

# RELATIONS INTERGÉNÉRATIONNELLES ENJEUX DÉMOGRAPHIQUES

*xvi<sup>e</sup> Colloque international de l'Aidelf  
Université de Genève, 21-24 juin 2010*



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE  
A I D E L F – 133, boulevard Davout – 75980 Paris Cedex 20 (France) – <http://www.aidelf.org>

# La prise en charge familiale des personnes âgées au Congo

---

**Gaston NGOMA MASSALA**

Direction Générale de la Population

## Introduction

Depuis 1960, les études démographiques réalisées dans les différents pays relèvent que l'espérance de vie a augmenté dans les pays développés et ce phénomène commençait à être observé également dans les pays en développement, plus particulièrement dans les milieux urbains.

Selon les prévisions de l'INSEE, le nombre de personnes de 85 ans devrait quadrupler entre 2000 et 2050 dans le monde<sup>1</sup>. Le bouleversement démographique en cours présente un défi majeur, car vivre de plus en plus longtemps ne présente d'intérêt pour les personnes âgées que lorsqu'elles bénéficient d'une prise en charge conséquente de la part de l'État, de la famille, de la communauté et si elles sont davantage considérées et respectées.

En ce qui concerne le Congo, il a été observé une augmentation sensible des personnes du troisième âge (personnes âgées d'au moins 56 ans). Un vieillissement progressif dont le taux est passé de 1,3% en 1960 à 5,7% en 1984, selon les estimations réalisées en 1995 par le Centre National de la Statistique et des Études Économiques (CNSEE), confirmées par le recensement général de la population de 2007, la tendance serait toujours en augmentation.

D'ailleurs, la stratégie nationale de promotion de la santé des personnes âgées relève également le vieillissement progressif de la population et les problèmes de la mise en œuvre d'une action visant à répondre aux besoins essentiels des personnes âgées<sup>2</sup>.

En outre, cette évolution se traduit par une détérioration de leur qualité de vie qui affecte leur épanouissement à cause du relâchement des liens claniques, de l'insuffisance de la solidarité en milieu urbain, mais surtout de l'impuissance de l'État.

En l'absence des structures et d'institutions spécialisées, c'est la famille qui les prend charge alors qu'elle est victime de la pauvreté, du chômage (32,6% à Brazzaville et 31,5% à Pointe-Noire)<sup>3</sup>, de la précarité, de la misère qui limite ses actions de solidarité.

En effet, certaines personnes âgées connaissent les changements dans leur vie par l'éloignement des amis, de certains membres de la famille, mais aussi des jeunes qui éprouvent une certaine méfiance à leur égard. Les soins dont ils ont besoin leur sont donnés parfois avec négligence pour certains et non partagés en famille pour d'autres.

Aussi, les personnes âgées, jadis vénérées, considérées comme des patriarches, des bibliothèques vivantes et dépositaires de la sagesse de la culture ancestrale, des éducateurs et détenteurs du savoir, des représentants des ancêtres et intermédiaires entre les morts et les vivants, sont-elles confrontés aux problèmes suivants : l'accès aux soins médicaux, la sous-alimentation, la carence socio-affective, les violences et la maltraitance.

De même, vivant tous autrefois dans leurs familles, choyées, aimées et respectées par tous les membres de la société, les personnes âgées, sont aujourd'hui négligées, rejetées, sous

---

<sup>1</sup> INSEE : Bilan démographique, n°757, février 2001.

<sup>2</sup> Ministère de la Santé de la Solidarité et de l'Action Humanitaire (M.S.S.A.H.) : Stratégie nationale de promotion de la santé des personnes âgées 2000-2010, Brazzaville, 2000.

<sup>3</sup> Centre National de Statistique et des Études Économiques : Enquête auprès des ménages pour l'évaluation de la pauvreté, COM, 2005.

estimées, abandonnées à leur triste sort. Les familles, soumises également à une forte pression, les placent parfois dans les hospices ou les centres d'accueil. Ce phénomène, considéré comme marginal à l'époque, est devenu visible en milieu urbain.

Pour ce faire, les questions suivantes de notre problématique méritent d'être posées : Quels types de relations intergénérationnelles entretiennent les jeunes et adultes d'une part et les personnes âgées de l'autre lors de la prise en charge familiale ? Quelles sont les besoins en matière de prise en charge exprimés par les personnes âgées ? Comment se réalise cette prise en charge ? Qu'est-ce qui peut justifier la désinvolture ou la négligence de la solidarité des jeunes et adultes envers les personnes âgées ? Pourquoi les pouvoirs publics sont-ils démissionnaires ?

Notre étude se propose de connaître les facteurs qui limitent la prise en charge familiale des personnes âgées, les causes qui les engendrent et les conséquences qui en découlent en vue de proposer des approches de solutions.

Elle a donc pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées en milieu urbain.

Pour atteindre cet objectif, notre étude poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- déterminer les caractéristiques socio-économiques et sociodémographiques des populations cibles qui ont un impact sur la prise en charge des personnes âgées ;
- identifier les besoins en matière de prise en charge des personnes âgées et les facteurs sociaux qui limitent cette prise en charge ;
- analyser ces facteurs limitatifs de l'aide et de la solidarité envers les personnes âgées, à partir des causes et des conséquences ;
- proposer des approches de solutions.

Au regard de nos questions de recherche, nous avons émis les hypothèses suivantes :

- les personnes âgées inactives et atteintes des maladies incurables et de longue durée seraient exposées à l'isolement et à l'abandon ;
- le chômage, la pauvreté, la misère et la grande précarité des familles réduit leur capacité de prendre en charge de façon efficace et durable les personnes âgées et occasionne leur placement dans les hospices ;
- l'État, qui manque de politique spécifique en matière de prise en charge des personnes âgées, est démissionnaire.

Notre étude a aussi permis de recueillir des données quantitatives et qualitatives à partir d'un questionnaire structuré au près des jeunes, des adultes, des membres de la famille et des personnes âgées, suivi des entretiens pour permettre une bonne appréciation de la situation.

La population cible est composée des personnes âgées (56 ans et plus) demandeuses de prise en charge, les jeunes et les adultes, preneurs en charge, vivant dans les deux grandes villes que sont Brazzaville et Pointe-Noire, puisque le phénomène est observé dans ce champ.

Pour constituer l'échantillon, la méthode d'échantillonnage non probabiliste a été privilégiée compte tenu de la spécificité des populations interrogées. À cet effet, une population de 550 sujets individus a été touchée dans les logements dont 350 à Brazzaville et 200 à Pointe-Noire, à raison de 50 sujets par arrondissement.

Les informations ont été recueillies sur les variables suivantes :

- les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques des personnes âgées et des acteurs de prise en charge ;
- les besoins en matière de prise en charge exprimés par les personnes âgées ;
- les bénéficiaires d'une assistance et le type d'assistance ;

- les acteurs (donneurs) de prise en charge ;
- les raisons justifiant l'aide et sa qualité, la désinvolture ou la négligence.

Notre communication comprend deux parties qui traitent respectivement des caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques des personnes enquêtées et de la prise en charge familiale effective des personnes âgées, ses limites et les approches de solutions.

## **1. Caractéristiques socioéconomiques et sociodémographiques des personnes enquêtées**

Les personnes concernées par notre enquête sont essentiellement les acteurs de la prise en charge familiale constitués par les jeunes et les adultes d'une part et les personnes âgées de l'autre vivant en milieu urbain.

### **1.1. Caractéristiques socio-économiques et sociodémographiques des jeunes et des adultes**

Au Congo, on constate que 53% de la population a moins de 20 ans alors que les adultes représentent 41,8% de la population totale.

Les caractéristiques socio-économiques et sociodémographiques de notre étude portent sur les variables qui ont une incidence sur la prise en charge des personnes âgées, notamment : le statut, le sexe, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et la situation socio-économique.

#### **1.1.1. Statut des jeunes et adultes enquêtées**

Parmi les personnes enquêtées figurent les jeunes qui enregistrent dans l'ensemble une proportion de 67,7% et les adultes totalisent 32,3%. Les écarts observés dans les deux localités ne sont pas importants.

TABLEAU 1 : REPARTITION DES PERSONNES ENQUETEES PAR STATUT

Statuts	Localité				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Jeunes	124	67,4	79	68,1	203	67,7
Adultes	60	32,6	37	31,9	97	32,3
Total	184	100,0	116	100,0	300	100,0

*Source* : MSASF : Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008

#### **1.1.2. Répartition par sexe des jeunes et des adultes enquêtés**

Les hommes, quel que soit le statut, sont majoritairement représentés dans l'échantillon, soit 59,6% auprès de jeunes et 51,5% d'adultes. Les proportions des femmes ne sont pas toutefois négligeables, elles varient de 40,4% chez les jeunes à 48,5% chez les adultes.

Quant à l'âge des jeunes interrogés, il varie de 15 à 25 ans tandis que celui des adultes oscille entre 26 et 55 ans.

TABLEAU 2 : REPARTITION DES PERSONNES ENQUÊTEES PAR SEXE

Statuts Sexes	Jeunes		Adultes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Hommes	121	59,6	50	51,5	171	57,0
Femmes	82	40,4	47	48,5	129	43,0
Total	203	100,0	97	100,0	300	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 1.1.3. Répartition des jeunes et des adultes selon la situation matrimoniale

L'examen des données sur la situation matrimoniale montre que les jeunes sont dans leur très grande majorité des célibataires (95,6%) alors que les adultes n'enregistrent que 17,5%. Ces derniers, dans les mêmes proportions sont soit mariés (29,9%), soit vivant en union libre. Les autres situations de célibat, de divorce ou de veuvage enregistrent de très faibles proportions.

TABLEAU 3 : REPARTITION DES JEUNES ET DES ADULTES SELON LEUR ETAT MATRIMONIAL

État matrimonial	Jeunes		Adultes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Célibataire	194	95,6	17	17,5	211	70,3
Marié(e)	2	1,0	29	29,9	31	10,4
Divorcée	1	0,4	12	12,4	13	4,3
Veuve	0	0,0	10	10,3	10	3,3
Union libre	6	3,0	29	29,9	35	11,7
Total	203	100,0	97	100,0	300	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 1.1.4. Répartition des jeunes et des adultes par niveau d'instruction selon le statut

En ce qui concerne leur niveau d'instruction, la majorité des jeunes a été scolarisé (82,3%) contre 17,2% d'entre eux qui ne l'ont jamais été. Les résultats de l'enquête font apparaître qu'au fur et à mesure que le niveau d'instruction s'élève, la proportion des jeunes scolarisés augmente. Ainsi, le niveau du collège enregistre 18,7% de jeunes, tandis que 27,6% ont atteint le niveau du lycée, 34,0% le cycle supérieur et seulement 2% le cycle primaire.

Comparé au niveau d'instruction des jeunes, on constate que les adultes sont moins scolarisés. En effet, 30,9% d'entre eux sont analphabètes et 8,2% ont le niveau primaire. Toutefois, 19,6% d'adultes ont atteint le niveau du collège, 22,7% le lycée et 16,5% le cycle supérieur, soit un peu plus du tiers a atteint un niveau satisfaisant (lycée et enseignement supérieur).

TABLEAU 4 : REPARTITION DES JEUNES ET DES ADULTES SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION

Niveau d'instruction	Jeunes		Adultes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Jamais été à l'école	35	17,2	30	30,9	65	21,7
Primaire	4	2,0	8	8,2	12	4,0
Collège	38	18,7	19	19,6	57	19,0
Lycée	56	27,6	22	22,7	78	26,0
Supérieur	69	34,0	16	16,5	85	28,3
Sans réponse (SR)	1	0,5	2	2,1	3	1,0
Total	203	100,0	97	100,0	300	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 1.1.5. Répartition socioéconomique des jeunes et des adultes interrogés par situation socio-économique

La situation socioéconomique des jeunes et des adultes interrogés se caractérise par des taux élevés des jeunes (67,0%) et des adultes (82,5%) exerçant une activité au moment de l'enquête. Ces activités sont, dans la plupart des cas, exercées dans le secteur informel et ne génèrent pas de gros revenus et les jeunes sont en particulier plus exposés. L'absence d'emplois dans le secteur formel contraint donc les diplômés sans emplois d'exercer des activités de la débrouille pour leur survie. Les chômeurs pour leur part ne sont pas totalement au chômage car ces derniers exercent occasionnellement de petites activités. Ces petites activités exercées également par les élèves et étudiants leur permettent de satisfaire leurs besoins, mais parfois de prendre en charge leurs parents.

TABLEAU 5 : SITUATION SOCIOECONOMIQUE DES JEUNES ET DES ADULTES INTERROGES

Situation socio-économique	Jeunes		Adultes		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Occupés	136	67,0	80	82,5	216	72,0
Élèves/étudiants	33	16,2	0	0,0	33	11,0
Chômeurs	29	14,3	8	8,2	37	12,3
SR	5	2,5	9	9,3	14	4,7
Total	203	100,0	97	100,0	300	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

## 1.2. Caractéristiques socio-économiques des personnes âgées enquêtées

Les caractéristiques socio-économiques de notre étude sont celles qui ont un lien avec la nature de la demande de prise en charge, notamment : le sexe, l'âge, le mode d'hébergement, la situation professionnelle et individuelle ainsi que la situation des pensionnés.

### 1.2.1. Répartition des personnes âgées selon le sexe

Parmi les personnes âgées enquêtées, les hommes sont majoritairement représentés avec respectivement 66,0% et les femmes sont de l'ordre de 34,0%.

TABLEAU 6 : REPARTITION DES PERSONNES AGEES PAR SEXE

Sexe	Effectif	%
Hommes	165	66,0
Femmes	85	34,0
Total	250	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 1.2.2. Répartition des personnes âgées selon l'âge

Lorsqu'on parle des personnes âgées, on aborde habituellement les personnes qui sont âgées de 65 ans et plus. Cependant, tenant compte des réalités du pays, l'âge a été ramené à 56 ans<sup>4</sup> qui correspond à l'âge de la mise à la retraite des agents de l'État. Dans ce contexte, il a été jugé utile de prendre en compte cette tranche d'âge pour que leurs préoccupations soient intégrées dans les actions futures à mener.

Par rapport à l'âge de la population enquêtée (56 à 90 ans), l'enquête a touché surtout la tranche d'âge compris entre 65-75 ans dans une proportion de 40,8%. Cette tranche est suivie de 76-85 ans dans 26,8% des cas. La tranche d'âge 86 ans et plus enregistre une proportion moindre (13,2%). Deux individus n'ont pas répondu à cette question du fait qu'ils ne connaissaient pas leur âge.

TABLEAU 7 : REPARTITION DES PERSONNES AGEES PAR AGE

Groupe d'âge	Effectif	%
56-64 ans	46	18,4
65-75 ans	102	40,8
76-85 ans	67	26,8
86 et plus	33	13,2
SR	2	0,8
Total	250	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

Par rapport aux localités, les différences sont insignifiantes et les caractéristiques sont semblables dans les deux villes.

### 1.2.3. Répartition des personnes âgées selon le mode d'hébergement

Malgré les mutations survenues dans la société congolaise, les résultats de l'enquête montrent que les personnes âgées continuent de vivre dans les ménages dans 94,8% des cas, soit dans leur propre domicile, ou auprès de leurs enfants ou encore chez d'autres parents. Cette situation démontre que le pays n'a pas la vocation d'héberger les personnes âgées dans les institutions sociales, comme il est de règle dans les pays industrialisés. Ce maintien d'une forte majorité des personnes âgées dans la cellule familiale est un atout important qui témoigne de la survivance de la solidarité traditionnelle. Dans la société traditionnelle, la famille reste structurée autour des personnes âgées considérées comme des patriarches à qui incombent les responsabilités de gérer les familles élargies.

<sup>4</sup> 56 ans était l'âge à la retraite lors du déroulement de l'enquête, actuellement cet âge est passé à 60 ans.

En effet, les personnes âgées ont toujours été respectées, vénérées et assistées au plan économique et social. Ce principe de solidarité a safeguardé l'unité familiale. Cependant, la famille actuelle est confrontée à de profondes mutations économiques et culturelles qui ont des implications dans sa structure et son fonctionnement qui se traduisent par l'effritement de la cohésion familiale, la nucléarisation de la famille, le relâchement de la solidarité traditionnelle et de l'entraide au profit de l'individualisme. C'est ainsi que les résultats révèlent la présence des personnes âgées vivant dans les hospices et les centres d'accueil. Certes les proportions sont dérisoires, mais c'est un signal fort qui mérite une attention particulière dans les actions à entreprendre dans le cadre de la prévention et la protection des personnes âgées.

TABLEAU 8 : REPARTITION DES PERSONNES AGEES SELON LE MODE D'HEBERGEMENT

Mode d'hébergement	Effectif	%
Ménage	237	94,8
Hospice	3	1,2
Centre d'accueil	10	4,0
Total	250	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

Il est à noter que cette insertion des personnes âgées en milieu familial ne garantit pas une prise en charge conséquente.

#### 1.2.4. Situation individuelle des personnes âgées

En ce qui concerne la situation individuelle des personnes âgées enquêtées, 48,80% sont des pensionnaires dont 50,6% à Brazzaville et 45,3% à Pointe-Noire. Par contre, 11,2% d'entre elles perçoivent la pension de veuvage, les proportions enregistrées dans les deux villes présentent un écart très minime. Par ailleurs, 15,9% vivent de leur rente.

TABLEAU 9: REPARTITION DES PERSONNES AGEES PAR SITUATION INDIVIDUELLE SELON LA LOCALITE

Situation individuelle	Localité				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Pensionnaire	84	50,6	38	45,3	122	48,8
Pension veuvage	16	9,6	6	7,1	22	8,8
Rentier	22	13,3	8	9,6	30	12,0
Occupée	37	22,3	20	23,8	57	22,8
Sans réponse	7	4,2	12	14,2	19	7,6
Total	166	100,0	84	100,0	250	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

La proportion des pensionnaires proche de la moyenne (48,8%) rend compte de la réalité en matière d'activités économiques de la population. En effet, le salariat est toujours l'apanage d'environ 50,0% des actifs vivant en milieu urbain.

### 1.2.5. Répartition des personnes âgées selon la situation professionnelle antérieure

La plupart des personnes retraitées ont été des salariées dans le secteur étatique ou privé dont 61,2% des cas à Brazzaville, tandis que la ville de Pointe-Noire enregistre une proportion de 55,7%. Pour leur part, les indépendants représentent 41,0% à Pointe-Noire et Brazzaville en compte 30,1%. Les employeurs sont minoritaires parmi les personnes âgées interrogées.

TABLEAU 10 : REPARTITION DES PERSONNES AGEES SELON LA SITUATION PROFESSIONNELLE ANTERIEURE

Situation professionnelle antérieure	Localité				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Salarié	63	61,2	34	55,7	97	59,1
Indépendant	31	30,1	25	41,0	56	34,6
Employeur	7	6,8	2	3,3	9	5,5
Autres	2	1,9	0	0,0	2	1,2
Total	103	100,0	61	100,0	164	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 1.2.6. Répartition des personnes âgées par catégorie professionnelle selon la localité

Près de la moitié (49,6%) des personnes âgées sont retraitées, dont 50,6% à Brazzaville et 47,7% à Pointe-Noire. Cette catégorie est suivie des personnes âgées vivant de leur rente, 16,9% à Brazzaville et 14,3% à Pointe-Noire, tandis que dans la même ville, on note un peu plus de personnes occupées qu'à Brazzaville (17,9% contre 14,5%). Les inactives et les ménagères enregistrent de très faibles proportions.

TABLEAU 11 : REPARTITION DES PERSONNES AGEES PAR SITUATION PROFESSIONNELLE SELON LA LOCALITE

Catégorie professionnelle	Localité				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Retraité	84	50,6	40	47,7	124	49,6
Rentier	28	16,9	12	14,3	40	16,0
Occupée	24	14,5	15	17,9	39	15,6
Inactive	11	6,6	9	10,7	20	8,0
Ménagère	16	9,6	6	7,1	22	8,8
SR	3	1,8	2	2,3	5	2,0
Total	166	100,0	84	100,0	250	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 1.2.7. Répartition des personnes âgées occupées par type d'activités

Les observations empiriques démontrent que, faute d'une protection sociale, plusieurs personnes très âgées, ayant travaillé dans l'informel continuent d'exercer une activité au moment de l'enquête. D'autres, par contre, qui exerçaient dans le secteur formel, ont rejoint l'informel, du fait de la baisse de leur revenu.

En ce qui concerne leur occupation, 45,0% exercent les activités agricoles, 37,0% le petit commerce qui se résume souvent à un petit étale contenant des produits divers, installé la plupart des cas devant la parcelle. Tandis que 21,0% se concentrent dans des activités artisanales. Il faut noter que ces activités se caractérisent par des faibles revenus qui ne permettent pas d'être à l'abri de la pauvreté.

TABLEAU 12 : REPARTITION DES PERSONNES AGEES PAR TYPE D'ACTIVITES

Types d'activités par localité	Localité				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Agricole	40	55,5	14	29,2	54	45,0
Artisanale	9	12,6	12	25,0	21	21
Petit commerce	18	25,0	19	39,6	37	37
Ouvrier	5	6,9	3	6,3	8	8
Total	72	100,0	48	100,0	120	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 1.2.8. Situation des pensionnaires

La situation des pensionnaires enquêtés est très précaire et en particulier ceux de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) qui sont payés par trimestre. Cette caisse enregistre également des retards importants dans le paiement des pensions. Par contre, ceux régis par la Caisse de Retraite de Fonctionnaire (CRF) connaissent une situation meilleure malgré quelques retards observés dans le paiement de leur pension. Mais au-delà de cette situation, se pose un problème d'accessibilité physique aux caisses.

Par rapport à leur capacité à se mouvoir, 72,1% de pensionnaires, perçoivent individuellement leur pension dans les caisses de retraite présentes au Congo. Par contre, les problèmes de maladie et d'incapacité à se mouvoir empêchent 27,9% de pensionnaires de percevoir eux mêmes leurs pensions.

TABLEAU 13 : REPARTITION DES PERSONNES AGEES POUVANT PERCEVOIR ELLES MEMES LEUR PENSION

Perception de la pension par la personne âgée	Localité				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	73	72,3	33	71,7	106	72,1
Non	28	27,7	13	28,3	41	27,9
Total	101	100,0	46	100,0	147	100,0

Source : MSASF : Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008

Lorsqu'elles ne sont pas capables de percevoir leur pension, 43,3% des personnes âgées se font aider par leur conjoint et par leurs enfants (38,3%). Le recours aux autres membres de la famille est faible (15,0%).

TABLEAU 14 : PERCEPTION DE LA PENSION PAR AUTRE PERSONNE

Perception de la pension par localité	Localité				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Enfant	17	37,0	6	42,9	23	38,4
Conjointe	18	39,2	8	57,1	26	43,3
Parent	9	19,6	0	0,0	9	15,0
Autre	2	4,2	0	0,0	2	3,3
Total	46	100,0	14	100,0	60	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

Il nous a été signalé que plusieurs pensionnaires non valides sont victimes d'escroquerie (ponction d'une partie de la pension) ce qui réduit leur revenu et les fragilise.

De même, l'accès à une pension ne met pas à l'abri de la précarité une proportion élevée des personnes âgées. D'ailleurs la majorité des pensionnés trouvent la pension insuffisante pour satisfaire leurs besoins primaires.

### 1.3. Relations intergénérationnelles entre les jeunes, les adultes et les personnes âgées

#### 1.3.1. Cohabitation avec une personne âgée

Les résultats de l'enquête révèlent que 60,0% de jeunes et 59,3% d'adultes vivent avec des personnes âgées dans leur ménage. Ce maintien des personnes âgées dans la cellule familiale est un atout important qui témoigne de la survivance de la solidarité traditionnelle. La famille reste structurée autour des personnes âgées à qui incombent les responsabilités d'enfant. Cependant, les mutations diverses intervenues dans la famille vivant en milieu urbain en particulier, tendent de mettre à mal ce rôle. Actuellement, dans certaines familles, leur influence devient de moins en moins importante, voire nulle.

En outre, l'enquête a révélé que certains adultes incitent les jeunes à maltraiter les personnes âgées pour régler leur contentieux avec elles.

TABLEAU 15 : PRESENCE DES PERSONNES AGEES DANS LE MENAGE

	Oui		Non		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Jeunes	111	60,0	74	40,0	185	100,0
Adultes	51	59,3	35	40,7	86	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

## 2. La nature de la prise en charge familiales des personnes âgées et ses limites

### 2.1. La nature de la prise en charge des personnes âgées

La prise en charge des personnes âgées suppose la connaissance de leurs besoins par les familles avant de trouver les moyens susceptibles de les prendre en charge.

### 2.1.1. Les besoins en matière de prise en charge

Parmi les besoins qui nécessitent la prise en charge, figure en premier l'assistance aux soins médicaux, qui enregistre 24,6% des opinions des personnes âgées. Le second besoin exprimé concerne l'alimentation dans 20,8% des cas et dans une proportion de 19,2%, le besoin d'assistance sanitaire. Les autres besoins exprimés concernent la demande d'aide pour les besoins biologiques (16,2%), le besoin de se mouvoir (15,4%), de se vêtir (2,3%) et de prendre la douche (1,5%). Ces besoins cités sont souvent difficiles à prendre en charge par la famille qui est mal préparée pour donner des réponses à ces différentes attentes. Ce qui explique parfois, l'abandon dont ils sont l'objet.

De même, compte tenu des limites des familles en ce qui concerne le niveau de leur assistance, les besoins des personnes âgées prises en charge ne sont satisfaites que partiellement. Dans ce contexte, les soins dispensés par les membres de la famille sont affectés par des facteurs tels que la qualité des soins du point de vue technique et professionnel et particulièrement la dimension émotionnelle et affective qui pourrait être affectée par les charges et les tensions auxquelles sont soumis les donneurs de soins. Pour ce faire, les membres de la famille de la personne âgée se cotisent pour supporter ensemble les frais relatifs à ses soins.

TABLEAU 16 : BESOINS EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE

Type de besoins	Effectif	%
Assistance sanitaire	32	24,6
Alimentaire	27	20,8
Assistance aux soins	25	19,2
Aide à faire les besoins biologiques	21	16,2
Aide à se mouvoir	20	15,4
Aide à se vêtir	3	2,3
Aide à prendre la douche	2	1,5
Total	130	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

Lors de nos entretiens avec les personnes âgées, la quasi-totalité a révélé qu'elle souffre d'un manque d'affection, vécu par elles comme un acte de rejet.

### 2.1.2. La prise en charge sanitaire

#### 2.1.2.1. L'état de santé des demandeurs des soins

Les résultats de l'enquête révèlent que près de la moitié des personnes âgées (49,1%) sont indépendantes et en bonne santé, alors que plus du tiers sont dépendantes (34,2%). Les personnes âgées qui souffrent d'invalidité (5,0%), de maladies incurables (4,6%), de déficience mentale (3,9%) et d'impotence (3,2%) sont difficiles à prendre en charge. Cependant, par manque de structures et d'institutions spécialisées, les familles sont contraintes de les prendre en charge. Cependant, malgré la bonne volonté des membres de la famille, dans certains cas, ces problèmes de soins peuvent déboucher sur l'abandon progressif et peut être à la mort de l'individu.

TABLEAU 17 : REPARTITION DES PERSONNES AGEES PAR MOBILITE PHYSIQUE ET ETAT DE SANTE

État physique de la personne	Effectif	%
Indépendante et saine	138	49,1
Dépendante	96	34,2
Invalide	14	5,0
Maladie incurable	13	4,6
Déficiente	11	3,9
Impotente	9	3,2
Total	281	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 2.1.2.2. Les besoins sanitaires exprimés par les personnes âgées

Par rapport à leur statut sanitaire, 33,6% des personnes âgées souhaitent une assistance sanitaire pour leur bien être social. Une proportion non négligeable (19,7%) a besoin des soins à domicile et dans des proportions semblables, 17,2% réclament la gratuité des soins médicaux ou des soins psychogériatriques.

TABLEAU 18 : REPARTITION DES BESOINS EXPRIMES

Besoins exprimés	Effectif	%
Assistance sanitaire	41	33,6
Soins à domicile	24	19,7
Gratuité de soins médicaux	21	17,2
Soins psychogériatriques	21	17,2
Réduction charge familiale	15	12,3
Total	122	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 2.1.2.3. Les donneurs de soins

Même si certaines familles sont réticentes pour fournir des soins aux personnes âgées, cette tâche leur incombe toujours de fait car elles y sont obligées. De même, la famille a été et reste la source principale de la grande partie des soins à pourvoir. En effet, sur l'ensemble des personnes âgées vivant dans les ménages, 74,7% sont prises en charge par leurs enfants, tandis que 16,5% bénéficient des soins d'autres membres de la famille et dans de très faibles proportions, les donneurs sont, soit l'église ou des tierces personnes.

Cependant, même lorsqu'il y a plusieurs enfants, la responsabilité de soins incombe le plus souvent à une seule personne et les autres n'interviennent que de manière sporadique. Pour celles qui n'ont pas d'enfants, leur absence ne correspond pas à l'abandon total de la personne âgée, parce que certains membres de la famille s'impliquent toujours dans cette prise en charge. Selon les déclarations des personnes âgées, les services sociaux demeurent très en deçà des attentes des personnes âgées.

En ce qui concerne les 13 personnes âgées vivant dans les centres d'accueil ou les hospices, leur prise en charge est assurée par les centres d'hébergement qui bénéficient parfois des aides de l'Église, des ONG, des personnes morales et de temps en temps des services

sociaux. Malgré ce contexte favorable, il se pose toujours la question de la prise en charge de l'État, d'où l'impression pour les familles d'être abandonnées. En effet, la difficulté la plus évidente réside dans l'abandon encouru par les personnes âgées dépourvues d'assistance familiale.

TABLEAU 19 : CATEGORIES DE DONNEURS DE SOINS AUX PERSONNES AGEES VIVANT DANS LES MENAGES

Donneurs de soins	Effectif	%
Enfants	177	74,7
Membre de la famille	39	16,5
Tierce personnes	11	4,6
Église	10	4,2

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 2.1.3. La prise en charge en matière d'assistance et d'aide

La pension étant jugée très insignifiante et payée de manière irrégulière, plusieurs personnes âgées ont réellement besoin d'aide complémentaire. Sur ce point, 65,2% de retraités bénéficient d'une aide et d'une assistance. La proportion des bénéficiaires est plus importante à Pointe-Noire (77,8%) qu'à Brazzaville (60,0%). Ces aides contribuent dans une certaine mesure à améliorer en partie leurs conditions d'existence difficile.

TABLEAU 20 : ASSISTANCE ET AIDE REÇUES

Assistance et aide reçues	Localité				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	39	60,0	21	77,8	60	65,2
Non	26	40,0	6	22,2	32	34,8
Total	89	100,0	27	100,0	92	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

#### 2.1.3.1. Raisons justifiant l'aide

Les raisons justifiant cette aide sont de quatre ordres, il s'agit avant tout d'un devoir parental ont déclaré 57,4% des personnes âgées interrogées, tandis que 3,2% citent l'obligation morale qu'elles ont vis-à-vis d'elles. Cependant, 25,5% les assistent malgré eux et octroient ces soins avec beaucoup de négligence, tandis que 13,8% les assistent avec beaucoup de désinvolture.

TABLEAU 21 : RAISONS JUSTIFIANT L'ASSISTANCE

Raisons d'assistance	Effectif	%
Devoir parental	54	57,4
Désinvolture	13	13,8
Négligence	24	25,5
Obligation morale	3	3,2
Total	94	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 2.1.3.2. Type d'assistance

L'absence ou la faiblesse des revenus issus de la pension, de la rente ou des activités de survie ne répondent plus aux nombreux problèmes générés par l'âge avancé. Aussi, 37,4% des personnes âgées reçoivent-elles une assistance multiforme ou alimentaire (20,2%). Les autres types d'assistance citées sont liées à l'aide de se rendre aux toilettes (26,3%), l'aide à se vêtir (11,1%) et à se laver et se coucher (5,1%).

TABLEAU 22 : TYPE D'ASSISTANCE

Type d'assistance	Effectif	%
Assistance multiforme	37	37,4
Alimentaire	20	20,2
Aide à se rendre aux toilettes	26	26,3
Aide à se vêtir	11	11,1
Aide à se coucher et se laver	5	5,1
Total	99	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 2.1.3.3. Bénéficiaires d'une assistance

Parmi les personnes âgées interrogées, 67,6% bénéficient d'une assistance multiforme tandis que 20,8% n'en bénéficient pas, ce qui constitue en soi un véritable problème pour la prise en charge de ces personnes. Il apparaît que le degré d'assistance offert aux personnes âgées diffère d'un statut à l'autre. En effet, à cause des limitations sur le degré d'assistance, les familles n'arrivent pas à satisfaire les besoins des personnes âgées. Cette restriction a des effets sur leur état sanitaire.

TABLEAU 23 : BÉNÉFICIAIRE D'UNE ASSISTANCE

Bénéficiaire d'une assistance	Effectif	%
Oui	169	67,6
Non	52	20,8
SR	29	11,6
Total	250	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 2.1.3.4. Répartition des donateurs

En l'absence des mécanismes publics de prise en charge des personnes âgées, c'est la solidarité traditionnelle qui joue ce rôle. Selon leurs déclarations, 79,7% de personnes âgées sont aidées tant bien que mal par leurs enfants, tandis que l'aide en provenance des parents est estimée à 10%. Les associations, les ONG et les confessions religieuses figurent également parmi les donateurs.

TABLEAU 24 : REPARTITION DES DONNEURS D'AIDE PAR LOCALITE

Localités Donneurs d'aide	Localités				Ensemble	
	Brazzaville		Pointe-Noire		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Enfants	33	84,5	14	70,0	47	79,7
Parents	4	10,3	1	5,0	5	8,5
ONG/association	1	2,6	1	5,0	2	3,4
confession religieuse	1	2,6	4	20,0	5	8,5
Total	39	100,0	20	100,0	59	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

En dépit de la crise qui fragilise les solidarités traditionnelles, ces résultats confirment l'idée selon laquelle « *en Afrique, les enfants constituent l'assurance vieillesse* » pour les personnes âgées qui ont eu la chance d'en avoir.

### 2.1.4. La prise en charge en matière alimentaire

#### 2.1.4.1. La prise de repas en famille

Pour des raisons de convenance et de convivialité familiale, 54,0% des personnes âgées prennent le repas seul. Par contre, 46,0% prennent le repas en famille, ce qui contribue à l'épanouissement et au bien-être de ces dernières.

TABLEAU 24 : MODE DE PRISE DE REPAS

Mode de prise de repas	Effectif	%
Prise de repas séparée	116	54,0
Prise de repas ensemble	99	46,0
Total	215	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

#### 2.1.4.2. Les raisons du mode solitaire de prise de repas

Les raisons justifiant ce comportement alimentaire est chez 49,6% l'habitude de manger seule auparavant. Par ailleurs à cause de la maladie ou d'un handicap gênant, ces personnes dans 48,1% mangent séparément des autres membres du ménage.

TABLEAU 25 : RAISONS DE PRISE DE REPAS

Raisons	Effectif	%
Habitude	67	49,6
Maladie ou handicap	65	48,1
Sans raison	3	2,2
Total	135	100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

Cette question mériterait d'être approfondie si le mode solitaire de prise de repas était ressenti par la personne âgée comme une réaction de rejet. En fait, les pratiques urbaines récentes ont quasiment banni le repas commun pour des raisons d'emploi de temps des différents membres de la famille, ce qui a conduit les parents à servir chacun « sa part » dans une assiette « à part », sauf pour les jours fériés et les dimanches.

Le mode solitaire de prise de repas par la personne âgée ne peut être que frustrant. Cependant, en cas de maladie ou de handicap, il est de bon aloi de garantir une alimentation suffisante et adaptée aux concernés, en mettant leur portion « à part ».

## 2.2. Les limites de la prise en charge des personnes âgées

Plusieurs raisons justifient la désinvolture ou la négligence dans la prise en charge des personnes âgées.

En effet, les causes de cette désinvolture et négligence découlent du comportement social ou du statut sanitaire de l'individu concerné. C'est ainsi que 48,4% justifient leur comportement du fait que la personne est grabataire et 20,3% parce qu'elle souffre d'une maladie de longue durée. Par ailleurs, 21,9% le font à cause des caprices de la personne âgée. Dans des proportions faibles, les enquêtés indexent ces personnes d'être trop exigeantes ou aigries. Ces pratiques sont plus relevées auprès des personnes qui ont cette lourde tâche de s'occuper de leurs parents biologiques.

TABLEAU 26 : RAISONS DONNEES POUR JUSTIFIER CETTE DESINVOLTURE OU NEGLIGENCE

Raisons	Effectif	%
Capricieuse	14	21,9
Exigeante	5	7,8
Grabataire	31	48,4
Aigrie	1	1,6
Longue maladie	13	20,3
Total		100,0

Source : MSASF, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville, 2008.

### 2.2.1. Les problèmes identifiés

L'analyse des résultats de l'enquête révèlent que les perceptions négatives dominantes ont pour socle, la peur de l'envoûtement et des pouvoirs magico religieux, principaux acteurs et « sachant » à même de démêler l'enchevêtrement des relations sociales, spirituelles et politiques qui expliquent les malheurs des uns et des autres. À cela s'ajoutent les difficultés de survie de la majorité des ménages urbains qui peuvent justifier l'impossibilité pour plusieurs familles de leur accorder les attentions et les soins quotidiens qu'exigent leurs états physique et mental. Par ailleurs, il est établi que les personnes âgées présentent les traits psychologiques qui ne sont pas en leur faveur : irascibilité, caprices, narcissisme, perte de mémoire, etc.

Pour les retraités, plusieurs d'entre eux n'ont pas su préparer leur retraite et comptent d'abord sur un « juste retour des choses » de la part de leurs enfants et petits enfants. Ils deviennent alors revendicatifs, grincheux et plaintifs. Les propos tenus par les jeunes et les adultes enquêtés confirment cette image négative dominante et la tentation « socialement légitimée » de les rejeter et voire les lyncher. Le problème social qui se pose est bien celui du risque élevé du rejet, de maltraitance et de violence à l'endroit des personnes âgées. Partant, les

personnes âgées éprouvent des difficultés à exercer leur rôle social en apportant leur expérience et en transmettant les valeurs.

### **2.2.2. Les causes identifiées**

La cause fondamentale est l'absence de politique sociale spécifique de promotion et de protection des personnes du 3<sup>ème</sup> âge, aggravé par :

- l'effritement des fondements culturels de la solidarité et de la sacralisation traditionnelle des personnes du 3<sup>ème</sup> âge ;
- les fortes pesanteurs économiques (lutte pour la survie) réduisant la disponibilité physique et financière des familles et justifiant les réticences et les difficultés de prise en charge ;
- les coûts élevés d'une prise en charge en milieu institutionnel fermé ;
- la persistance des croyances moyenâgeuses et contemporaines de sorcellerie ;
- la faible sensibilité des responsables politiques aux questions des personnes du 3<sup>ème</sup> âge.

Elles se rapportent aux capacités d'intervention des principaux concernés en l'occurrence les jeunes, les adultes et les personnes du troisième âge à travers les sentiments qui les animent. L'analyse des données de l'étude permet de distinguer trois types de cause.

#### **2.2.2.1. Les causes immédiates**

Deux causes immédiates peuvent expliquer les limites de la prise en charge :

- les limites objectives exprimées par les jeunes et les adultes en matière de possibilité de prise en charge au sein de la famille, dans le contexte actuel de pauvreté généralisée qui les transforme en (lourde charge) pour eux ;
- le sentiment dominant, chez les personnes âgées, d'inutilité, d'être en trop, un parasite et par conséquent d'aller jusqu'à s'auto accuser et accepter de se suicider.

Par principe, ces causes immédiates sont susceptibles de transformations positives rapides à travers des actions, à faible coût, de sensibilisation, d'information et de prévention de tout dérapage chez les jeunes et les adultes ainsi que des actions d'habilitation psychologique des personnes âgées. Ces actions restent insuffisantes tant que l'on ne s'attaquera pas aux racines du mal : les causes sous-jacentes.

#### **2.2.2.2. Les causes sous-jacentes**

Elles décrivent la disponibilité, les conditions d'accessibilité financière et géographique ainsi que les modes de gestion de l'offre de prestations ou de services minimum tant publics, privés que communautaires (familles).

En l'occurrence, l'offre se résume à des intentions pour les services publics, les organisations internationales et les rares structures d'accueil des œuvres caritatives religieuses, puis par conséquence à l'abandon de la quasi totalité de la prise en charge à des familles fragilisées par les dures conditions de vie et le système idéologique de la « sorcellerie ».

L'arbre des problèmes permet de répertorier six causes sous-jacentes regroupées sous les deux (2) causes immédiates identifiées.

##### **a. Le premier groupe de causes**

Le premier groupe de causes liées au sentiment d'inutilité et à l'auto flagellation chez les personnes âgées s'explique par :

- le manque d'information des personnes âgées sur l'évolution de leur état physique et psychologique, leur capacité intellectuelle et les possibilités de valorisation de soi ;

- le manque total de structure de prise en charge pouvant valoriser leurs capacités aux activités de sport, de loisirs, de culture et d'exercice d'un métier ou de participation à des activités sociales au bénéfice de la communauté (garde d'enfants, suivi scolaire, conseils etc.) ;
- les attitudes de lassitude des parents et de rejet au sein de la famille, unique structure actuelle de prise en charge au point de briser psychologiquement les vieilles personnes plongées dans l'incompréhension face à tant d'ingratitude.

Par conséquent, les personnes âgées abandonnées se sentent inutiles pour la communauté et peuvent développer (pour les plus fragiles) des pratiques d'auto-accusation et des tentatives de suicide.

### **b. Le deuxième groupe de causes**

Le deuxième groupe de causes sous-jacentes se rapportant au fait que la présence des vieux vécue par les jeunes et les adultes comme une lourde charge trouve des explications à partir des faits suivants :

- le faible pouvoir d'achat des familles qui ont du mal à faire face aux dépenses primaires d'alimentation ;
- la faible disponibilité des membres de la famille du fait de l'obligation de répondre aux exigences de la survie en milieu urbain (recherche d'emploi, souci et stress du chômage et des difficultés de la vie, emploi du temps chargé des enfants et des femmes ...) et face aux multiples exigences de soins, de suivi et d'accompagnement de personnes âgées particulièrement affaiblies physiquement (faible visibilité, surdité, faible motricité ...) ;
- enfin le nombre élevé de cas de personnes âgées très exigeantes.

Tous ces facteurs concourent à percevoir la personne âgée comme une véritable charge, surtout lorsqu'en plus, il est sans revenu personnel. Il suffirait que s'ouvrent, ici et là, des centres de repos et de prise en charge totale pour voir se développer les comportements de placement ou de bon débarras.

### **2.2.2.3. Les causes structurelles**

Les causes structurelles liées à l'environnement politique, social, culturel et économique constituent, enfin, le socle de tout l'édifice qui ne peut être ébranlé dans les brefs délais qu'en commençant par les causes sous-jacentes et immédiates. Elles se traduisent :

- au niveau politique en termes de faible sensibilisation des politiques à la gravité de la situation et l'absence de politique spécifique de protection et de la promotion des personnes âgées ;
- au niveau socioculturel par l'effritement des valeurs traditionnelles de solidarité et de sacralisation des personnes âgées ;
- au niveau économique, par la lutte pour la survie, le coût élevé de la vie, le stress du chômage et la misère qui laissent peu de place au respect des valeurs morales et aux dépenses de prise en charge des personnes âgées.

## **2.3. Les solutions envisagées**

Les solutions à envisager passent par des axes prioritaires à court et moyen termes suivants :

### **2.3.1. La protection des personnes âgées**

La protection des personnes peut être envisagée à travers les actions suivantes :

- la promotion de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC) sur les besoins spécifiques des personnes âgées (soins, accompagnement, suivi habilitation) à partir d'une étude sur les besoins spécifiques, en vue d'une meilleure sensibilisation de la communauté ;
- la promotion d'I E C sur les potentialités des personnes âgées, en direction des personnes elles-mêmes (habilitation) ;
- la promotion et l'appui aux Circonscriptions d'Action Sociale (CAS) et ONG de suivi-accompagnement en vue d'une intensification des IEC.

### ***2.3.2. La promotion de l'accompagnement psychologique et social des personnes âgées***

Cet accompagnement peut se réaliser à travers :

- le renforcement des capacités des familles dans le suivi et l'accompagnement des personnes âgées (appui en connaissances, compétences, en capacités financières de prise en charge ....) ;
- la mise en place d'un cadre institutionnel de protection et de promotion : direction centrale spécifique, services départementaux spécifiques à la santé et affaires sociales/cellules spécialisées dans les C.A.S ;
- la promotion du partenariat en vue de multiplier les intervenants et les possibilités de prise en charge ;
- la promotion d'opérations spéciales d'identification et d'accompagnement social des plus vulnérables à travers les CAS et les ONG du domaine ;
- le renforcement des capacités des prestataires de services (assistants sociaux et personnels annexes) ;
- l'aménagement progressif de centres de repos dans tous les départements.

### ***2.3.3. La recherche de la documentation et le renforcement du plaidoyer en faveur des personnes âgées***

Outre, la réalisation des études plus approfondies portant sur l'état des lieux des personnes âgées, ces actions peuvent se réaliser à travers :

- la recherche de la documentation relative à la prise en charge des personnes âgées dans d'autres pays qui sont confrontés aux mêmes problèmes ;
- le renforcement du plaidoyer et du lobbying auprès des organismes nationaux et internationaux intervenant dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées.

## **Conclusion**

Ces dernières années ont été marquées par l'affirmation du rôle majeur et mitigé joué par les familles dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ce rôle est lié au vieillissement accéléré de la population et la volonté des pouvoirs publics congolais de se désengager de la prise en charge des personnes âgées.

Ainsi donc, les études menées sur la caractérisation socio-économique et sociodémographiques des personnes âgées ont révélé, dans le cadre de leur prise en charge, une situation générale marquée par la grande précarisation et la fragilisation de leurs conditions d'existence dont la cause fondamentale est l'absence de politique sociale spécifique de promotion et de protection des personnes du troisième âge.

Les relations intergénérationnelles en milieu urbain entre les jeunes et les adultes d'une part et les personnes âgées de l'autre sont en deçà de l'espérance de ces dernières.

De même, elles sont quelque fois influencées négativement par les phénomènes de modernité, mais aussi par les difficultés socioéconomiques des familles.

En outre, les adultes profitent de la naïveté des jeunes pour les pousser à commettre des actes de violence et de maltraitance envers les personnes âgées pour régler leurs différends avec ces dernières.

Les besoins en matière de prise en charge concernent les soins médicaux et biologiques, l'alimentation et l'habillement. Ces besoins sont souvent difficiles à prendre en charge par les familles qui sont mal préparées pour donner des réponses positives à ces différentes attentes.

Aussi, les soins en faveur des personnes âgées leurs sont-ils donnés quelque fois avec négligence et mépris, à cause des maladies dont elles souffrent. Tous ces comportements, attitudes et pratiques envers les personnes âgées ne concourent pas à leur épanouissement et entraînent parfois leur abandon.

L'arbre des problèmes construit, à cet effet, a permis une analyse causale des limites de la prise en charge des personnes âgées.

Pour réhabiliter les personnes âgées et éviter qu'elles soient perçues par les familles comme une charge, plusieurs solutions sont proposées. Elles portent sur les actions de protection et de promotion des personnes âgées par l'État, la résolution des difficultés socioéconomiques des familles et l'élaboration d'une stratégie en vue d'un plaidoyer pour l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportements.

## BIBLIOGRAPHIE

BILAN DEMOGRAPHIQUE 2000, INSEE Première, n°757, février 2001.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DE L'ACTION HUMANITAIRE (M.S.S.A.H.), 2000 : Stratégie nationale de promotion de la santé des personnes âgées 2000-2010. Brazzaville.

CENTRE NATIONAL DES ÉTUDES ECONOMIQUES, Enquête congolaise auprès des ménages, (ECOM), 2005.

CENTRE NATIONAL DES ÉTUDES ECONOMIQUES, Enquête Démographique et de Santé, (EDSC-I), 2005.

MINISTERE DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, Enquête CAP des jeunes et des adultes face aux personnes âgées, Brazzaville.