



UNIVERSITE DE KINSHASA  
FACULTE DE MEDECINE  
**ECOLE DE SANTE PUBLIQUE**  
Programme d'Economie de la  
Santé



***EVALUATION DU NIVEAU ECONOMIQUE ET LA QUALITE DE VIE  
DES PERSONNES DE TROISIEME AGE DANS LA ZONE DE SANTE  
DE BOTO.***



Dr Raymond GBAMBALA NGBOKPWO  
*Mémoire présenté en vue de l'obtention du Diplôme  
de Maîtrise en santé publique*

Directeur : Dr MASHINDA KULIMBA Désiré  
*Professeur*  
Co-Directeur : KALONJI NSENGA Joseph  
*Professeur*

**Année académique : 2017-2018**

## TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES .....	I
LISTE DES ABREVIATIONS .....	III
IN MEMORIAM ET DEDICACE .....	IV
REMERCIEMENTS .....	V
RESUME.....	1
CHAPITRE I. INTRODUCTION .....	2
1.1. Problématique. ....	2
2. REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
2.1. Définition des concepts .....	3
2.1.1. Qualité de vie .....	3
2.1.2. Personne de troisième âge .....	4
2.2. Différents problèmes confrontés par les personnes de troisième âge.....	4
2.2.1. Problèmes physiques.....	4
2.2.2. Problèmes sociaux.....	5
2.2.3. Problèmes psychiques.....	5
2.2.4. Problèmes économiques.....	6
3.QUESTION DE RECHERCHE .....	6
3.1. BUT .....	6
4. OBJECTIFS .....	7
4.1. Objectif général .....	7
4.2 Objectifs spécifiques .....	7
5. INTERET DE L'ETUDE .....	7
CHAPITRE II. METHODOLOGIE .....	8
2.1. METHODES.....	8
2.1.1 Types d'étude :.....	8
2.1.2 Site d'étude .....	8
2.1.3 Brève description de site de l'étude.....	8
2.1.3.1 Carte sanitaire de la ZS BOTO.....	10
2.1.4 Echantillonnage :.....	11
2.1.4.1. Unités statistiques.....	11
2.1.4.2. Critères d'éligibilité des ménages .....	11
2.1.4.3. Taille de l'échantillon.....	11

2.1.4.4. Type d'échantillonnage :.....	12
2.2. Plan de collecte des données.....	12
2.3. Plan de traitement et d'analyse des données.....	14
2.4. Considérations éthiques.....	14
CHAPITRE III. RESULTATS.....	15
3.1. RESULTAT ET INTERPRETATION DES DONNEES.....	15
3.1.1. Répartition des enquêtées selon les caractéristiques démographiques... 15	
Tableau 2. Répartition des enquêtés selon le sexe par caractéristiques sociodémographiques.....	16
Tableau 2. Répartition des enquêtées selon les caractéristiques sociodémographiques (suite).....	17
La figure 1 la répartition des enquêtés selon la fréquentation scolaire.....	18
Tableau 3. Répartition des enquêtées selon les Caractéristiques de Ménages.....	19
Tableau 3. Répartition des enquêtées selon les Caractéristiques de Ménages (suite) ..	20
Tableau 4. Répartition des enquêtées selon les conditions économiques et financières.....	21
Tableau 5. Répartition des enquêtées selon la Qualité de vie et la dépendance. ....	22
Tableau 5. Répartition des enquêtées selon la Qualité de vie et la dépendance (suite).	23
CHAPITRE IV. DISCUSSION, CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	24
IV.1. DISCUSSION.....	24
IV.2. CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	29
ANNEXE.....	31
1. QUESTIONNAIRE DE COLECTE DE DONNEES.....	32

## LISTE DES ABREVIATIONS

AGR	Activité génératrice de revenu
AGZS	Administrateur Gestionnaire de la Zone de Santé
C.D.I_BWAMANDA	Centre de Développement Intégral de BWAMANDA
CDPS	Chef de Division Provinciale à la Santé
C.D.I_BWAMANDA	Centre de Développement Intégral de BWAMANDA
CS	Centre de Santé
CNNS	Caisse nationale de sécurité sociale
DPS	Division Provinciale de la Santé
ESPK	Ecole de Santé Publique de Kinshasa
HGR	Hôpital Général de Référence
INSSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IS	Infirmier Superviseur
IT	Infirmier titulaire de l'Aire de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG CONGODORPEN	Organisation non Gouvernemental CONGODORPEN
P. F	Planning Familial
R.D.C	République Démocratique du Congo
RECO	Relais Communautaires
VAD	Visite à Domicile
ZS	Zone de Santé

## IN MEMORIAM ET DEDICACE

### ❖ In memorium

A notre regretté Papa Petro MOSUA ;

A notre regrettée Tante paternelle Madeleine TAKONZI.

Que la Paix de notre Seigneur Jésus Christ soit dans votre repos jusqu'au grand jour de la résurrection.

### ❖ Dédicace

A notre tendre et chère épouse Delphine YANZINGA

A nos enfants Josué NGBOKPWO, Gédéon MOSUA, Brigitte YABALANDEGE,  
Marie Jeanne SEMENE, Perside MBADUA et Jotham NGBONDO

A notre Papa Mathieu NGBOKPWO

A notre mère Margueritte MBADUA

A notre grand-frère Hyppolite MONDO

A nos grande- sœurs et petites sœurs

A notre amie Merci NGOLA

Je dédie ce travail

## REMERCIEMENTS

Nous remercions le corps professoral de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa (ESPK) pour s'être donné corps et âme afin d'assurer dans des bonnes conditions notre formation.

Nous témoignons notre profonde gratitude plus particulièrement à Messieurs les Professeurs Docteur MASHINDA KULIMBA Désiré et KALONJI NSENGA Joseph pour leur concours inlassable dans la direction de ce mémoire.

Nous exprimons toutes reconnaissances au Comité Directeur de l'ESPK par le canal de Professeur Dr MASHINDA KULIMBA Désiré qui n'a ménagé aucun effort afin de mettre à nos dispositions des meilleures et indispensables formations.

Nous remercions l'ONG CONGODORPEN qui a financé notre formation à L'ESPK.

Nos remerciements s'adressent également à Patrick NGAMO, Directeur Général de C.D.I BWAMANDA et au Docteur Charles KAMBO SANZA, Médecin Coordinateur des œuvres médicales C.D.I\_ BWAMANDA pour nous avoir octroyé une bourse d'étude pour l'ESPK.

Nous disons aussi merci aux membres de l'équipe cadre de la ZS de BOTO, avec à leur tête, Dr Steve LANGI, le Médecin Chef de ZS en intérim, ainsi qu'aux Personnels de la ZS BOTO.

Nous pensons aussi à tous les collaborateurs de la DPS et de toutes les autres institutions de Santé de la Province.

A tous les apprenants de la 13<sup>ème</sup> promotion Economie de la Santé, de la 29<sup>ème</sup> promotion Santé Publique, 12<sup>ème</sup> promotion ECOSAD, de la 6<sup>ème</sup> cohorte FELTP et de la 4<sup>ème</sup> promotion nutrition ; nous adressons nos remerciements pour leur collaboration et l'esprit de travail qui a prévalu tout au long de notre formation.

Que tous ceux de près ou de loin que nous n'avons pas cités ci-hauts, mais ont contribué à la réalisation de ce travail, trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

**Dr Raymond GBAMBALA NGBOKPWO**

## RESUME

### Introduction.

La notion de personnes âgées est complexe car elle renvoie à l'âge mais également à la vulnérabilité. L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité de vie des personnes de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto, dans la province du Sud Ubangi.

### Méthodologie.

Il s'agit d'une étude descriptive menée au niveau des ménages dans dix Aires de Santé ; un échantillonnage pondéré a été appliqué pour sélectionner les Aires de Santé.

### Résultats.

L'âge médian des personnes enquêtées était de 71 ans avec une prédominance de la tranche de 65\_69 ans (42%). La moitié des individus interrogés était veufs et fréquentait majoritairement l'église catholique (64%). Deux tiers des sujets ayant fait l'objet de cette étude (64%) n'avaient pas fréquenté l'école.

Près de la moitié des personnes enquêtées étaient des propriétaires de la parcelle qu'ils occupaient (45%) et trois quarts cohabitaient avec 1- 10 personnes dans les ménages (74%). La moitié était de chefs (50%) ou parents de chefs de ménage (40%).

La totalité des personnes enquêtées avait des enfants à charge et près de la moitié n'avait aucune activité génératrice de revenus (45%), plus d'un quart se prenait en charge eux-mêmes en cas de maladie (28.3%) et deux tiers n'étaient pas complètement satisfaites de leur état de Santé (63%).

Plus de deux tiers des personnes enquêtées mangeaient à leur faim mais pas toujours des aliments désirés (71%). Soixante-huit pourcent étaient satisfaites de leurs relations avec les autres et un quart était totalement satisfaites de leurs sécurités. La majorité avait les difficultés de mobilité (81%) ou des incapacités à effectuer les tâches de la vie quotidienne (83,2%).

### Conclusion

Les hommes de troisième âge étaient en couple avec les jeunes femmes et enfants, exposer a porté des grandes charges sociales malgré leur mobilité difficile et quasi absence de frais de pension ou retraite (<1%).

## CHAPITRE I. INTRODUCTION

### 1.1. Problématique.

Les personnes de troisième âge sont de personnes qui ont 65 ans et plus [1][2][3][4][5][6].

Dans le monde, selon qu'il s'agit de pays industrialisés ou de pays à ressources intermédiaires ou limitées, ses personnes constituent un problème majeur de Santé Publique par leur niveau économique et leur qualité de vie bas. Les personnes de troisième âge présentent de multiples problèmes qui sont entre autres physiques, sociaux, psychiques et économiques ; SYG SEKE Kouassi a montré que les conditions de vie des personnes de troisième âge sont très difficiles dans les pays avec récession économique où sept personnes actives sur dix sont de chômeurs[7].

Des Etats Unis d'Amérique allouent 8.3 milliards de dollars américains pour amélioration de la qualité de vie des personnes de troisième âge vivant avec handicap[8][7].

Le vieillissement n'est pas synonyme d'une moindre qualité de vie en France ; le score de la qualité n'est pas modifié par l'âge, et que plus le score est négatif plus la qualité de vie est altérée par les problèmes physiques, sociaux, psychiques et économiques[4][9].

En Afrique, la majorité des personnes âgées s'appuie sur leur famille, vive non éloignées de celle-ci ou cohabite avec des descendants susceptibles de proposer une aide matérielle, financière et affective ; la prise en charge des ainées restera conditionnée à de formes de solidarité familiale[2].

En Côte d'Ivoire ; les problèmes physiques rendent invalides les personnes âgées de 65 ans et plus et le niveau économique bas de ceux-ci leurs pose un problème de prise en charge qui nécessite de gros moyens financiers[10]

Selon le rapport SNIS 2015\_2016, les conditions de vie de personnes de troisième âge dans la ZS de Boto reste inquiétante ; sur 18.3% de décès dans la communauté ;70% sont observés dans cette tranche d'âge ; l'HGR de BOTO a enregistré 1047 cas de malnutrition dont 207cas chez les patients adultes dont 160 cas (soit 2.2%) chez personnes âgées de 65 ans et dans cette catégorie 7 cas sur 10 décèdent de la dénutrition dans 48 à 72heures malgré la prise en charge correcte.

Dans le souci d'améliorer leur qualité de vie, la ZS a organisé l'affiliation obligatoire de 620 personnes de troisième âge à la mutuelle de santé ensuite pour ceux qui sont hospitalisés à l'Hôpital Général de Référence fait de subvention en termes de sucre, farine de maïs et le soja. Malgré tous ces efforts, le nombre de décès lié à la dénutrition des personnes de troisième âge reste toujours alarmant.

A notre connaissance ; jusqu'à ce jour ; aucune étude n'a été menée en ce sens dans le pays en général et dans la ZS BOTO en particulier.

## **2. REVUE DE LA LITTÉRATURE**

Les personnes âgées représentent près de 3 millions de personnes, dont près de 52% sont des femmes [11]

En 1950, les personnes âgées représentaient 8% de la population mondiale, en 2009, 11% et en 2050 elles en représenteront 22% selon les projections. Par ailleurs, on observe un accroissement 3 fois plus rapide du nombre des personnes âgées que celui de la population mondiale, et ce, en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la baisse des taux de natalité[12]

Le vieillissement de la population est un fait établi. En 2015, les personnes âgées représentent 1/10 du total de la population marocaine et ne jouissent pas pleinement de tous leurs droits[11].

### **2.1. Définition des concepts**

Dans cette section, il est question de définir les concepts clés présent dans cette étude.

#### **2.1.1. Qualité de vie**

L'OMS définit la qualité de vie comme : « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement[13][3][14].

### **2.1.2. Personne de troisième âge**

Les personnes qui sortent du monde de travail avec des conséquences socioéconomiques et psychologiques dont à un moment de la vie s'accélère le processus inexorable de vieillissement avec tout ce qu'il comporte comme problématique de la santé et la dépendance[12].

### **2.1.3. Vieillesse**

C'est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr[15]. C'est un processus lent, progressif et irréversible qui résulte des facteurs génétiques et environnementaux et qui dépend des événements de vie individuels ou collectifs.[16],[14][17].

## **2.2. Différents problèmes rencontrés par les personnes de troisième âge**

Les personnes de troisième âge sont confrontées aux problèmes physiques, sociaux, psychiques et économiques.

### **2.2.1. Problèmes physiques.**

Il en existe plusieurs à savoir : la qualité de vie, douleur, mobilité, activités courantes et pratique de loisir.

En Belgique, la baisse dans la qualité de vie des personnes âgées est associée à une série de maladies, de facteurs de risque (comme le tabac, Consommation excessive de l'alcool et l'obésité) et de déterminants socio-démographiques ; les problèmes les plus souvent rapportés concernent d'abord la dimension douleurs/gêne, suivis par des problèmes de mobilité et des problèmes dans l'accomplissement des activités courantes. Finalement, la dimension de l'autonomie est le moins souvent rapportée[18].

Au Québec, 87.5% personnes de troisième âge en ménage privé n'ont aucun problème de la mobilité ; les personnes de troisième âge en bonne santé économiquement favorisées et bien intégrées à leur milieu font plus de loisir et recours moins aux services socio sanitaires[19][20].

En Suisse, 45% de personnes âgées qui ont une maladie chronique estiment ne pas avoir une bonne qualité de vie (contre 25% parmi celles qui n'ont

pas de maladie chronique). Cinquante-huit pourcent de personnes de troisième âge sont limitées dans leurs activités déclarent que leur qualité de vie n'est pas bonne ; 36% sont limitées mais pas fortement et 16% ne sont pas du tout limitées ; plus de trois quarts des personnes âgées résidant à domicile – les hommes davantage que les femmes, se déclarent satisfaites avec la vie en générale[5].

### **2.2.2. Problèmes sociaux.**

Les personnes de troisième âge sont confrontées à l'isolement social et aux difficultés relationnelles.

L'avancée en âge a de nombreuses conséquences sociales notamment : la diminution des réseaux sociaux du fait du veuvage fréquent des femmes, l'éloignement des enfants, la disparition des contemporains pour les plus âgés, la réduction des ressources pour beaucoup[21].

En France, 60% personnes de troisième âge sont protégées contre le risque de démence et de régression cognitive à la présence d'un réseau de soutien social ; 74% de personnes âgées ne fréquentent plus les associations culturelles et sportives [22][23].

En Belgique, les personnes de troisième bénéficient des services classiques d'aide à domicile (la livraison de repas, les soins d'hygiène corporelle, l'assistance à l'entretien du domicile et des vêtements), et obtiennent une assistance spécifique pour de petits travaux d'entretien ou de réparation, de jardinage, de se faire coiffer, de profiter de soins de pédicure, pour prendre soin d'un animal domestique, quarante-quatre pourcent des aînées ressentent le sentiment négatif en cas rupture brutale de relations sociales ; 45% personnes de troisième sont bien armés socialement et comptent sur un large réseau social et ne se sentent pas seuls [24][24][25].

En Angleterre, 12% de personnes de troisième se déclarent ne pas avoir des enfants ce qui traduit leurs isolement social et familial[21].

### **2.2.3. Problèmes psychiques.**

Les personnes âgées de 65 ans et plus présentent plusieurs problèmes psychiques tels que trouble de sommeil, estime de soi, sentiment négatif (désespoir, mélancolie, anxiété dépression.) et vie sexuelle.

En France, 50% des personnes de troisième âge se plaignent de l'insomnie, hypersomnie 30% et syndrome d'apnée du sommeil 15% ; 25% de belges âgés de 65 ans et plus vivent avec de sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété et la dépression[26].

Au Maroc, 45% de personnes âgées ont l'estime de soi qui est associé positivement au genre, le lieu de résidence, activité professionnelle, niveau d'instruction et statut matrimonial[11].

#### **2.2.4. Problèmes économiques**

Les problèmes économiques de personnes de troisième âge sont le nombre d'enfants en charge, prise en charge en cas de maladie, affectation de la grande part de revenu, la manière de gagner des nourriture, moyens pour gagner de l'argent, accès aux aliments et activités génératrices de revenus.

Au Benin, personnes de troisième âge travaillent dans le secteur informel(homme 10% et femme 2%) et bénéficient d'une pension de retraite( homme 52% et femme 3%)[27]

Au Mali et Burkina-Faso, 45% personnes de troisième âge qui vivent dans de ménages pauvres ont difficile à accéder aux aliments de leur choix[28][29].

Au Cameroun , 50% personnes de troisième âge ont comme sources de revenu l'agriculture, l'élevage , le commerce et les pensions de retraites[30] .

A l'Est de la R.D.C (Butembo), les personnes de troisième âge accèdent difficilement aux aliments de leur choix et aux services de santé pour leur prise en charge[31].

### **3. QUESTIONS DE RECHERCHE**

Au vu de conditions de vie de personnes de troisième âge dans la Zone de santé de BOTO, nous nous sommes posé les questions suivantes :

- 1) Quel est le niveau économique de personnes de troisième âge est dans la ZS de BOTO ?
- 2) Quelle est la qualité de vie de personnes de troisième âge dans la ZS de BOTO ?

### **4. BUT**

Le but de notre étude était de connaître les modes de vie et les attentes de personnes de troisième âge dans la ZS.

## **5. OBJECTIFS**

### **5.1. Objectif général**

Evaluer la qualité de vie de personnes de troisième âge dans la zone de sante de Boto.

### **5.2 Objectifs spécifiques**

**Les objectifs spécifiques de ce présent travail sont :**

1. Décrire les caractéristiques générales et démographiques de la personne de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto ;
2. Déterminer les caractéristiques du ménage où vit la personne de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto ;
3. Déterminer la situation économique et financière de la personne de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto ;
4. Déterminer la qualité de vie et la dépendance de la personne de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto.

## **6. INTERET DE L'ETUDE**

La présente étude poursuit un intérêt scientifique et un intérêt pratique.

Sur le plan scientifique cette étude constitue pour les futurs chercheurs un document nécessaire pour une éventuelle recherche sur la qualité de vie de personnes de troisième âge.

Sur le plan pratique, la présente étude permet aux autorités du Ministère de la Santé Publique de mettre sur pied une structure de prise en charge de la personne de troisième en RDC en général et dans la ZS de Boto dans la Province du Sud Ubangi en particulier.

## **CHAPITRE II. METHODOLOGIE**

Dans ce chapitre sur la méthodologie, nous allons présenter successivement les méthodes utilisées, type d'étude, site d'étude, population d'étude, l'échantillonnage, plan de collecte, plan d'analyse et de traitement des données et Considérations éthiques.

### **2.1. METHODES**

#### **2.1.1 Types d'étude :**

Il s'agit d'une étude descriptive menée au niveau des ménages dans les aires de santé sélectionnées.

#### **2.1.2 Site d'étude**

La Zone de Santé de BOTO dans la province du Sud Ubangi en République Démocratique du Congo.

#### **2.1.3 Brève description de site de l'étude**

La ZS BOTO est l'une des 16 ZS de la division provinciale du Sud Ubangi. Elle est située à 128 km de chef-lieu de la province(GEMENA), soit 2h15'de route en saison sèche.

C'est une Zone d'accès difficile en saison pluvieuse (parfois jusqu'à 4 heures de voyage).

La ZS de BOTO couvre une population totale : 197755 Hab. avec une superficie de 2700 Km<sup>2</sup> et une densité de 73 hab./Km<sup>2</sup>.

La ZS BOTO a 17 aires de santé qui sont couvertes chacune par un CS. La ZS a un Hôpital général de Référence avec 125 lits montés mais aussi 3 Centres de santé de référence.

Le nombre de CS avec PMA complet sont 5 et HGR n'a pas encore PCA complet.

La ZS de BOTO a 118 villages regroupés en 118 cellules d'animations communautaires.

La ZS s'étend sur un seul secteur(LUA)

Elle limitée :

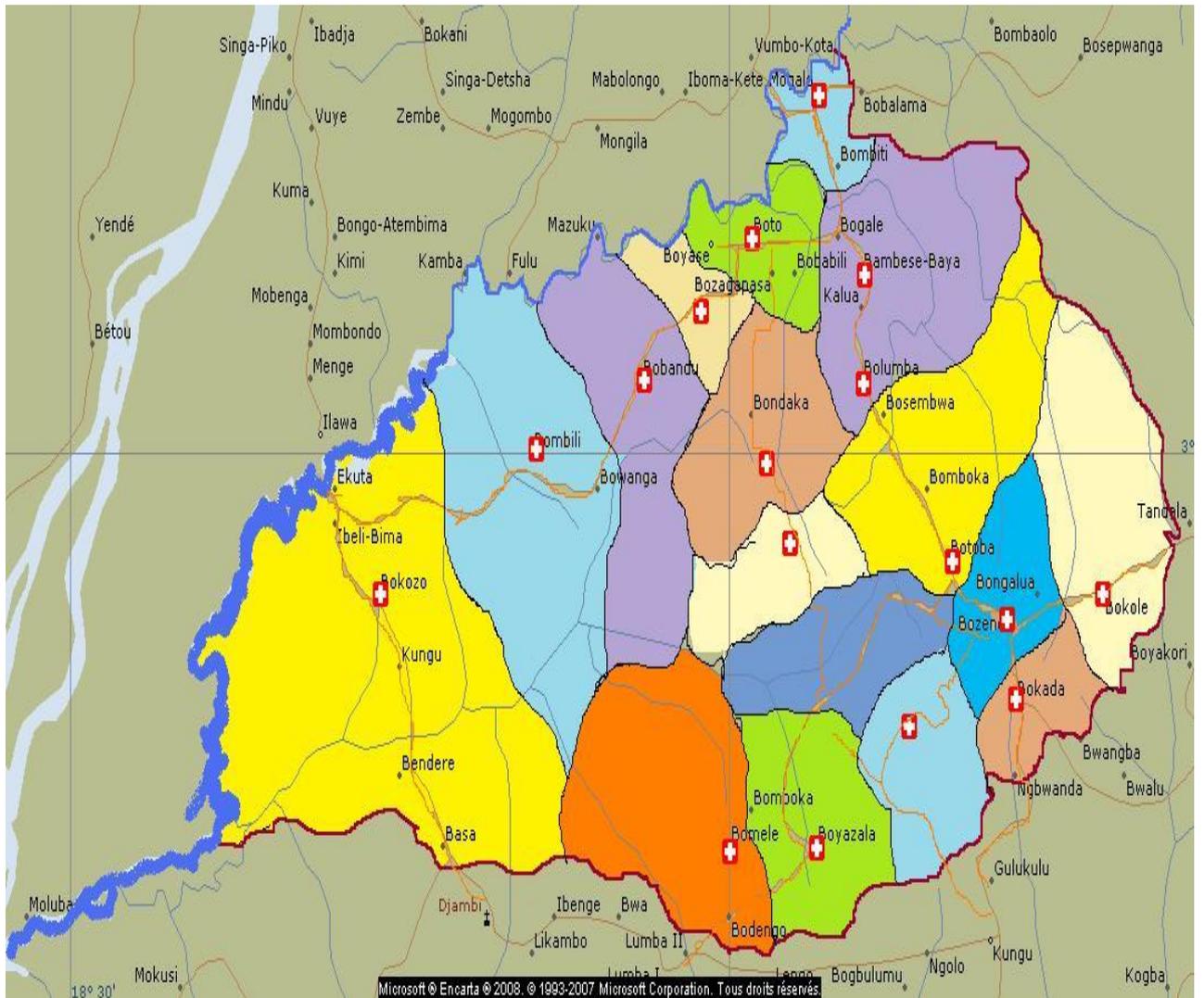
- AU Nord par la rivière Azoa avec la ZS de Bwamanda,
- Au Sud par la rivière Esobe avec la ZS de Bokonzi et Kungu,
- A l'EST par la rivière Inzumbu avec la ZS de Tandala
- A l'Ouest par la rivière LUA avec la ZS de Mawuya

Le secteur de LUA est occupé par les principaux groupes ethniques : Ngbaka, Mbanza, Mbatî, Ngbandi et Bambenga avec les différentes langues parlées : Ngbaka, Mbanza, Ngbandi et Lingala.

Les Principales religions identifiées dans la ZS sont les catholique, Protestante, églises de réveil, Kimbanguiste, islam, et brahmaniste.

La population de cette ZS a comme activités principales l'agriculture, petit élevage, pêche artisanale... pour survenir aux besoins vitaux et sanitaires. De manière générale, c'est une population pauvre.

### 2.1.3.1 Carte sanitaire de la ZS BOTO



## 2.1.4 Echantillonnage :

### 2.1.4.1. Unités statistiques

Les ménages sélectionnés avec personne âgée de 65 ans et plus dans les dix aires de Santé sélectionnées.

### 2.1.4.2. Critères d'éligibilité des ménages

Pour être inclus dans l'étude, les ménages devraient remplir le critère suivant :

Avoir déjà hébergé au moins une personne âgée 65 ans et plus durant les 6 derniers mois.

### 2.1.4.3. Taille de l'échantillon

Nous incluons pour cette étude 444 ménages hébergeant les personnes âgées de 65 ans et plus.

La taille de l'échantillon (n) est calculée à partir de la formule suivante :

$$n \geq \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times pq}{d^2}$$

n: taille de l'échantillon ;

$z_{1-\frac{\alpha}{2}}$  : coefficient de confiance pour test bilatéral ;

p : proportion supposée de la population cible ayant la caractéristique étudiée

q : proportion supposée de la population cible n'ayant pas la caractéristique étudiée

d : degré de précision absolue voulu ; en général l'écart d'imprécision que l'on accepte est de 0.05.

$$p=0.5 \text{ et } q=1-p=1-0.5=0.5$$

Alors, la taille de l'échantillon est :

$$n \geq \frac{(1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}{(0.05)^2} = 384 \text{ ménages}$$

#### 2.1.4.4. Type d'échantillonnage :

Echantillonnage de convenance de la ZS Boto sur base de nombre de personnes de troisième âge qui ont consulté ses formations sanitaires (HGR et CS).

Par la suite, un échantillonnage pondéré a été appliquée pour sélectionner les dix aires de Santé.

Sur base de la liste de dix-sept aires de Santé avec leurs population ; nous avons classé les 17 aires de Santé en deux groupes( semi urbaine=1 et rurale=16) et par rapport à accessibilité géographique ; le choix de 10 AS sur 17 a été réalisé pour constituer la taille des AS à enquêter ;au total 10 AS ont été pris en compte dans notre échantillon et à partir de ces 10 AS( semi urbaine=1 et rurale=9) avec leurs populations, nous avons sommé leurs populations pour avoir une population totale qui nous a permis de calculer le nombre de ménages cibles par la formule :  $N_{ménage} = pop. AS * n_{taille} \frac{échantillon(444)}{Pop. Tot.10AS}$

**Tableau 1 : cible de ménages avec les personnes de troisième âge par aires de santé.**

N°	AS	POPULATION	Nbre de ménages	Non de superviseur
1	Isabe	9252	29	IS LEONARD
2	Bombese 1	11736	37	
3	Boto	21720	69	DR TRESOR/STEVE
4	Bolumba2	11256	36	
5	Kasongo	9300	30	
6	Bobandu	11256	36	AGZS PAPY
7	Bombili	13560	43	
8	Bozene	23712	76	DR RAYMOND
9	Kondonga	10620	34	IS JEAN DENIS
10	Boyazala	16992	54	DR RAYMOND
	<b>Total</b>	<b>139404</b>	<b>444</b>	

## 2.2. Plan de collecte des données

### Obtention des autorisations

Avant de commencer la récolte des données, l'autorisation du Chef de Division Provinciale à la santé(CDPS) est obtenue.

Pour chaque ménage sélectionné dans l'échantillon, le chef de ménage/gardien de personnes âgées de 65 ans et plus et/ou le responsable de la

formation sanitaire donnera son consentement éclairé avant l'interview après lui avoir expliqué le but de la recherche.

Collecte de données proprement dite :

Les taches préliminaires suivantes ont été exécutées afin que les données soient collectées :

- Le 12/05/2018 : recrutement des enquêteurs sur base des critères pré établis :
  - Etre au moins un infirmier A2 avec 3ans d'expériences professionnelles ;
  - Etre au moins un gradué dans ne porte quel domaine avec 2 ans d'expériences professionnelles ;
  - Avoir une maitrise de la langue locale (kingwaka)
- Le 13 /05/2018 : formation de 20 enquêteurs et 5 superviseurs au Bureau Central de la Zone de Santé pendant un jour,
- Le 14/05/2018 : Pré-test de la méthodologie dans l'aire Santé pilote Boto pendant un jour,
- Du 15\_22 /05/2018 : La collecte proprement dite se déroulera dans les ménages de 10 Aires de Santé sous la supervision de chercheur principal et 5 superviseurs formés. L'étude utilisera 20 enquêteurs issus de la ZS de Boto dont 10 infirmiers (A2 ou A1),10 facilitateurs issus de chaque Aire de Santé et 5 superviseurs. Nous aurons un binôme (un infirmier A2 ou un infirmier A1 avec 1gradué dans ne porte quel domaine) par aire de santé et chaque binôme va interviewer par jour 6 ou 7 personnes âgées de 65 ans et plus dans le village et continuer le jour suivant dans même village, une fois le village complètement terminé, le binôme passera dans un autre village et ainsi suite jusqu'à ce que la cible de l'aire de santé soit terminé et la supervision de binôme sur terrain sera régulière.
  - La durée moyenne de chaque interview sera d'une heure. Ainsi, la collecte durera 7 jours.

### **2.3. Plan de traitement et d'analyse des données**

- Pour faciliter le traitement de données récoltées sur terrain, chaque questionnaire a été codifié avant la saisie à l'ordinateur.

Le traitement comprend les points ci-après :

- Organisation du circuit des données : après contrôle de la qualité des données sur le terrain, les fiches de collecte sont stockées et transmises au chercheur principal par les superviseurs. Le chercheur principal veillera à son tour au contrôle de qualité en vérifiant si les critères d'éligibilité des ménages ont été respectés et enfin si toutes les rubriques des formulaires d'enquêtes sont dûment remplies. En cas de case vide, l'enquêteur sera chargé de rechercher de nouveau l'information manquante.
- Saisie des données : un masque de saisie a été créé sur le logiciel Epi data suivi de la saisie des données proprement dite par le chercheur principal. D'Epi data, les données sont exportées sur le logiciel SPSS 23 pour être analysé.
- Edition des données : avant l'analyse des données, un deuxième contrôle de qualité des données est effectué en générant les fréquences et en croisant les variables. Les toutes dernières erreurs encore identifiées, sont corrigées à ce niveau.

L'analyse des données est faite en exploitant le logiciel SPSS.23

Les mesures statistiques suivantes ont été calculées :

- ❖ Les fréquences pour toutes les variables (Age, le sexe, le niveau d'instruction, religion, profession.....) ;
- ❖ La moyenne et écart type ; médiane et mode pour l'âge des enquêtés.

### **2.4. Considérations éthiques**

Le protocole de recherche était soumis à l'approbation de nos directeurs.

Les aspects éthiques liés au respect de la personne, à la bienfaisance et à la justice seront pris en compte. Un consentement éclairé verbal ou écrit sera obtenu du répondant avant l'administration du questionnaire.

Les données recueillies garderont un caractère anonyme et confidentiel. Toutes les archives électroniques ou en dures seront gardées par le chercheur principal seul.

## **CHAPITRE III. RESULTATS**

Ce chapitre présente les résultats de cette étude en fonction de ses quatre objectifs spécifiques comme décrire les caractéristiques démographiques de la personne de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto ; déterminer les caractéristiques du ménage où vit la personne de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto ; déterminer la situation économique et financière de la personne de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto et déterminer la qualité de vie et la dépendance de la personne de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto.

### **3.1. RESULTAT ET INTERPRETATION DES DONNEES**

Dans cette section nous allons présenter les résultats de cette étude et une interprétation pour chaque variable.

#### **3.1.1. Répartition des enquêtées selon les caractéristiques démographiques**

Dans cette sous -section, nous allons présenter les enquêtés selon le sexe et l'âge, le statut matrimonial, la religion, niveau d'instruction et la profession.

La répartition des enquêtés selon les caractéristiques générales et démographiques est présentée dans le tableau 2 ci-dessous :

**Tableau 2. Répartition des enquêtés selon le sexe par caractéristiques sociodémographiques**

Age	Sexe de la personne de troisième âge				Total	
	Masculin		Féminin		n	%
Age médian					71	
	n	%	n	%	n	%
65-69	87	47	98	53	185	41,7
70-74	66	55	54	45	120	27
75-79	22	34,4	42	65,6	64	14,4
80-84	22	53,7	19	46,3	41	9,2
85-89	9	47,4	10	52,6	19	4,3
90-94	5	45,5	6	54,5	11	2,5
95 et plus	3	75	1	25	4	0,9
<b>Statut matrimonial</b>						
Célibataire	10	83,3	2	16,7	12	2,7
Marié(e)	147	79,5	38	20,5	185	41,7
Veuf	41	18,6	179	81,4	220	49,5
Divorcé/Séparé	16	59,3	11	40,7	27	6,1
<b>Religion</b>						
Catholique	131	47,3	146	52,7	277	62,4
Protestante	78	49,4	80	50,6	158	35,6
Kimbanguiste	1	33,3	2	66,7	3	0,7
Eglise de réveil	3	100	0	0,0	3	0,7
Témoin de Jéhovah	1	50	1	50	2	0,5
Néo-apostolique	0	0,0	1	100	1	0,2
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>48,2</b>	<b>230</b>	<b>51,8</b>	<b>444</b>	<b>100</b>

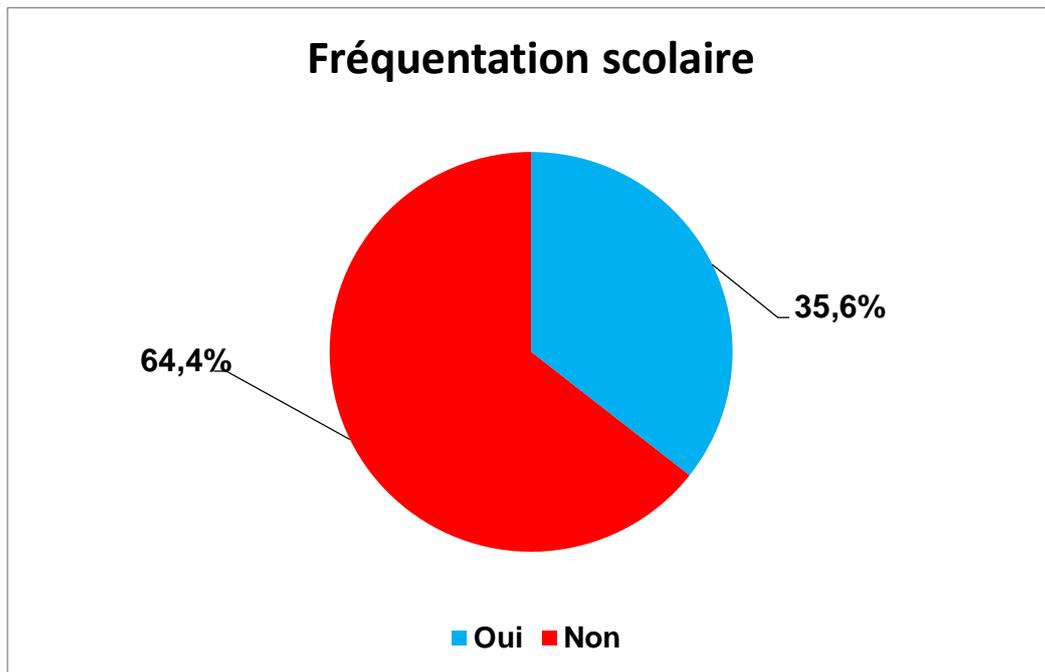
L'âge médian des personnes enquêtées était de 71 ans avec une prédominance dans la tranche de 65-69 ans (42%). La moitié était veufs ou veuves et fréquentait majoritairement l'église catholique (62,4%).

**Tableau 2. Répartition des enquêtées selon les caractéristiques sociodémographiques (suite)**

Avez-vous été à l'école	Sexe de la personne de troisième âge				Total	
	Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%		
Oui	128	81	30	19	158	35,6
Non	86	30,1	200	69,9	286	64,4
<b>Niveau d'étude</b>						
Aucun	3	100	0	0	3	1,9
Primaire	93	77,5	27	22,5	120	75,9
Secondaire	21	87,5	3	12,5	24	15,2
Normal	11	100	0	0,0	11	7
<b>Profession</b>						
Aucune	80	37	136	63	216	48,6
Vente du sel et alcool	2	28,6	5	71,4	7	1,6
Agent de l'état	11	100	0	0	11	2,5
Agriculture	55	45,5	66	54,5	121	27,3
Chasse	16	88,9	2	11,1	18	4,1
Commerce	8	53,3	7	46,7	15	3,4
Elevage	16	59,3	11	40,7	27	6,1
Chikwangue	0	0	2	100	2	0,5
Fabrication de natte et Graba	15	100	0	0	15	3,4
Sentinelle	11	91,7	1	8,3	12	2,7
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>48,2</b>	<b>230</b>	<b>51,8</b>	<b>444</b>	<b>100</b>

Deux tiers des sujets ayant fait l'objet de cette étude (64%) n'avaient pas fréquenté l'école, parmi ceux qui avaient été à l'école, trois quarts étaient du niveau primaire (76%) et plus d'un quart était des cultivateurs (27,3%).

La figure 1 la répartition des enquêtés selon la fréquentation scolaire.



Deux tiers des sujets ayant fait l'objet de cette étude (64,4%) n'avaient pas fréquenté l'école contre 35,6% qui l'étaient.

**Tableau 3. Répartition des enquêtées selon les Caractéristiques de Ménages**

Statut d'occupation de la parcelle	Sexe de la personne de troisième âge				Total	
	Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%		
Propriétaire	146	73,4	53	26,6	199	44,8
Locataire	2	50	2	50	4	0,9
Sous logé	37	20,1	147	79,9	184	41,4
Logé par l'employeur	18	60	12	40	30	6,8
Maison familial	10	43,5	13	56,5	23	0,9
Autres	1	25	3	75	4	100
<b>Taille de Ménage</b>						
1-5	77	51	74	49	151	34
6-10	80	45,5	96	54,5	176	39,6
11 et plus	57	48,7	60	51,3	117	26,4
<b>Statut dans le ménage où vous vivez</b>						
Chef de ménage	162	74,7	55	25,3	217	50
Parent du chef de ménage	32	18	146	82	178	40,1
Beau-frère ou belle -mère du chef de ménage	8	30,8	18	69,2	26	5,9
Ami et connaissance du chef de ménage	1	50	1	50	2	0,5
Fils du chef de ménage	0	0,0	2	100	2	0,5
Autres	8	57,1	6	42,9	14	3,2
Total	214	48,2	230	51,8	444	100

Près de la moitié des personnes enquêtées étaient de propriétaires de la parcelle (45%) qu'ils occupaient ; trois quarts cohabitaient avec 1- 10 personnes dans les ménages (74%). La moitié étaient de chefs (50%) ou parents de chefs de ménages (40%).

**Tableau 3. Répartition des enquêtées selon les Caractéristiques de Ménages (suite)**

Logement	Masculin		Féminin		Total	
Très insatisfait(e)	11	57,9	8	42,1	19	4,3
Insatisfait(e)	48	48,5	51	51,5	99	22,3
Ni satisfait ni insatisfait	22	59,5	15	40,5	37	8,3
Satisfait	127	45,2	154	54,8	281	63,3
Très satisfait	6	75	2	25	8	1,8
<b>Environnement Sain.</b>						
Pas du tout	62	50	62	50	124	28
Un peu	102	47,7	112	52,3	214	48,2
Modérément	35	49,3	36	50,7	71	16
Beaucoup	14	41,2	20	58,8	34	7,7
Extrêmement	1	100	0	0	1	0,2
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>48,2</b>	<b>230</b>	<b>51,8</b>	<b>444</b>	<b>100</b>

Deux tiers des sujets enquêtés étaient satisfaits de leurs logements (63,2%) et un peu plus de trois quarts n'étaient pas complètement satisfaits de leurs environnements (76,2%).

**Tableau 4. Répartition des enquêtées selon les conditions économiques et financières**

Nombre d'enfants en charge	Sexe de la personne de troisième âge				Total	
	Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%		
1-5	77	51	74	49	151	34
6-10	80	45,5	96	54,5	176	39,6
11 et plus	57	48,7	60	51,3	117	26,4
<b>Activités génératrices de revenus</b>						
Commerce	7	50	7	50	14	3,2
Elevage	22	62,9	13	37,1	35	7,9
Agriculture	61	45,9	72	54,1	133	30
Transferts familiaux	3	37,5	5	62,5	8	1,8
Chase	9	81,8	2	18,2	11	2,5
Sentinelle	12	92,3	1	7,7	13	2,9
Frais de pension/retraite	2	100	0	0	2	0,5
Aucun	74	37,2	125	62,8	199	44,8
Autres à préciser	24	82,8	5	17,2	29	6,5
<b>Prise en charge en cas de maladie</b>						
Moi-même	92	73	34	27	126	28,3
Mon époux ou épouse	16	53,3	14	46,7	30	6,8
Mes enfants	86	34	167	66	253	57
Mes petits fils	6	40	9	60	15	3,4
Autres	14	70	6	30	20	4,5
<b>Etes-vous satisfait(e) de votre Etat santé</b>						
Très insatisfait(e)	24	53,3	21	46,7	45	10,1
Insatisfait(e)	132	47,3	147	52,7	279	62,8
Ni satisfait ni insatisfait	16	38,1	26	61,9	42	9,5
Satisfait	42	53,8	36	46,2	78	17,6
Total	214	48,2	230	51,8	444	100

Il ressort de tableau ci haut, la totalité des personnes enquêtés avait des enfants à charge et près de la moitié n'avait aucune activité génératrice de revenus (45%), plus d'un quart se prenait en charge eux-mêmes en cas de maladie (28,3%) et deux tiers n'étaient pas complètement satisfaites de leur état de Santé (63%).

**Tableau 5. Répartition des enquêtées selon la Qualité de vie et la dépendance.**

Les 4 situations suivantes laquelle correspondent mieux à votre situation actuelle	Sexe de la personne de troisième âge				Total	
	Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%		
Vous mangez tous les aliments que vous souhaitez	4	50	4	50	8	1,8
Vous mangez à votre faim mais pas toujours les aliments que vous souhaitez	151	47,8	165	52,2	316	71,2
Il vous arrive parfois de ne pas avoir suffisamment à manger	49	46,7	56	53,3	105	23,6
Il vous arrive de rien trouver à manger	10	66,7	5	33,3	15	3,4
<b>Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres</b>						
Très insatisfait(e)	3	25	9	75	12	2,7
Insatisfait(e)	39	43,8	50	56,2	89	20
Ni satisfait ni insatisfait	20	50	20	50	40	9
Satisfait	152	50,3	150	49,7	302	68
<b>Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs</b>						
Pas du tout	116	44,1	147	55,9	263	59,2
Un peu	58	50	58	50	116	26,1
Modérément	31	62	19	38	50	11,3
Beaucoup	9	60	6	40	15	3,4
<b>Sécurité dans votre vie quotidienne</b>						
Pas du tout	39	54,9	32	45,1	71	16,0
Un peu	87	50,9	84	49,1	171	38,5
Modérément	42	45,2	51	54,8	93	20,9
Beaucoup	46	42,2	63	57,8	109	24,5
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>48,2</b>	<b>230</b>	<b>51,8</b>	<b>444</b>	<b>100</b>

Plus de deux tiers des personnes enquêtées mangeaient à leur faim mais pas toujours des aliments désirés (71%). Soixante-huit pourcent étaient satisfaites de leurs relations avec les autres ; un peu plus de la moitié ne pratiquait pas de loisirs (59%) et un quart était totalement satisfaites de leurs sécurités.

**Tableau 5. Répartition des enquêtées selon la Qualité de vie et la dépendance (suite).**

<b>Comment arrivez-vous à vous déplacer</b>						
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Très difficilement	63	44,7	78	55,3	141	31,8
Difficilement	106	48,4	113	51,6	219	49,3
Assez facile	33	51,6	31	48,4	64	14,4
Facile	12	60	8	40	20	4,5
<b>Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne</b>						
Très insatisfait(e)	54	43,2	71	56,8	125	28,2
Insatisfait(e)	112	45,9	132	54,1	244	55,0
Ni satisfait ni insatisfait	15	51,7	14	48,3	29	6,5
Satisfait	33	71,7	13	28,3	46	10,4
<b>Total</b>	<b>214</b>	<b>48,2</b>	<b>230</b>	<b>51,8</b>	<b>444</b>	<b>100</b>

Il ressort de ce tableau, la majorité des personnes interrogées avait les difficultés de mobilité (81%) ou des incapacités à effectuer les tâches de la vie quotidienne (83,2%).

## CHAPITRE IV. DISCUSSION, CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

### IV.1. DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la qualité de vie de personnes de troisième âge dans la zone de sante de Boto.

Deux tiers des sujets ayant fait l'objet de cette étude (64%) n'avaient pas fréquenté l'école, parmi ceux qui avaient été à l'école, trois quarts étaient du niveau primaire (76%), les personnes âgées dont l'enfance se situe à l'époque coloniale, ont faiblement bénéficié de la scolarisation, faute d'infrastructures scolaires aussi variées et mieux réparties dans les provinces, comme c'est le cas aujourd'hui. A cela, il convient d'ajouter le peu d'intérêt accordé par la population qui, en ce moment, ignorait le bienfondé de l'instruction importée de l'occident. Les parents, pour la plupart, préféraient se faire accompagner par leurs enfants au champ, à la chasse ...plutôt que de les laisser aller à l'école. Cette situation pourrait justifier, dans une large mesure, les taux élevés d'analphabétisation et faible taux d'instruction observés chez les personnes de troisième âge dans la Zone de Santé de Boto.

Le résultat de notre étude s'écarte de celui de Tanoh Ahou Clémentine épse SAY[10] en côte d'ivoire dans le village Adjamé dont 42% des personnes de troisième âge n'avaient pas fréquenté l'école bien que l'école primaire eût un caractère obligatoire et gratuit.

Quant au statut d'occupation de parcelle ou dans le ménage et taille de ménage, près de la moitié des personnes enquêtées étaient de propriétaires de la parcelle (45%) qu'ils occupaient, La moitié étaient de chefs ou parents de chefs de ménage (40%) et deux tiers de sujet faisant l'objet de cette étude cohabitaient avec 6 à plus de 11 personnes dans les ménages. Dans la majorité de cas, la polygamie est fréquente chez les sujets masculins qui obligeaient les hommes de troisième âge sont mariés aux jeunes femmes et sont propriétaires des parcelles. Par contre les femmes de troisième âge sont sous logées par leurs enfants.

Par rapport au nombre d'enfant en charge, deux tiers des sujets enquêtes (66%) avaient 6 enfants et plus à charge. Dans la ZS, les enfants orphelins ou ceux issues de mères célibataires sont généralement confiés à leurs grands-parents, obligeant ceux-ci à jouer de nouveau le rôle de parents en dépit de leur âge avancé. En plus, les enquêtés du sexe masculin avaient des enfants issus du mariage avec

les jeunes femmes. Ils étaient obligés de travailler durement pour la survie de leurs familles. Du point de vue sociale, la femme âgée en Afrique souhaite cohabiter avec la famille. Ce résultat se rapproche de celui de Esther Cristelle EYENGA DIMI[30] au Cameroun qui a montré que la moitié (50,5%) de personne âgée de 65 ans et plus avait plus de 5 enfants à charge, les enfants orphelins ou ceux issues de mères célibataires leurs étaient confiés à leurs grands-parents et les obligeaient à jouer de nouveau, le rôle de parents en dépit de leur âge avance.

Par ailleurs, deux tiers des sujets enquêtes étaient satisfaits de leurs logements (63,3%) et un peu plus de trois quarts n'étaient pas complètement satisfaits de leurs environnements (76,2%). Le logement de sujet ayant fait l'objet de cette étude était à charge de leurs fils, beau fils ou petits-fils et leur entretien était régulier mais ses logements parfois excentriques étaient entourés des herbes et sans installations sanitaires. Leopold GILLES et al[24], en France avaient trouvé le même résultat que le nôtre, 63% des enquêtés étaient satisfaits de leurs logements bien que leur étude été menée dans un pays développé. Par contre le résultat de notre étude est différent de celui de Karima BOUAZIZ [32] en Algérie qui avait montré que 80,6% de ses personnes de troisième âge étaient satisfaits des leurs logements en milieu rural, ses logements étaient construits avec leur frais de pension.

Quant à la prise en charge en cas de maladie, plus d'un quart des individus enquêtés (28,3%) se prenait en charge eux même en cas de maladies. Les personnes de troisième âge travaillaient durement ce qui fait qu'une partie des revenus était affectée à leurs propres soins ou ceux de leurs dépendants et l'autre partie pour les autres besoins dont les frais scolaires, les vêtements et la mutuelle de Santé des leurs enfants et petits fils.

Par rapport à l'alimentation, plus de deux tiers (71,2%) des sujets enquêtés, mangeaient à leurs faims mais pas toujours des aliments souhaités. La nourriture était préparée à la maison après le retour du champ de leurs jeunes femmes ou en provenait des autres membres de la famille.

Quant aux sources financières, plus de la moitié de sujets ayant fait l'objet de cette étude avait au moins une activité génératrice de revenus (55%), les multiples charges assurées par ceux-ci et quasi absence de pension de retraite

(<1%), obligeait les personnes de troisième âge dans la ZS à créer les activités génératrices de revenus malgré leur âge avancé. Notre étude se rapproche de celle de NOTIN Marie Line[33] réalisé au Japon qui montra que 52,3% des personnes enquêtées avaient des activités génératrices de revenus comme l'agriculture et la pêche et celle de Annes Loones[23] au Cameroun qui avait trouvé 50% de ses enquêtés de troisième âge avaient comme source de revenus l'agriculture, l'élevage, le commerce et les pensions de retraites.

La majorité des personnes interrogées avait des difficultés de mobilité (81%) ou des incapacités à effectuer les tâches de la vie quotidienne (83,2%) ce qui montre que les personnes ayant fait l'objet de cette étude n'étaient pas autonomes et dépendaient des autres membres de la communauté pour l'alimentation, logement et prise en charge en cas de maladie. Jocelyne Camiran et al[20], au Québec avaient trouvé un résultat si proche de notre, 58% des personnes de troisième âge avaient des problèmes de mobilité ou à effectuer les tâches de la vie courante ; de même, RANA CHARAFEDINNE[34] en Belgique avait trouvé que 36,8% des enquêtés de troisième âge avaient des problèmes de mobilité et 35,6% avaient l'incapacité à effectuer les activités de la vie courantes et dépendaient des autres personnes, Dr Jean Pierre AQUINO[15] en France a trouvé 62% des enquêtés ouvriers avaient des incapacités à effectuer les activités de la vie. Bien que ses trois études ont été faites dans les pays développés.

## IV.2. CONCLUSION

Cette étude descriptive menée au niveau des ménages était porter sur l'évaluation du niveau économique et la qualité de vie de personnes de troisième âge dans la zone de sante de Boto. Elle a montré que les personnes de troisième âge dans la ZS de BOTO ont :

- Les hommes de troisième âge étaient en couple avec les jeunes femmes et leurs enfants. Selon la culture, ces jeunes femmes étaient susceptibles de mieux assurer leurs soins. Cette situation expose les personnes âgées à supporter de grandes charges sociales en s'occupant de leurs enfants et mêmes petits enfants. Ils sont donc obligés à beaucoup travailler malgré leur mobilité difficile surtout la quasi-totalité (99%) n'avait pas de frais pension ou retraite.
- La qualité de vie était diversement perçue par les enquêtés : quelques-uns étaient satisfaits de leurs logements dans un environnement mal sain et la majorité mangeait à leurs faims mais n'étaient pas satisfaits des aliments.

## IV.3 RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats obtenus dans cette étude, nous recommandons ce qui suit :

### **a. Aux Ministères des affaires sociales et humanitaires ; Enseignement primaire, secondaire et professionnel.**

- Aligner les personnes de troisième âge de la ZS de Boto à la CNSS ;
- Subventionner les soins médicaux des personnes de troisième âge dans la ZS de Boto ;
- Construire les homes de vieillards à travers le pays et dans la ZS de Boto en particulier ;
- Construire les orphelinats pour les encadrements des enfants orphelins dans la ZS de Boto
- Garantir une école primaire gratuite et obligatoire pour les enfants.

**b. Aux Ministères de genre et famille, Santé Publique et environnement :**

- Organiser des séances de sensibilisation des personnes de troisième âge sur les différentes thématiques comme le mariage, enfants en charge, PF, assainissement du milieu et alimentation de personnes de troisième âge.

**c. Au niveau Provincial :**

- Organiser les collectes de fonds pour les personnes de troisième âge dans la ZS de Boto.

**d. Au niveau des familles.**

- Déconseiller le mariage précoce et le mariage de jeunes filles avec les personnes très âgées ;
- Assainir le lieu de vie des personnes de troisième âge ;

**e. Aux personnes de troisième âge :**

- Eviter de récupérer tous les petits-fils à leur charge et le mariage avec les jeunes femmes.

**BIBLIOGRAPHIE.**

- [1] L. Pascal, "Évaluation de la qualité de vie des personnes âgées diabétiques en Seine-Maritime," U.F.R de médecine pharmacie de Rouen(France), 2014.
- [2] Robins et al, "Autonomie des personnes âgées," *ARS Poitou-Charentes*, vol. 155, p. 7 à 11, 2014.
- [3] A. Davinroy, "Analyse du processus d ' intervention d ' un programme ' activités physiques adaptées et qualité de vie ' chez des femmes âgées de 60 à 75 ans," Lorraine, 2016.
- [4] B.-S. L. D. et Al., "Évaluation de la qualité de vie liée à la vision des personnes âgées atteintes de démence vivant dans un établissement de soins de longue durée ; pertinence, mesure et application clinique.," *Journal Article.*, vol. ETMI 3, p. 1 à 34, 2015.
- [5] D. Zimmermann-Sloutskis, F. Moreau-Gruet, and E. Zimmermann, *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution OBSAN Rapport 54.* 2012.
- [6] Dominik Weber, "Santé et qualité de vie des personnes âgées," suisse, 2016.
- [7] D. S. S. Kouassi, "Conditions de vie des personnes du troisième âge dans une Afrique en récession économique : Le Cas du Cameroun," *Article* pp. 3–4, 2007.
- [8] John P. M. et M. Durant, "Les retraites face à la crise économique et financière," no. Éditorial et Résumé de panorama des pensions 2009, 2009.
- [9] F. Bacro and A. Florin, "Entre complexité et richesse : la diversité des défis liés à l'intérêt des chercheurs et des professionnels pour la qualité de vie," *La Qualité de vie, Fabien Bacro*, no. 32eme APSLF, pp. 7–12, 2014.
- [10] A. C. T. épouse SAY, "Les conditions de vie des personnes âgées en Cote d ' Ivoire : Regard sur la maltraitance à Adjamé Village," *Colloque. Int. Meknès Vieil. La Population. Dans les pays du Sud*, no. 2006 à 2007, p. 29 à 35, 2011.
- [11] A. B. et Al., "État de santé et environnement sociodémographique d'un groupe de personnes marocaines âgées," *Colloque. Int. Meknès Maroc ,17 au 19 mars 2011*, no. 2005, p. 100 à 105, 2011.
- [12] M. V. ROSSO-DEBORD, "Par la commission des affaires en conclusion des travaux de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes," 2010.
- [13] H. Sylvain, "Analyse de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes inscrites au réseau gérontologique de la Haute Saintonge.," 2014.
- [14] H.-J. von K. et Al., "La qualité de vie des personnes âgées dans les États-

- providence européens,” Cairn.info, vol. 38 ISSN 11, p. 133 à 138, 2003.
- [15] docteur J.-P. AQUINO, “Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société,” *J. Artic.*, p. 1 à 132, 2013.
- [16] T. L. L. et Y. Géry, “Promouvoir la santé des personnes âgées,” *Hist. médecine société*, vol. 401, p. 53, 2009.
- [17] aux P. handicapées Ministère français de la santé des solidarités, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, “Plan national ‘bien vieillir’ 2007 - 2009,” France, 2009.
- [18] I. L. P. N. N. S. (PNNS) 2011-2015, “Nutrition et diététique – les aliments destinés aux PA ; a une alimentation particulière,” *J. Artic.*, pp. 303–405, 2014.
- [19] M.-A. Delisle, “Les loisirs des personnes âgées : tendances actuelles et perspectives d’avenir,” *J. Artic.*, p. 15 à 342, 2005.
- [20] J. C. et Al, “Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010,” *Zoom Santé*, vol. 34, pp. 1–12, 2012.
- [21] P. RUTTEN, “Soutenir les liens sociaux de la personne âgée dépendante pour une vie de qualité à domicile,” Rennes, France, 2003.
- [22] conseil national des Aînés, “Briser l’isolement chez les aînés,” paris.
- [23] A. LOONES and E. D.-A. P. JAUNEAU, “La fragilité des personnes âgées : Perceptions et mesures,” *J. CREDOC*, p. 36 à 37, 2008.
- [24] L. G. et A. Loones, “Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées,” *CREDOC*, vol. 245 • ISSN, pp. 1–4, 2011.
- [25] S. V. et Al, *Vieillir, mais pas tout seul*, Fondation. Belgique.
- [26] F. CARSAT Bourgogne--Comité, “Cahier des charges de la thématique sommeil version 2017,” *IMPA*, p. 1 à 16, 2017.
- [27] M. Amadou Sanni, “Les défis urbains du vieillissement au Bénin,” *Acte du colloque international de Meknès*. p. 13, 2011.
- [28] M. Torres and M. Torres, “Statut nutritionnel de la personne âgée vivant à domicile : prévalence, facteurs associés et conséquences,” 2014.
- [29] B. Schoumaker, “Le vieillissement en Afrique subsaharienne,” *Espace. Popul. Soc.*, vol. 18, no. 3, pp. 387–388, 2016.
- [30] E. C. E. DIMI, “Situation socio-économique des personnes âgées au Cameroun État des lieux et facteurs explicatifs Esther,” *Colloque. Int. Meknès Maroc ,17 au 19 mars 2011*, no. 2005, p. 412 à 430, 2011.

- [31] George Musavuli à Butembo (R.D.C) ; Prise en charge des personnes du troisième âge. p. 1 à 10, 2011.
- [32] K. BOUAZIZ, "Conditions de vie et santé des personnes âgées en Algérie Karima," *Colloque. Int. Meknès*, p. 123 à 124, 2011.
- [33] N. Marie-Line, "les personnes âgées au Japon : Entre place attribuée et le rôle à trouver," Japon, 2003.
- [34] R. C. Johan Van der Heyden, "Qualité de vie liée à la santé," Bruxelles, 2014.

## ANNEXE

### LETTRE DE CONSENTEMENT

Mon nom est ....., je travaille pour le compte du ministère de la santé publique. En collaboration avec l'Ecole de santé Publique de Kinshasa, nous interrogeons les ménages de la Zone de Santé de BOTO pour évaluer le niveau économique et la qualité de vie de personnes de troisième âge.

J'aimerais vous poser quelques questions. Vos réponses seront strictement gardées de manière confidentielle. Aucun lien ne pourra être fait entre ce que vous dites et votre nom. Vous n'êtes pas obligé de répondre à une question que vous trouvez difficile à répondre. Votre participation est volontaire. Nous vous prions de répondre honnêtement aux questions afin de nous aider à mieux comprendre le niveau économique et la qualité de vie de personnes de troisième âge dans la ZS de BOTO. Nous apprécions votre aide en répondant à ces questions. L'interview durera à peu près 45 minutes.

Pouvons-nous commencer maintenant ?

**OUI 1.**

**NON 2.**

Je certifie que l'enquêté(e) a été informé(e) de la nature, du but de l'étude et qu'il a donné librement un consentement verbal pour participer dans cette étude.

Signature de l'enquêteur \_\_\_\_\_ Date [ ] | [ ] [ ] | [ ] [ ] | [ ] | [ ]

## 1. QUESTIONNAIRE DE COLECTE DE DONNEES

### EVALUATION DU NIVEAU ECONOMIQUE ET LA QUALITE DE VIE DE PERSONNES DE TROISIEME AGE (65 ANS ET PLUS) DANS LA ZONE DE SANTE DE BOTO

001 NUMERO DU QUESTIONNAIRE [\_\_|\_\_|\_\_]

002 AIRE DE SANTE \_\_\_\_\_

003 VILLAGE/RUE \_\_\_\_\_

004 NUMERO DU MENAGE [\_\_|\_\_|\_\_]

005 ENQUETEUR : NOM : \_\_\_\_\_ CODE [\_\_|\_\_]

006 DATE DE L'ENQUETE : [\_\_|\_\_] [\_\_|\_\_] [\_\_|\_\_][\_\_|\_\_]

007 Contrôlé par le superviseur..... Signature\_\_\_\_\_

Date [\_\_|\_\_] [\_\_|\_\_] [\_\_|\_\_][\_\_|\_\_]

#### RESULTAT DE L'ENTRETIEN

ENTRETIEN :	1. Achevé	2. Non-achevé	3. Refus de participer
-------------	-----------	---------------	------------------------

**SECTION I : CARACTERISQUES SOCIO-CULTURELLE DE LA PERSONNE DE TROISIEME AGE (65 ANS ET PLUS)**

	Questions et filtres	Réponses et codes	Passer à :
<b>Q 100</b>	Sexe de la personne du troisième âge	Masculin 1 Féminin 2	/___/
<b>Q 101</b>	Age de la personne du troisième âge	Age en années révolues 1 [__ __] Ne sait pas 2	
<b>Q 102</b>	En quelle année êtes-vous né ? Comparez et corrigez si besoin en fonction 101	Année 1 [__ __] [__ __] Ne sait pas 2	
<b>Q 103</b>	Avez-vous été à l'école ?	Oui 1 Non 2	2→105
<b>Q 104</b>	Quel est le niveau d'étude le plus élevé que vous avez atteint ?	Aucun 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4 Normale 5	
<b>Q 105</b>	Actuellement, quelle est votre religion ?	Catholique 1 Protestante 2 Kimbanguiste 3 Musulman 4 Eglise de réveil 5 Témoin de Jéhovah 6 Brahnamiste 7 Néo-apostolique 8 Sans religion 9 Autres 99 « à spécifier » : .....	

<b>Q 106</b>	Quel votre statut matrimonial actuel ? Lisez les choix de réponses	Célibataire 1 Marié 2 Veuf 3 Divorcé/Séparé 4	
<b>Q107</b>	Quel est votre statut dans le ménage où vous vivez ?	Chef de ménage 1 Parent du Chef de ménage 2 Beau-père ou belle-mère du chef de ménage 3 Ami et connaissance du chef du ménage 4 Fils du chef de ménage 5 Autre 99 « à spécifier » : ----- -----	
<b>Q108</b>	Combien de personnes y'a-t-il dans le ménage auquel vous appartenez ?	R/ _____	
<b>Q109</b>	Quel est le statut d'occupation de cette parcelle	Propriétaire 1 Locataire 2 Sous logé 3 Logé par l'employeur 4 Maison familial 5 Autre 99 (à préciser) : .....	
<b>Q 110</b>	Avez-vous des enfants à charge ?	Oui 1 Non 2	2 → Q112
<b>Q111</b>	Combien d'enfants à charge (Nombre d'enfants à charge)	[ ]   [ ]	
<b>Q112</b>	Qui vous prend en charge en cas de maladie ?	Moi-même 1 Mon époux ou épouse 2 Mes enfants 3 Mes petits fils 4 Les voisins 5 Autre 99 à spécifier ) -----	

## SECTION II : EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE

## QUESTIONNAIRE DE QUALITE DE VIE

### CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle

N°	DIMENSION	Très faible	Faible	Ni faible ni bonne	Bonne	Très bonne
1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<b>Très insatisfait(e)</b>	<b>Insatisfait(e)</b>	<b>Ni satisfait(e) ni insatisfait(e)</b>	<b>Satisfait(e)</b>	<b>Très satisfait(e)</b>
2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Extrêmement</b>
3	La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	Aimez-vous votre vie ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<b>Pas du tout</b>	<b>Un peu</b>	<b>Modérément</b>	<b>Beaucoup</b>	<b>Extrêmement</b>

6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	Etes-vous Capable de vous concentrer ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<b>Très difficilement</b>	<b>Difficilement</b>	<b>Assez Facile</b>	<b>Facile</b>	<b>Très facile</b>

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<b>Très Insatisfait(e)</b>	<b>Insatisfait(e)</b>	<b>Ni Insatisfait(e) Ni satisfait(e)</b>	<b>Satisfait(e)</b>	<b>Très satisfaites</b>
16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	18 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
23	Etes-vous satisfait(e) de votre logement ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>				
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>				
		<b>Jamais</b>	<b>Parfois</b>	<b>Assez souvent</b>	<b>Très souvent</b>	<b>Tout le temps</b>
26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	<input type="checkbox"/>				

### SECTION III : EVALUATION ECONOMIQUE

<b>Q 300</b>	Pouvez-vous nous dire par quel moyen gagnez-vous de l'argent ?	Commerce 1 Elevage 2 Agriculture 3 Transferts familiaux 4 Chasse 5 Sentinelle 6 Frais de pensions / retraite 7 Aucun 8 Autres 99 « à spécifier » : .....	8 → AQ301
<b>Q 301</b>	Comment gagnez-vous chaque jour de nourritures	La mendicité 1 Dons 2 Mon propre argent 3 Autre 99 « à spécifier » : .....	

<b>Q 302</b>	Exercez-vous actuellement une activité génératrice de recettes (AGR) ?	Oui 1 Non 2	2 → 304
<b>Q 303</b>	Quelle activité génératrice de recettes (AGR) faites -vous actuellement ?	<b>R/</b> _____	
<b>Q304</b>	Que faites-vous de la plus grande part des revenus issus de cette AGR ?	Nourritures 1 Soins médicaux 2 Les vêtements 3 Frais scolaires des enfants 4 Mutuelle de santé 5 Autre 99 « à spécifier » : ----- ----- ----- -----	
<b>Q305</b>	Qui pourvoie à la grande partie de vos besoins ?	Fils ou Fille 1 Petit(e) fils ou fille 2 Beau fils ou belle-fille 3 Les voisins 4 Eglise 5 Autre 99 « à spécifier » : ----- -----	
<b>Q306</b>	Actuellement à propos de votre situation financière, vous diriez plutôt que :	Vous êtes à l'aise 1 Ça va 2 Ça ne va pas 3 C'est difficile 4 C'est très difficile 5	

<b>Q307</b>	Parmi les 4 situations suivantes laquelle correspond mieux à votre situation actuelle ?	Vous mangez tous les aliments que vous souhaitez 1 Vous mangez à votre faim mais pas toujours les aliments que vous souhaitez 2 Il vous arrive parfois de pas avoir suffisamment à manger 3 Il vous arrive de rien trouver à manger 4	
-------------	---	--	--