniques et les cas d'handicaps sans plus fréquents.

Tableau 3 : Quelques problèmes de santé physique et consommation des médicaments chez les personnes âgées selon le sexe et l'âge(en %)

	Souffre d'une maladie ou d'un problème de santé	Problème limitant les activités quotidiennes	Avoir handicap physique	Consommation de médicaments	Poly-médicalisation
Sexe					
Hommes	58,9	25,9	62,3	41,3	48,1
Femmes	74,7	27,0	37,7	57,0	50,3
Groupes d'âges					
60-64 ans	57,4	15,8	21,3	43,4	44,9
65-69 ans	66,6	20,4	21,3	47,8	48,8
70-74 ans	69,4	26,6	15,7	51,3	48,5
75 ans et+	78,4	48,5	41,6	57,0	55,4
Total	66,9	26,5	7,7	49,2	49,4

Source : calculs personnels effectués sur les données brutes de l'enquête (EASF 2002)

#### 2.4. État de santé fonctionnelle : Limitations fonctionnelles et restrictions d'activités

La qualité de vie des personnes âgées est largement déterminée par la capacité à conserver leur autonomie et leur indépendance, notamment en vivant dans leur environnement avec une aide extérieure minimale <sup>(18)</sup>. L'état de santé fonctionnelle qui mesure la capacité d'effectuer les fonctions habituelles et nécessaires permettant à l'individu de se maintenir dans un environnement donné <sup>(19)</sup> tient compte dans notre analyse les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités.

##### 2.4.1. Limitations fonctionnelles :

Relèvent de problèmes sensoriels, physiques ou mentaux, mesurés dans l'enquête (EASF2002) par des questions sur d'éventuelles difficultés à voir, à entendre, à se déplacer, à communiquer...etc. Ces limitations fonctionnelles déterminent l'état fonctionnel de l'individu, indépendamment de son environnement ou des aides techniques dont il dispose, et l'exposent au risque de rencontrer des difficultés dans ses activités <sup>(20)</sup>. La limitation la plus souvent déclarée par les personnes âgées, tous âges confondus, était l'incapacité dans les mouvements : 47,8 % des personnes âgées s'en sont dites limitées. Parmi les autres limitations courantes, les personnes âgées ont déclarés avoir des limitations dans la vue (41,2%) suivies des limitations dans l'ouïe (24,8%).

##### 2.4.2. Restrictions d'activités

Les limitations fonctionnelles peuvent à leur tour entraîner une restriction des activités qui représentent les difficultés de la réalisation des activités de vie quotidienne (se nourrir, se laver, s'habiller...). Plus les incapacités sont graves et nombreuses plus elles risquent d'entraîner une restriction d'activités et, à la limite, la dépendance envers les autres. La restriction est une dimension importante pour apprécier l'état de santé d'une personne,

notamment chez les personnes âgées : incapacité peut conduire à une dépendance vis-à-vis de l'entourage pour la vie quotidienne. Les données dans le tableau 4 indiquent que les restrictions d'activités les plus souvent déclarées par les personnes âgées sont celles dans l'utilisation des escaliers (monter et descendre) avec un pourcentage de 20,8%, puis les restrictions dans la marche (17,2%) suivies par des incapacités à se plier (16,5%) et à prendre le bain (15,8%).

## 2.5. Quelques facteurs de variation dans la prévalence des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités chez les aînés

Étant donné que la majorité des personnes âgées de notre étude se situe entre 60 à 69 ans (57,9%), il n'est pas étonnant que les personnes présentant des restrictions fonctionnelles soient peu nombreuses, 25,5% au total. Dans cette population, la prévalence d'une restriction pour l'une ou plusieurs des activités de la vie quotidienne est d'environ 16,1% pour les hommes et 20,1% pour les femmes. Ne considérant que les niveaux de difficultés sévères, la prévalence est presque identique pour les hommes et les femmes (9,3 et 9,4% respectivement). Les limitations fonctionnelles concernent 21,0 % des hommes et 29,8 % des femmes de 60 ans et plus. Comme le montre le tableau 4, la prévalence des limitations et celle des restrictions augmentent avec l'âge. Pour les limitations, on passe d'une prévalence de moins de 14% dans la tranche d'âge de 60-64 ans à 49% à partir de 75 ans. Les restrictions d'activités passent pour les mêmes tranches d'âges de 7% à presque 42%. Aussi, la plupart des personnes de 75 ans et plus déclarent des limitations fonctionnelles dans les mouvements (64,2%) suivies des limitations dans la vue (49,2%). Selon le genre, Les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activités déclarées par les personnes âgées se différencient significativement. Les femmes présentent des prévalences de limitations fonctionnelles supérieures à celles observées chez les hommes, tandis que les hommes souffrent en premier lieu de limitations dans le mouvement (48,2 %) et de limitations dans les soins personnels (33,7%), plus de la moitié des femmes (53,4 %) déclarent des limitations dans la vue et un pourcentage égal aux hommes pour les limitations dans le mouvement (48,2%). Selon l'état matrimonial, les différences entre les états fonctionnelles sont très significatives. Ce sont les célibataires et les veufs (ves) qui souffrent le plus des restrictions et des limitations fonctionnelles par rapport aux autres catégories de personnes âgées. Les personnes inactives reportent plus de limitations et de restrictions d'activités de la vie quotidienne que les personnes en activité (27,0% et 19,2% contre 7,1% et 5,5%). Le tiers des personnes âgées qui souffrent d'une maladie chronique ou d'un problème de santé souffrent de limitations fonctionnelles et 24,6% de cette catégorie déclarent des incapacités à effectuer leurs tâches quotidiennes.

L'incapacité à effectuer seul des activités courantes du quotidien (restriction d'activité) résulte de problèmes fonctionnels physiques,

sensoriels ou cognitifs qui eux-mêmes découlent de maladies ou d'accidents invalidants. Les différences face à l'incapacité et à la dépendance évoquées plus haut s'expliquent donc d'abord par les disparités sociales dans les risques de maladies et accidents : plus fréquemment concernées, par exemple, par des accidents du travail, certaines professions exposent mécaniquement davantage que d'autres aux limitations fonctionnelles physiques et aux restrictions dans les activités qui peuvent s'en suivre.

Tableau 4 : prévalence des restrictions d'activités et des limitations fonctionnelles (%)

Source : calculs personnels effectués sur les données brutes de l'enquête (EASF 2002)

\*Test de Khi deux : les différences sont significatives à un seuil de 5% ( $p < 0,05$ ), (ns) : non significatif

<sup>a</sup> - Avoir des limitations fonctionnelles pour au moins des caractéristiques suivantes : la vue, l'ouïe, la compréhension et la communication, les mouvements, les soins personnels, les interactions avec les gens. <sup>b</sup> - Avoir des difficultés pour au moins une des activités de vie quotidienne (AVQ) : Manger, S'habiller, Utilisation des toilettes, Prendre le bain, Se déplacer à l'intérieur, Marcher 350-400m, Utilisation des escaliers. Transporter un poids de 4,5 kg pour moins de 10m, Se plier pour soulever les choses, Tenir les choses.

### 3. La réponse au besoin d'aide : une prépondérance de l'aide informelle féminine

L'aide informelle constitue une ressource très importante pour les personnes âgées en perte d'autonomie <sup>(21)</sup>. Lorsqu'une personne présente des limitations d'activités à long terme en raison de problèmes de santé, l'aide et le soutien des autres s'avèrent déterminants pour amenuiser les

Variables	Limitations fonctionnelles <sup>a</sup>	Restrictions d'activités <sup>b</sup>
<b>Sexe*</b>		
Hommes	21,0	16,1
Femmes	29,8	20,1
<b>Classes d'âges*</b>		
60-64 ans	13,8	7,3
65-69 ans	17,4	11,2
70-74 ans	28,2	18,4
75 ans et plus	49,2	41,5
<b>Situation matrimoniale*</b>		
Célibataire	50,0	41,2
Marié(e)	20,4	13,6
Veuf (ve)	38,5	29,8
Divorcé(e)	34,7	20,4
<b>Niveau d'instruction*</b>		
Analphabète	27,2	19,7
Lire et écrire-Primaire	17,3	11,3
Moyen et plus	13,5	4,9
<b>Activité (ns)</b>		
Actif (ve)	7,1	5,5
Inactif (ve)	27,0	19,2
<b>Souffre d'une maladie*</b>		
Oui	33,9	24,6
Non	8,4	4,9
<b>Total</b>	<b>25,5</b>	<b>18,1</b>

conséquences de la perte d'autonomie. À cet égard, la contribution des familles, et notamment des femmes est considérable. Les personnes qui cohabitent avec la personne âgée dépendante constituent un premier cercle d'aidants potentiels pour pallier les difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne. Classiquement on distingue en effet deux modes de cohabitation des enfants avec leurs parents âgés : les corésidences de toujours et les recohabsitations, qui impliquent des enfants ayant des caractéristiques bien différentes <sup>(22)</sup>.

Les solidarités à l'égard des personnes âgées dépendantes perdurent en Algérie, elles se traduisent notamment par une contribution dominante de l'aide informelle dans le soutien. En fait, environ 98 % de l'aide fournie aux personnes âgées vivant à domicile provient des membres de leur famille. Le vivier des aidants est traditionnellement constitué des proches : 37,0% des hommes ou des femmes fournissent une aide à leur conjoint qui a besoin d'aide, l'aide des enfants est attestée dans 69,3% de ces situations et lorsqu'ils ont besoin d'être

aidés, les hommes le sont presque exclusivement par une femme, près de 73%. Par contre environ une femme sur neuf seulement pouvait compter sur le soutien de son époux. Ce sont les enfants qui assurent l'essentiel de l'aide pour les femmes (69,8%).

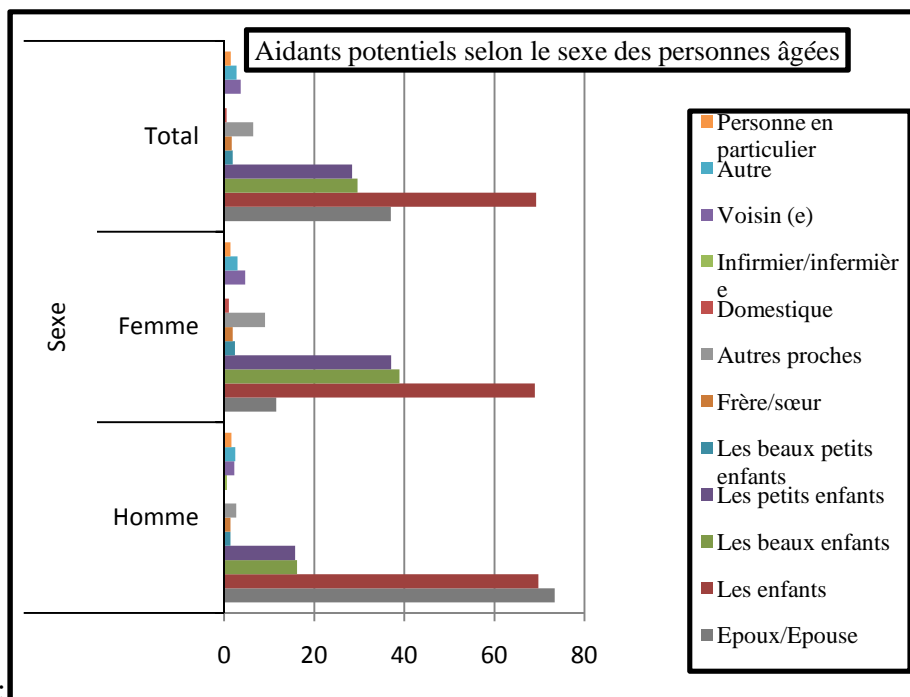


Figure 3:

### Conclusion

Le vieillissement démographique de l'Algérie, constitue à lui seul un défi considérable, pour le système socio-sanitaire dans les prochaines décennies. Dans ce contexte il est important de mener des réflexions ou des travaux pour anticiper les besoins à venir des personnes âgées et trouver des solutions adaptées. L'objectif de cet article était d'examiner quelques aspects de la santé perçue, physique et fonctionnelle des personnes âgées, telle qu'elles la déclarent à partir de données de l'enquête algérienne sur la santé de la famille réalisée en 2002, afin d'avoir une connaissance plus précise de leur état de santé au sens large, connaissance préalable à toute action de santé publique menée en direction de cette tranche d'âge. Cette frange de la population ne constitue pas un groupe homogène, le processus de vieillissement varie considérablement d'une personne à l'autre. À 60 ans et plus, les effets cumulatifs des facteurs socio-économiques sur la santé et les expériences passées se traduisent par des différences marquées à plusieurs niveaux. Les résultats qui ressortent de ce papier soulignent l'importance des variables démographiques (âge et sexe), socioéconomiques et environnementales (scolarisation, état matrimonial, mode de vie...) dans la manifestation des différences d'états de santé chez les personnes âgées. Il ressort aussi que la problématique de la santé des personnes âgées est centrée globalement sur les femmes ; ce sont les femmes qui manifestent plus des problèmes de santé et qui ont la moins bonne appréciation de leur état de santé, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de connaître des restrictions dans les activités de la vie quotidienne, le veuvage touche beaucoup plus les femmes et se sont les femmes qui fournissent la majorité de l'aide informelle aux personnes âgées.

L'avance en âge se caractérise par une augmentation de l'hétérogénéité de la population en ce qui concerne son état de santé et ses capacités fonctionnelles. Cette hétérogénéité nécessite impérativement d'adapter les réponses préventives, de prise en charge et de soins. Méconnaître cette caractéristique essentielle de la population âgée aurait inévitablement comme conséquence de ne pas atteindre la population ciblée en offrant des interventions inadaptées et de conclure de façon erronée à l'absence d'efficacité de certaines mesures

préventives. Prendre en compte les différentes facettes du vieillissement, mieux comprendre les relations entre santé et vieillissement, mieux connaître les déterminants de la santé au grand âge peut permettre de mettre en œuvre les interventions les plus efficaces et efficaces possibles afin de garantir une vie en dignité à nos aînés.

### Références :

- 1-Palard Jacques, Vézina Jean, Vieillissement : santé et société-Défis et perspectives, Les presses de l'université Laval, Troisième Edition, Canada, 2007,p.23
- 2- Office National des Statistiques (ONS). L'Algérie en quelques chiffres, N°40, 2010.
- 3 -Office National des Statistiques (ONS) .Projections de populations à l'horizon 2030. Collection statistiques Séries S : Statistiques Sociales. n°106 .Décembre 2004.
- 4-Organisation mondiale de la santé, Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation, Genève, 2002, p.6.
- 5-Macleod, Linda, and associates, Toward Healthy-Aging Communities: A Population Health Approach, Canada, 1997, p. 14.
- 6-Ajbilou A. et Mouhseeine-Sananes O. Les personnes âgées veuves au Maroc, gérontologie et société, n°95, 2000, p.148.
- 7- Organisation mondiale de la santé, la santé pour tous d'ici l'an 2000, Genève, 1976, p. 100.
- 8- Devaux Marion et autres, La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents, In : Economie et statistique, N°411, 2008, p.28.
- 9- Idler E. L., Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies. Journal of Health Social Behavior 38(1), 1997, p21.
- 10- Falissard B. Mesurer la subjectivité en santé, Masson, Paris. 2001, p16.
- 11- Lalive D'Épinay C, Les personnes âgées à Genève, 1979-1994, Les Cahiers de la santé, Genève, juillet 1997, p.52.
- 12- Leclerc A, et all, Les inégalités sociales de santé. INSERM/La Découverte, Paris, 2000, p.85.
- 13-Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de santé, Sciences sociales et santé, 20, 4, 2002, p98.
- 14-Boudreau, F. et Farmer D. Profil épidémiologiques des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être: les faits saillants revisités et comparés. Collège universitaire Glendon, Toronto,1997.p.18
- 15-Vallin J. Evolutions sociales et baisse de la mortalité : conquête ou reconquête d'un avantage féminin, Ined, Dossiers et Recherches, n°17, 1988.
- 16- Henrard . J-Cl. Perceptions de la santé chez les personnes âgées, Dossier santé publique et grand âge.1992, p21.
- 17-Bernèche. F, Cazale. L et Dumitru. V, Les maladies chroniques : des facteurs multiples, des liens complexes, In Portrait social du Québec. Données et analyse, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3, 2010 p.76.
- 18-Organisation mondiale de la santé, Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation, Genève,2002, p.12.
- 19-Christensen. K et coll., Ageing Populations: The Challenges Ahead, The Lancet, vol. 374, n° 9696, 2009, p. 1196.
- 20-Cambois. E et Robine. J-M , Vieillissement et restrictions d'activité : l'enjeu de la compensation des problèmes fonctionnels, Études et résultats, N° 261,ed dress, septembre 2003,p 2.
- 21-Champagne R et autres, La vieillesse : voie d'évitement... ou voie d'avenir, le vieillissement et la santé mentale, Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1992, p138.
- 22-Attias-Donfut C. et Renaut S, Vieillir avec ses enfants. Corésidence de toujours et recohobitation, Les cahiers de sociologie de la famille, n°1, Paris, 1994, p 57.