

Inégalités devant la vieillesse en Algérie

The date of receipt of the article: 05/05/2016

The date of acceptance for publication: 05/04/2018

Dr. Karima Bouaziz

Université d'Alger 2(Algérie)

المخلص

تشكل فئة المسنين مجموعة سكانية قليلة العدد في الجزائر ولكنها ثقيلة الوزن اجتماعيا. إن وضعية هذه الفئة في بلادنا وعلى غرار باقي الدول النامية الأخرى تبقى مبهمة أو غير مدروسة بشكل واسع. يهدف هذا المقال إلى دراسة الفوارق فيما يخص الصحة و نوعية الحياة لدى كبار السن المقيمين في الوسط العائلي الحضري، و المنحدرين من مختلف المستويات السوسيو-اقتصادية والديموغرافية. سوف نقوم أولا بعرض كل من الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية باعتبارها عوامل مفسرة لتباينات نوعية الحياة لدى كبار السن، ثم سنقوم بتقييم مختلف الأوضاع الصحية للمسنين (الصحة المتصورة والصحة الوظيفية والصحة النفسية) و نحلل تباينات و فوارق الصحة لدى فئة كبار السن و العوامل المؤثرة على اختلاف مستوياتها.

الكلمات المفتاحية: كبار السن، الشيخوخة، التباينات، الصحة، نوعية الحياة، الجزائر

Résumé

Les personnes âgées représente une frange démographiquement négligeable en Algérie mais socialement significative. La situation de cette population est souvent méconnue ou mal connue dans notre pays à l'instar des autres pays en développement. Ce papier vise à examiner les inégalités de santé et de qualité de vie parmi une population de personnes âgées non institutionnalisées issues de différents groupes socio-économiques et démographiques et vivant en milieu urbain. Nous examinerons comment les différentes caractéristiques socio-économiques et démographiques peuvent être des facteurs explicatifs des inégalités de qualité de vie parmi les personnes âgées. Puis nous évaluerons les différents statuts de santé (la santé perçue, le statut de santé fonctionnelle et la santé psychique) et analyserons les inégalités de santé chez les personnes âgées et les facteurs qui contribuent à ces disparités.

Mots clés : personnes âgées, vieillissement, Inégalités, santé, qualité de vie, Algérie.

Introduction

Le vieillissement de la population représente, sans doute, la caractéristique démographique la plus spectaculaire que connaîtra l'Algérie dans les trois ou quatre prochaines décennies. Les transformations démographiques observées au cours des 20 dernières années (baisse de la fécondité de plus de 4 enfants par femmes, gain de 13 années d'espérance de vie à la naissance) permettent à elles seules de présager d'un vieillissement à venir d'une rapidité exceptionnelle. 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 (Palard, 2007). Ainsi, la population âgée de 60 ans et plus représentent aujourd'hui 7.5% de la population totale algérienne (Office National des Statistique, 2010), son 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 montrent 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 2.2 millions en 2002, 2.8 millions en 2010, seront de l'ordre de 4,3 millions en 2020 et 6,7 millions en 2030 (Office National des Statistique, 2004).

Cette évolution annonce un défi majeur pour notre société sur les plans médico-sanitaire et social et pour la prise en charge de la dépendance induite par les pathologies liées au vieillissement des individus. Ainsi, une compréhension claire des inégalités de qualité de vie et de santé sont fondamentales pour l'élaboration des politiques et des interventions de manière générale et pour les personnes âgées en particulier. Cependant, cette frange de la population algérienne pour l'instant démographiquement négligeable mais socialement très significative à tendance à être négligée par la recherche sur les inégalités de conditions de vie et de santé par rapport aux personnes dans d'autres stades du cycle de vie : «vieillesse» et «inégalités» sont rarement intégrés dans les études démographiques et de santé.

L'objectif principal de notre papier est d'examiner les inégalités de santé et de qualité de vie parmi une population urbaine non institutionnalisée de personnes âgées issues de différents groupes

socio-économiques et démographiques. Nous traiterons deux aspects dans notre étude, tout d'abord, nous examinerons comment les différentes caractéristiques socio-économiques et démographiques peuvent être des facteurs explicatifs des inégalités de qualité de vie parmi les personnes âgées. Dans la deuxième partie de notre travail nous évaluerons les différents statuts de santé (la santé auto-évaluée, le statut fonctionnel et la santé psychique) et analyserons les inégalités de santé chez les personnes âgées et les facteurs qui contribuent à ces disparités.

Méthode et outils

Données : Les données utilisées sont issues d'une enquête transversale qui s'inscrit dans le cadre de la préparation de notre thèse de doctorat en démographie et sociologie, réalisée entre les mois de février et mars 2012 dans la ville de Béjaïa (à 180 km à l'est de la capitale [Alger](#)). Elle a porté sur un échantillon de 376 personnes âgées de 60 ans et plus résidant à domicile et stratifié selon le sexe et l'âge.

Variables et analyse statistique

Parmi les nombreuses informations socio-économiques individuelles sur la qualité de vie, disponibles dans cette enquête, les caractéristiques suivantes ont été retenues: la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la profession antérieure, le milieu de vie (avec qui vivent les personnes âgées), la source principale du revenu et enfin le niveau de vie. Toutes ces caractéristiques ont été étudiées selon l'âge et le sexe afin de détecter les inégalités en matière de qualité de vie chez les personnes âgées.

Le bilan de santé proposé dans notre travail repose sur trois indicateurs :

- La santé perçue correspond à la question: « Comment évaluez-vous votre état de santé général ? ». Les réponses possibles sont : bonne, moyenne, mauvaise.
- Le statut de santé fonctionnelle mesuré au moyen d'une combinaison de deux indicateurs ; les activités de la vie quotidienne (AVQ : faire sa toilette complète, s'habiller et se déshabiller, manger, se coucher et se lever, se déplacer à l'intérieur du logement) et la fragilité décrite par cinq dimensions de santé (la mobilité, les capacités sensorielles, l'énergie, la mémoire et les troubles physiques). Nous avons distingué trois statuts de santé :

- les personnes indépendantes : sans incapacité sur les AVQ et avec une seule ou aucune dimension de la fragilité ;
- les personnes fragiles : sans incapacité sur les AVQ et avec au moins deux dimensions de la fragilité atteintes ;
- les personnes dépendantes : personnes avec au moins une incapacité sur les AVQ. Par construction de l'indicateur, toutes ces personnes sont fragiles.

• La santé psychique est mesurée au moyen de l'index de symptômes dépressifs de Wang. (Wang et al, 1975) Classée selon trois catégories : bonne santé psychique (moins de 2 symptômes), inquiets (entre 2 et 3 symptômes) et dépressifs (Plus de 4 symptômes).

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 18.0, le test de khi deux à un seuil de signification de 5 %.est utilisé pour confirmer ou non les relations entre les variables.

Résultats

Cette analyse est menée sur un échantillon de 376 personnes âgées de 60 ans et plus, dont 182 hommes et 194 femmes. Les caractéristiques socio-économiques de cette population par genre et groupe d'âge sont présentées dans le tableau 1.

• *Inégalités dans la qualité de vie selon le genre et les générations des personnes âgées*

Les données montrent que les hommes et les femmes âgées algériens ne vivent pas dans les mêmes conditions de vie. La situation matrimoniale varie de façon significative selon le genre, en raison de l'espérance de vie plus élevée des femmes par rapport aux hommes. Le veuvage est donc plus fréquent pour les femmes (35,1 %) que les hommes (6,6 %) et par conséquent les personnes âgées mariées sont beaucoup plus souvent des hommes que des femmes : alors que 90,1 % des hommes âgés étaient mariés, 62,4 % des femmes âgées l'étaient. Si la vie en couple est encore majoritaire entre 60 et 79 ans, la situation évolue aux âges plus élevés. Au-delà de 79 ans, plus de la moitié des personnes âgées sont veuves.

Cette prépondérance du veuvage chez les femmes est liée non seulement aux écarts d'âge au mariage entre époux et les différences d'espérance de vie en faveur des femmes, mais aussi à leur 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 chose normale, 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 vivre en couple avec un nouveau compagnon (Ajbilou et Mouhseeine-Sananes, 2000).

D'après nos résultats, plus de la moitié des personnes âgées (55,6%) sont analphabètes, ce pourcentage varie d'une façon très significative selon le sexe et l'âge des personnes. En effet, le taux d'analphabétisme est deux fois plus élevé chez les femmes âgées par rapport à leur homologue hommes (77,3 % contre 32,4 %), les hommes âgés ayant un niveau d'instruction moyen et supérieure sont sept fois plus nombreux que les femmes (31,9 % contre seulement 4,6 %). Par ailleurs, les générations les plus jeunes des personnes âgées sont mieux instruites que les générations les plus âgées, alors que 78,8 % des personnes de quatrième âge (80 ans et plus) sont illettrées, 51,9 % du troisième âge (60-79 ans) le sont, lié à la différence en matière de scolarisation entre les générations.

Les événements majeurs que connaissent les individus se répercutent tout au long de leur existence, les 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 le pays était colonisé et avec un faible accès à l'instruction et à la formation, il n'était pas possible pour les femmes de s'instruire et de se former, d'où un pourcentage d'analphabétisme élevé. Ceci affecte négativement 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 ces personnes âgées parviennent à surmonter les difficultés d'ordre administratif ou médical qu'elles ont à vivre quotidiennement.

Tableau 1. Caractéristiques sociales et économiques des personnes âgés de 60 ans et plus.

Caractéristiques	Hommes	Femmes	60-79 ans	80 ans et plus	Total
Effectifs	182	194	324	52	376
État matrimonial	*				
Veuf (ve)	6,6	35,1	16,4	51,9	21,3
Divorcé (e)	3,3	0,5	1,2	5,8	1,9
Célibataire	0,0	2,1	1,2	0,0	1,1
Marié (e)	90,1	62,4	81,2	42,3	75,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Niveau d'instruction	*				
Illettré	32,4	77,3	51,9	78,8	55,6
Sait lire et écrire- primaire	35,7	18,0	27,5	21,2	26,6
Moyen et supérieure	31,9	4,6	20,7	0,0	17,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Milieu de vie	*				
Vit seul	0,0	2,6	1,2	1,9	1,3
Avec conjoint	22,5	11,3	17,6	11,5	16,8
Avec enfant	11,5	35,1	19,1	51,9	23,7
Avec les conjoint et enfants	65,9	39,7	55,9	30,8	52,4
Avec d'autres personnes	0,0	11,3	6,2	3,8	5,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Profession	*				
Artisanat	13,7	2,1	6,2	17,3	7,7
Fonction administratif	23,6	2,6	14,8	0,0	12,8
Ouvrier simple	46,7	7,7	23,1	48,1	26,6
Fonction libérale	15,9	0,0	9,0	0,0	7,7
Jamais- travaillé	0,0	87,6	46,9	34,6	45,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Source principale du revenu	*				
Travail actuel	13,2	2,1	8,6	0,0	7,4
Retraite	86,3	14,4	46,6	65,4	29,2
Enfant- Retraite conjoint	0,5	83,5	44,8	34,6	43,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Niveau de vie	ns				
Elevé	6,7	3,8	6,2	0,0	5,3
Moyen	75,8	78,6	76,5	80,8	77,1
Faible	17,5	17,6	17,3	19,2	17,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Test de χ^2 * $p < 0,05$.

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 solidarité 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 personnes qui vivent seules ne constituent que 1,3 % de la totalité des personnes âgées enquêtées et sont toutes des femmes (2,6 %) dans notre échantillon. 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. » (Macleod, 1997).

La différence de configuration familiale entre hommes et femmes est très significative, alors que les deux tiers des hommes âgés enquêtés vivent avec leurs épouses et leurs enfants, et plus de un sur cinq vivent uniquement avec leurs épouses, ce n'est le cas que de seulement deux sur cinq des femmes âgées de notre échantillon qui cohabitent avec leurs conjoints et enfants. Toutes les personnes qui vivent avec d'autres proches sont des femmes.

On constate aussi que plus on avance en âge, et moindre est la probabilité de cohabiter avec son conjoint et ses enfants. Alors que presque 56 % des personnes de (60-79 ans) vivent avec l'ensemble de la famille, plus de la moitié (52 %) de celles âgées de 80 ans et plus vivent avec leurs enfants sans leurs conjoints. Ces différences de milieu de vie s'expliquent en grande partie par l'augmentation des taux de veuvage avec l'avancé en âge, surtout pour les femmes.

L'analyse de la situation économique et du niveau de vie des personnes âgées enquêtées confirme l'existence de différences très significatives selon le genre et l'âge. Les données du tableau 1 montrent qu'une majorité écrasante des femmes âgées (87,6 %) n'ont jamais exercé de travail rémunéré, et que 46,7 % de leurs homologues hommes ont été dans le passé ouvrier dans les usines ou entreprise ou champs ...etc. Les fonctions exercées dans le passé reflètent en partie les niveaux de scolarité et la proportion de ceux entrés sans qualification dans la vie active.

Les données montrent que les femmes âgées d'aujourd'hui sont dépendantes financièrement, puisque pour 83,5% d'entre elles vivent sur les revenus de la retraite de leur conjoint ou de l'aide provenant des enfants. La majorité des hommes âgés sont indépendants financièrement (86,3 %) grâce à leur pension de retraite. La dépendance matérielle des personnes âgées s'accroît avec l'âge surtout pour les femmes. En ce qui concerne l'évaluation du niveau de vie des personnes âgées, les analyses ne montrent pas de différence significative selon le sexe et l'âge. Quelque soit l'âge ou le sexe, environ 17% des personnes considèrent leur niveau de vie comme faible et entre de 75% et 80% comme moyen.

• *Déterminants des inégalités de santé chez les personnes âgées*

L'existence de différences sociales importantes a été mise en évidence pour de nombreuses dimensions de la santé pour la France (Leclerc, 2000). En effet, les inégalités sociales sont « importantes, diversifiées et en augmentation constante » (Goldberg et al, 2002). Dans ce qui suit nous essayons de mettre en lumière l'effet de quelques facteurs démographiques et socio-économiques sur les différents statuts de santé des personnes âgées en Algérie, en dégageant en même temps les inégalités observées en matière de santé.

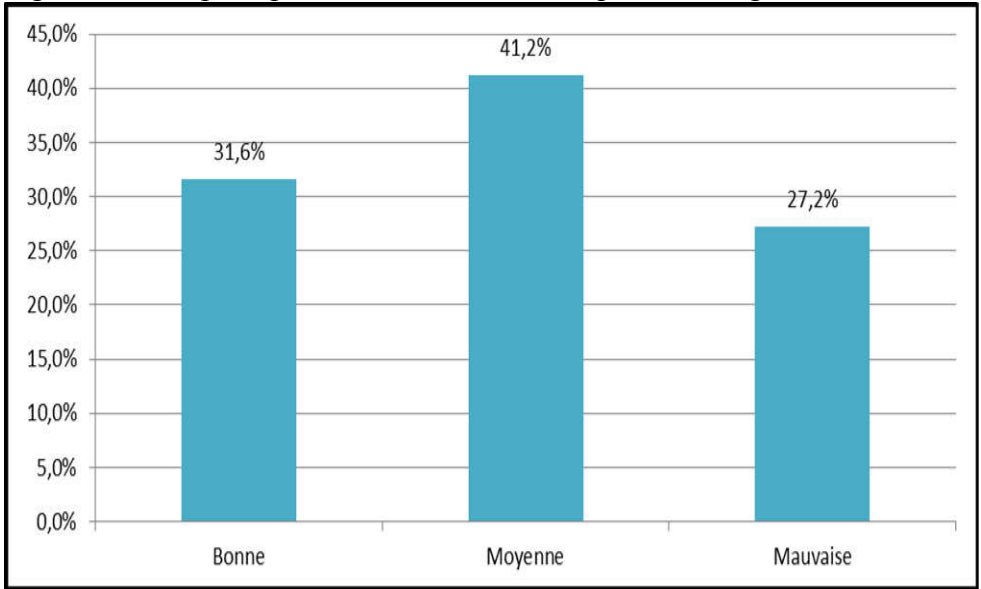
I-La santé perçue

Parmi les dimensions de l'épidémiologie sociale du vieillissement, la santé perçue est un des indicateurs de santé le plus largement utilisé, reconnu comme fiable et valide, il est facile à comprendre et simple à recueillir (Idler et autres, 1997). La plupart des enquêtes de santé en population générale incluent désormais ce type de paramètre de santé.

La santé perçue qui se réfère à la perception qu'a une personne de sa santé générale 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.

D'après les réponses fournies par les personnes âgées elles-mêmes (Figure1), 4 sur 10 considèrent leur état de santé comme moyen, 3 sur 10 comme bon et 2 sur 10 déclarent être en mauvaise santé.

Figure 1 : La perception de la santé chez les personnes âgées



Le tableau 2 présente les facteurs associés à l'état de santé perçue. Au fur et à mesure que les individus vieillissent, la perception de leur état de leur santé se modifie, et le pourcentage des personnes se déclarant en mauvaise santé. Ainsi, 43,8 % des 60-64 ans s'estiment en bonne santé et 33,3 % comme ayant un niveau de santé moyen. La part des personnes se disant en bonne santé diminue avec l'âge pour atteindre son minimum chez les 75 ans et plus (5,4 %). La part des personnes en mauvaise santé augmente clairement, passant de 22,9 % chez les 60-64 ans à 32,7 % chez les 80 ans et plus.

Tableau 2. La santé perçue selon quelques caractéristiques socio-économiques des personnes âgées en (%).

Variables	Santé perçue		
	Bonne	Moyenne	Mauvaise
Sexe	*		
Hommes	31,9	45,1	23,1
Femmes	31,4	37,6	30,9
Classes d'âge	*		
60-64 ans	43,8	33,3	22,9
65-69 ans	25,0	39,8	35,2
70-74 ans	50,7	33,3	16,0
75-79 ans	5,4	62,5	32,1
80 ans et plus	19,2	48,1	32,7
État matrimonial	*		
Veuf	18,8	60,0	21,3
Divorcé	14,3	42,9	42,9
Célibataire	0,0	0,0	100,0
Marié	36,1	36,5	27,5
Niveau d'instruction	*		
Illettré	32,1	37,3	30,6
Sait lire et écrire- primaire	25,0	44,0	31,0
Moyen et plus	40,3	49,0	10,4
Profession dans le passé	*		
Artisanat	13,8	41,4	44,8
Fonctionnaire administratif	50,0	41,7	8,3
Ouvrier simple	36,0	39,0	25,0
Fonction libérale	10,3	89,7	0,0
Jamais- travaillé	30,6	34,1	35,3
Niveau de vie	*		
Elevé	54,5	33,3	12,1
Moyen	28,6	43,4	27,9
Faible	0,0	35,0	65,0
Troubles physiques de santé	*		
Aucun trouble	76,9	23,1	0,0
Un trouble	33,3	60,9	5,8
Deux troubles ou plus	22,0	39,6	38,4

Test de χ^2 * $p < 0,05$.

Les différences de santé entre hommes et femmes âgées sont bien connues, les femmes vivent plus longtemps, mais souffrent d'une morbidité supérieure. Les perceptions des hommes sont plus optimistes que celles des femmes. Ainsi, chez les 60 ans et plus, la proportion d'hommes qui considèrent que leur santé est bonne ou moyenne est supérieure à celle des femmes et à l'inverse, Il y a plus de femmes (30,9 %) que d'hommes (23,1 %) qui se déclarent en mauvaise santé.

Ces différences d'appréciations entre hommes et les femmes peuvent 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 (Boudreau, 1999). On dira aussi que ces différences de déclarations relèvent d'attitudes différentes envers la santé et envers le corps (Vallin, 1988) 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.

On observe aussi l'existence de disparités de santé perçue selon la situation matrimoniale. En effet, l'état matrimonial est fortement corrélé à l'état de santé perçue, les données montrent que les célibataires et les divorcées sont plus susceptibles à se déclarer en mauvaise santé que les veuves et les mariées). La proportion de personnes s'estimant en bonne 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 30,6 % chez les personnes analphabètes à 10,4 % chez celles ayant un niveau d'instruction moyen ou élevé. Ces différences d'état de santé perçue entre les niveaux d'instruction pourraient refléter les différences de conditions de vie et de travail, d'accès aux soins, d'adoption de comportements à risque ou au contraire bénéfiques à la santé. L'analyse statistique indique aussi une forte corrélation entre les

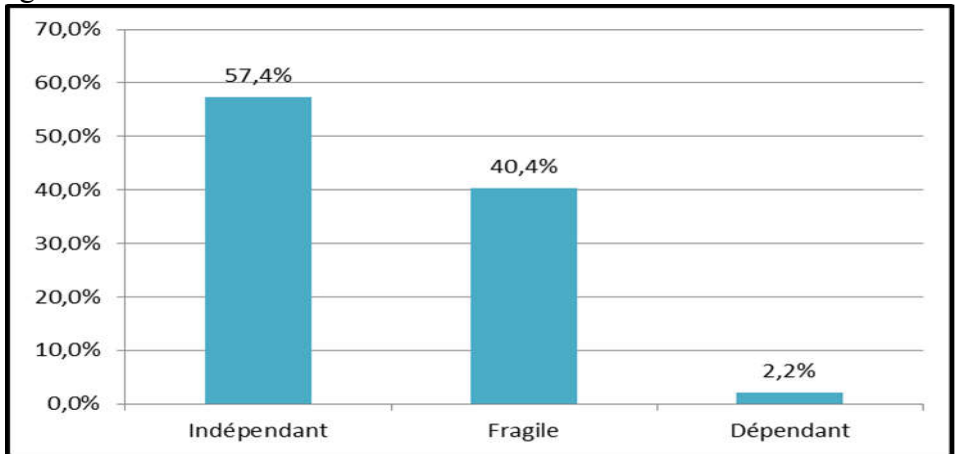
niveaux de vie et la perception de la santé, plus le niveau de vie est bas, moins l'évaluation de l'état de santé est positive. En effet, le pourcentage des personnes âgées s'estimant en mauvaise santé passe de 12,1 % chez ceux ayant un niveau de vie élevé à 65,0 % chez ceux avec un niveau de vie faible.

Enfin, la perception de l'état de santé est très liée aux troubles physiques de santé déclarées par les personnes âgées. On remarque que le fait d'avoir un trouble physique influence d'une façon considérable la perception de la santé. Ainsi, la proportion de personnes se jugeant en bonne santé varie de 22,0 % à 76,9 % selon l'intensité des troubles.

2- Le statut fonctionnel

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 (OMS, 2002) 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 (Christensen et al., 2009) tient compte dans notre analyse des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activités.

Figure 2 : Le statut fonctionnel des personnes âgées



Le graphique 2 donne la distribution selon les trois statuts différents de santé fonctionnelle. Plus de la moitié des personnes âgées sont indépendants (57,4 %), 40,4 % sont fragiles et seulement 2,2 % sont dépendants. Étant donné que la majorité des personnes âgées de notre étude se situe entre 60 à 74 ans (71,3 %), il n'est pas étonnant que les personnes présentant des dépendances fonctionnelles sévères soient peu nombreuses.

Les inégalités face au processus de perte d'autonomie reflètent les différences dans le risque d'avoir un problème de santé, les différences dans la capacité à disposer de ressources ou d'aides et à les mobiliser. Face au risque d'avoir un problème de santé, on recense de multiples facteurs de risque. Certains sont liés aux conditions de vie actuelle ou passée, d'autres aux conditions de travail, ou encore aux habitudes de vie et aux comportements. Comme le montre le tableau 3, les statuts fonctionnels des personnes âgées varient selon les caractéristiques démographiques, sociales et économiques. Les analyses montrent tout d'abord que dans cet échantillon, l'état fonctionnel des personnes âgées diffère selon l'âge et le sexe, en effet, les femmes sont plus exposées aux états de fragilité et de dépendance que leurs homologues masculins. Les personnes des générations les plus âgées sont plus souvent atteintes de dépendance fonctionnelle et de fragilité que celles des générations plus jeunes.

Tableau 3. Le statut fonctionnel des personnes âgées selon quelques variables socio-économiques

Variables	Statut fonctionnel		
	Indépendant	Fragile	dépendant
Sexe	*		
Hommes	65,4	33,0	1,6
Femmes	50,0	47,4	2,6
Classes d'âge	*		
60-79 ans	59,6	39,2	1,2
80 ans et plus	44,2	48,1	7,7
État matrimonial	*		
Veuf	50,0	48,8	1,3
Divorcé	42,9	57,1	0,0
Célibataire	0,0	0,0	100,0
Marié	60,7	38,2	1,1
Niveau d'instruction	*		
Illettré	48,3	47,8	3,8

Sait lire et écrire- primaire	52,0	48,0	0,0
Moyen et plus	94,0	6,0	0,0
Niveau de vie	*		
Elevé	86,4	13,6	0,0
Moyen	54,5	42,8	2,8
Faible	5,0	95,0	0,0
Avoir une maladie	*		
Oui	42,2	53,9	3,9
Non	75,6	24,4	0,0

Test de χ^2 * $p < 0,05$.

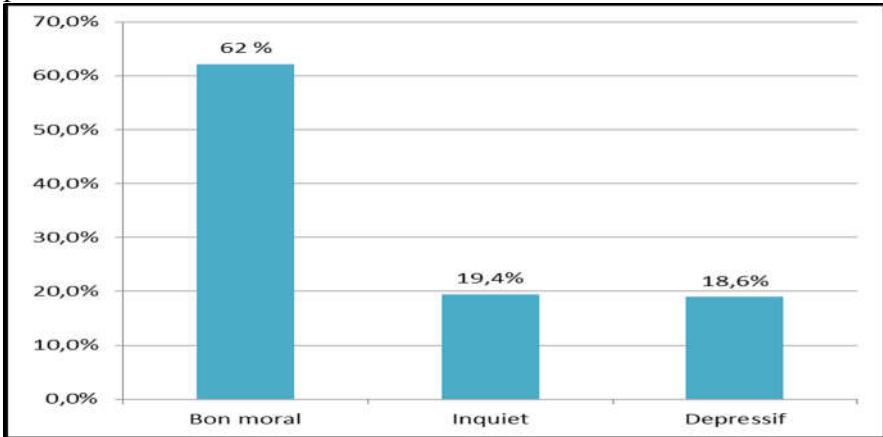
Les célibataires sont souvent atteintes d'incapacités fonctionnelles (100,0 %), tandis que les personnes âgées mariées sont les personnes les plus indépendantes. Les données montrent aussi que le statut fonctionnel des personnes âgées s'améliore avec l'accroissement des niveaux de scolarité et les niveaux de vie.

L'existence d'une maladie joue un rôle significatif dans les variations des statuts fonctionnels. Ainsi, 75,6 % des personnes âgées qui ne souffrent d'aucune maladie chronique sont indépendantes, et aucune n'est dépendante. 53,9 % des personnes atteintes d'une maladie chronique se situent dans la catégorie fragile et 3,9 % d'entre elles sont dépendantes.

3- La santé psychique

D'après notre enquête, 62 % des personnes âgées de 60 ans et plus jouissent d'une bonne santé mentale tandis que 18,6 % présentent des signes dépressifs et 19,4 % des signes d'inquiétude/d'anxiété

Figure 3 : l'état de santé psychique des personnes âgées de 60 ans et plus



Les femmes présentent plus de signes dépressifs et d'inquiétude que les hommes âgés (tableau 4). Les personnes âgées de 60-79ans présentent moins de signes dépressifs que les personnes âgées de 80 ans et plus, par contre ces dernières présentent moins de signes d'inquiétude et ont plus souvent un bon moral.

L'état de santé psychique des personnes âgées enquêtées est associé à leur situation socio-économique. Plus de la moitié des personnes mariées (66%) et des personnes veuves (52%) ont bon moral, et 15 à 20% d'entre elles sont dépressives. Les célibataires et divorcées se caractérisent par un fort pourcentage d'entre elles à être inquiètes/anxieuse. Plus le niveau d'instruction augmente, plus l'état de santé psychique s'améliore. Le même constat pour le niveau de vie; plus il s'élève moins souvent les personnes présentent de signes dépressifs.

Les résultats confirment que le manque d'interaction sociale contribue aussi à la dépression des personnes âgées vulnérables. On remarque que 40,9 % des personnes qui ont une sociabilité nulle ou faible sont atteintes de signes dépressifs.

Tableau 4. La santé psychique des personnes âgées selon quelques variables.

Variables	Santé psychique		
	Bon moral	Inquiet	Dépressif
Sexe	*		
Hommes	67,0	16,5	16,5
Femmes	57,2	22,2	20,6
Classes d'âge	*		
60-79 ans	61,4	21,6	17,0
80 ans et plus	65,4	5,8	28,8
État matrimonial	*		
Veuf	52,5	32,5	15,0
Divorcé	42,9	57,1	0,0
Célibataire	0,0	100,0	0,0
Marié	66,0	13,7	20,4
Niveau d'instruction	*		
Illettré	55,5	21,5	23,0
Sait lire et écrire- primaire	53,0	25,0	22,0
Moyen et plus	95,5	4,5	0,0
Niveau de vie	*		
Faible	30,0	30,0	40,0
Moyen	59,7	20,3	20,0
Elevé	81,8	12,1	6,1
Santé fonctionnelle	*		
Indépendant	76,8	13,4	3,7
Fragile	35,5	26,3	38,2
Dépendant	0,0	50,0	50,0
Sociabilité	*		
Nulle-faible	45,5	13,6	40,9
Moyenne	70,4	15,2	14,9
Forte	59,0	22,3	18,8

Test de χ^2 , * $p < 0,05$.

L'état de santé psychique est corrélé d'une façon très significative avec l'état de santé fonctionnelle. En effet, plus de trois quart des personnes âgées indépendantes jouissent d'une bonne santé mentale,

tandis que la moitié des personnes âgées dépendantes présentent des signes dépressifs et l'autre moitié vivent en état d'inquiétude.

Conclusion

En Algérie, comme dans d'autres pays en développement, il est actuellement possible de vivre jusqu'à un âge avancé. Les nouveaux retraités peuvent espérer vivre encore vingt-deux années supplémentaires, dont la majorité au sein de leurs familles et dans la collectivité. Cette longévité, bien qu'elle se présente comme un acquis résultant de l'amélioration des conditions de vie et de santé des dernières décennies, est souvent accompagnée d'incapacités et d'inconforts. Cet allongement de la vie entraîne des besoins variables et en constantes évolution, les analyses statistiques confirment que es personnes âgées ne constituent pas un groupe homogène, le processus de vieillissement biologique qui commence dès la naissance, varie considérablement d'une personne à l'autre. À 60 ans, les effets cumulatifs des facteurs socio-économiques et démographiques sur qualité de vie et la santé et les expériences passées se traduisent par des différences et des inégalités marquées à plusieurs niveaux. En effet, la situation des personnes âgées varie selon leur âge, leur sexe, leur niveau de vie, leur situation familiale, leur niveau d'instruction....

Cette hétérogénéité nécessite d'adapter les réponses et les stratégies 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 connaître les déterminants de la santé au grand âge peut permettre de mettre en œuvre les interventions les plus efficaces et efficientes possibles afin de garantir une vie en dignité à nos aînés.

Bibliographie

1. AJBILOU A. et MOUHSEEINE-SANANES O. 2000. Les personnes âgées veuves au Maroc, *Gérontologie et société*, 95, p. 141-152.
2. BOUDREAU F et FARMER D. 1999. Profil épidémiologiques des francophones de l'Ontario au niveau de la santé et du mieux-être: les faits saillants revisités et comparés. *Reflète*, 2, p.103-108.

3. CHRISTENSEN K, Doblhammer G, Rau R, W Vaupel J. 2009. Ageing Populations: The Challenges Ahead, *The Lancet*, 374, 9696, p. 1196-1208.
4. GOLDBERG M, MELCHIOR M, LECLERC A, LERT F. 2002. Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de santé, *Sciences sociales et santé*, v. 20, n°4, p.76-128.
5. IDLER E-L, BENYAMINI Y. 1997. Self-Rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health Social Behavior*, 38, p. 21-37.
6. LECLERC A, FASSIN D, GRANJEAN H, KAMINSKI M, LANG T. 2000. Les inégalités sociales de santé, Paris, Inserm-La Découverte, 448 p.
7. MACLEOD L. 1997. Toward Healthy-Aging Communities: A Population Health Approach, Report prepared for the division of aging and seniors health, p. 1-98.
8. Office National des Statistiques (ONS). 2004. Projections de populations à l'horizon 2030, Collection statistiques Séries S : Statistiques Sociales. N°106.
9. Office National des Statistiques (ONS). 2010. L'Algérie en quelques chiffres, N°40.
10. Organisation mondiale de la santé. 2002. Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation, Genève.
11. PALARD J, VEZINA J. 2007. Vieillissement: santé et société-Défis et perspectives, Canada, Les presses de l'université Laval, 232 p.
12. VALLIN J. 1988. Evolutions sociales et baisse de la mortalité : conquête ou reconquête d'un avantage féminin, *Dossiers et Recherches de l'Ined*, 17, 33 p.
13. WANG R, TREUL S, [ALVERNO L](#). 1975. A brief self-assessing depression scale. In *journal of clinical pharmacology*, n°15, p. 163-167.