

Introduction

Sur le plan démographique, le Sénégal est caractérisé par un fort poids démographique des jeunes. De ce fait, la lutte contre les mortalités infantile, maternelle et néo-natale, ainsi que les politiques d'espacement des naissances font l'objet d'une grande attention et bénéficient de l'appui d'organismes internationaux. En revanche, l'attention portée par les pouvoirs publics aux besoins des aînés est pour l'heure bien moins grande. Pourtant, le pays connaît une augmentation non négligeable du nombre de personnes âgées dans sa population. Sur le plan sanitaire, les aînés sont particulièrement vulnérables du fait notamment du risque d'apparition de maladies dégénératives. Ils sont également le plus souvent en situation socio-économique difficile alors même que la société est minée par un criant sous-emploi des jeunes. Dans ce contexte, les modalités de prise en charge de la vieillesse méritent une réflexion approfondie.

La population du Sénégal recensée en 2013 s'élève à 13,5 millions d'habitants⁴⁵. Elle se caractérise par sa grande jeunesse : la moitié de la population est âgée de moins de 18 ans (17 ans pour la population masculine contre 19 ans pour la population féminine). Les enfants de moins de 15 ans constituent 42,1 % de la population globale. La population de 65 ans et plus ne représente quant à elle que 3,5 % de la population totale et compte près de 475 000 individus⁴⁶. Réflétant la charge pesant sur la population potentiellement active, le ratio de dépendance démographique s'élève à 83,8 %, c'est-à-dire qu'il y a 83,8 personnes

de moins de 15 ans et de 65 ans et plus pour 100 personnes potentiellement actives (15-64 ans).

Les tensions sociales suscitées par le désœuvrement des jeunes et la dépendance des personnes âgées à des piliers familiaux et institutionnels parfois insuffisants nous ont conduits à nous interroger sur la redéfinition de la place et du rôle des personnes âgées dans la société sénégalaise. Nous nous interrogeons également sur la manière dont s'expriment aujourd'hui les relations intergénérationnelles et sur les difficultés auxquelles elles sont parfois confrontées dans le cadre du soutien apporté aux aînés.

Les résultats présentés dans ce chapitre sont issus d'une recherche menée dans le cadre du programme PIR⁴⁷ longévité 2009 et d'un contrat INPES-CNRS⁴⁸ ainsi que dans le cadre du PIR Longévité et Vieillesse 2011⁴⁹. A Dakar, la collecte de données a été faite dans des structures sanitaires, au centre de santé de l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) et à l'Institut de Gériatrie de Ouakam mais aussi au sein des familles de personnes préalablement identifiées dans ces lieux. A Diourbel, les entretiens ont été effectués au sein des associations de personnes âgées notamment avec le Corps des volontaires des personnes du 3^{ème} âge de Diourbel, au centre médico-social de l'IPRES de Diourbel et au domicile des personnes âgées. En milieu rural, en l'absence de structures dédiées, nous avons réalisé les enquêtes dans des familles tirées au hasard.

I. Vieillir au Sénégal : éléments de contexte

Les travaux de démographes (Antoine et Golaz, 2010 ; Golaz et Rutaremwa, 2011) ont montré, à partir de données de recensements, à quel point les configurations domestiques dans lesquelles vivent les personnes âgées peuvent induire des formes de vulnérabilité sociale. Elles se retrouvent de plus en plus souvent seules et dans certains cas sont obligées de se débrouiller pour assumer une progéniture au chômage. En outre les transformations des modes de vie sont concomitantes du développement de maladies cardiovasculaires et de pathologies dégénératives liées à l'avancée en âge. Ces constats ont été réalisés par Macia et Chapuis-Lucciani (2008, p. 102) qui se posaient la question de savoir « comment maintenir une subjectivité cohérente dans la continuité de soi, alors que le corps, à la fois facteur d'individuation, symbole d'identité et témoin de moralité, décline visiblement avec l'âge ».

Face à cette situation, on note pourtant que les institutions spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées sont rares au Sénégal. Seules deux structures publiques existent : le Centre de gériatrie et gérontologie de Ouakam et le Centre médicosocial de l'IPRES, érigées depuis 2006 en centres de référence en gérontologie et situées dans l'agglomération dakaroise. Bien évidemment, les personnes âgées peuvent avoir recours aux autres structures sanitaires publiques. Cependant, elles sont confrontées, comme la plupart des usagers du service public de santé, aux difficultés d'accès aux soins sur le plan géographique, économique et culturel⁵⁰. Pourtant, dès 1999, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) annonçait des conflits intergénérationnels issus du partage des

ressources collectives existantes en matière de santé (Seck, 2009). En effet, rappelons que traditionnellement, les familles étaient obligées de se substituer à ces institutions nouvelles pour gérer leurs personnes âgées. En outre, la proportion de personnes âgées actives est plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain. Le taux d'activité des 60-64 ans est de 39,1 % en milieu urbain contre 49,5 % en milieu rural. Pour les 70 ans et plus ces taux sont respectivement de 16,9 et 28,4 % (ANSD, 2014, p. 114). Cette situation s'expliquerait par le fait qu'en milieu rural, une partie importante des personnes âgées continue d'exercer dans le secteur agricole, secteur qui compte, d'ailleurs, la plus grande proportion de personnes actives tous âges confondus au Sénégal. Par le passé, les personnes d'âge avancé restaient la plupart du temps chez elles entourées de leurs enfants et petits-enfants. Du fait d'une histoire basée sur la tradition orale, la personne âgée jouissait d'un statut valorisé car elle contribuait, grâce à sa sagesse et à son expérience, à l'équilibre de la société. Elle mettait du reste à la disposition de la communauté, et en particulier de sa descendance, son savoir, son savoir-faire et son savoir-être. En outre, chez les personnes âgées ayant exercé une activité salariée, le passage à la retraite entraîne souvent un sentiment de dépossSESSION et de dévalorisation surtout si le travail était intéressant et l'audience sociale de qualité. Le vide ainsi créé sans transition favorise un sentiment d'insécurité et d'inutilité. Ces dysfonctionnements liés à l'avancée en âge contribuent, pour une large part, à rendre les personnes âgées vulnérables. Leur impact est d'autant plus important chez les individus incapables de s'inscrire dans des

45 Selon le RGPHAE 2013, la population sénégalaise compte 13 508 715 individus dont 6 735 421 hommes et 6 773 294 femmes (ANSD, 2014, p. 62).

46 229 111 hommes et 245 584 femmes (ANSD, 2014, p. 64).

47 Programme interdisciplinaire du CNRS.

48 « Vieillesse et incapacités fonctionnelles. Réseaux d'aide, prise en charge et vécu des Sénégalais vivant en ville, en milieu rural et en France », projet financé par le CNRS dans le cadre du PIR 2009. « Mode de vie et état de santé des hommes marocains et sénégalais âgés vivant en France et dans leur pays d'origine. Étude comparative anthropobiologique », projet financé par le contrat n° 502843 INPES/CNRS.

49 « Vieillir au Maroc, Vieillir au Sénégal : analyse qualitative comparative des relations intergénérationnelles et des formes de soutiens familiaux et institutionnels aux personnes âgées. Identification d'enjeux pour les politiques publiques », projet sélectionné dans le cadre de l'appel CNRS Longévité et Vieillesse 2011.

50 Sur le plan culturel, certains hommes âgés ne veulent pas aller se faire soigner au poste de santé du quartier en prétextant qu'ils n'aiment pas être soignés par des infirmières du même âge que leurs petites-filles.

réseaux sociaux comme les associations de personnes âgées ou les grand-places⁵¹. Par ailleurs, les mutations sociales en cours au Sénégal, et notamment à Dakar, affectent profondément la cellule fondamentale de la société, la famille. L'éducation, la formation, l'économie moderne, l'urbanisation, les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont autant de facteurs de changement qui se traduisent par la contestation des statuts et rôles des membres de la famille et l'affaiblissement des liens de solidarité.

De ce point de vue, les personnes âgées constituent la catégorie sociale la plus touchée par ces transformations. En effet, alors que sur le plan culturel, la personne âgée était autrefois respectée, choyée, protégée et soutenue par la famille et la communauté, considérée comme la gardienne de la mémoire collective et des valeurs ancestrales, elle apparaît aujourd'hui de plus en plus victime des bouleversements culturels. Sur le plan social, elle souffre de la désintégration du tissu social et familial née du décalage entre les cultures « moderne » et « traditionnelle » et de l'affaiblissement des réseaux de solidarité. Auparavant élément central de la prise en charge de la personne âgée, la famille est affaiblie et les aidants familiaux se retrouvent au cœur de processus de soutien, nécessitant parfois des soins modernes qu'ils ne maîtrisent pas, et doivent de plus en plus négocier avec des institutions sociales et sanitaires et des politiques balbutiantes.

Du fait du manque de système structuré de prise en charge, la vieillesse dans les pays africains apparaît comme un « lieu du rien » pour reprendre l'expression d'Isabelle Mallon (2011). On a souvent pensé - à tort - que les

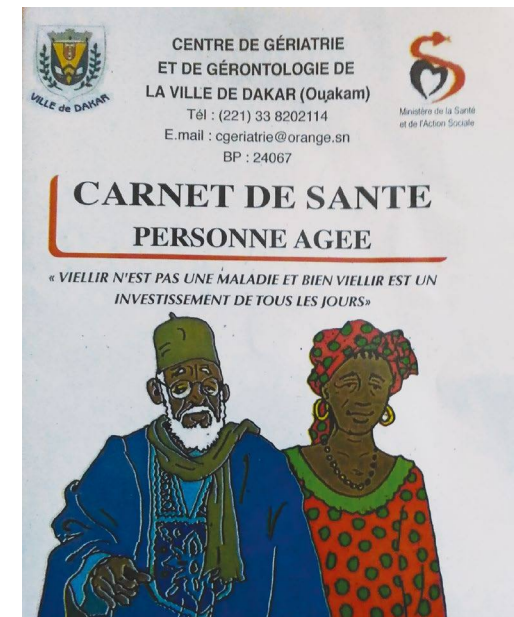
solidarités familiales suffiraient et pourraient se substituer aux services publics pour répondre aux besoins d'accompagnement des personnes âgées. Néanmoins les entretiens réalisés en milieux urbain et rural révèlent que les personnes âgées ont une perception ambivalente de leur statut social. Certaines se sentent marginalisées parce qu'elles ne sont plus productives pour la société. Selon elles, sur le plan de la prise en charge sanitaire, elles représentent une charge pour leurs familles. Les propos de ce membre de la FARPAS⁵² le confirment, « *Dans les familles plus tu deviendras âgé plus on t'isole. Ce n'est même pas par méchanceté mais c'est par comportement* ».

Sur une note plus positive, d'autres se considèrent comme les dépositaires de la tradition, une personne âgée étant avant tout un sage, une personne qui a beaucoup d'expérience. « *Les personnes âgées ont un rôle dans la société. Ce rôle doit être une jonction entre les générations. Ce rôle est important parce que les personnes âgées représentent la tradition et elles doivent la transmettre aux jeunes avant de partir. Il y a un autre aspect de leur vie, c'est qu'elles servent de régulateur social* » (Homme âgé, Dakar).

Dans un tel contexte, vieillir apparaît de plus en plus comme un phénomène complexe dont la prise en charge devient à la fois individuelle et collective. Cette complexité s'accroît quand la vieillesse s'accompagne de handicaps. Cette situation de handicap qui crée de la dépendance nécessiterait la mise en place de systèmes de prise en charge spécifiques. Cela peut passer par des aménagements spatiaux, pas toujours évidents dans certains

types d'habitat – comme les immeubles sans ascenseurs et les appartements aux surfaces réduites –, mais peut aussi nécessiter la mise en place de systèmes complexes de structuration de l'aide dans des contextes où l'assistance publique et sociale est quasi inexistante. Ainsi, les enfants ont de plus en plus de mal à prendre en charge leurs parents surtout dans des contextes urbains comme nous le verrons plus loin. Ces situations nous conduisent à questionner la notion d'aidant familial d'autant plus que l'aide à la personne âgée dépendante est segmentée en fonction des possibilités (financière, capital social, etc.) et de la disponibilité des différents membres de la famille. Notre principal objectif est

d'analyser les processus de construction des représentations ainsi que les modes de prise en charge de la vieillesse et du vieillissement selon le genre et le milieu de résidence. Cela nous permettra de décrire la structuration de l'aide dans les familles sénégalaises à Dakar et à Diourbel. Aussi, allons-nous étudier la construction de la prise en charge de la vieillesse au Sénégal. Comment fonctionne le réseau social et comment est-il mobilisé pour répondre aux besoins des personnes âgées ? Comment se structurent et s'articulent les interactions entre professionnels de santé et familles dans les services de prise en charge qui leur sont dédiés ?



Centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam, Sénégal, 2013. Muriel Sajoux

⁵¹ Les grand-places sont des endroits aménagés de manière précaire, se résumant parfois à un long banc en bois ou à des nattes disposés(es) dans un coin de rue ou sous un arbre. Les grand-places sont fréquentées uniquement par une population âgée masculine.

⁵² FARPAS : Fédération des Associations de Retraités et Personnes Agées du Sénégal créée en 1993 et comptant des antennes dans toutes les régions.

II. Approche méthodologique

II.1 Enquête par questionnaire

Des enquêtes de terrain ont été menées auprès d'une population âgée sénégalaise vivant en milieu rural (dans les communautés rurales de Dougar, Toubab Dialaw et Rao) et à Dakar, la capitale. Au total, 422 personnes âgées de 50 à 90 ans –dont 220 à Dakar et 202 en milieu rural- ont pu être rencontrées. Nous avons associé des mesures anthropométriques, permettant de mesurer l'état physique, à un questionnaire par lequel nous avons recueilli des indicateurs sociodémographiques, socioéconomiques, sanitaires et alimentaires ainsi que des informations concernant la perception de la santé, du corps, de l'avancée en âge et de la vieillesse. Ce questionnaire composé de questions fermées associées à des questions ouvertes visait à décrire les situations vécues par les personnes âgées rencontrées. Les réponses à ces questions ouvertes ont été traitées par une analyse de contenu.

Les données ici analysées portent sur :

- des indicateurs socio - démographiques : lieu de vie, genre, âge, habitat (nombre de co-habitants dans le logement).
- la perception de la vieillesse au Sénégal du point de vue de l'enquêté
- la perception de l'enquêté sur sa place dans la société
- les personnes sur qui l'enquêté peut compter en cas de coup dur.

II.2 Entretiens semi-directifs

En ce qui concerne les données qualitatives, en plus des informations collectées via le questionnaire et qui portaient sur la perception de la vieillesse et sur la manière dont les personnes âgées se sentaient perçues et entourées, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Dans chaque institution près de quarante entretiens formels et informels ont été menés auprès de personnes âgées et de leurs accompagnants. Nous avons ainsi interrogé des personnes malades ou souffrant de perte d'autonomie en relation avec la vieillesse.

Le but de ces enquêtes dans des établissements de soins était de saisir les modes d'interactions entre, d'une part, les personnes âgées et les professionnels de santé et, d'autre part, entre ces derniers et les accompagnants. Cette démarche nous a aussi permis de suivre les personnes âgées à la fois chez elles et dans leurs itinéraires de soins, afin de pouvoir confronter les discours recueillis lors des entretiens à la réalité de leur mode de vie au sein de leur environnement familial. Nous avons donc pu suivre les usagers des structures de soins et leurs familles dans différents quartiers de Diourbel et de Dakar et sa banlieue. A ces entretiens, se sont ajoutées des séries d'observations directes dans les structures de prise en charge et dans les familles.

III. Au sein des familles, des relations d'entraide en évolution

La question des solidarités familiales constitue une part importante des recherches sur le vieillissement et son accompagnement. Au Sénégal, en l'absence de système de prise en charge institutionnelle efficiente, les familles essaient de soutenir par elles-mêmes leurs membres âgés. Les descendants doivent reconnaître à leurs parents âgés qui les ont aidés et, s'ils ne le font pas, passent pour des ingrats. Cependant, cette règle de « réciprocité » (Van der Geest, 2005) devient de plus en plus difficile à appliquer par les jeunes incapables de prendre le relais dans des contextes de pauvreté et de précarité. Cela est d'autant plus flagrant en milieu urbain comme à Dakar où les migrants en provenance des zones rurales n'ont d'autre choix que d'exercer des petits boulots leur permettant à peine de survivre. *De facto*, les familles connaissant des situations de vulnérabilité économique et sociale sont obligées de faire preuve d'inventivité pour mobiliser les ressources nécessaires à la prise en charge de leurs parents âgés et éventuellement malades. L'une des stratégies mobilisées repose sur la segmentation de l'aide, définie ici comme la manière dont chaque membre de la famille participe à la prise en charge de la personne âgée. Elle entraîne des jeux de positionnement social, des négociations mais elle est souvent aussi source de tensions et de conflits. Le rôle et la place des aidants familiaux dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes au Sénégal mettent en évidence les relations de pouvoir entre individus au sein de la famille mais aussi les stratégies de ces acteurs en quête de statut social.

III.1 Cohabitation et sentiment de solitude, une relation complexe

Insistons sur le constat que ce mode de prise en charge basé sur la famille tend à s'effriter dans les contextes urbains comme Dakar, du fait des processus d'individuation de plus en plus poussés (Marie, 1997) se traduisant par la nucléarisation de la famille et la « verticalisation » du type d'habitat. En effet, les maisons à étages et les appartements situés dans des immeubles sans ascenseurs ne cessent de se construire dans la capitale sénégalaise rendant difficile le déplacement et la mobilité des personnes âgées.

L'enquête par questionnaire (portant sur plus de 400 personnes âgées), nous a permis d'observer une différence significative quant au nombre moyen de cohabitants des personnes interrogées selon le milieu de résidence : on en comptait 17,5 en moyenne en milieu rural contre 10,6 à Dakar.

En même temps les couples ayant une activité professionnelle sont contraints de laisser la personne âgée seule toute la journée, « *Ce qui est pesant, ce n'est pas seulement la vieillesse, mais la solitude. Je passe la journée seul au lit à écouter la radio ou à regarder la télé. Mon fils, chez qui j'habite, ainsi que sa femme, travaillent ; les enfants sont à l'école toute la journée* » (Un ancien cadre à la retraite).

Par ailleurs, dans notre enquête, le nombre de personnes ne pouvant compter sur leur famille ou leurs amis en cas de coup dur s'élève à 27,8 % pour les hommes ; ce taux est significativement inférieur pour les femmes (17,5 %) ; il est aussi plus élevé pour les urbains (28,2 %) que pour les ruraux (16,3 %).

III.2 Des aînés à la fois aidants et aidés

D'autre part, le fait que les hommes se sentent moins souvent soutenus que les femmes peut s'expliquer par leur rôle social de pourvoyeur de ressources et de chef de famille alors que les femmes sont celles dont on doit s'occuper. Elles sont prises en charge par leurs enfants en cas de veuvage. Dans certains cas on peut leur demander de s'occuper des petits-enfants dont elles assureront la surveillance quotidienne au domicile. Ce travail domestique peut s'avérer éprouvant pour une personne âgée. La responsabilité qui découle du confiage des enfants est parfois vécue comme une source d'angoisse et de stress. Une personne âgée confirme ces propos quand elle affirme : « Souvent quand nos enfants sont au travail, ils nous laissent avec leurs enfants, nos petits-fils, mais il faut toujours les surveiller parce que souvent ces enfants sont terribles. Quand on mange aussi, soi-disant pour nous éviter d'être seul on nous sert dans un bol qu'on partage avec les enfants qui se chamaillent pour plus de riz ou de viande. Quelquefois, je suis obligée de leur laisser le bol de riz et de ne pas manger » (Veuve âgée vivant chez sa fille).

Il apparaît que, du fait des nouvelles dynamiques sociales et économiques et des problématiques migratoires, la gestion familiale de la vieillesse, dont la solidarité intergénérationnelle reste le socle, connaît des mutations. Les familles sont obligées de « bricoler » pour gérer la prise en charge et le soutien de leurs aînés. Dans certains cas, d'ailleurs, ces aînés peuvent continuer à être eux-mêmes des « aidants », notamment ceux qui ont une pension de retraite et qui assurent

une prise en charge économique et sociale de leurs enfants sans ressources, comme en témoignent les propos de ce membre du bureau de l'ARS (Association des retraités du Sénégal), « Si nous sommes restés à ce stade de pays sous-développé, c'est que les jeunes ne travaillent pas. Vous trouvez dans une famille dix à douze personnes qui vivent à la charge d'une personne âgée qui perçoit une allocation de retraite de soixante-dix mille francs CFA par bimestre. C'est cette même personne âgée qui assure le manger, l'habillement, les frais de scolarité des petits enfants. Cette personne s'occupe de tout ça par sa maigre pension ». Ces situations reflètent celles de retraités qui restent « chef de famille » grâce à la capacité financière que leur pension leur octroie, ou bien encore celles d'émigrés âgés qui continuent à exercer en Europe comme vendeurs à la sauvette pendant l'été, ou qui bénéficient d'une retraite relativement confortable versée depuis les pays du Nord où ils ont travaillé dans le passé. Ainsi, ces personnes continuent à subvenir aux besoins essentiels (logement, nourriture, etc.) de leurs enfants au chômage et incapables de prendre la relève sur le plan économique.

III.3 Segmentation de l'aide apportée aux aînés

En ce qui concerne l'aide apportée aux personnes âgées, celle-ci est partagée au sein de la famille en fonction des possibilités de chacun de ses membres. Chacun prend en charge ce qu'il peut, les dépenses sont ainsi réparties entre tous les membres de la famille et peuvent quelquefois s'étendre aux amis et connaissances. Se pose ainsi

la problématique de l'état de santé des personnes traditionnellement prises en charge par les familles. « Je suis avec mon petit-fils qui m'aide à me déplacer. Mes déplacements me coûtent excessivement cher. Chaque fois que je me déplace je dépense quatre à cinq mille francs [CFA] par jour et je me déplace beaucoup. J'ai mon premier [enfant] qui est en Italie comme modoumodou⁵³. C'est lui qui s'occupe de la dépense quotidienne et de la location et je complète. Il est très courageux, chaque mois il m'envoie 150 000 francs ».

Néanmoins, l'accompagnement des personnes âgées est souvent source de conflits et de négociations entre les différents aidants potentiels. Les « émigrés » par exemple, participent à distance en prenant en charge les dépenses qui traditionnellement incombaient au chef de famille, comme les frais de nourriture et d'hébergement. Le fait de faire l'éloge du fils émigré qui assure la dépense quotidienne et la location peut être blessant pour le (la) préposé(e) aux soins et à l'accompagnement quotidiens de la personne âgée, qui se trouve être le plus souvent le frère ou la sœur de l'émigré, ou un autre membre de sa famille. Ainsi, la capacité des individus à mobiliser des ressources matérielles redéfinit leur place dans le système familial. Selon leur type d'investissement dans la prise en charge de leurs aînés, ils seront en mesure d'accéder à tel ou tel degré de pouvoir décisionnel au sein de la famille, quel que soit leur rang dans la fratrie.

Au-delà de la question de la prise en charge financière, on constate que les aidants familiaux diffèrent selon que le destinataire des soins est une femme âgée ou un homme âgé. La gestion quotidienne de la personne âgée est aussi divisée en fonction des tâches

et du genre de l'aidant. Ainsi, les femmes s'occupent généralement de la toilette de leur conjoint, les filles (les plus âgées) de celles de leur mère, et les hommes adultes peuvent accompagner leurs parents dans les structures sanitaires ou à défaut payer les soins.

Ainsi, dans certains services des centres de gérontologie visités comme le service de kinésithérapie, les accompagnants sont mis à contribution pour faire réaliser des exercices à leur parent. Ainsi le kinésithérapeute installe le malade sur la machine – pour la marche par exemple – et explique à la personne accompagnante les mouvements à faire ; à charge pour cette dernière de l'aider, soit en la soutenant, soit en lui soulevant les jambes et en les lui plaçant l'une après l'autre pendant toute la durée de l'exercice. Les personnes en perte d'autonomie sont déplacées et soulevées par les personnes qui les accompagnent. Ce sont ces accompagnants qui reçoivent aussi les prescriptions des professionnels de santé, qui sont chargés de veiller au suivi de celles-ci. En effet, l'assistance médicale procurée par les aidants familiaux peut se poursuivre à domicile. Ces situations témoignent de la place des familles dans les parcours de soins. Les aidants familiaux se confrontent ainsi aux aidants médicaux et s'y substituent parfois. La régularité de cette confrontation avec le milieu médical leur permet de maîtriser un certain nombre de savoirs et de savoir-faire qui sont incorporés à des représentations profanes sur la gestion de la personne âgée. Ces compétences acquises sur le tas leur donnent une certaine légitimité dans l'accompagnement de la personne âgée et sont importantes dans le positionnement social de la personne aidante au sein de

53 Terme utilisé en wolof pour désigner un vendeur à la sauvette émigré en Occident.

la famille. Ces accompagnants sont soit l'époux/l'épouse ou l'un des enfants, sachant que la prise en charge quotidienne des personnes âgées est répartie collectivement entre les enfants ou bien assumée par le plus disponible des enfants.

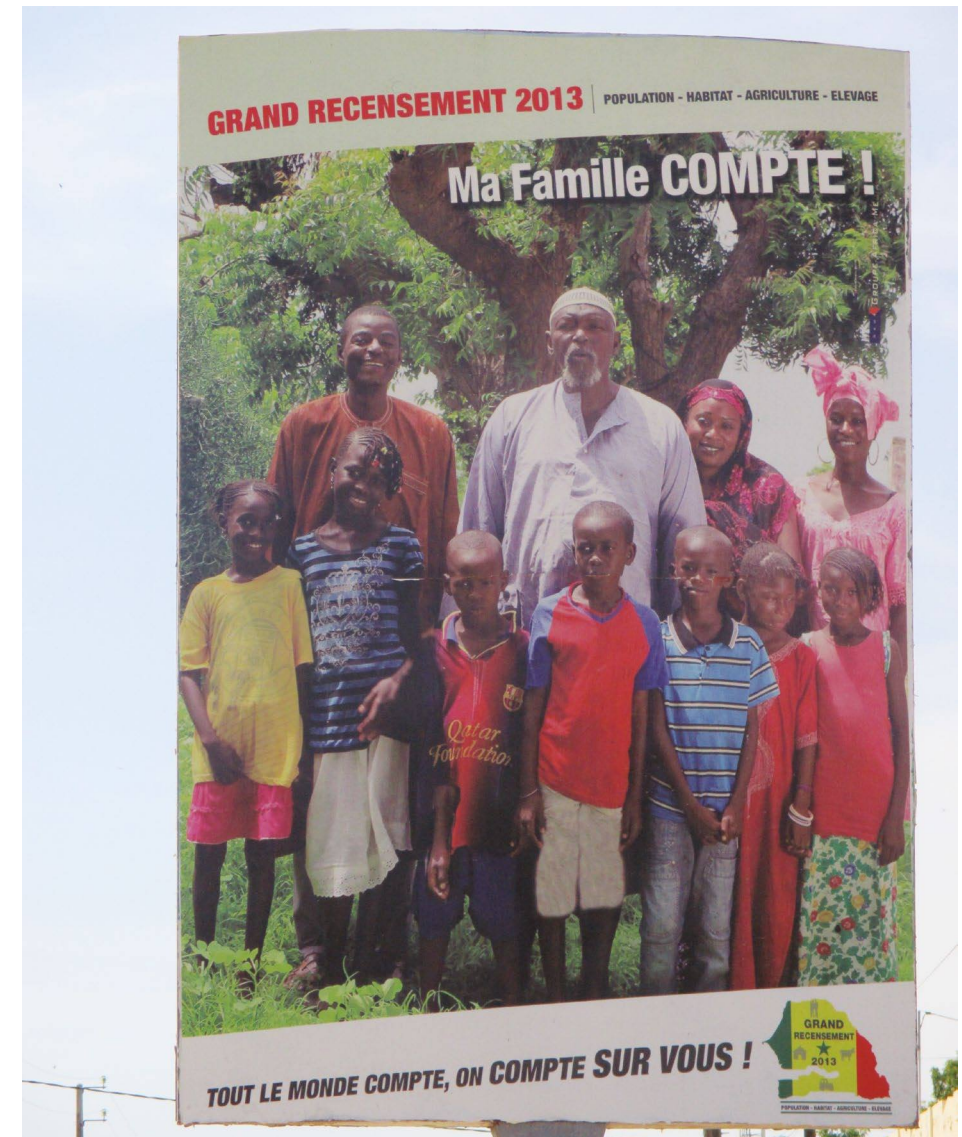
Au même titre que celui qui prend en charge les frais médicaux ou les dépenses de la famille, la maîtrise de ces « compétences » profanes confère aux aidants familiaux un statut privilégié qui leur permet de se soustraire à la participation économique aux soins. Il s'agit souvent d'une stratégie consciente qui permet aux intéressés d'améliorer leur position sociale au sein de la famille, et même au-delà, à l'échelle de l'entourage au sens large (famille élargie, communauté, etc.). Ces aidants familiaux bénéficient ainsi d'une forme de reconnaissance sociale du fait que les autres membres de l'entourage peuvent percevoir cet investissement auprès des parents comme un « sacrifice » réalisé par ces aidants au détriment de leur vie sociale et professionnelle.

III.4 Émigration et reconfiguration de l'aide apportée aux aînés

Cette reconnaissance est accentuée par le fait qu'au Sénégal les taux d'émigration restent assez élevés. Dans certaines situations, l'aide et l'accompagnement des personnes âgées sont externalisés, comme en témoigne cet infirmier : « *Tu verras dans des familles où la maman n'est pas tellement malade, elle n'est pas tellement très âgée, elle doit avoir dans les 60 ans ou 65 ans. Mais ses enfants ne sont pas là, ils sont tous à l'étranger, Italie, Espagne, France. Ils prennent une bonne*

qui s'occupe d'elle. Il y a une affection qui lui manque. Avant elle gérait la maison, elle faisait tout. Maintenant ses enfants ont payé une personne qui s'occupe d'elle. Tu vois que les enfants achètent tous les médicaments, même s'ils coûtent un million, mais ça ne va pas ».

Comme cette dame, et contrairement aux idées reçues, certaines personnes âgées au Sénégal, vivent dans des situations de vulnérabilité et sont souvent seules, elles assistent impuissantes à la modification de leur statut et à la dépossesion de leur rôle social (Antoine, 2007). En effet, les migrations participent de plus en plus à la fragilisation du tissu social et à la solitude ou encore à l'isolement des personnes âgées. La proportion de personnes vivant seules est de 1,1 % pour les femmes âgées et de 1,4 % pour les hommes âgés (Antoine et Golaz, 2009). Ces chiffres s'expliquent par le veuvage mais aussi par les différentes formes de migration. De plus, il apparaît que la concentration dans la capitale des actions sanitaires et sociales dédiées aux personnes âgées rend problématique leur prise en charge dans les villes secondaires et en milieu rural très touché par les migrations internes et internationales.



Diourbel, Sénégal, 2013. Muriel Sajoux

IV. La prise en charge institutionnelle du vieillissement

La prise en charge des personnes âgées au Sénégal s'inscrit dans des dynamiques sociales et des mécanismes très différents de ceux des pays développés. Très peu de personnes âgées ont accès à une retraite et la plupart des personnes âgées sont déconnectées des rares structures sanitaires existantes. Les familles interviennent pour pallier les défaillances de l'État.

Rappelons que l'amélioration des conditions sanitaires dans les pays en développement y fait apparaître des phénomènes qui étaient jusqu'à présent plutôt caractéristiques des pays industrialisés. Ainsi, grâce au recul de la mortalité, l'Afrique sub-saharienne sera confrontée dans les années à venir au vieillissement de sa population. Selon le bureau régional de l'OMS pour la zone Afrique, les maladies liées au vieillissement constitueront l'un des problèmes de santé publique les plus importants auxquels les états africains seront confrontés dans un proche avenir. Pourtant malgré la place centrale du personnage du « vieux » dans les sociétés africaines, il existe encore très peu de données empiriques sur la question du vieillissement en Afrique (Attias-Donfut et Rosenmayr, 1994).

Au Sénégal, où l'espérance de vie à la naissance atteint désormais 64,8 ans (66,5 pour les femmes et 63,2 pour les hommes)⁵⁴, le processus de gestion institutionnelle de prise en charge de la vieillesse pourrait sembler bien engagé. En effet, le gouvernement a mis en place le « plan Sésame ». Lancé le 1er septembre 2006, ce plan financé à hauteur de 700 millions de francs CFA sur fonds propres de l'État, a pour objectif de permettre aux personnes âgées de 60 ans et plus d'accéder

gratuitement aux soins médicaux sur toute l'étendue du territoire aussi bien dans le centre de gériatrie et de gérontologie de Ouakam et le centre médico-social de l'IPRES que dans les autres structures sanitaires publiques. L'âge de 60 ans correspond à celui de l'âge légal de départ à la retraite.

Par ailleurs, deux régimes de retraite sont en vigueur au Sénégal : l'IPRES concernant les salariés du secteur privé et le Fonds National des Retraites (FNR) constituant le régime de retraite des fonctionnaires. Mais au total, ces deux systèmes ne couvrent qu'une part limitée de la population âgée de plus de 60 ans et au moins 70 % des personnes âgées bénéficient d'aucune couverture sociale (Coumé et al., 2011). Ce sont des personnes dont l'activité économique était agricole ou relevait du secteur informel. Ces personnes de plus de 60 ans n'ayant pas accès à la retraite, paient leurs soins dans les structures publiques de santé, ce qui peut d'ailleurs sembler en contradiction avec les objectifs du Plan Sésame. Il arrive parfois, quand elles peuvent justifier de leur statut d'indigent, qu'elles bénéficient d'une prise en charge partielle de ces soins. Face à cette situation, les pouvoirs publics ont pris des mesures à caractère réglementaire⁵⁵ et socio-économique.

Concernant les mesures à caractère socio-économique, il s'agit de l'exonération de l'impôt sur les revenus générés par la location de maisons dont les personnes âgées sont propriétaires et dont la valeur locative n'excède pas la somme de 75 000 Fcfa (environ 110 euros) par mois. A cela s'ajouterait la fixation des dates de règlement des factures d'eau et d'électricité des personnes âgées à

partir des dates de paiement des pensions. La facilitation de l'acquisition d'appareils orthopédiques, le versement de subventions accordées aux associations œuvrant pour les personnes âgées et les revalorisations de 5 % des pensions versées par l'IPRES depuis 2002 viennent compléter ces mesures. A cela s'ajoutent la tenue d'un conseil interministériel sur la politique sociale et la problématique du vieillissement (novembre 2001), le recul de l'âge de la retraite de 55 à 60 ans dans la fonction publique⁵⁶ (2002) et la création d'une Association de Corps de Volontaires pour les personnes âgées (2003). Cependant, précisons à ce niveau qu'en ce qui concerne le conseil interministériel, certaines directives n'ont pas encore été exécutées : elles sont restées au stade de déclarations d'intentions. Il s'agit, entre autres, de l'institution de la carte prioritaire SESAME pour faciliter l'accès aux soins, de l'élaboration d'une charte sur les droits et le statut des personnes âgées, de la création d'un fonds de promotion et de protection pour les aînés, et de l'élaboration d'un schéma d'intégration de la gérontogériatrie dans le système médico-social. Concrètement, seules ont été réalisées la création du centre de gérontologie de Ouakam et la mise en place du Plan SESAME (dont l'opérationnalité sur le terrain connaît des difficultés). Quant aux autres projets et programmes de l'État, des perspectives de prise en compte des préoccupations des personnes âgées ont été dégagées dans le Projet de Lutte Contre la Pauvreté élaboré par l'Agence du Fonds de Développement Social. A cela se sont ajoutés les Programmes d'Actions et d'Investissements Prioritaires en matière de Population (PAIP) et le Programme de Développement Intégré de la Santé et du Document de Stratégie de Réduction

de la Pauvreté (DSRP). C'est ainsi que le Ministère de la Famille, du Développement social et de la Solidarité Nationale a élaboré en 2004, un Plan d'Action National pour les Aînés (PAPA- 2005-2009) dans le cadre du troisième PAIP. Ledit document a tenu compte des orientations majeures de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement à Madrid en 2002, dont les principales portaient sur les thèmes du développement, de la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées.

En termes de soins médicaux, nous avons pu constater à travers nos observations que les retraités relevant de l'IPRES disposant d'une lettre de garantie étaient pris en charge au centre de gériatrie et devaient payer 4000Fcf/jour en cas d'hospitalisation. Par contre ceux relevant du FNR conservent les avantages qu'ils avaient au cours de leur vie active et sont suivis au centre médico-social des fonctionnaires. Ils sont pris en charge médicalement aux 4/5ème par imputation budgétaire, c'est-à-dire que l'État du Sénégal prend en charge les 4/5ème de leurs dépenses en soins médicaux, le retraité de la fonction publique n'en paie que 1/5ème. Cependant, cette forme de prise en charge exclusivement réservée aux retraités de la fonction publique et d'une partie du secteur privé révèle des inégalités de traitement des personnes âgées puisque moins de 30 % d'entre elles sont concernées, et ce d'autant que le Plan Sésame a connu des blocages et des difficultés quelques années seulement après sa mise en œuvre. En effet, les structures de santé peinent à trouver leur équilibre budgétaire. La gratuité de la prise en charge reste problématique dans un contexte sanitaire marqué par la politique de recouvrement des coûts. Ainsi, malgré

⁵⁴ ANSD, 2014, p. 207.

⁵⁵ Les mesures réglementaires concernent notamment la reconnaissance officielle de certaines associations parmi lesquelles l'Association Nationale des Retraités du Sénégal (ANRS) et la Fédération des Associations de Retraités des Personnes Agées du Sénégal (FARPAS) créée en 1984 et, membre depuis 2004 de la Fédération Internationale des Personnes Agées (FIAPA). De même, une journée nationale des personnes âgées a été mise en place pendant la deuxième quinzaine du mois de novembre (décret 87/712 du 4 Juin 1987). Un arrêté (n°13272/MDS/DBEF du 24 septembre 1987) fixant la composition et le fonctionnement du comité national sur le vieillissement a été réactualisé, de même que les arrêtés (n°0299/MFASSN/DAS du 10 Janvier 1999 et n°8192/MFPT/CT du 16 août 2000) portant sur la création du comité national de pilotage chargé de l'organisation des activités liées à la célébration de l'Année Internationale des Personnes Agées (AIPA) et sur la composition et le mode de fonctionnement de la commission paritaire État - Retraités.

⁵⁶ Le recul de l'âge légal de départ à la retraite permet aux individus concernés de poursuivre plus longtemps leur activité, différant ainsi le moment où, en raison du « passage à la retraite », ils voient leurs capacités financières s'amenuiser fortement du fait du mode de calcul des pensions.

Conclusion

les intentions généreuses du Plan Sésame, les personnes âgées se voient ainsi refuser l'accès aux soins et aux médicaments. Souvent ceux-ci ne sont pas disponibles dans les pharmacies des structures publiques. Les personnes âgées ou leurs familles sont obligées de recourir aux officines privées et continuent donc de payer leurs soins. Ainsi, malgré les efforts consentis au niveau national, les personnes âgées, dans l'immense majorité des cas, continuent de rencontrer des difficultés d'accès aux services sociaux et médico-sanitaires, comme en témoignent les propos de cet infirmier qui dit : « Pour moi, actuellement au Sénégal ou plus particulièrement à Dakar les moyens mis à leur disposition c'est mille fois rien. Ici à la gériatrie

de Ouakam, nous faisons 40 % de social. Je ne peux pas passer de garde sans régler des cas. Des fois ils vous disent qu'ils n'ont pas d'argent. Je suis obligé de déboursier, d'aller négocier ou de me débrouiller. Je ne peux pas les laisser mourir ». Il apparaît à travers ces propos que l'aide gouvernementale aux personnes âgées reste très en deçà des besoins. Les prestataires de service dans les structures de santé se trouvent confrontés à des personnes âgées démunies qu'ils doivent traiter. De plus, en l'absence de professionnels pour accompagner les personnes âgées dans leurs parcours de soins, les familles sont obligées de s'impliquer comme en témoignent nos données d'observations.



Mosquée de Diourbel, Sénégal, 2013. Muriel Sajoux

Depuis quelques années le vieillissement dans les pays en transition démographique intéresse les chercheurs en sciences sociales, notamment les démographes et les socio-anthropologues, en raison des dynamiques sociales qui y sont associées. Au Sénégal les recherches sont encore à l'état embryonnaire. Mais la croissance démographique, les avancées obtenues sur le plan sanitaire et l'amélioration du mieux-être des populations, tout particulièrement en milieu urbain, ont permis une augmentation sensible du nombre de personnes d'âge avancé. L'accroissement du nombre de personnes âgées a suscité des réflexions scientifiques sur l'ampleur et les modalités de la prise en charge par la collectivité de cette partie de la population. Vieillir est perçu diversement selon le milieu de résidence, le statut social de la personne âgée, ses capacités financières, ses possibilités de mobiliser ou pas un réseau pour la soutenir en cas de besoin. Cela mène à une imbrication entre différentes formes de solidarité. Cependant la famille, considérée comme le premier soutien de la personne âgée, subit des bouleversements intenses à cause du chômage et du sous-emploi des jeunes générations censées assurer la relève après la « retraite » des aînés. Ce qui fait que l'aide apportée à la personne âgée est segmentée entre les différents membres de la fratrie ou plus généralement au sein de la famille élargie. Ce partitionnement de l'aide crée des tensions latentes ou manifestes au sein des familles. Nous constatons également que les aînés continuent d'assurer dans plusieurs familles une partie du fonctionnement du ménage avec des pensions de retraites modiques ou un travail rémunéré qu'ils continuent d'exercer. Sur le plan institutionnel, les politiques mises en œuvre par les pouvoirs publics restent

timides et sans réelle planification pour le long terme. Des institutions proposant une réelle prise en charge telles que les « maisons de retraite » ou les lieux d'accueil des personnes âgées tardent à se mettre à place. De ce point de vue, la prise en charge du vieillissement demeure donc un défi au Sénégal. Les familles restent encore le socle des solidarités inter et intra-générationnelles alors qu'elles connaissent des transformations et des mutations rendant la prise en charge des aînés de plus en plus aléatoire et problématique. Ces réflexions s'inscrivent dans un contexte où le nombre de personnes âgées va croître très rapidement. Les projections de l'Agence nationale de la statistique et de la démographie (ANSD, 2014) indiquent en effet que le Sénégal devrait compter près de 725 000 personnes de plus de 65 ans en 2025, ce qui, comparativement à la situation prévalant en 2013, représente une augmentation de plus de 50 % en 12 ans seulement.

ANSD (Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie)

- 2014, Rapport définitif du Recensement Général de la Population et de l'Habitat, de l'Agriculture et de l'Élevage (RGPHAE-2013), Dakar, ANSD, 417p.

Antoine P. (éd.)

- 2007, Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle, Paris, CEPED, 255p.

Antoine P., Golaz V.

- 2009, « Vieillir en Afrique », idées, n°157, p.34-37.

Antoine P., Golaz V.

- 2010, « Vieillir au Sud : une grande variété de situations », Autrepart, (53), p.3-15.

Attias-Donfut C., Rosenmayr L. (dir.)

- 1994, Vieillir en Afrique, Paris, PUF, 353p.

Coumé M., Touré K., Ka M. M., Diop Moreira T.

- 2011, « Prise en charge institutionnelle du vieillissement au Sénégal », in W. Molmy, M. Sajoux, L. Nowik (coord.), Vieillissement de la population dans les pays du Sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées... État des lieux et perspectives. Actes du colloque international de Meknès, Paris, coll. Les Numériques du CEPED, p.868-871.

Golaz V., Rutaremwa G.

- 2011, « The vulnerability of older adults: what do census data say? An application to Uganda », African Population Studies, 25(2), p.605-622.

Macia E., Chapuis-Lucciani N.

- 2008, « La vieillesse et ses masques », Corps 2/2008 (n° 5), p.101-106.

Mallon I.

- 2011, « L'accompagnement du vieillissement en milieu rural au-delà de la solidarité intergénérationnelle », Informations sociales 2, n°164, p.100-108.

Marie A. (éd)

- 1997, L'Afrique des individus. Itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine, Paris, Karthala, 438p.

Seck, A.

- 2009, Vieillir au féminin. L'expérience de femmes sénégalaises âgées de 60 ans et plus vivant dans la communauté, Thèse de Doctorat, Université Laval, Québec, 220p.

Van der Geest, K.

- 2005, "Local perceptions of migration and livelihood in Northwest Ghana: The home community's perspective". Communication présentée à la CERES SummerSchool, La Hague, 27-30 juin.