



**Mémoire Présentée
par Adjara MILLOGO**

**UNIVERSITE
CATHOLIQUE DE
L'AFRIQUE DE
L'OUEST (UCAO)**

**PERCEPTION DU VIH ET PRISE EN
CHARGE DES PERSONNES AGEES
SEROPOSITIVES DANS LA VILLE DE
BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)**

2011-2012

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE ET SUPERIEUR (MESS)

SECRETARIAT GENERAL

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE L'AFRIQUE DE L'OUEST (UCAO)

UNITE UNIVERSITAIRE A BOBO-DIOULASSO (UUB)



UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHES EN SCIENCES JURIDIQUES, POLITIQUES ET HUMAINES
(UFR/SJPH)
MENTION: SOCIOLOGIE

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

Présenté en vue de l'obtention du

DIPLOME DE MASTER

SPECIALITE : DEVELOPPEMENT SOCIAL

THEME :

**PERCEPTION DU VIH ET PRISE EN CHARGE DES
PERSONNES AGEES SEROPOSITIVES DANS LA VILLE DE
BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)**

Présenté par :

Adjara MILLOGO

Maître de stage : **Dr. Abdramane BERTHE**
Socio-anthropologue

Directeur du Mémoire : **Pr. Patrice TOE**

Maître de Conférences de Socio-anthropologie

Année académique 2011-2012

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	I
REMERCIEMENTS	II
SIGLES ET ABREVIATIONS	III
RESUME.....	IV
INTRODUCTION.....	1
I. CADRE THEORIQUE	3
1.1 Contexte et justification	3
1.2 Revue de littérature	6
1.2.1 Personnes âgées et vulnérabilité	6
1.2.2 VIH et personnes âgées	8
1.2.3 Canaux d'information sur le VIH.....	10
1.2.4 Accès aux services de soins et VIH.....	11
1.2.5 Vieillesse, tabou de la sexualité.....	13
1.2.6. Perception du VIH et le sida chez les personnes âgées	14
1.2.7 Le regard sociologique de la maladie	15
1.3. Problématique.....	18
1.4. Objectif général de l'étude	19
1.5. Hypothèses	19
1.5.1 Hypothèse principale	19
1.5.2 Hypothèses spécifiques	19
1.6. Définitions des concepts.....	20
1.7 Variables.....	21
1.7.1 Variables indépendantes.....	21
1.7.2 Les variables dépendantes :.....	22

II. CADRE METHODOLOGIQUE.....	23
2.1 Zone d'étude.....	23
2.2. La recherche documentaire.....	23
2.3. La population d'enquête.....	24
2.4 Echantillonnage.....	24
2.5 Critères d'inclusion.....	25
2.6. Techniques et outils.....	25
2.7 Traitement et analyse des données.....	25
III. RESULTATS ET DISCUSSIONS.....	27
3.1 Présentation des résultats de l'étude.....	27
3.1.1 Profil des participants.....	27
3.1.2. Connaissances des personnes âgées sur le VIH et le sida.....	27
3.1.2.1 Connaissance des modes de transmission du VIH.....	27
3.1.2.2 Connaissance des centres de dépistage.....	28
3.1.2.3 Connaissance des modes de prévention par les personnes âgées.....	28
3.1.2. 4 Autres connaissances des personnes âgées sur le VIH et le sida.....	29
3.1.3 Facteurs de vulnérabilités des personnes âgées au VIH.....	29
3.1.3.1 Facteurs économiques.....	29
3.1.3.2 Facteurs démographiques et Socioculturels.....	30
3.1.3.3 Facteurs religieux.....	31
3.1.4 Attitudes et pratiques des personnes âgées face au VIH et au sida.....	31
3.1.4.1 Attitudes.....	31
3.1.4.2 Pratiques.....	32
3.1.5 Perception du VIH par les personnes âgées.....	33
3.1.5.1 Sida, une mauvaise maladie.....	33
3.1.5.2 Sida : la maladie des « jeunes ».....	34
3.1.5.3 Sida : la maladie de la honte.....	34

3.1.5.4 Peur du VIH et du Sida,.....	35
3.1.6 Obstacles au dépistage du VIH.....	35
3.1.7 Motivation de la pratique du test de dépistage du VIH.....	36
3.1.8 Prise en charge du VIH et du sida	37
3.1.8.1 Appréciation des centres de prise en charge du VIH.....	37
3.1.8.2 Connaissances et acceptabilité du traitement	37
3.1.8.3 Obstacles à la prise en charge des PA	38
3.1.8.4 Mise à l'écart des personnes âgées dans la lutte contre le VIH.....	38
3.2. DISCUSSION	40
3.2.1 Conception du VIH chez les personnes âgées	40
3.2.2 Comportements des personnes âgées face aux VIH.....	41
3.2.3 Facteurs limitant le dépistage du VIH chez les personnes âgées	43
3.2.4 Limites de la prise en charge du VIH et le sida chez les personnes âgées	44
CONCLUSION GENERALE.....	46
RECOMMANDATIONS.....	47
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	53
Annexe 1	53
Annexe 2 :	54
Annexe3.....	56
Annexe 4	56
Annexe 5	58

DEDICACE

**A toute la famille MILLOGO,
plus particulièrement mon grand-père,
feu Tontama Adama MILLOGO et
ma grand-mère, Dafra Fatimata MILLOGO**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE



REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire n'a été possible qu'avec le soutien de certaines personnes. Pour ce faire, nous voudrions adresser tous nos remerciements aux personnes avec lesquelles nous avons pu échanger durant la réalisation de ce mémoire.

D'abord, nous remercions CODESRIA pour son soutien financier qui a permis la réalisation de ce mémoire.

Ensuite, nous voudrions exprimer toute notre gratitude au Projet interuniversitaire ciblé- Personnes Agées au Burkina Faso/Commission Universitaire au Développement (PIC-PABF/CUD), dont le soutien méthodologique a été déterminant dans la réalisation de ce mémoire.

Puis, nous tenons à remercier sincèrement notre directeur de mémoire, le Pr Patrice TOE, pour son aide précieuse et le temps qu'il nous a consacré. Aussi, réitérons-nous notre reconnaissance à notre maître de stage le Dr Abdramane BERTHE.

Enfin, nos remerciements vont à l'endroit de : Pr Fatoumata BADINI/ KINDA, Dr Isidore TRAORE, M. Anselme SANOU, Blahima KONATE, Pascal BAZONGO et Vincent Paul SANOU, Dr Wilfried BAZIE, Dr Issouf KONATE, et Sœur Félicité ILBOUDO, pour leur disponibilité tout au long de cette étude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

AARP	American Association of Retired Persons
ANRS	Agence Nationale de Recherche sur le sida et les Hépatites
ARV	Antirétroviraux
ASPC	Agence de Santé Publique du Canada
CAES	Centre d'Accueil d'Ecoute et de Soins pour personnes âgées
CHUSS	Centre Hospitalier Universitaire Souro Sanou
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CESAO	Centre d'Etudes Economiques et Sociales de l'Afrique de l'Ouest
DRS/HBS	Direction Régionale de la Santé des Hauts-Bassins
EDS	Enquête Démographique et de Santé
GARP	Global AIDS Response Progress Reporting
IFB	Institut Français du Burkina
INSD	Institut National de la Statistique et de la Démographie
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
OOAS	Organisation Ouest Africaine de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida
PA	Personne Agée
PNSPA	Programme National de Santé des Personnes âgées
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
REVS+	Responsabilité, Espoir, Vie et Solidarité
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
UPB	Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso
USA	Etats-Unis d'Amérique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Depuis l'apparition du Sida, les efforts de lutte se sont multipliés sur le plan économique, politique, socioculturel et sanitaire. Les actions de prévention et de prise en charge ciblent de plus en plus les couches sociales jugées vulnérables. Malgré une augmentation du nombre des personnes âgées dans les pays à ressources limitées, ces dernières ne font pas l'objet d'attention particulière, car considérées comme étant à faible risque d'infection par le VIH. Il existe très peu de données socio-anthropologiques sur cette couche sociale.

Notre étude qualitative vise à décrire la perception de l'infection à VIH par les personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Durant la période de l'étude, 40 personnes âgées de 60 ans et plus ont fait l'objet d'entretien individuel et d'un focus group. Des entretiens individuels ont également été réalisés avec 4 personnes de ressource.

Nos résultats font ressortir :

Une méconnaissance des modes de transmission et de prévention du VIH par les personnes âgées; l'infection par la voie sexuelle est la mieux connue ; les personnes âgées sont toujours sexuellement actives mais n'utilisent pas les stratégies de prévention contre le VIH ; le personnel soignant n'a pas le réflexe de parler du VIH aux patients âgés. La peur de la stigmatisation et de la discrimination les empêchent de découvrir leur statut sérologique. Elles ont une mauvaise perception du VIH et du sida. Le sida est considéré par les personnes âgées comme une maladie de la honte, maladie des jeunes et de la modernité; c'est une mauvaise et méchante maladie, une punition divine. Les personnes âgées ignorent la prise en charge du VIH. De plus, les centres de prise en charge sont quasiment méconnus chez les personnes âgées ; par ailleurs, il n'existe pas une politique nationale de lutte contre le VIH et le Sida qui prend en compte cette catégorie de population.

La prise en compte des personnes âgées dans la lutte contre la pandémie du VIH reste un défi que les Etats africains se doivent de relever rapidement.

Mots clés: VIH et Sida, personne âgée, perception, l'infection à VIH, sexualité, pauvreté

INTRODUCTION

En fin 2012, le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde était estimé à 35,3 [32,2–38,8] millions (ONUSIDA, 2013). L’Afrique sub-saharienne est la zone la plus durement touchée par cette pandémie. Le Burkina Faso n’est pas épargné par la pandémie du VIH. La prévalence était de 1,1 % en fin 2011 soit 120 000 PVVIH (ONUSIDA, 2012).

Le sida est une pandémie qui n’épargne aucune couche sociale. Le nombre de personnes âgées de 50 ans et plus vivant avec le VIH est estimé à 3,6 millions dans le monde (ONUSIDA, 2013). En Afrique subsaharienne elles représentent 14 % de la population adulte vivant avec le VIH (Negin et al., , 2012).

La question sur le vieillissement commence à devenir un sujet préoccupant dans les grandes assemblées internationales (ONUSIDA, 2002). La proportion des personnes âgées est en nombre croissant. De nos jours, les plus de 60 ans représentent 15 millions et atteindront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060 (Broussy, 2013). Cependant, il existe très peu de recherches socio-anthropologiques spécifiques sur les personnes âgées.

Au point de vue sanitaire, les politiques de santé n’arrivent pas à subvenir suffisamment aux besoins d’un nombre croissant de personnes âgées. Quelques initiatives basées sur la santé des personnes âgées ont été prises au plan national et international. A Madrid en 2002 où il a été question de Plan d’Action International sur le vieillissement, l’objectif était l’élaboration de politiques de prévention des troubles de la santé chez les personnes âgées, de l’accès à une alimentation et à une nutrition adéquates pour toutes les personnes âgées. Des mesures comme l’approbation d’une part égale des ressources de santé et de réadaptation aux personnes âgées, et l’accroissement de l’accès à ces ressources pour les personnes âgées démunies ont été prises.

Dans les pays du Sud, particulièrement au Burkina Faso, un programme national de santé de la personne âgée (PNSPA) (Ministère de la santé, 2008-2012) a été adopté dans lequel il était question de renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d’ici fin décembre 2012. Mais ces différentes initiatives sont quelque peu limitées. Les structures de soins, ne répondent pas toujours aux critères de disponibilité constante, d’intégration, de continuité, de globalité et de satisfaction des personnes âgées. Les partenaires techniques et financiers s’y intéressent peu également. Dans les politiques de lutte

contre le VIH, les personnes âgées ne figurent pas parmi les populations vulnérables. Le Burkina Faso est l'un des pays les plus affectés par le VIH (Calverton, 2010). La population est particulièrement jeune. Mais ce fléau n'épargne pas non plus les personnes âgées. A Bobo-Dioulasso, les stratégies de recherche et d'intervention dans la lutte contre le VIH ont peu touché les personnes âgées. Les données socio-anthropologiques et épidémiologiques sur le VIH particulièrement sur cette couche sociale sont quasi inexistantes, d'où la nécessité de mener cette étude pour appréhender les effets de l'insuffisance de recours des personnes âgées au dépistage et à la prise en charge à Bobo-Dioulasso.

Ce travail est présenté en trois parties :

- la première partie porte sur le cadre théorique où nous allons présenter le contexte de l'étude, la revue de littérature, la problématique, les concepts utilisés;
- la deuxième partie présente le cadre méthodologique ;
- la troisième partie est consacrée aux résultats et à la discussion.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I. CADRE THEORIQUE

1.1 Contexte et justification

Depuis l'apparition des antirétroviraux (ARV), le dépistage et la prise en charge sont devenus des stratégies majeures de lutte contre le VIH. Les associations de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et les structures de soins publics offrent à cet effet des services de dépistage et de prise en charge. Compte tenu de l'importance de la prise en charge aussi bien dans la réduction de la morbidité que de la mortalité des PVVIH et de la prévention, les acteurs de la lutte contre le sida (au niveau politique, stratégique et opérationnelle) ne cessent de mobiliser les ressources nécessaires pour assurer le dépistage et la prise en charge (et même sa gratuité). Au niveau mondial, plus de 118 millions de personnes dans 124 pays ont bénéficié d'un dépistage et de conseils relatifs au VIH en 2012 (OMS, 2013).

Parmi les populations dépistées, on retrouve peu la frange des personnes âgées dans les structures de dépistage et de prise en charge alors qu'elle est aussi bien concernée par le VIH. Aux USA, 16 % des nouvelles infections à VIH ont plus de 50 ans (ONUSIDA, 2012). En France, selon l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), en 2003, les personnes âgées de 60 à 89 ans représentaient 3,3 % de cas de nouvelles infections (Darmon, 2005). Cependant, elles découvrent leur sérologie beaucoup plus tard sinon jamais. La littérature montre que de nombreuses personnes âgées meurent plutôt des infections opportunistes du VIH ou du SIDA sous déguisement de maladies de la vieillesse (le diabète, l'Alzheimer, la tension artérielle, le cancer) (Bertand, 2001). En Afrique du Sud, on estime à plus de 8 % des personnes âgées de 50 à 60 ans infectées par le VIH (Fenton, 2012).

Au Burkina Faso, de nombreuses études épidémiologiques (ONUSIDA, 2013, SP/CNLS ONUSIDA, 2012) ont été menées pour évaluer la prévalence et l'incidence du VIH dans différents groupes sociaux (femmes en âge de procréer, jeunes, enfants, adultes, routiers etc.) mais pas auprès des personnes âgées. Dans le programme national de santé pour les personnes âgées (PNSPA), le risque du VIH n'est considéré qu'en rapport avec les soins que les personnes âgées apportent aux personnes infectées. Au niveau du cadre stratégique de lutte contre le sida (CSLS 2010-2015), la problématique du VIH chez les personnes âgées est peu abordée. Cependant, les données épidémiologiques (SP/CNLS ONUSIDA, 2012, ONUSIDA, 2013) à travers le monde laissent entrevoir que les personnes âgées au Burkina Faso sont susceptibles d'être touchées par cette pandémie. Dans les structures de prise en charge du

VIH, on rencontre des personnes âgées infectées mais qui ne font pas l'objet d'une attention particulière.

Au Burkina Faso, le système national d'information sanitaire (SNIS) (Ministère de la santé, 2008) dispose de peu de données sur le VIH chez les personnes âgées. Peu de personnes âgées ont réalisé le test de dépistage et l'une des principales causes de cet état de fait est l'insuffisance d'accès aux centres de santé (Ministère de la santé, 2008-2012). Selon l'Institut National de Santé et de Démographie (Institut National de Statistique et de Démographie, 2008), à travers le RGPH (2006), les changements économiques (augmentation du coût de la vie, accroissement de la pauvreté) et le changement social sont les principales causes de l'insuffisance d'accès aux soins particulièrement au diagnostic des maladies dont le Sida. Aussi, la majorité des personnes âgées ne peut-elle ni faire le dépistage ni se faire prendre en charge dans les services de soins ; elles se soignent grâce à la médecine traditionnelle et parfois par l'automédication. Ces perspectives méritent d'être prises en compte dans la lecture de la situation de la personne âgée dans la société burkinabè qui est en pleine mutation. Examinant les effets des changements économiques, la littérature montre que la crise économique a toujours eu des effets néfastes sur les personnes âgées. C'est dans ce sens qu'intervient l'approche sociologique du conflit en avançant l'idée qu'une personne âgée dépourvue de tout pouvoir économique est isolée dans la société : "c'est la mort sociale". Alors, *«le processus de dévalorisation sociale... est plus rapide chez ceux qui ne disposent comme monnaie d'échanges sociaux d'aucune des formes (...) capital économique ou culturel»* (Lauzon, 1980 : 3). Cette littérature montre que la pauvreté des personnes âgées peut limiter leur accès au dépistage du VIH. En effet, les changements économiques ont bouleversé les tendances organisationnelles de la société au point que les personnes âgées ont perdu la place qu'elles occupaient dans les activités de production, ce qui diminue la capacité de se prendre en charge si une maladie chronique était dépistée.

La connaissance du ressort socioéconomique de la vulnérabilité des personnes âgées est indispensable aux politiques afin qu'ils puissent mener les politiques de santé les plus idoines.

Le présent travail axé sur la perception du VIH et la prise en charge des personnes âgées, circonscrit à la ville de Bobo-Dioulasso se fonde sur les constats suivants :

- l'absence d'intérêt chez les personnes âgées pour le dépistage et la prise en charge des PVVIH ;
- l'absence d'intérêt des chercheurs notamment des sociologues burkinabè pour la problématique du dépistage du VIH chez les personnes âgées.

ENONCE DU PROBLEME

Il est pertinent de se demander quelle relation existe entre la perception du VIH et sa prise en charge chez les personnes âgées à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)? Qu'est-ce qui limite le recours au dépistage et à la prise en charge du VIH chez les personnes âgées ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

1.2 Revue de littérature

Notre recherche documentaire sur la perception du VIH chez les personnes âgées va s'intéresser à plusieurs sous-thèmes qui vont nous permettre de mieux appréhender notre problématique : nous avons exploré dans la littérature scientifique les travaux qui ont été réalisés sur la vulnérabilité des personnes âgées, sur le VIH et les personnes âgées, les canaux d'information sur le VIH, l'accès aux services de soins et le VIH, la vieillesse, le tabou et la sexualité, la perception du VIH chez les personnes âgées et la prise en charge des personnes âgées séropositives.

La question du VIH chez les personnes âgées est un sujet émergent et fait l'objet de peu de recherche comme le souligne ici Kalache: « *En Afrique subsaharienne, on dispose de très peu de données socio anthropologiques et épidémiologiques du VIH et du sida au sein des populations âgées de cette région* » (Kalache, 2002). Ce peu d'engouement des chercheurs pour cette population, peut trouver son explication dans le fait que « *la position que la vieillesse et les personnes âgées occupent dans la science anthropologique est étrangement similaire à celle que leur assignent nos sociétés post-industrielles : une position marginale par le peu d'intérêt que suscitent les études effectuées dans ce champ* » (Corin, 1982 : 63). Le peu de thématique abordé par les quelques auteurs porte toutefois sur la personne âgée et sa vulnérabilité, le VIH et personnes âgées, les canaux d'information, les services de soins et les obstacles au dépistage et la perception des personnes âgées sur le VIH.

1.2.1 Personnes âgées et vulnérabilité

L'industrialisation et la modernisation ont fait perdre aux personnes âgées leur statut social en ce sens que sans diplôme elles sont reléguées en seconde zone par les structures de production (Golaz, 2010). Avec la société moderne caractérisée par l'éminence grise, les personnes âgées n'ont plus de ressources financières alors que leurs maladies si elles sont dépistées sont le plus souvent chroniques ; elles nécessitent un suivi médical et un traitement à long cours qui coûtent chers. Nous dirons avec Caradec (2008) que, face à cette évolution, le regard sociologique a pris une nouvelle tournure. L'accroissement de la population âgée et sa prise pour cible par les acteurs politiques de développement dès les années 1960 ont poussé les sociologues à jeter un regard particulier sur cette population (théories sociologiques de la vieillesse et du vieillissement) et à mettre en place des programmes d'étude sur le vécu

individuel de ce vieillissement (l'étude de la construction sociale de la vieillesse, de ses représentations, et des rapports intergénérationnels).

Pour Golaz (2010) la situation préoccupante des personnes âgées dans les pays du Sud est aussi liée aux transformations sociales et aux transitions démographiques. Alors qu'elles jouaient un rôle prépondérant avec tout le respect qui était dû à leur rang, les personnes âgées se retrouvent en marge à cause des mutations profondes que connaissent nos sociétés. Avec la paupérisation de la plupart de nos Etats, les aînés ne sont plus une priorité chez les jeunes. Ces auteurs développent la vision d'une ancienne société africaine idyllique, idéale, solidaire des personnes âgées qui a été corrompue au contact de la société occidentale. Le respect et la solidarité envers les personnes âgées n'étaient-ils pas liés au contrôle que ces dernières avaient sur la production des ressources ?

Nshimrimana (2003), dans une logique plus nuancée, souligne que même dans les sociétés traditionnelles où naguère les personnes âgées jouissaient d'un grand respect et de privilèges étendus, elles étaient les premières victimes (avec les plus jeunes enfants), dans les situations critiques de conflits, de pénurie alimentaire, de crises économiques, de mutations sociales violentes. A côté de cela s'ajoutent les problèmes socio-économiques tels que la stigmatisation et la malnutrition qui, accompagnées du vieillissement rendent plus vulnérables les personnes âgées (Justice, 2012). La thèse développée par cet auteur met l'accent sur les limites de la solidarité. Cette solidarité se déploie pendant les périodes fastes et diminue voire se concentre sur les bras valides, ceux qui ont le pouvoir économique.

Certaines études vont dans ce sens. En effet, pour Golaz (2010), le poids démographique de la jeunesse a entraîné l'infléchissement de la balance du pouvoir ainsi qu'une déficience de protection des aînés d'où un désintérêt politique national et international vis-à-vis du troisième âge. Ces auteurs ajoutent aux transformations sociales et économiques, d'autres arguments tels que la transition démographique et la mondialisation. Ces derniers changements ont fait perdre à nos sociétés le respect des personnes âgées et la solidarité à leur endroit, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Cet état de fait trouve son explication dans la théorie du désengagement selon laquelle, *“le nombre des activités et des rôles sociaux d'un individu diminue, et les liens affectifs qui l'unissent à ses univers sociaux perdent leur intensité à mesure qu'il avance en âge”* (Lauzon, 1980:3). Selon cette théorie, la société fait un retrait progressif à la personne des responsabilités qui lui étaient confiées sans pourtant désorganiser l'ordre social. En effet, le changement a influencé les relations entre les personnes âgées et la nouvelle génération, ainsi que leur environnement et la structure

familiale. « *De nos jours, l'image généralisée des personnes âgées va plutôt dans le sens de pertes et de diminutions psychophysiques : maladie, handicap, fatigue, désorientation, mauvaise mémoire, rigidité, isolement, improductivité* » (Lauzon 1980:3). A ce propos, Weber (2009) indique dans sa "gérontologie" que particulièrement dans le passé, les personnes âgées étaient au rang du respect comme le font toujours les cultures chinoises et japonaises, du fait de la détention des sources du pouvoir tels que la richesse, la terre, les charges politiques, l'information, et le destin des autres membres de la famille. De nos jours presque dans toutes les sociétés modernes les jeunes prennent indépendamment leurs décisions sans tenir compte de la génération précédente. Face à cette dévaluation de leur statut social, rares de pays africains possèdent une politique ou un programme consacré au bien-être social, économique et sanitaire des personnes âgées. Cette inattention peut être due au manque de littératures spécifiques à leurs conditions de vie (Charlton, , 2001). Ces différentes théories peignent parfaitement la situation actuelle de la plupart des personnes âgées qui vivent dans l'isolement et l'abandon dans la société burkinabè qui peuvent être une forme de justification de la perception des personnes âgées sur le VIH. Alors, sa prise en compte est nécessaire dans les activités de prévention et de sensibilisation sur le VIH tant dans les pays industriels que dans les pays en développement, dans les villes comme dans les campagnes, ce qui ferait observer un taux de dépistage élevé dans l'ensemble.

1.2.2 VIH et personnes âgées

La séropositivité due au virus du Sida chez les personnes âgées est de plus en plus remarquable dans nos sociétés, ce qui a amené quelques chercheurs à s'y intéresser. C'est ainsi que lors de la 19^{ème} Conférence internationale organisée par l'Agence Nationale de Recherche sur le sida et les hépatites (ANRS, 2012), à Washington, les PVVIH âgées de 50 ans et plus ont fait l'objet d'inquiétude majeure. Les données montrent que plus de 2/3 des 50 ans et plus aux USA ont une relation sexuelle et environ 40 % d'entre elles ont fait des rapports sexuels non protégés (Psomas, 2012). La fragilité sanitaire des personnes âgées a poussé High et *al.*, (2012) à avancer que la question du vieillissement et du VIH doit prendre en compte les dimensions individuelles (prise de produit, santé mentale, problèmes cognitifs), sociales (réseau de soutien, stigmatisation, enjeux culturels) et structurelles (frein à l'accès aux soins et aux droits, inégalité de genre, sociale ou culturelle) dans l'optique de mieux subvenir aux besoins socio-sanitaires des personnes âgées.

L'OMS (2009) s'inquiète du nombre élevé de nouvelles contaminations par le VIH chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Elle déplore un manque flagrant d'information au

niveau de cette tranche d'âge. Elle pense que la population âgée des pays industrialisés a une espérance de vie élevée et vit en meilleure santé tandis que les personnes âgées de 50 ans et plus des pays du Sud sont rarement prises en compte dans les enquêtes démographiques et sanitaires. Toujours l'OMS (2009) déclarait 8 % de cas en 2005 en Europe dans cette tranche d'âge, et 11 % de nouveaux séropositifs aux Etats-Unis en 2006 étaient des personnes âgées. Selon cette même institution, l'espérance de vie est supérieure à 13 ans chez les PVVIH de 5 à 14 ans et est de 4 à 5 ans chez celles contaminées à 65 ans ou plus. A ce niveau, il existe une baisse de l'immunité sans doute due à l'âge qui accélère le processus de pathologie. Aux Etats-Unis, un séropositif sur 4 est une personne âgée. Au Québec, selon le programme de surveillance de l'infection par le VIH, les nouveaux cas de diagnostics de VIH chez les personnes âgées sont passés de 16 % en 2002 à 28 % en 2009 (Rejean, 2012). Schmid et al., (2009), dans une étude qualitative, soutiennent que le peu de données dont on dispose sur les personnes âgées dévoilent une prévalence et une incidence du VIH curieusement élevées chez les plus de 50 ans. L'enquête sur les « indicateurs du sida », réalisée au Kenya » par Erastus (2007) visant à cibler les personnes âgées dans la prévention du VIH, a montré que le taux de prévalence du VIH des personnes âgées de 50 à 64 ans était de 5 % avec un taux de syphilis de 3,4 % soit le taux le plus élevé au niveau national.

Au Burkina Faso, les personnes âgées représentent 5 % de la population générale (Recensement général de la population et de l'Habitat (RGPH, 2006). A Bobo-Dioulasso, elles représentent 3,7 % de la population (Institut National de Statistique et de la Démographie, 2006). Si dans les faits, les personnes âgées sont concernées par le VIH, elles restent néanmoins perçues comme peu exposées au risque d'infection à VIH. Cela a conduit à l'insuffisance de prise en compte de cette tranche de population non seulement par les programmes de recherche et de prévention mais également par les programmes de prise en charge ; « Les autorités politico-sanitaires reconnaissent que les personnes âgées constituent un des groupes vulnérables prioritaires au regard du bas niveau des indicateurs qui caractérisent leur état de santé » (Berthé et al., 2013), mais sont négligées dans les politiques sanitaires. Lors de la consultation d'une personne âgée, il est rare que le soignant lui propose un test de dépistage du VIH. Cependant, le facteur de risque d'infection sexuelle par le VIH chez les plus de 50 ans est le même que pour les autres groupes jugés vulnérables, et idem pour les personnes hétérosexuelles (OMS, 2002). Les comportements à risque, à savoir les relations sexuelles non protégées, les partenaires multiples, les infections sexuellement transmissibles concernent également cette classe d'âge. En effet, elles sont confrontées à la

question du changement de vie après un divorce ou le décès du conjoint (on peut aussi prendre en compte le remariage et la polygamie, le lévirat). C'est ce qui fait dire Darmon (2005) que *«Les phases de rupture (divorce, deuil) qui peuvent conduire à rencontrer de nouveaux partenaires comme la fréquentation de prostituées n'épargnent pas davantage les seniors que le reste de la population»*. Si les hommes sont exposés à cause du changement de vie, les femmes elles, sont plus exposées avec l'âge à une vulnérabilité biologique ; nombreuses sont celles qui, pendant la ménopause, ne craignant plus la survenue d'une grossesse non désirée, n'exigent plus de leur partenaire des rapports protégés. De plus avec l'âge, la paroi vaginale s'affine et se lubrifie moins, ce qui expose davantage au risque de contracter le VIH pendant les relations sexuelles. C'est tous ces facteurs qui font que de nombreuses personnes âgées sont concernées par le VIH.

1.2.3 Canaux d'information sur le VIH

La motivation du dépistage suppose des connaissances sur les avantages du test, sur le VIH et une bonne perception de son exposition. Une récente étude menée au Canada par l'Agence de Santé Publique du Canada (ASPC, 2010), a montré que les personnes âgées sont moins informées que les jeunes sur le VIH et ses modes de transmission et le taux de dépistage au sein de cette couche était de 35 % et qui diminuait au fur et à mesure que l'âge avançait. Pour Rejean (2012) les personnes âgées sont non seulement moins bien informées sur les risques de transmission du virus mais elles intègrent moins les messages de prévention, qui ne les ciblent d'ailleurs pas.

Dans les pays du Sud, les actions de prévention, de sensibilisation et de dépistage sont plus concentrées sur les jeunes considérés comme une population à risque que sur les personnes âgées. La plupart du temps, les personnes âgées sont censées détenir le savoir traditionnel; elles étaient jadis comme une bibliothèque, comme les gardiennes de la tradition, avec un rôle de communicateur et d'unificateur ; elles ont perdu cette place. Les canaux d'information ont changé avec le développement technologique (TIC, industrialisation,...), la modernisation et l'urbanisation ; l'information sur le VIH ne passe pas par les canaux qui sont contrôlés, maîtrisés par les personnes âgées. Cette orientation de la lutte contre le VIH ne favorise pas le dépistage chez les personnes âgées.

1.2.4 Accès aux services de soins et VIH

Chez les personnes âgées, le diagnostic du VIH s'établit généralement plus tard, car beaucoup ne pensent même pas à faire le test. Les résultats des travaux montrent l'adhésion au dépistage et à la prise en charge. Aussi, ces personnes âgées ont –elles une perception négative du VIH si bien qu'elles sont réticentes à faire le test ; d'une part, la bonne perception de la maladie favoriserait le recours au dépistage du VIH et à la prise en charge, d'autre part, renforcerait les dispositions/observances des traitements ARV. Pour Fenton (2012), les personnes âgées elles-mêmes, ne se considèrent pas à risque et le préservatif est moins utilisé, car souvent perçu comme un simple moyen de contraception. Dans ce sens Praz (2011) a aussi distingué chez les personnes âgées leurs comportements de soins en fonction de la perception. Pour lui aussi, les personnes âgées, au début ne croient pas au VIH. Pour elles, seuls les homosexuels et les drogués pouvaient avoir le VIH. Jaffré et Sardan (1999) se posent des questions sur les populations qui ne sont pas "atteintes", par les services et les actions de santé, et veulent comprendre globalement pourquoi elles ne fréquentent pas les structures sanitaires, ou plus précisément encore, comment elles se soignent, considèrent les maladies qui les affectent, et selon quels critères elles choisissent leurs traitements (Jaffré et Sardan, 1999). A terme, ils constatent que plus la perception est mauvaise, plus le malade est réticent à toute forme de traitement et de conseils plus il est difficile à prendre en charge. Makdessi-Raynaud (2003) aussi met en relation la perception de la maladie et le comportement de soins. Dans une étude réalisée en France sur la perception et les comportements de soins de santé les résultats montraient que parmi la population composée de jeunes et de personnes âgées de 18 à 65 ans et plus, une proportion de trois enquêtés sur dix acceptait de faire le dépistage. Elle était de 60 % chez les 25-44 ans, 26 % chez les 45-64 ans et seulement 8 % pour les 65 ans ou plus. Les femmes de cette étude étaient également plus nombreuses à se faire dépister, surtout avant 45 ans. Cela renvoie notamment aux tests proposés presque systématiquement lors des suivis de grossesse. Dans cette même étude, seulement 18 % des enquêtés dépistés, l'avaient fait volontairement et, 6 % l'on fait suite à une demande faite par un médecin (Makdessi-Raynaud, 2003). Ces résultats confirment l'existence de logiques de dépistage spécifiques à chaque étape de la vie, en fonction de la propension à avoir des partenaires sexuels nouveaux et/ou variés. A l'inverse, plus la perception de la maladie est bonne moins on rencontre des problèmes pour la prise en charge.

Certaines recherches ont pointé du doigt la responsabilité du personnel de santé dans le dépistage tardif du VIH chez les personnes âgées. Les médecins « ne réalisent pas systématiquement le dépistage du VIH devant des affections pourtant fréquentes en gériatrie » Bertrand (2001 : 1) telles que le diabète, l'alzheimer, la tension artérielle, le cancer de sein ou de prostate et dont les symptômes sont d'une possible similarité avec celui du sida. Ce qui nous fait constater que les plus de 60 ans découvrent leur séropositivité au stade du sida (Bertrand, 2001). D'autres auteurs accusent l'insuffisance des services de santé du Burkina Faso. Pour Pallier (2007) il y a l'éloignement des centres de santé, l'insuffisance de ressources humaines et matérielles, le coût élevé des soins de santé et des médicaments, le manque d'information et de sensibilisation de la population, l'absence d'un régime de protection sociale, la difficulté d'accès à l'eau potable, l'insalubrité du cadre de vie et la malnutrition. Les personnes âgées seraient frappées par cette situation.

Alors, les personnes vulnérables telles que les plus de 60 ans ne sont pas à l'abri de cette précarité. C'est ainsi que le Programme National de Santé des Personnes Agées (PNSPA) a identifié des problèmes concernant la situation des personnes âgées tels que cela apparaît dans cet extrait : « les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des PA sont insuffisamment développés, le diagnostic et la prise en charge des maladies des PA sont insuffisants, les services de santé sont peu accessibles géographiquement, culturellement, financièrement aux PA, la coordination des interventions de santé en faveur des PA est insuffisante, la recherche sur la santé des PA est très peu développée (Berthé-Sanou et al. (2013) . Dans le but d'améliorer l'accès aux soins des personnes âgées , le Burkina Faso a adopté en 1988 l'Initiative de Bamako qui a été mise en œuvre en 1993, et aussi les stratégies d'accès aux soins telle que l'exemption des personnes vulnérables aux paiements des frais sanitaires (Ridde, 2012). A Bobo-Dioulasso, les personnes âgées ne font pas l'objet d'attention spécifique sur certains plans. Les conditions sanitaires demeurent également alarmantes. Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé telles que les caractéristiques individuelles, la maladie et ses perceptions, les caractéristiques des services et les perceptions qu'en ont les patients font obstacles au dépistage chez les personnes âgées. Les personnes âgées sont confrontées le plus souvent à certains phénomènes culturels tel que le tabou de la sexualité (Ridde, 2012).

1.2.5 Vieillesse, tabou de la sexualité

L'activité sexuelle chez les personnes âgées reste un domaine inexploré dans les pays en développement. Elle est confrontée au tabou de la sexualité chez les personnes d'un âge avancé.

Dans les représentations populaires, la sexualité reste réservée à ceux qui sont jeunes. La sexualité des personnes âgées, limitée dans son expression par le vieillissement cognitif et celui de l'ensemble des fonctions physiologiques de l'organisme, a toujours été stigmatisée par nos sociétés natalistes. La sexualité des personnes âgées est déplacée, ridicule, transgressive, voire dangereuse pour la santé : « La vieillesse est condamnée à une continence indispensable à sa survie », affirme (Debay, 1857). Or, pour ce même auteur, « *les corps ne prennent pas leur retraite à 60 ans ! Le désir non plus, et actuellement moins que jamais* » (Bertrand 2001 : XI).

De nos jours, il existe toujours dans le milieu populaire la croyance que la sexualité de la femme s'arrête à la ménopause (Deacon et al., 1995). Laumann (2004), dans une étude exploratoire récente sur la sexualité dans le monde, portant sur 26 000 personnes de 40 à 80 ans dans 29 pays, établit que 70 % des hommes et 64 % des femmes pensent que la capacité des hommes à avoir des relations sexuelles diminue avec l'âge. Cependant, des études menées sur leur sexualité ont prouvé au contraire qu'elles ont une sexualité qui serait la cause première de leur infection par le VIH. Selon American Association of Retired Persons (AARP, 2004), 75 % des femmes et 81 % des hommes âgés se remarient après un divorce. Pour Monténégro (2004), 57 % des hommes et 54 % des femmes âgées affirment avoir une vie sexuelle active après un remariage. La banalisation du divorce, le développement de certains médicaments pour pallier aux troubles de l'érection et la diminution des tabous sexuels sont autant de facteurs qui aident les plus âgés à s'autoriser et à vivre une vie sexuelle épanouie. Et comme il n'y a pas d'âge pour faire l'amour, il n'y en a pas non plus pour contracter le VIH (Darmon, 2005). Dans une autre enquête menée sur la sexualité de cette population, 79 % des hommes et 65 % des femmes de 60 à 69 ans pensent que la sexualité reste un centre d'intérêt important pour eux. Toujours cette étude a observé la fréquence des rapports sexuels au niveau de 42 % d'hommes et 23 % de femmes d'âge de 60 à 69 ans qui avouent avoir des relations sexuelles au moins une fois par semaine et 26 % d'hommes contre 24 % de femmes âgées de 70 à 79 ans. Pour Breitschneider (1989), les plus de 80 ans ont également une sexualité active.

Shisana et al.,(2006) ont montré dans une étude à la fois qualitative et quantitative menée en Afrique du Sud sur les personnes âgées de 50 ans et plus, sur 2 787 participants âgés de plus de 50 ans, 35% n'avaient pas la certitude ou n'étaient pas d'accord que le multi partenariat était un facteur d'accroissement de risque d'infection du VIH. Seulement 21 % étaient convaincus que le préservatif est un moyen de protection contre le VIH.

Lindau et al., (2007), dans une étude de la sexualité et de la santé chez les personnes âgées aux Etats-Unis, soutient que l'on est peu renseigné sur les comportements sexuels et la fonction sexuelle des personnes âgées. Selon cette étude, sur 3 005 personnes âgées (1 550 femmes et 1 455 hommes) de 57 à 85 ans, à travers une méthode descriptive de l'association des variables âge et état de santé, on découvre que bon nombre de personnes âgées sont sexuellement actives avec une fréquence de problèmes sexuels et ces problèmes sont rarement discutés avec les médecins. Seulement 38 % des hommes et 22 % des femmes de plus de 50 ans ont eu à discuter des relations sexuelles avec un médecin.

Cependant cette étude présente quelques insuffisances aux points de vue socioculturel et politique. En effet, le caractère socioculturel de la sexualité au niveau de cette tranche d'âge n'est pas pris en compte. Ce qui nous permettrait de comprendre la perception du VIH à leur niveau ainsi que les causes réelles de la sexualité active à cet âge. De même, les politiques sanitaires au niveau de cette couche sociale n'ont pas été abordées. Cette partie pouvait nous aider à mieux cerner les rapports entre patients âgés et personnels soignant ainsi que les politiques de prévention du VIH en leur sein. La perception du sida comme une maladie de jeunes et les résistances à admettre une sexualité des seniors ont jusqu'à présent fait de ces derniers les parents pauvres de la lutte contre le VIH.

1.2.6. Perception du VIH et le sida chez les personnes âgées

La perception de la maladie est considérée comme une variable qui met en relation l'homme et son environnement. L'OMS (2009) s'est fixée comme but d'identifier la perception du VIH et le sida chez les personnes âgées. Aussi, a-t-elle présenté les grandes orientations de recherche comme l'analyse des connaissances et expériences de la maladie pouvant apporter des informations à propos de l'influence de la perception sur le comportement de soins.

Dans son investigation, Makdessi-Raynaud (2003) a mis en relation la perception de la maladie avec l'âge. Il cherche à montrer que la perception de la maladie chez les personnes âgées est parfois plus négative que chez les jeunes. Ses résultats mettent en évidence la plus

grande vulnérabilité à l'infection par le VIH chez les PA qui n'ont aucune conscience des risques encourues.

Jassen (2014) a mené une étude centrée sur l'influence de la perception sociale sur le dépistage. Dans une étude qualitative sur la perception, connaissance, attitude et pratique avec 21 personnes, il a trouvé un déficit d'information sur le VIH et le sida chez les sujets enquêtés ; la majorité ne croit pas à l'existence du Sida. Il existe des idées erronées sur l'origine et la transmission du sida (invention des blancs, transmission par relations sexuelles avec les chiens). La majorité des jeunes n'utilisent pas de préservatifs. Ils perçoivent le sida comme une maladie grave, mortelle et honteuse. Par contre les plus âgés considèrent le paludisme plus grave que le sida. La totalité des personnes enquêtées n'a jamais fréquenté le centre de CDV (Conseil, Dépistage, volontaire), ignore leurs rôles et n'a jamais fait de test de dépistage. La quasi-totalité des enquêtés sont enclins à des comportements de stigmatisation et de discrimination. Et plus récemment, Sobze et *al.*, (2011) se sont s'appesantis, cette fois-ci sur l'étude de l'influence sur le dépistage. Dans leur étude sur la perception du VIH chez des étudiants de 1^{ère} année de la Filière Sciences Biomédicales à l'Université Dschang au Cameroun, ils ont montré que sur 518 étudiants, 21% pensent qu'il n'y a pas de différence entre le VIH et le Sida, 32 % pensent que le Sida est une fatalité et 47 % des étudiants pensent que le sida ne se transmet pas par les liquides sexuels. Ces résultats montrent une relation significative entre la perception et le dépistage. Pour eux les jeunes qui ont une connaissance sur le VIH et le Sida se font plus dépistés. Mais pour les personnes âgées, le VIH et la vieillesse apparaissent comme des facteurs d'exclusion sociale (Sobze et *al.*, 2011), ce qui limite leur recours au dépistage.

En définitive, cette présentation de ces quelques travaux nous a permis d'apprécier les différentes manières d'aborder l'étude de la perception. Nous constatons que ces travaux sont essentiellement effectués en occident. Malheureusement, ils ne se sont pas intéressés aux personnes âgées mais aux jeunes et aux adultes. Les personnes âgées restent notre préoccupation.

1.2.7 Le regard sociologique de la maladie

La maladie n'a pas la même signification dans les sociétés. Elle diffère d'un peuple à l'autre et d'une époque à une autre. Elle n'a de sens que dans des contextes et périodes précis et par rapport à la situation socioéconomique et culturelle. Ce qui nous pousse à dire qu'à la

même réalité biologique ne correspond pas le même regard social. La maladie peut être considérée comme un système d'interaction complexe entre le biologique, la réaction individuelle et les influences socioculturelles. Elle est donc socialement construite. Auge (1986), parlant de l'étude des systèmes d'interprétation de la maladie, suggère que l'étude anthropologique de la maladie peut affiner ou renouveler la problématique anthropologique pour deux raisons essentielles : il n'y a pas de société où la maladie n'ait pas une dimension sociale et de ce point de vue, la maladie, qui est aussi intime et individuelle des réalités, nous fournit un exemple concret de liaison intellectuelle entre perception individuelle et symbolique sociale. Quant à la perception de la maladie et de sa guérison, elle ne peut se satisfaire ni d'un recours arbitraire à l'imagination ni d'une simple cohérence intellectuelle ou d'un effet de représentation : elle est ancrée dans la réalité du corps souffrant. Pour ce faire, nous constatons que la plupart des personnes âgées ne vont pas dans les centres de dépistage du VIH du fait du sens qu'elles accordent au VIH. Ainsi, la conception sociologique montre que la maladie ne se limite pas seulement au fait biologique mais elle peut se définir sous l'angle sociologique. Dans les représentations sociales, Herzlich (1969) considère la santé et la maladie comme des objets particuliers du fait que la maladie est à la fois symptôme et un possible facteur de modification de notre vie quotidienne et celle de notre environnement. Pour cet auteur, « *nos représentations de la santé mettent en relation notre vision du biologique et du social et la maladie demeure une représentation "des agressions de la société"* » (Herzlich, 1969). Selon cette théorie, les représentations sociales de la santé et de la maladie s'inscrivent au sens anthropologique du terme dans la société et l'histoire traduisant ainsi la nature des rapports de l'individu à cette même société. Ce qui permet de constater la circulation des connaissances profanes et scientifiques. La maladie peut être vécue comme un déséquilibre dans l'ordre du groupe social et menacer l'intégrité du groupe. Le VIH a suscité et continue de susciter plus d'émotions et de comportements irrationnels à cause de la nature et de la qualité des informations le concernant. On assiste à des attitudes et des pratiques discriminatoires et de stigmatisation envers certaines catégories de la population infectées tels que les femmes, les jeunes en particulier et même les personnes âgées qui ne font pas exception face à cette situation. Ces attitudes conduisent ces personnes à rompre avec les rapports sociaux. C'est dans cette optique que Augé (1986) mène une réflexion sur la fonction sociale des représentations de la maladie et en particulier de son interprétation. Il soutient que l'étiologie est essentielle à la perception sociale de la maladie du fait que nommer une maladie induit à lui en donner une étiologie. Pour lui, dans la conception africaine de la maladie on accorde une explication divinatoire sur l'apparition de la maladie ainsi qu'à tout

événement qui s'en suit. Le VIH est entre autres considéré par les personnes âgées comme une maladie de jeunes ou de la modernité. Une personne âgée infectée par le VIH est considérée comme celle possédant une déviation sexuelle car pour elle, la sexualité est l'apanage des jeunes. Le VIH est considéré comme une malédiction ou maladie diabolique. Une personne âgée atteinte de VIH conduit à sa perte d'identité sociale avec impossibilité de la restaurer. De même, la peur de la stigmatisation et de la discrimination à cause du regard culpabilisateur d'autrui et la faible mentalité dans cette situation pour s'assumer et assumer sa maladie peuvent être des facteurs de réticence des personnes âgées face au dépistage du VIH (Emlet et al., 2009). La réticence face à l'utilisation du préservatif est due à différentes interprétations et représentations (contraception, la religion...) ou autres mythes construits autour du préservatif. Pour ce qui est de l'intimité des personnes âgées, elles peuvent être victimes d'une mauvaise image d'elles-mêmes et d'une mauvaise perception de leur sexualité par rapport à leur situation de vieillesse, (Makdessi-Raynaud, 2003).

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

1.3. Problématique

Vieillir en bonne santé reste difficile dans les pays en développement. Il existe une insuffisance de diagnostic et de prise en charge des maladies des personnes âgées (Desclaux et Desgree, 2012). La précarité de la situation sanitaire des personnes âgées est liée à un problème d'accessibilité aux moyens de préventions habituelles (Justice, 2012). Les services de santé sont également peu accessibles géographiquement et financièrement aux personnes âgées.

Concernant l'infection par le VIH, les actions de prévention, de sensibilisation et de dépistage sont plus concentrées sur les jeunes que sur les personnes âgées considérées comme une population à faible risque » (Berthé-Sanou, 2013).

L'insuffisance d'accès des personnes âgées à la prévention fait qu'elles sont susceptibles de présenter plus de comportements à risques tels le lavage des parturientes, l'enterrement des placentas, et l'activité sexuelle sans les mesures de protection etc. (Justice, 2012). «Les phases de rupture (divorce, deuil) qui peuvent conduire à rencontrer de nouveaux partenaires comme la fréquentation de prostituées n'épargnent pas davantage les seniors que le reste de la population » (Darmon, 2005).

L'insuffisance d'accès des personnes âgées aux actions de prévention et de prise en charge de l'infection par le VIH pourrait être liée à la non adaptation des politiques de santé et aux croyances populaires qui veulent que la sexualité de la femme s'arrête à la ménopause (Deacon et al., 1995). Les études menées dans les pays développés rapportaient que les personnes âgées, elles-mêmes, ne se considèrent pas à risque et le préservatif est moins utilisé, car souvent perçu comme un simple moyen de contraception. De même, les médecins « ne réalisent pas systématiquement de dépistage du VIH devant des infections pourtant fréquentes en gériatrie » (Bertand, 2001). Aussi, ces personnes sont-elles moins informées que les jeunes sur le VIH et ses modes de transmission et le taux de dépistage au sein de cette couche était de 35 % et qui diminuait au fur et à mesure que l'âge avançait (ASPC, 2010).

Dans les Pays en Développement comme le Burkina Faso, l'insuffisance des recherches sur les problèmes de santé des personnes âgées se traduit par un manque de données fiables limitant leur prise en compte dans la définition des priorités sanitaires. Dans ces conditions, des études comme la nôtre visent à combler ce fossé lié à l'insuffisance d'informations sur la condition sanitaire des personnes âgées. Nous nous sommes interrogées sur la relation entre la perception du VIH et la prise en charge des personnes âgées

séropositives à Bobo-Dioulasso. Telle est la préoccupation principale qui constitue le fil conducteur de notre recherche. Au-delà de ce questionnement, nous cherchons à découvrir dans la présente étude:

- quelles sont les connaissances qui limitent le recours à la prise en charge chez les personnes âgées ?
- quelles sont les perceptions qui limitent l'accès des personnes âgées aux services de prévention ou de prise en charge ?
- quelles sont les politiques, stratégies et actions spécifiques à la lutte contre le VIH chez les personnes âgées ?

1.4. Objectif général de l'étude

Déterminer l'influence de la perception du VIH par les personnes âgées et leur recours à la prise en charge..

De manière spécifique :

- déterminer les connaissances sur le VIH des personnes âgées et leurs effets sur le recours à la prise en charge;
- décrire la perception que les personnes âgées ont du VIH et le recours à la prise en charge ;
- identifier les actions des acteurs de lutte contre le VIH en faveur des personnes âgées et les raisons du faible/fort ciblage de cette population

1.5. Hypothèses

1.5.1 Hypothèse principale

A Bobo-Dioulasso, la perception du VIH des personnes âgées limite leur recours à la prise en charge et par conséquent impacte sur leur prise en compte dans la définition des politiques sanitaires.

1.5.2 Hypothèses spécifiques

Trois hypothèses spécifiques de travail sous-tendent notre hypothèse principale :

- les personnes âgées ont une insuffisance d'information sur le VIH ;

- l'attribution du VIH à un comportement immoral influence leur comportement face au dépistage;
- l'insuffisance de politique de lutte contre le VIH chez les personnes âgées les exclut du système de lutte et de prise en charge du VIH et du sida.

1.6. Définitions des concepts

De la revue de littérature, il se dégage les concepts clés de notre recherche. Nous avons jugé utile de les définir pour faciliter la compréhension de notre thème. Nous procédons ainsi à la définition de concepts de personne âgée, prise en charge, dépistage, perception.

Personne âgée : La définition de la personne âgée dépend du contexte. Selon Canguilhem (1981) citer par Girard (1982) « vieillir pour tout être vivant, c'est à la fois durer et changer, avancer en se déformant vers un terme certain quant au fait et incertain quant aux circonstances ». L'OMS (2011) définit une personne âgée à partir de 60 ans, période à laquelle l'homme devient dépendant et vulnérable dans la société.

Alors, pour nous une personne âgée c'est tout être humain ayant des traits physiques de la vieillesse (cheveux blancs, perte des dents, fatigue générale du corps, métamorphose de la peau...) à partir de 60 ans.

Prise en charge : Selon le dictionnaire de la langue française c'est le « Fait d'assumer une responsabilité ». Elle concerne aussi les soins médicaux donnés à une personne malade. C'est le fait de prodiguer des soins à un patient. Les personnes directement affectées par le VIH et le SIDA ont besoin de soins. Pour notre étude, Il s'agit de répondre aux besoins d'une personne vivant avec le VIH/SIDA. Les PVVIH ont besoin d'un soutien pour faire face aux difficultés de la maladie et pour répondre aux besoins lorsqu'ils apparaissent. Le but de la prise en charge du VIH et SIDA est d'améliorer la qualité de vie des PVVIH, de leur famille et de leur communauté. La prise en charge est nécessaire dans l'optique d'éviter la propagation du VIH (OMS, 2003).

Dépistage : Dépister, découvrir la trace en pratiquant des examens. Le dépistage selon l'OMS consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue.

Le dépistage est une porte d'entrée pour la prise en charge. Une personne peut avoir le virus du Sida dans son corps sans le savoir. C'est à travers le test de dépistage qu'elle peut savoir si elle est infectée ou pas. Elle est appelée séropositive si elle a le virus dans son corps ou séronégative si elle ne l'a pas. Le dépistage se fait à travers une prise de sang. Dans le cas du VIH, le test de dépistage est anonyme et volontaire dans les centres de dépistage. Il est conseillé généralement à toute personne susceptible de prendre des risques d'infection à VIH (rapports sexuels non protégés, utilisation de seringues usagées, transfusion sanguine, des couples désirant se marier, et aux couples désireux de cesser d'utiliser des préservatifs). Par contre il est systématiquement proposé aux femmes enceintes, aux donneurs de sang etc. En effet, nous le définissons comme la pratique d'un examen biologique systématique en vue de retrouver le virus facteur de la maladie.

Perception : elle désigne d'une part, la capacité sensitive et d'autre part le processus de recueil et de traitement de l'information sensorielle ou sensible. La perception est le processus par lequel les organismes interprètent et organisent la sensation pour produire une expérience significative du monde. Selon Bourdieu (1987), « la perception du monde social est produite d'une double structuration sociale ». Il la considère comme un processus de causalité allant de l'objet extérieur par l'intermédiaire de l'organe sensoriel. La perception chez l'homme décrit le processus par lequel la stimulation sensorielle est traduite en expérience organisée. C'est un processus d'utilisation des sens pour obtenir des résultats sur l'environnement ou de la situation. Selon notre contexte nous pouvons la définir comme toute image ou appréciation que se donnent les personnes âgées sur le VIH et sa prise en charge.

1.7 Variables

Les variables concernent les sujets observables sur le terrain et qui sont indispensables à l'exploration de l'étude.

1.7.1 Variables indépendantes

Elles regroupent les caractéristiques socio-démographiques suivantes :

- l'âge, pourrait être un facteur déterminant l'acceptation du dépistage et de la prise en charge chez les personnes âgées ;
- le sexe, peut indiquer l'acceptation du dépistage et de la prise en charge;

- la religion, pourrait influencer la perception des personnes âgées par rapport au dépistage du VIH, leur vision par rapport au mode de prévention ;
- le niveau d'instruction, pourrait déterminer le niveau de compréhension des personnes âgées sur le VIH et leur impression concernant des informations reçues sur le VIH ;
- la situation professionnelle, qui permet de déterminer le niveau de vie des personnes âgées pourrait influencer l'acceptation du dépistage et de la prise en charge ;
- le niveau socioéconomique est un facteur limitant le dépistage ;
- la connaissance du VIH par les personnes âgées suppose une prise de conscience des personnes âgées elles-mêmes par rapport à cette maladie.

1.7.2 Les variables dépendantes :

Elle prend en compte :

- l'acceptation du dépistage du VIH ;
- l'acceptation de la prise en charge du VIH ;

II. CADRE METHODOLOGIQUE

2.1 Zone d'étude

Bobo-Dioulasso, capitale économique du Burkina Faso, est située dans le Sud-ouest du Burkina Faso. Elle couvre une superficie de 13, 678 km² et compte 489 967 habitants (RGPH 2006). Administrativement, la commune de Bobo-Dioulasso est divisée en 7 arrondissements regroupant 33 secteurs. L'espace sanitaire de Bobo-Dioulasso couvre une superficie de 34 635 km² répartie entre trois provinces administratives qui sont le Houet, le Kéné Dougou et le Tuy. La commune de Bobo-Dioulasso comprend deux districts : le district 15 qui couvre l'arrondissement de Dafra soit une population de 395 368 habitants, le district 22 qui regroupe les arrondissements de Do et Konsa avec une population de 357460 habitants (Institut National de la Statistique et de la Démographie, 2006). Au sommet de ces établissements de santé, nous avons les hôpitaux couvrant plusieurs régions sanitaires. Il existe le Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro (CHUSS) à Bobo-Dioulasso, trois Centres Médicaux avec Antennes Chirurgicales (CMA). Le taux de mortalité et de morbidité à Bobo-Dioulasso demeure élevé à cause de l'insuffisance des infrastructures sanitaires, de la non adaptation de ces structures de santé aux besoins de la population. Le taux de fréquentation des formations sanitaires est de 41,6 % dans le Houet (Ministère de la santé, 2011).

Cette étude a été menée dans la ville de Bobo-Dioulasso, dans 4 centres de santé qui sont:

- le Centre d'accueil d'écoute et de soins pour personnes âgées (CAES) qui fait le dépistage du VIH;
- l'Association REVS+ (Responsabilité, solidarité, et vie) ;
- deux centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) à savoir le CMA de Dô et le CMA de Dafra qui sont des centres de dépistage et de prise en charge du VIH.

2.2. La recherche documentaire

Pour mener à bien cette étude, nous avons fait une investigation sur les travaux déjà effectués en rapport avec l'accès au dépistage du VIH par les personnes âgées.

A cet effet, nous avons visité les bibliothèques du Centre Muraz, de l'Université Polytechnique de Bobo-Dioulasso (UPB), de l'Organisation Ouest Africaine de Santé (OAAS), de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), du Centre d'Etudes Economiques et Sociales de l'Afrique de l'Ouest (CESAO), de l'Institut Français du Burkina (IFB). Nous avons réalisé des recherches à partir des moteurs de recherches tels que Pubmed, Cairn, Google. Ce qui nous a permis de faire la revue de littérature.

2.3. La population d'enquête

Notre population était constituée d'un premier groupe composé de Personnes âgées (PA) de 60 ans et plus infectées par le VIH qui était suivies à l'association REVS+ au CMA de Dô et Dafra. Le second groupe était constitué de personnes âgées de 60 ans et plus qui venaient pour toute prestation quelconque dans les formations sanitaires sélectionnées.

2.4 Echantillonnage

Le choix des personnes âgées s'est fait de manière raisonnée. Pour réussir cet exercice, nous avons d'abord assisté aux consultations des personnes âgées dans les dits centres de santé et d'associations avec le consentement des agents de santé et du patient afin de savoir si parmi les motifs de consultation des personnes âgées figurait celui du VIH et du Sida. Ensuite, nous avons fait une sélection au niveau des listes et registres de la file active des Associations et CMA afin d'obtenir les personnes âgées susceptibles d'être éligibles pour l'étude. Enfin un entretien individuel et collectif leur a été proposé.

Le choix des personnels de santé qui n'étaient pas des personnes âgées s'est porté sur des agents de santé responsables de la file active et de la prise en charge médicale dans les formations sanitaires et dans les associations. Ce choix ne prenait pas en compte la notion d'âge. Ces personnes sont considérées comme des personnes témoins étant en contact permanent avec la population en général et souvent avec les personnes âgées. Nous avons retenu 4 responsables de la file active. Ce qui nous a permis d'atteindre deux groupes de personnes âgées : les personnes âgées ayant déjà fait le test et les personnes âgées dont le statut est inconnu. A ces deux types, nous avons ajouté, les personnes de ressource telles que :

- les médecins chef des deux CMA (Dô et Dafra) ;
- les responsables de structure de prise en charge médicale des personnes âgées et d'Association (CAES, REVS +) ;

Notre échantillon a atteint la saturation à 40 personnes âgées parmi lesquelles nous comptons 9 hommes et 31 femmes âgés de 60 à 84 ans et 4 personnes de ressource.

2.5 Critères d'inclusion

Les critères de sélection des personnes âgées étaient d'avoir au moins 60 ans. Être résidant dans la ville de Bobo-Dioulasso. Accepter librement de donner son consentement pour l'étude. Il n'y avait pas de critère de sélection pour les agents de santé.

2.6. Techniques et outils

La recherche pour la compréhension de la perception et prise en charge du VIH et du sida chez les personnes âgées nécessitait une exploration d'ensemble de tout le mythe qui l'entoure. Notre objectif n'était pas d'analyser le problème en termes statistiques ou de données quantitatives sur la perception du VIH chez les personnes âgées, mais d'obtenir la diversité des points de vue, de découvrir les facteurs qui en découlent et qui limitent la prise en charge de la maladie chez les personnes âgées.

Dans le cadre de cette étude, notre choix s'est porté sur l'entretien individuel et le focus group. Nous avons utilisé un guide d'entretien semi-structuré pour recueillir nos données. Notre objectif étant d'étudier les perceptions et la prise en charge du VIH des personnes âgées, ce qui fait que notre guide d'entretien s'est articulé autour des thématiques tels que :

- les connaissances, attitudes et pratiques des personnes âgées face au VIH ;
- la perception du VIH par les personnes âgées ;
- les obstacles au dépistage du VIH chez les personnes âgées ;
- la prise en charge du VIH chez les personnes âgées ;
- les actions menées par les acteurs de lutte contre le VIH pour les personnes âgées.

Notre Bibliographie a été faite avec le logiciel EndNote X4 à travers le style Harvard.

2.7 Traitement et analyse des données

Les entretiens ont été enregistré à l'aide d'un dictaphone avec l'accord des enquêtés et transcrits intégralement en vue de mieux analyser les informations recueillies. Une analyse de

contenu a été faite à travers la fréquence de réponse par individu et par activité de même que le croisement des données obtenues chez les différents répondants.

2.8. Aspect éthique

D'une façon générale, cette étude a été menée selon les principes éthiques de recherche. Avant tout entretien, une lettre d'information sur le projet a été remise à chaque enquêtée ainsi qu'un consentement éclairé prouvant que sa participation à l'étude était libre et volontaire. Pour les non alphabétisés, elles avaient des personnes témoins choisies par la personne âgée elle-même. Les informations collectées étaient anonymes et confidentielles grâce à un système de codage où les personnes ayant participé à l'entretien avaient un code alphanumérique (par exemple la lettre A suivi d'un numéro d'ordre).

Egalement des prises de tension ont été effectuées après chaque entretien par des agents de santé dans l'optique de faire bénéficier aux personnes âgées des avantages de cette étude. Les personnes âgées qui avaient une Hyper Tension Artérielle (HTA) étaient orientées vers des structures de prise en charge et des associations de lutte contre le HTA.

2.9. Limites et difficultés de notre étude

La délicatesse du sujet ne nous a pas facilité la collecte des données. La prise de contact avec les enquêtées n'a pas été aisée.

D'abord, les procédures administratives pour avoir l'accord du Directeur Régional de la Santé des Hauts-Bassins (DRS) afin d'approcher les personnes âgées de la file active des 2 CMA (Daфра et Dô) ont été un peu difficiles. Il nous a fallu plusieurs semaines pour avoir la note d'autorisation du DRS.

Ensuite, à l'Association REVS+, la fiche de demande de stage de notre Université ne constituait pas une garantie pour accéder à leur base des données. Il a fallu attendre quelques semaines pour avoir l'accord de la responsable avant d'obtenir la base de données de la dite association.

Enfin, la différence d'âge entre l'enquêtrice et les enquêtées (l'enquêtrice avait l'âge de leur petite ou arrière-petite-fille) pourrait être un biais dans la fiabilité des informations recueillies.

III. RESULTATS ET DISCUSSIONS

3.1 Présentation des résultats de l'étude

3.1.1 Profil des participants

Sur les 4 personnes de ressource, il y a 3 hommes et une femme âgés de 35 à 49 ans, soit deux associatives et deux agents de santé. Chacun avait une expérience de travail d'au moins 5 ans. Cet effectif complète le nombre de personnes interrogées à 44 personnes.

Sur les 40 personnes âgées, il y a 9 hommes et 31 femmes avec un âge compris entre 60 et 84 ans. Cette disproportion s'explique par le fait que les femmes étaient plus présentes dans les centres sélectionnés et acceptaient facilement la proposition d'étude que les hommes. L'âge moyen est de 62 ans. Ce groupe est composé pour la plupart de non alphabétisées (30 sur 40) et de très peu de pensionnées (10 sur 40).

Notre population cible est essentiellement féminine (31/40). La majorité des enquêtés est de religion musulmane (soit 30/40).

3.1.2. Connaissances des personnes âgées sur le VIH et le sida

3. 1.2.1 Connaissance des modes de transmission du VIH

En explorant les connaissances sur les modes de transmission du VIH nous avons constaté que les personnes âgées connaissent la voie sexuelle comme voie de transmission. Selon les enquêtées le VIH se transmet par les rapports sexuels. Comme le dit cet enquêté « *si tu fais des rapports sexuels non protégés avec un homme qui a le VIH il te le transmet* » (A. C32., 79 ans, Patiente du CAES du 11-06-2014). Mais le fait de connaître ce mode de transmission ne met pas à l'abri de l'exposition au risque. Quelques-uns ont cité la voie de transmission sanguine du VIH : « *C'est par le sang qu'on peut l'avoir. Si tu as une plaie sur ton corps, bon, si ça touche la plaie de l'autre qui a le sida ça se transmet à toi* » (E. B26., 60 ans, Patiente du CMA de Dafra du 12-06-2014). La transmission sanguine du VIH est associée à la « ré-utilisation » de vieux objets tels qu'« *une vieille lame* », des « *aiguilles jetées* ». Pour nos enquêtés, le Sida est aussi une maladie du monde : *Djamana bana* (/Djamana/ = Monde ; /Bana/ = Maladie). Il ne fait que faire des victimes partout dans le monde « *c'est une maladie du monde et qu'on gagne ça par malchance même si tu es vieux* » (S. A2. 66 ans, CAES, du 11-06-2014). On retrouve ça partout dans le monde et c'est une maladie qui « *gatte le nom des gens et leur met la honte* ». Parmi les enquêtés, il y a des

personnes âgées qui semblent ignorer l'existence du VIH et du Sida. Parfois, cette méconnaissance paraît totale. C'est le cas de cette enquêtée qui déclare : « *je ne sais pas ce que c'est que le sida* » (T. C30., 64 ans, Patiente du CMA de Dô du 14 -06- 2014). Certaines confient être surprises : « *Si ce n'est pas aujourd'hui moi je n'ai jamais entendu parler de ça* » (K. A5., 69 ans, patiente du CAES du 08-6-2014). C'est dans le même sens qu'un autre enquêté remarquait en ces termes : « *Eh, on ne peut pas causer du sida parce qu'on ne connaît pas. En tout cas, moi je ne connais pas* » (S. A10. 76 ans, Patiente du CAES du 13-06-2014).

3.1.2.2 Connaissance des centres de dépistage

Les données recueillies ont révélé que les personnes âgées connaissent peu les centres de dépistage du VIH. Les centres connus sont généralement les centres de santé publique tels que le Centre hospitalo-universitaire Souro SANOU (CHUSS) et les deux CMA (Dô et Dafra) : « *Je sais qu'on enlève le sang à l'hôpital* » (C.C.35, 79 ans, Patiente du CAES, 14-06-2014). Mais, les structures de dépistage spécifiques comme les Associations de prise en charge du VIH et du Sida sont peu connues par la population cible. Dans presque toutes les formations sanitaires, au Burkina Faso on fait le dépistage du VIH. Mais ce n'est pas dans toutes les formations sanitaires qu'il y a la prise en charge. Donc une personne âgée peut fréquenter un milieu sanitaire sans savoir qu'il y a le dépistage du VIH ou la prise en charge de cet endroit.

Mais pour les enquêtés, fréquenter un centre de dépistage est une preuve directe de son infection par le VIH. Comme l'atteste cette enquêtée : « *si un de tes parents te voient là-bas, il ira raconter que tu ne vois pas un tel, que c'est le sida qu'il a. Donc maintenant ça fait souffrir, souffrir la personne jusqu'à finir toute sa chair de son corps* » (A. H22., 62 ans CAE, du 13- 06- 2014). Il y a des personnes âgées qui ont de la méfiance pour des structures de santé. Pour elles, le seul fait d'aller à l'hôpital « *infecte la personne âgée* ». Selon elles, « *si tu pars faire ton test, même si tu n'as pas ça, on va dire que c'est ce que tu as* » (K. C33., 61 ans, Patient CAES, 14-06-2014). Parfois, la fréquentation des associations de prise en charge du VIH est considérée comme source d'infection à VIH.

3. 1.2.3 Connaissance des modes de prévention par les personnes âgées

Les différents entretiens avec les personnes âgées ont révélé qu'elles connaissent le préservatif comme moyens de prévention du VIH. La plupart répète le message qui recommande de « *porter la capote pour faire les rapports sexuels* ». L'abstinence apparaît

plus appropriée parfois pour notre population, surtout des femmes qui cherchent à « *s'abstenir de tout contact sexuel avec les hommes* ».

Cette population aborde fréquemment la connaissance du condom comme moyen de prévention. Ce tableau nous montre que les enquêtées abordent plus l'utilisation du condom comme moyen de prévention. Mais, il y a peu de fréquence de fidélité (3/40) tandis que sur les 40 personnes âgées, 12 personnes ne connaissent aucun moyen de prévention contre le VIH.

3.1.2. 4 Autres connaissances des personnes âgées sur le VIH et le sida

Dans cette étude, certaines pensent que le VIH peut s'attraper « *par les urines* ». Les femmes sont les plus nombreuses à incriminer les urines dans la transmission du VIH. Une enquêtée déclare ceci : « *C'est dans l'urine, c'est dans les déchets qu'on gagne ça* » (B. A15., 60 ans, Patiente du CAES, 15 juin 2014). Une autre soutient cette idée de contraction du VIH par les urines en avançant qu' : « *on a dit que là où la personne urine tu ne dois pas uriner là-bas. Là où la personne s'assoit s'il se lève et que la place n'est pas refroidit si tu pars t'assoit là-bas ça t'attrape* » (L. B25., 77 ans, Patient du CAES, 14 juin 2014). Pour d'autres, le VIH peut être transporté par les mouches. Comme le note cette répondante : « *si une mouche s'assoit sur la plaie de quelqu'un qui est infecté et elle vient s'assoit sur ta plaie tu attrapes ça* » (F. A11., 68 ans, Patient du CAES, 12 juin 2014).

3.1.3 Facteurs de vulnérabilités des personnes âgées au VIH

3.1.3.1 Facteurs économiques

Pour cette population cible, le sida est perçu comme une maladie qui appauvrit. Pour nos enquêtées qui étaient pensionnaires, la pension est insuffisante, il est difficile de subvenir aux besoins sanitaires d'un malade du sida. En témoignent les propos de K. C. : « *Les médicaments sont chers. Ce n'est pas une petite dépense. Tu vois qu'il est souffrant, mais il n'a pas les moyens. Tu n'as pas les moyens et lui non plus n'a pas les moyens. Et pourtant il souffre* » (K. C33., 63 ans, Patient du CAES du 14-juin 2014). Selon les personnes âgées, pour soutenir une personne infectée par le VIH, il y a de nombreuses dépenses à faire. Ces enquêtées déclarent que : « *si tu as ça aujourd'hui là, si tu n'as pas les moyens de bien manger ça pose beaucoup de problèmes. Alors que, si tu n'as pas les moyens, tu ne peux pas contrôler ton alimentation* » (S. H41., 35 ans, MCD du CMA de DO, du 18-06- 2014).

Dans les entretiens, la pauvreté serait l'une des causes de plusieurs infections à VIH, « *Parce qu'il y a certaines choses où la pauvreté nous met dans ça (l'infidélité) . C'est la non*

satisfaction des besoins qui nous met dans certaines choses » (O. B., 63 ans, Patient du CAES du 24-06-2014). Cette pauvreté accentuerait la vulnérabilité des personnes âgées, « *c'est la pauvreté qui nous pousse à laver tout corps et sans protection souvent, afin d'avoir un peu de revenu* » (F. B24. 60 ans, Patient du CMA de Dô, du 17-06-2014).

3.1.3.2 Facteurs démographiques et Socioculturels

L'infection à VIH des personnes âgées est aussi liée aux facteurs sociodémographiques et culturels. Avec le taux d'accroissement de la gent féminine, les femmes célibataires sont de plus en plus nombreuses comme l'atteste cet enquêté : « *Bon ! Tu sais, nous à notre temps le taux de femme était moyen. C'était suffisant mais pas débordant. Bon, on se mariait rapidement. Mais actuellement-là, on ne se marie plus rapidement* » (O. B24, 64 ans, Patient du CAES, 11-06-2014). Pour cette ancienne génération, le fait de ne pas se marier tôt pousse à l'infidélité. Ainsi, un homme âgé qui se marie tardivement finit-il par épouser une femme de la nouvelle génération qui veut continuer à vivre sa vie d'avant, au point de s'infecter et d'infecter la personne âgée et ses premières épouses. Mais, la personne âgée ne perçoit pas du risque d'infection à VIH dans son foyer. Ce fut le cas de cet enquêté qui dit ceci à propos de ses deux épouses : « *les deux-là ont déconné et elles sont parties au village, je les ai laissées et venir prendre une à Bobo ici. Or, elle avait la maladie-là moi je ne savais pas* » (AC32., 65 ans, patient du CMA de Dafra du 17-06-2014).

Pour nos enquêtés, l'infidélité est l'un des facteurs de risque d'infection par le VIH ou le remariage après le décès d'un conjoint sans faire le test de dépistage d'abord avec ce dernier. Par contre, proposer le test à une personne âgée avant le mariage ou bien l'imposer comme condition de mariage signifie un manque de confiance et de non-respect envers la personne. C'est une mise en cause de sa fidélité, ce qui peut jouer sur la relation (refus du nouveau prétendant ou de la nouvelle prétendante de se marier à la personne). Beaucoup ne croyaient pas à l'existence du VIH. Donc, le réflexe de faire le test de dépistage n'était pas évident. En dehors de cet aspect nous avons la question du lévirat qui est fréquent chez les personnes âgées. Cette pratique est fréquente chez les musulmans. En général, c'est le petit frère qui remarie la femme de son défunt grand-frère. C'est le cas de cet enquêté qui annonce que : « *mon frère est décédé du VIH et je ne savais pas. La famille m'a proposé de marier sa femme et j'ai accepté* » (PC29., 62 ans patient de REVS+, du 10-06-2014). Cette pratique du lévirat et du remariage des veufs ou veuves sans le test de dépistage du VIH au préalable serait l'un des facteurs d'infection à VIH au sein de cette couche sociale. Ces différentes situations exposent les personnes âgées à l'infection à VIH.

3.1.3.3 Facteurs religieux

Les résultats montrent que la plupart des personnes âgées sont de religion musulmane et pensent que c'est « *une maladie envoyée par Dieu* », la punition de l'infidélité, une malédiction divine. Et ce patient d'expliquer : « *Dieu nous a dit dans le Coran, que l'infidélité c'est quelque chose qui n'est pas bien. Que les gens arrêtent de faire ça. Parce que si vous ne cessez pas, lui il va faire propager une maladie, dans notre société, une maladie qui n'a pas de médicament* » (T. A3. 76 ans, patient du CAES, 13-06-2014).

Les personnes âgées qui connaissent leur statut sérologique négatif sont convaincues que si elles ont été épargnées c'est grâce à leur comportement « sain » et à la volonté de Dieu. C'est le cas de ce répondant qui déclare ceci : « *on ne s'approche de personne, peut-être si ce n'est pas l'œuvre de Dieu, ça ne peut pas nous atteindre* » (R. C39., 67 ans, Patient CAES, 16-06-2014). Elles pensent qu'elles ont été épargnées par la grâce divine.

3.1.4 Attitudes et pratiques des personnes âgées face au VIH et au sida

3.1.4.1 Attitudes

Les personnes âgées n'accordent aucun intérêt au VIH. Parmi les enquêtées n'ayant pas fait le test du dépistage du VIH plus de la moitié refuse de connaître leur statut. Elles refusent d'admettre le VIH comme une maladie qui concerne les générations. Le dépistage chez les personnes âgées est considéré comme un signe de non sagesse. Pour elles, cette pratique pourrait leur faire perdre toute dignité dans la société. Dans notre échantillon, il y en a qui connaissent déjà leur statut sérologique (11/40).

Le fait de faire le test de dépistage du VIH permet de lever le doute sur la sérologie : « *Si tu fais ton test, tu sauras si tu as le VIH ou pas* » (A. D12. 64ans, patiente CAES du 13-06-2014). Celles qui connaissent leur sérologie attribuent leur longévité au test ; le dépistage les aurait sauvé : « *Si ce n'est pas à cause du test d'ici-là moi j'étais morte ; Ça nous a épargné des problèmes* » (C. H34., 62 ans, Patiente REVS+ du 14-06-2014). Pour ces enquêtées, faire le dépistage a aussi des inconvénients telle que la souffrance morale. Pour les personnes âgées infectées, le VIH entraîne le surgissement des questions liées à la mort avec toute l'angoisse consécutive à ces questions : « *Si on dit que tu as le VIH, ton esprit ne sera plus tranquille, chaque fois, tu as peur. Tu ne sais pas si tu vas t'en sortir ou pas* » (G. A18, 60 ans, Patiente CAES du 15-06-2014). Et les aveux de cette patiente en dit long sur leur attitude face au

dépistage : « *Je n'étais pas de bonne humeur. J'ai pleuré, j'ai pleuré, ça m'a fait mal, je dis que si je meurs ça vaut mieux* » (T. C30, 64 ans, patiente du CMA de Dô, 29-06-2014). Alors, pour éviter cette angoisse, la plupart des enquêtés décident de ne pas connaître leur statut sérologique et souvent continuent d'adopter des comportements à risque sans s'en rendre compte.

Ces personnes âgées continueraient de pratiquer l'activité sexuelle, sans jamais effectuer le test de dépistage volontaire avec les conjoints. Comme le dit cette enquêtée « *je suis toujours sexuellement active mais, si je pars aujourd'hui avec mon partenaire pour faire le test, les agents de santé ne vont pas me respecter, mes enfants et petits-enfants ne me respecteront pas* » (O. C31. 62 ans CMA de Dô du 09 -06-2014).

Mais souvent avec la polygamie, les hommes âgés arrivent à se marier avec une jeune fille qui ne cesse de jouer à l'infidélité. Nous avons constaté que « *les jeunes filles aiment les papis, parce qu'ils donnent beaucoup d'argent* » (D. C41. 43 ans, agent de santé du 14 -06-2014). Pour la même enquêtée, « *Les hommes âgés qui sortent avec nos sœurs, ça fait qu'ils infectent nos sœurs et nos filles qui transmettent la maladie à leur génération. Ça fait que c'est un fil, une chaîne* » (O. 43., 43 ans, agent de santé du CAES, 14 -06- 2014). Ce qui expose ces personnes âgées aux VIH puisqu'« *Il y a beaucoup de personnes âgées qui ont les moyens, ce qu'elles, peuvent faire, bon, tu m'excuses, nous voyons qu'il y a des filles tellement connes, à cause de l'argent, elles...* » (R. C39., 67 ans, Patiente du CAES, 14-06-2014).

A en croire cet agent de santé, le risque d'infection à VIH est élevé du fait de cette pensée africaine selon laquelle « *les personnes âgées ne sont pas actives sur le plan sexuel* ». Et, poursuit-il, « *c'est ce que les gens pensent. En réalité c'est faux. Parce qu'elles sont bien actives sur le plan sexuel. Et c'est à cause de ça elles sont marginalisées* » (O. C43. 43 ans, agent de santé du CAES, du 14 -06- 2014). Ce qui fait qu'elles ne sont pas prises en compte dans la population cible à risque.

3.1.4.2 Pratiques

Presque toutes les enquêtées parlent du préservatif comme moyen de protection contre le VIH, mais ne l'ont jamais utilisé. Elles n'ont pas le réflexe d'utiliser les condoms. Comme le reconnaît ce répondant : « *la capote-là, à mon temps je ne connaissais pas ça* » (T. C30, 64

ans patiente du CMA de Dô 20 juin 2014). Le Sida ne peut pas finir selon les enquêtés, puisque à en croire les uns et les autres « *ceux qui ont ça ne se protègent plus* ».

Les personnes âgées adoptent des comportements à risque. Elles ont conscience qu'elles ont manipulé des corps et laver les habits des femmes qui accouchent, sans prendre des mesures de protection. « *Il y a deux personnes qui sont décédées, je les ai lavées mais je n'ai pas porté de gants. La femme aussi, si une femme veut accoucher je vais faire tout mais je ne porte pas de gants* » (T.C30. 64 ans, patiente du CMA de DO). Cependant, l'option de porter des gants afin de se protéger pendant le lavage du linge des parturientes et dans la manipulation/enterrement du placenta n'est pas rare : « *De nos jours, votre temps, il faut forcément porter des gants pour laver ce linge* » (C. C35., 79 ans, Patiente du CAES du 18-06-2014). Le fait de s'occuper d'un malade du Sida sans prendre les mesures de précaution, expose davantage les personnes âgées. En observant certaines mesures chez les enquêtées, lorsqu'un parent tombe malade, ou qu'une femme accouche, le fait de ne pas s'occuper de lui ou de ne pas s'approcher de lui, signifie qu'on a du mépris pour la personne. Ce qui peut affecter les relations futures dans la famille ou même dans les clans et par la suite dans les villages. Alors chacun essaie de montrer sa solidarité à sa manière envers la personne. Dans ces conditions, quelque soit la nature de l'aide, le risque d'infection serait élevé parce qu'il n'y a aucune mesure de protection. Mais parfois cette pratique est accomplie dans l'optique de retrouver la bénédiction divine. Sur les 40 personnes âgées, 37 n'ont jamais utilisé le condom. Dans leur mentalité elles ne peuvent pas avoir le VIH. Les hommes âgés n'utilisent pas le condom. En général, les personnes âgées n'utilisent pas de préservatifs.

3.1.5 Perception du VIH par les personnes âgées

3.1.5.1 Sida, une mauvaise maladie

Les personnes âgées qui ont participé à cette étude sont unanimes sur le fait que « *le sida est une mauvaise et méchante maladie* ». Ce jugement se fonde sur le fait que « *le sida te fait souffrir, souffrir, t'enlève toutes tes forces* » (T. A3., 81 ans, Patiente du CAES, 16 -06-2014) « *elle (en parlant de la maladie) vous détruit, bon, détruit l'être humain. Ça te déshumanise et puis, gâte ta progéniture* » (C. H., 62 ans, Patiente de l'association REV+, 18-06-2014). C'est ainsi que le sida est redouté pour la souffrance qu'il fait subir aux malades : « *la personne maigrit sur pied. Elle maigrit et son corps est toujours malade* » (T. E27, 76 ans, Patient du CAES du 20 juin 2014). Il est aussi perçu comme « *une maladie qui humilie* ». Pour nos enquêtés, un malade du sida est dégoûtant aux yeux de l'entourage et de la société. Selon les propos de cet enquêté « *le sida vraiment c'est une maladie quand ça te*

prends, ça te désaxe complètement. Ça te fatigue sur tous les plans. Ça te gêne et tu souffres dedans. Bon ! Tu es dégoûtant, alors tu fonds, tu deviens mince, tu maigris. Bon ! A la longue tu ne sers plus à rien, tu n'as plus de moyens physiques. » (D.A12., 64 ans, Patiente du CAES, 19 juin 2014). Ce qui fait qu'il n'est pas pareil avec les autres maladies puisse qu'« on dit que si ça t'attrape tu ne fais que maigrir. C'est une mauvaise maladie » (M. A8, 80 ans, Patiente du CAES, 17-06-2014). Pour les enquêtés, le sida c'est l'accumulation de plusieurs maladies afin de multiplier la souffrance de l'homme: « Ça provoque plusieurs petites maladies en toi. Te faire souffrir, souffrir, tu ne sais pas c'est quelle maladie que tu as » (T. I16, 81 ans, patiente du CAES, du 17-06-2014). La peur du sida est très grande au niveau des PVVIH âgées si bien que « si on parle de sida, moi une vieille personne comme ça, ça me trouble l'esprit » (O. C41., 61 ans, CMA de Dafra 27-06- 2014). Cette peur les pousse à croire que c'est une maladie des jeunes.

3.1.5.2 Sida : la maladie des « jeunes »

De façon générale, on pense que le sida n'est pas fait pour les personnes âgées. La perception du VIH et du sida comme appartenant à la jeunesse est dominante chez les participants à cette étude. Ils considèrent le VIH comme « *une nouvelle maladie* », « *une maladie des temps modernes* », « *une maladie des jeunes* ». Selon les enquêtés, une personne âgée « *qui aurait le VIH* » l'aurait cherché puisse qu'à leur époque il n'y avait pas cette maladie. Donc une personne âgée ne peut pas avoir le VIH et peut-être, « *si la personne âgée gagne ça, si ce n'est pas par accident, c'est que c'est par vagabondage sexuel* » (S. A2., 66 ans, Patiente du CAES, 19 juin 2014). Cependant, d'aucuns reconnaissent que c'est une maladie qui ne trie pas sa cible et qui trouvent que les personnes âgées sont autant exposées au VIH que les jeunes.

3.1.5.3 Sida : la maladie de la honte

Dans cette étude, le VIH et le sida représentent pour notre population cible, une maladie de la honte. Selon elle, le sida est apparu pour « *couvrir l'homme de honte* ». Elles soulignent que « *c'est une maladie qui gatte le nom* » (S. A2. 66 ans, Patiente du CAES, 19 juin 2014). Chez les personnes âgées séropositives, la honte est plus ressentie du rapport du VIH à la sexualité : « *c'est la honte-là seulement. On va dire que c'est une mauvaise personne, c'est quelqu'un qui est infidèle* » (B. L25., 77 ans, Patient du CAES, 14 juin 2014).

A cause de la honte associée à la sexualité, il est difficile pour une personne âgée d'aller payer des préservatifs dans une boutique. Elle aurait eu honte qu'on dise qu'elle est toujours sexuellement active. Comme le dit cette personne âgée : « *Tu sais que moi par*

exemple si je dois aller m'arrêter pour payer la capote, tu sais que j'ai honte de ça. Ou bien moi, ma femme aller s'arrêter qu'elle paye la capote, tu sais qu'elle aura honte » (D.A12, 64 ans, Patient du CAES, du 14 juin 2014). Cette honte se caractérise par le refus du port de la capote.

3.1.5.4 Peur du VIH et du Sida,

Les personnes âgées déclarent ne pas discuter du VIH à cause de la peur qui est associée à cette maladie. Elles évitent d'en parler « *parce que tout le monde a peur du Sida. Prononcer son nom même est un problème à cause de son nom et de son caractère »* (S. A7, 68 ans, Patient CAES, 14-06- 2014). C'est une maladie qui écourte la vie, « *Le sida-là, c'est comme si ça vient terminer rapidement le reste de ta vie ; Ça écourte ta vie »* (A. B. 65 ans, Patient CAES, 14 -06- 2014). Le sida a une connotation négative : / *sida tɔgɔ ka bɔ̃* /, en dioula le /*Sida est un grand nom*/. Il n'évoque que le mal pour eux, c'est cette connotation "sida" qui l'associe à la "mort" qui entraîne cette peur. Une fois que ça t'attrape c'est la mort. Lorsqu'on attrape le sida la chance de survivre est minime. De ce fait c'est « *une maladie de notre fin de vie »* (T. A9, 84 ans, Patient CAES, 13-06-2014). Pour le groupe des PVVIH âgées, la mort est l'aboutissement normal du VIH et le sida. Parfois, la mort est plutôt considérée comme une solution qui permet de ne pas s'exposer à la disgrâce aux yeux des siens : « *Dieu, si c'est cette maladie va me tuer, qu'elle me tue rapidement pour ne pas me gêner devant mes amis, devant mes enfants »* (P.C29. 61 ans, REVS+ du 28 juin 2014). La mort mettrait fin à la honte qui s'annonce avec le sida Le sida est considéré comme une maladie qui n'a pas de solution.

En somme, les personnes âgées, d'une part, ne se sentent pas concernées par le VIH et, d'autre part, elles avaient si peur du VIH au point qu'elles préféreraient ne pas l'affronter par un quelconque dépistage.

3.1.6 Obstacles au dépistage du VIH

La vieillesse apparaît comme un facteur protecteur, qui « disqualifie » en même temps les personnes âgées dans la lutte contre le VIH notamment le test de dépistage. Dans nos résultats, le nombre de personnes ayant effectué le test de dépistage était minime. Les femmes âgées sont les plus nombreuses à ne pas se faire dépister. Cette fréquence pourrait être liée au niveau d'instruction. Elles ne sont pas alphabétisées. Le manque de compréhension peut induire un refus de connaître le statut sérologique du VIH.

Dans le groupe des dépistés, il existe un écart entre les personnes âgées qui ont accepté de se faire dépister et celles qui n'ont pas accepté. Les dépistés sont plus fréquents que les non dépistés (13/40). Ces enquêtés n'y accordent pas de l'importance : « *Nous on dit qu'on est vieux pour le dépistage donc ça c'est le travail des enfants* » (C.A4., 66 ans, Patient CAES, 13-06-2014). Les personnes âgées ne s'imaginent jamais qu'à leur âge, elles peuvent être infectées par le VIH si bien qu'elles ne pensent pas à faire leur test de dépistage du VIH « *Je dis que je ne suis jamais allée là-bas. Ah, je vois que moi je suis déjà vieille, je vais allée faire quoi là-bas. Moi en tout cas je n'y pense pas. Je ne l'ai jamais pensé* » (M. A.8, 67 ans, Patiente CAES, 23-06-2014). Le fait de se rendre à l'hôpital pour se faire dépister est aussi mal apprécié. Il apparaît honteux de se rendre à l'hôpital de peur d'être méprisé par les enfants et les adultes. Cette démarche pourrait les assimiler à des personnes qui manquent de responsabilité/conscience : « *on dira aux vieux, cons-là, vous n'êtes pas sérieux. Sinon à ton âge là tu vas faire le test du sida pourquoi ?* » (S.A7., 76 ans, Patient CAES, 13-06-2014).

Avec l'âge, elles auraient suffisamment confiance en elles-mêmes pour penser au VIH encore moins de faire son test. Presque tous les répondants n'ont pas fait leur test de dépistage du VIH : « *nous les vieilles générations-là, nous avons confiance en nous même. Si tu n'as pas confiance en toi-même tu vas aller faire ton test.* » (F. B27, 60 ans, Patient CAES, 14-06-2014).

3.1.7 Motivation de la pratique du test de dépistage du VIH

Parmi nos enquêtés, ceux qui ont fait leur test ne l'ont pas fait dans une démarche de dépistage volontaire. Pour la plupart c'est suite à une maladie quelconque que les agents de santé leur ont proposé le test du dépistage du VIH : « *C'est suite à une fièvre et une longue maladie que j'ai fait le dépistage et il s'est avéré que c'était le SIDA ; J'ai fais le dépistage parce que j'avais la fièvre à tout moment de même que j'étais constipé* » (D. C28, 67 ans, Patient CMA de Dô, 24-06-2014). Un enquêté expose les circonstances de son dépistage en disant que : « *Moi j'ai fait la tuberculose, j'étais partie au TRYPANO et on m'a dit de venir faire le test au CMA ici* ». (O. C31, 61 ans, Patient CMA Dô 18-06-2014). Mais pour cet enquêté, « *Quand la femme est décédée on a dit que c'est le sida qu'elle avait. Moi on m'a dit de venir on va faire la visite. Moi je suis venu on a enlevé mon sang* » (O. C31, 61 ans, Patient CMA Dô 18-06-2014).

Certaines personnes âgées ont fait leur test parce qu'elles ont pris conscience suite à des séances de sensibilisation et/ou avec l'apparition de certaines maladies qu'elles jugent comme étant des signes d'appel : « *c'est lorsqu'il y a des maladies opportunistes qu'elles*

pensent à la sensibilisation et puis, elles viennent » (B. Y43, 43 ans, Coordonnatrice du CAES, 29-06-2014). De façon générale, le test est proposé aux personnes âgées à un stade très avancé de la maladie.

3.1.8 Prise en charge du VIH et du sida

3.1.8.1 Appréciation des centres de prise en charge du VIH

Le peu de centres de prise en charge du VIH et du sida connus par les enquêtés sont bien appréciés. On observe qu' *« ici on soigne bien les gens car j'y ai passé beaucoup de temps sans difficultés majeures »* (D. C28 67 ans, Patient du CMA de Dô, du 24-06-2014). Surtout l'accueil dans ces centres est sans reproche : *« Ils m'ont bien accueilli, on ne nous néglige pas »* (O. C31, 61ans, patiente du CMA de Dafra, 19-06-2014). Mais la plupart des femmes qui ont participé à cette étude se plaignent du temps d'attente : *« Vraiment ils sont lents mais ils n'acceptent pas que les gens le disent. Tu ne rentres pas très vite chez le médecin »* (K. C33, 61 ans, Patiente CMA de Dafra, du 24-06-2014).

La confidentialité dans ces centres est également bien appréciée par la plupart des répondants : *« Ils savent garder les secrets »* (O. C41, 61ans, Patiente du CMA de Dafra, 19-06-2014). Mais l'adhésion à ces centres n'est pas souvent volontaire car c'est suite à leur sérologie qu'elles ont été admises là-bas.

3.1.8.2 Connaissances et acceptabilité du traitement

Pour les personnes âgées non alphabétisées et surtout celles qui n'ont jamais fait le test, il n'existe aucun traitement contre le sida. En réalité, elles ont cette conviction que le Sida est sans remèdes : *« Ils disent qu'il n'y a pas de médicament »* (F.C36, 66 ans, CAES du 14-06-2014). D'ailleurs, elles ne considèrent pas les ARV comme un médicament qui peut les aider à survivre. Elles ne croient pas au traitement : *« Que les agents de santé aient le médicament ou pas si le sida t'attrape, c'est la mort »* (T. I16, 81 ans, CAES, du 25-06-2014). Donc ce qui fait que *« Nous on a peur du sida-là. On a vraiment peur de ça »* (S. A7, 66 ans, Patient CAES, 11-06- 2014). Dans ce cas le traitement est très mal apprécié. Pour une partie, ce sont des faux traitements.

L'existence de traitements est connue par les femmes âgées infectées par le VIH. Ces enquêtées sont déjà sous traitement. Elles expérimentent l'expérience de l'efficacité des traitements : *« le traitement m'a beaucoup aidé »* (D. C28, 67 ans, CMA de Dô, du 24-06-2014). Certaines enquêtées pensent néanmoins que le personnel soignant leur cache les

médicaments les plus efficaces parce qu'ils veulent leur mort : « *Même si le médicament là existe ils cachent pour que tu meurs* » (R.C39, 67ans, Patiente CAES, 14-06-201). Par contre, d'autres savent que le médicament existe mais ne croient pas à son efficacité : « *vous flattez les gens, leur donner un médicament sinon nous on voit que la personne va mourir* » (M. 20., 80 ans, CAES, du 13-06-2014). Presque toutes ces femmes sont dans des associations de prise en charge du VIH. Pour les agents de santé c'est une couche sociale qui n'encourage pas à s'intéresser à leur sérologie. Il ressort que des PVVIH refusent de suivre le traitement. Même la présence des ARV n'empêche pas la mort des personnes atteintes par le VIH.

3.1.8.3 Obstacles à la prise en charge des PA

Les acteurs rencontrent de nombreuses difficultés dans la prise en charge des PVVIH âgées. A cause de leur âge, l'agent de santé ne propose pas systématiquement le test du VIH à la personne âgée. Pour les agents de santé, compte tenu de leur âge et de leur nombre minime c'est une couche qui n'a jamais attiré l'attention des acteurs dans la lutte contre le VIH « *Sinon, vraiment on constate que dans les différentes politiques sanitaires que ça soit le ministère de l'action sociale, les personnes âgées ne sont pas prises en compte pour le dépistage du VIH* » (B. Y4., 43 ans, Coordonnatrice du CAES, 29-06-2014). Pour les agents de santé, cette couche sociale est difficile à convaincre pour le test de dépistage : « *C'est plus difficile de convaincre ces gens de faire le dépistage* » (DC12, 49 ans, responsable l'association REVS+ du 29 juin 2014). Nous l'avons souligné plus haut que proposer le dépistage à une personne âgée, signifie qu'on connaît déjà son statut. Et le fait de faire le test est la preuve qu'on soupçonne son infection par le VIH : « *Mais tu as vu ça en moi ou bien ?* ».

3.1.8.4 Mise à l'écart des personnes âgées dans la lutte contre le VIH

Les différents entretiens avec les acteurs de lutte contre le VIH, montrent que les personnes âgées ne sont pas une population vulnérable. La lutte est beaucoup plus accentuée sur les jeunes, les travailleurs de sexe, le personnel de prison, les usagers de drogue, les routiers. Les personnes âgées sont la seule population qui n'est pas considérée dans la lutte contre le VIH. Au CAES, « *la seule chose qu'on n'a pas pu instaurer, est le dépistage du VIH des personnes âgées* » (B. Y43, 43 ans, agent de santé au CAES, du 29-06-2014). Au niveau de ces centres d'accueil, une campagne de sensibilisation se fait au moins une fois par trimestre. Il ressort qu'au moment de l'IEC/CC (Information, Education, Communication/changement de comportement), on prend les personnes âgées par pathologie,

on sensibilise les personnes âgées sur le VIH. Pour certains répondants, cette sensibilisation est parfois source de conflit entre les acteurs de la lutte contre le VIH et les personnes âgées : « *Tu pars t'asseoir auprès d'elle (en parlant de la personne âgées) pour lui causer de ça, elle te dit que c'est à quoi tu as pensé pour venir lui dire ça. Elle peut te faire la bagarre* » (M. A8, 67 ans, patiente du CAES du 03-06- 2014). Dans les associations comme REVS+ les personnes âgées ne sont pas traitées de manière spécifique. Elles ne fréquentent les associations qu'en cas de référence d'un agent de santé. Même dans les centres de soins il est difficile de rencontrer une personne âgée venue spécialement pour le test du VIH ou s'informer sur le VIH.

Cependant certains enquêtés trouvent que plus on fait la sensibilisation plus on démotive les gens au dépistage parce qu'on les effraie sur les effets du VIH et du Sida. Si on donne des conseils à tout moment, les gens auront peur du VIH et ne voudront pas découvrir leur statut « *parce que si on parle de quelque chose tout le temps si tu entends, ça te fait peur. Sinon si on donne des conseils peut-être de fois les gens sont démotivés* » (O. B24, 64 ans, patient du CAES, 11-06-2014). Pour elle, la sensibilisation pousse à se dérober du dépistage.

CODESRIA - BIBLIOTHÈQUE

3.2. DISCUSSION

De la présentation des résultats de notre étude, se dégagent des perceptions spécifiques du VIH qui influencent la prise en charge du VIH chez les personnes âgées. Ces perceptions méritent d'être expliquées à la lumière de notre cadre théorique.

En effet, les résultats montrent qu'il y a :

- une faible connaissance des IST/VIH chez les PA ce qui entraîne une plus grande exposition ;
- les PVVIH ne font pas le test de dépistage du VIH spontanément mais suite à un signe d'appel ;
- la faible perception du risque chez les PVVIH.

3.2.1 Conception du VIH chez les personnes âgées

Les résultats de cette étude ont montré que le VIH et le Sida sont peu connus chez les personnes âgées, surtout chez celles âgées de 60 ans et plus. Si on s'en tient aux modes de transmission, la plupart connaissent la transmission par voie sexuelle seulement. La transmission de la mère à l'enfant est quasiment méconnue dans notre population d'étude alors que pour l'EDSBF (2010) globalement, 59 % des femmes et une proportion plus faible d'hommes (44 %) connaissent, à la fois, la possibilité de transmission du VIH par l'allaitement et l'existence de médicaments qui peuvent réduire les risques de transmission maternelle au cours de la grossesse

Certaines personnes âgées évoquent des fluides du corps telle l'urine comme voie de transmission du VIH. D'autres évoquent les mouches comme vecteurs de transmission du VIH. Cette étude est comparable à l'étude de Desclaux et Desgrées (2006) sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Dans cette étude, il existait une faible connaissance des parents dans la transmission mère- enfant du VIH. Cependant, l'étude citée concerne la population en âge de procréer alors que notre étude est centrée spécifiquement sur les personnes âgées.

L'Agence de Santé Publique du Canada (ASPC, 2010) a trouvé les mêmes résultats. Elle a montré que les personnes âgées sont moins informées que les jeunes sur le VIH et ses modes de transmission. Rejean (2012) dénonce la désinformation totale des personnes âgées sur les modes de transmission et de prévention sur le VIH. Le faible niveau de connaissance des personnes âgées sur le VIH est lié d'une part au fait qu'avec les changements sociaux et économiques, les personnes âgées ont perdu leur place dans la société. Les canaux

d'information ne passent plus des personnes âgées vers les jeunes. Lauzon (1980) vient en appui à cette idée à travers l'approche sociologique du conflit. Pour cet auteur, la perte du pouvoir économique entraîne la perte du pouvoir social. Nous pouvons associer aussi à cela les ressources culturelles. Au vu des différents modes de transmission et de prévention du VIH, Rejean (2012) abonde dans le même sens en dénonçant la désinformation totale des personnes âgées sur les modes de transmission et de prévention sur le VIH. L'insuffisance d'information des personnes âgées sur le VIH peut être aussi liée à des résistances culturelles ; en effet le discours sur les systèmes de représentations et de croyance des maladies fait obstacle aux messages de prévention et de santé en Afrique. Pour Rejean (2012), les personnes âgées sont non seulement moins bien informées sur les risques de transmission du virus, pire elles intègrent moins les messages de prévention qui ne les ciblent d'ailleurs pas. Les personnes âgées, elles-mêmes, ne se considèrent pas à risque et le préservatif est moins utilisé, car souvent perçu comme un simple moyen de contraception. C'est du reste ce qui explique la référence à des fluides du corps autres que le sang, le sperme et le lait dans la transmission du VIH. Enfin, de part leur nombre restreint, les personnes âgées ne sont pas la cible des acteurs de lutte contre le VIH.

3.2.2 Comportements des personnes âgées face aux VIH

- *Perception de son statut de personnes âgées et comportement*

Les personnes âgées enquêtées perçoivent le préservatif comme moyen de protection contre le VIH mais ne se sentent pas concernées par cette méthode. Aucune personne âgée ne mentionne une seule fois son utilisation. Si les réticences à l'utilisation du préservatif peuvent être tributaires du faible niveau de connaissances sur le VIH et le sida chez les PA, les facteurs culturels ne sont pas en reste. En effet, pour les personnes âgées, le préservatif est synonyme d'infidélité. Le préservatif chez la personne âgée est mal toléré dans un contexte où la sexualité chez la personne âgée apparaît inacceptable. C'est ce tabou de la sexualité qui pousse les médecins à ne pas avoir le réflexe de parler du VIH avec leurs patients âgés de plus de 60 ans. Une personne âgée, sexuellement active est considérée comme perverse et par conséquent « démerite » son rang. Cette perception de la personne âgée « chaste » fait que les personnes âgées ne s'autorisent pas à s'approvisionner en préservatif dans les lieux traditionnels de vente. Des auteurs tel que Fenton (2012) s'opposent à cette façon de voir. Pour lui, « *l'âge n'est pas un préservatif* » et la sexualité ne s'arrête pas à la ménopause comme le pensent certaines personnes âgées. Plus de 2/3 des 50 ans et plus aux USA ont une

relation sexuelle et environ 40 % d'entre elles ont fait des rapports sexuels non protégés (Psomas et Dixneuf, 2012). Lindau et al. (2006) vont dans le même sens. Les résultats d'une étude comportementale qu'il a réalisée aux USA révèlent que les personnes âgées sont sexuellement actives et cette activité sexuelle est souvent accompagnée de problèmes sanitaires qui se discutent rarement avec le personnel soignant. Cela a pour conséquence aussi l'insuffisance d'intérêt des programmes de santé pour l'infection par le VIH chez les personnes âgées.

- *Perception de son statut de personne âgée et dépistage*

En effet, dans notre étude, la plupart des personnes âgées n'ont jamais fait leur test de dépistage du VIH. Et celles qui ont pu le faire ne l'ont pas fait dans une démarche volontaire mais suite à une maladie évocatrice qui pousse le médecin à demander le test. Si les personnes âgées reconnaissent qu'il faut le dépistage pour déterminer le statut sérologique, elles ne recourent pas au test ; il apparaît sans intérêt. Dans tous les cas, les répondants sont convaincus qu'une personne âgée ne peut pas avoir le VIH. Ces résultats sont cohérents avec ceux trouvés par Makdessi-Raynaud (2003) qui met en évidence la grande vulnérabilité des personnes âgées à cause de leur faible perception du risque. En dehors de l'infection accidentelle, une personne âgée qui aurait cette maladie l'aurait elle-même voulue. Et en ce moment, elle ne mérite pas la compassion. Compte tenu de leur âge, elles sont considérées comme inactives sur le plan sexuel ce qui fait dire Debay (1857 : 94) que « *La vieillesse est condamnée à une continence indispensable à sa survie* » Cette condamnation est porteuse de honte qui empêche les personnes âgées de s'approvisionner en préservatifs dans les lieux de vente traditionnels.

Chez les femmes âgées le VIH est fortement connoté par l'infidélité et l'exclusion sociale; cette perception du test et le sentiment d'être une femme fidèle les met au-dessus d'un test qui concerne les femmes infidèles. Nous retrouvons des auteurs. De nombreuses études ont mis en évidence la relation entre perception sociale de son propre risque et le dépistage. D'abord Praz (2011) a distingué chez les personnes âgées leurs comportements de soins en fonction de la perception. Pour lui, les personnes âgées au début ne croient pas au VIH. Pour elles, seuls les homosexuels et les drogués pouvaient avoir le VIH. Nous trouvons que cette perception fortement influencée par l'attribution du VIH au début de la pandémie aux quatre « H » : (Héroïmanes, Homosexuels, Hémophiles et Haïtiens). Nous retrouvons des résultats similaires chez Sobze, et al., (2011) qui montre qu'il y a une relation significative entre la

perception du VIH et le dépistage. Pour lui les jeunes qui ont une connaissance sur le VIH et le sida se font plus dépister. Mais pour les personnes âgées, le VIH et la vieillesse apparaissent comme des facteurs d'exclusion sociale, ce qui limite leur recours au dépistage.

- *La perception du VIH par les personnes âgées et prise en charge*

La plupart des personnes âgées enquêtées ont une perception très « négative du VIH ». Le VIH apparaît comme une maladie qui « a un gros » nom, une maladie liée au péché chez une personne âgée, ce qui fait qu'elle ne mérite aucune pitié. Ces résultats sont cohérents avec ceux trouvés par Makdessi-Raynaud (2003) qui a mis en relation la perception de la maladie avec l'âge. Pour lui la perception de la maladie chez les personnes âgées est parfois plus négative que chez les jeunes.

Les enquêtés avouent avoir peur du sida. Cette peur du sida est grande chez les personnes âgées au point qu'elles l'assimilent à la "mort". Pour elles le "sida" est synonyme de "mort" parce que c'est une maladie qui ne guérit pas définitivement. « *Sida togo ka bō* ou en langue dioula le nom du sida est «énorme» pour dire en Dioula que « *le nom du sida est grand* ». Mais en réalité c'est pour signifier à quel point c'est une maladie pernicieuse et à quel degré elles la craignent. Elles avouent avoir si peur de cette maladie si bien qu'elles évitent de prononcer son nom. Dans son investigation, Makdessi-Raynaud (2003) a mis en relation la perception de la maladie avec l'âge. Il cherche à montrer que la perception de la maladie chez les personnes âgées est parfois plus négative que chez les jeunes. La perception que les personnes âgées ont peur du VIH justifie pour certaines d'entre elles le refus de faire le dépistage car pour elles, mieux vaut rester "séro-ignorant" que de découvrir son statut sérologique positif pour le VIH. Par contre, dans le groupe des personnes âgées infectées, certaines n'en font pas un problème. Elles considèrent leur Sida comme un simple paludisme.

Le caractère religieux est également abordé par la population cible. Plus de la moitié du groupe des musulmans ont trouvé que le VIH est une maladie divine, envoyée par Dieu pour sévir les infidèles. L'infidélité est condamnée par l'islam car Dieu en tant que omniscient et omnipotent, seule sa volonté peut infecter des gens. Donc l'infection à VIH peut être leur destin, et nul ne peut aller à l'encontre de son destin.

3.2.3 Facteurs limitant le dépistage du VIH chez les personnes âgées

Selon la catégorie des 67 à 80 ans, apercevoir une personne âgée dans un centre de dépistage est une preuve de son infection par le VIH. Cette perception des centres de

dépistage limite l'accès au dépistage chez les personnes âgées. Ridde (2012) a identifié aussi dans les facteurs associés à l'utilisation des services de santé telles que les caractéristiques individuelles, la maladie et ses perceptions, les caractéristiques des services et les perceptions qu'en ont les patients, font obstacles au dépistage chez les personnes âgées. Le fait de faire le test, pour d'autres a des avantages et des inconvénients. D'une part, la pratique du dépistage permet de mieux se préparer, de bénéficier de la prise en charge et de prolonger la vie. D'autre part, elle crée des angoisses, le stress et la peur d'écourter la vie. De même, la peur de la stigmatisation et de la discrimination à cause du regard culpabilisateur d'autrui, et la faible mentalité dans cette situation pour s'assumer et assumer sa maladie peuvent être des facteurs de réticence des personnes âgées face au dépistage du VIH (Emlet et al. 2009).

3.2.4 Limites de la prise en charge du VIH et le sida chez les personnes âgées

L'âge se révèle être un frein pour le personnel soignant non seulement au dépistage des personnes âgées mais aussi à leur prise en charge en cas d'infection au VIH. Aussi, sont-elles confondues à la population générale dans les centres de prise en charge. Elles ne sont pas dissociées des autres groupes sociaux. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Palletier (2007) qui dénonce une insuffisance du système de santé du Burkina Faso pour l'éloignement des centres de santé, l'insuffisance de ressources humaines et matérielles, le coût élevé lié aux soins de santé et aux médicaments, le manque d'information et de sensibilisation de la population, l'absence d'un régime de protection sociale, la difficulté d'accès à l'eau potable, l'insalubrité du cadre de vie et la malnutrition. Pour les agents de santé, c'est une couche difficile à convaincre pour le dépistage et pour le suivi de la prise en charge du VIH et du Sida. C'est pourquoi Bertrand (2001) pointe la responsabilité du personnel de santé dans le dépistage tardif du VIH chez les personnes âgées. Les médecins ne réalisent pas systématiquement de dépistage du VIH devant des affections pourtant fréquentes en gériatrie » telles que le diabète, l'alzheimer, la tension artérielle, le cancer de sein ou de prostate et dont les symptômes sont d'une possible similarité avec celui du sida

Les personnes âgées aussi pensent que leur proposer le test au stade de vieillesse signifie que l'agent de santé connaît déjà leur statut sérologique et il leur proposerait le test pour confirmation. Donc pour une personne âgée, la réalisation de ce test est synonyme de la séropositivité. En outre, les campagnes de sensibilisation effectuées par les acteurs de lutte contre le VIH sont beaucoup plus axées surtout sur d'autres couches sociales tels que les jeunes, les travailleuses de sexe etc. mais pas sur les personnes âgées car elles ne sont pas

considérées comme une couche vulnérable parce que les juge-t-on asexués. Or nos résultats démontrent que les personnes âgées sont sexuellement actives. Ces résultats sont comparables à ceux de Schmid et *al.* (2009) dans leur étude réalisée aux USA et en Afrique subsaharienne en disant que « *cette tranche d'âge est rarement prise en compte dans les enquêtes démographiques et sanitaires* ». Les personnes âgées ne sont pas la cible des acteurs dans les études démographiques et sanitaires. Pourtant dans nos résultats, nous avons des personnes âgées séropositives et qui sont dans la file active des centres de prise en charge du VIH. Mais ces personnes âgées sont minimisées à cause de leur nombre restreint. Au Burkina Faso, tout comme à Bobo-Dioulasso, dans le monde communautaire, la prise en charge des personnes vivant avec le VIH est caractérisée par le fait que le monde associatif s'implique beaucoup, assurant non seulement la prise en charge sociale et psychologique, mais aussi une partie importante de la prise en charge médicale et du dépistage.

En somme, il existe plusieurs facteurs qui limitent la prise en charge du VIH chez les personnes âgées.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION GENERALE

Au terme de cette étude portant sur « la perception et la prise en charge du VIH chez les personnes âgées », il ressort que dans la lutte contre le VIH au Burkina Faso, les personnes âgées ne font pas l'objet d'attention particulière.

En explorant les connaissances des personnes âgées sur les modes de transmission et de prévention du VIH et du sida, nous avons constaté que les personnes âgées ignorent en général tout ce qui est connaissance en matière de VIH et du Sida. Parlant des modes de transmission, elles connaissent la voie sexuelle et le contact avec les vêtements souillés. Elles ne sont pas assez imprégnées des autres facteurs de transmission du VIH et font référence encore à des connaissances telles que la transmission par les urines et par les mouches. Il en est de même pour les modes de prévention où le port du préservatif est anti religieux. Compte tenu de la ménopause, les femmes âgées n'exigent pas le préservatif avec leur partenaire sexuel. De ce fait les personnes âgées n'utilisent pas le préservatif. Son utilisation pour elles signifie l'infidélité. Mais la pauvreté, le lavage des corps, le lévirat, et le remariage des veuves ou veufs, la polygamie sont souvent l'une des causes d'infection à VIH des personnes âgées

Quant à la perception des personnes âgées sur le VIH et le sida, cette maladie est considérée comme une maladie de la modernité, alors ça n'engage que les jeunes générations. La mauvaise perception du VIH chez les personnes âgées les empêche de participer aux activités de prévention et de bénéficier de la prise en charge.

Dans les politiques de prise en charge du VIH et du sida, les acteurs de lutte contre le VIH ne prêtent pas une attention particulière aux personnes âgées. Il n'existe aucune politique d'orientation particulière à l'endroit des personnes âgées. Si toutes les recherches ou études sont axées sur les jeunes ou sur les groupes spécifiques jugés vulnérables, il n'existe pas de données socio-anthropologiques spécifiques aux personnes âgées dans la gestion du VIH et du Sida. Il n'existe pas suffisamment de données sur le comportement à risque des personnes âgées sur le VIH. Elles ne sont pas traitées spécifiquement dans les centres de prise en charge. Elles sont confondues dans la population générale dans les centres de dépistage ou de prise en charge du VIH.

Au vu de l'exploration générale de ces différents points, nous pouvons vérifier notre hypothèse principale qui est qu'à Bobo-Dioulasso, la perception du VIH des personnes âgées limite leur recours à la prise en charge et par conséquent impacte sur leur prise en compte

dans la définition des politiques sanitaires.

Nous pouvons aussi confirmer nos hypothèses :

- en effet, tel que le stipule la première hypothèse secondaire, nous avons constaté une insuffisance d'information des personnes âgées sur le VIH marquée par un manque d'intérêt pour la prévention et la prise en charge.

- en ce qui concerne la seconde hypothèse qui disait que les personnes âgées ont une faible perception du VIH, elle est également confirmée en ce que les personnes âgées ne se sentent pas concernées par le VIH et le sida, qui serait une maladie des jeunes et des personnes qui ont un comportement immoral. Cette perception limite le recours des personnes âgées au dépistage ;

Enfin, suivant la dernière hypothèse, nous constatons que les politiques de lutte contre le VIH s'intéressent peu aux personnes âgées ce qui exclut de fait ces dernières de la prévention et des soins. Aussi pouvons-nous noter que notre objectif premier a été atteint. Alors, il est nécessaire de mettre les personnes âgées parmi la couche des personnes vulnérables et de les associer dans les actions de prévention et de prise en charge en vue de mieux lutter contre cette pandémie. D'où la nécessité de la mise en place d'une politique d'orientation sanitaire de lutte et de prise en charge du VIH et du sida à l'endroit des personnes âgées.

RECOMMANDATIONS

Au vu de la mise en marge des personnes âgées dans la lutte contre le VIH, nous proposons les recommandations suivantes :

- orienter les actions de sensibilisation et d'information envers les personnes âgées ; impliquer les personnes âgées dans la lutte contre le VIH ;
- recenser les besoins des personnes âgées afin de mieux les prendre en charge ;
- former les agents de santé pour la prise en charge spécifique des PA dans la lutte - contre le VIH ;
- avoir une bonne politique d'orientation et de prise en charge à l'endroit des personnes âgées

BIBLIOGRAPHIE

- AARP 2004. Sex-life after 60: the beginning of the end, or a new lease of life? *In Elsevier Masson science direct*, 101.
- ANRS 2012. Compte rendu de la 19e conférence internationale sur le sida. *vivre avec le VIH à 50 ans et plus*. Washington Transcriptases, 149, 64.
- ASPC 2010. VIH/sida, actualité en épidémiologie : L'infection à VIH et le sida chez les personnes âgées au Canada. 6, 1.
- AUGE, M. 1986. Anthropologie de la maladie. 26, 81-90
- BERTAND, M. 2001. Sujets âgés et infection par le virus de l'immunodéficience humaine. *in journal du sida*, 176, 16.
- BERTHÉ-SANOUE, L. B. A. D., M.BADINI-KINDA, F SOMÉ, M OUEDRAOGO, D MACQ, J 2013. Analyse du PNSPA (2008-2012) du Burkina Faso. *Afrique, santé publique & développement Recherche*, 25 10
- BERTHÉ A, BERTHÉ-SANOUE, L., KONATÉ, B., HIEN, H., TOU, F., DRABO, M., BADINI-KINDA, F. & MACQ, J. 2013. Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. *Santé publique*, 25, 368.
- BOURDIEU, P. 1987. *Choses dites*, Paris, Le Sens commun , 0768-049X.
- BREITSCHNEIDER, J., MAC COY, N., 1989. Sexual interest and behavior in healthy 80-102 year olds. *Arch Sex Behav*, 17, 109-129.
- BROUSSY, A., PINVILLE, 2013. Vieillir en chiffres, . *seronet*, 2.
- CALVERTON, M. 2010. Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) et à Indicateurs Multiples (MICS) EDSBF-MICS IV BURKINA FASO. Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de l'Economie et des Finances, Institut National de la Statistique et de la Démographie, 50.
- CARADEC, V. 2008. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Armand Colin ed.
- CHARLTON KAREN E, R. D. 2001. Nutrition among older adults in Africa: the situation at the beginning of the millenium. *The Journal of nutrition*, 131, 2424S-2428S.
- CORIN, E. (ed.) 1982. *Anthropologie et société: regard anthropologique sur la société*.
- DARMON, L. 2005. vieillir avec le VIH. *in journal du Sida* 176, 16.
- DEACON, S., MINICHELLO, V. & PLUMMER, D. 1995. Sexuality and older people: revisiting the assumptions. *Educ Gerontol*, 21, 499-515.
- DEBAY, A. 1857. *Hygiène et physiologie du mariage, histoire naturelle et médicale de*

l'homme et de la femme mariées dans ses plus curieux détails Paris, 467, 94.

DESCLAUX A & DESGRÉES A 2006 Les femmes africaines face à l'épidémie de sida
Population et Sociétés. *OpenEdition*, 428

DESCLAUX A., S. A. 2012. les personnes âgées et la fréquentation des associations. *Halshs*
17.

EMLET A, F. J., GOLUB S.A., GROV, TOMASELLI, PARSONS 2009. rapport sur le VIH
et le vieillissement au Québec : Une recherche qualitative sur les expériences, les difficultés et
les besoins des personnes vivant avec le VIH de 50 ans et plus, 227.

ERASTUS, M. 2007. Kenya: cibler les personnes âgées dans la prévention du VIH. *IRIN*
humanitarian news and analysis from Africa, .

FAINZANG, S. 1986. *l'intérieur des choses* Maladie, divination et reproduction sociale chez
les Bissa du Burkina Connaissance des hommes.

FENTON, K. 2012. vivre avec le VIH à 50 ans et plus. *numéro spécial ANRS transcriptases*
149, 64.

GIRARD, A. 1982. Pequignot (Henri)—Vieillir et être vieux. *Population*, 37, 1222-1223.

GOLAZ, V., ANTOINE, P. 2010. *vieillir au sud : une grande variété de situations*, Paris, la
presse de la fondation nationale des sciences politiques

HERZLICH, C. 1969. *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, Annales.
Economie, société, civilisations, 210p, 1519-1521.

HIGH, K. P., BRENNAN-ING, M., CLIFFORD, D. B., COHEN, M. H., CURRIER, J.,
DEEKS, S. G., DEREN, S., EFFROS, R. B., GEBO, K. & GORONZY, J. J. 2012. HIV and
aging: state of knowledge and areas of critical need for research. A report to the NIH Office
of AIDS Research by the HIV and Aging Working Group. *Journal of acquired immune*
deficiency syndromes (1999), 60, S1-18.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE 2006. Recueil
statistique de la région des hauts bassins Burkina Faso: INSD, direction régionale des Hauts
Bassins, 125.

INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE ET DE DÉMOGRAPHIE 2008. Recensement
général de la population et de l'habitat 2006-Résultats Définitifs. Burkina Faso: Ministère de
l'économie et des finances, 52.

INSTITUT NATIONAL DE STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE 2006. Rapport de
l'Institut National de Statistique et de la Démographie, 125.

ISABELLE, P. 2007. Fondation Isabelle Pallétier. *situation sanitaire*. Burkina Faso.

JANSSEN 2014. Dépistage du VIH : n'oublions pas les séniors. *OpinionWay and Sida Info Service* 1.

JUSTICE, A. 2012. "Optimizing Health Care in the Context of Multimorbidity, Polypharmacy, and Decreasing Physiologic Reserve",. *Transcriptases*, 149, 64.

KALACHE, A., AGYARKO, G. R. 2002. Rapport de la Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, *une société pour tous les âges : le "VIH/sida et les personnes âgées*. Madrid (Espagne).

LAUMANN, E. 2004. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *in Int J Imp Research*, 1-19.

LAUZON, J.-S. 1980. Aperçu de quelques théories psychosociales du vieillissement. 5, 3-11

LINDAU, S. T., SCHUMM, L. P., LAUMANN, E. O., LEVINSON, W., O'MUIRCHEARTAIGH, C. A. & WAITE, L. J. 2007. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357, 762-774.

MAKDESSI-RAYNAUD, Y. 2003. Etude et résultats, La prévention : perceptions et comportements premiers résultats de l'enquête sur la santé et les soins médicaux. *Drees*, 385, 8.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ 2008. Système National d'Information Sanitaire. Ouagadougou: in Programme National de Santé des Personnes âgées, 85.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ 2008-2012. Programme National de Santé des Personnes âgées. Burkina Faso, 85.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ 2011. Annuaire statistique 2010. *In: DIRECTION, G. D. L. I., ET DE STATISTIQUES SANITAIRES*, (ed.). Burkina Faso.

MONTENEGRO, X. F., L. 2004. Sexuality at midlife and beyond: update of attitudes and behaviors. rapport de recherche CFP AARP Knowledge Management, 18.

NEGIN JOEL, M. E. J., BÄRNIGHAUSEN TILL, 2012. Aging with HIV in Africa: the challenges of living longer. *AIDS (London, England)*, 26, S1.

NSHIMRIMANA, L. 2003. Vieillesse et culture : Du bon usage des personnes âgées. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 31, 15.

OMS 2002. une société pour tous les âges : le VIH et les personnes âgées. *rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement*. Madrid organisé par l'OMS et ONUSIDA

OMS 2003. Guide sur l'accès aux traitements liés au VIH/SIDA - Recueil d'informations, d'outils et de références à l'intention des ONG, des organisations communautaires (OC) et des

groupes de PVS. *Portail d'information - Médicaments essentiels et produits de santé Une ressource de l'Organisation mondiale de la Santé, 143.*

OMS 2009. VIH des personnes âgées un domaine inexploré. *Bulletin World Health Organization, 67.*

OMS 2011. le VIH/SIDA Afrique subsaharienne : le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel. *rapport de situation, 23.*

OMS 2013 Le point de l'OMS Sur Le traitement de l'infection à VIH dans Le Monde : résultats, impact et opportunités. *WHO / HIV/. Genève (Suisse): OMS, 26.*

ONUSIDA 2002. Une société pour tous les âges. *In: PROGRAMME DES NATIONS UNIES SUR LE VIEILLISSEMENT, ed. Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement,, Madrid, Département de l'information de l'Organisation des Nations Unies, 212.*

ONUSIDA 2012. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida.

ONUSIDA 2013. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale sur le sida 26.

PRAZ, S. 2011. VIH et âge. *Swiss Aids News, 4, 16.*

PSOMAS, K. C., DIXNEUF, M. 2012. VIH et vieillissement, Vivre avec le VIH à 50 ans et plus. *in Transcriptases 149, 64.*

REJEAN, T. 2012. Le sida à l'âge de la sagesse. 4p.

RIDDE, V. 2012. l'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest : au-delà des idéologies et des idées reçues. *Les Presses de l'Université de Montréal, 22.*

SCHMID, G. P., WILLIAMS, B. G., GARCIA-CALLEJA, J. M., MILLER, C., SEGAR, E., SOUTHWORTH, M., TONYAN, D., WACLOFF, J. & SCOTT, J. 2009. VIH et vieillissement: un domaine inexploré. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 87, 162.*

SHISANA, O., REHLE, T., SIMBAYI, L., ZUMA, K., JOOSTE, S. & PILLAY-VAN-WYK, V. 2006. People aged 50 years and older: the neglected group in HIV surveillance and HIV prevention. *transcriptase 129, 2.*

SOBZE, M. S., GIANLUCA, R., FOKAM, J., VINCENZO, C., FORNARI, L., PANOU, A., DONFACK, P. T., NOUMOYE, L. K., NEMBOT, F. D., BANGBANG, F.-G. E., NJOYA, S. L., ZAMBOU, F., MBIDA, M. & COLIZZI, V. Year. Perception du VIH/SIDA et Prévention de l'Infection au Cameroun: Evaluation des Connaissances, Aptitudes et Pratiques (CAP) chez les Etudiants en Première Année de l'Université de Dschang. *In: 16th International Conference on AIDS and STIs in Africa ICASA 2011 Casablanca (Maroc) HIV in the education sector D8, A-403-0110-01178*

SP/CNLS ONUSIDA, G. A. R., PROGRESS, REPORTING, 2012. rapport d'activité sur la riposte au sida. Burkina Faso: SP/CNLS, ONUSIDA 74.

WEBER, M. 2009. la gérontologie et société. *Encarta*

YANICK JAFFRÉ & SARDAN, O. D. 1999. *La construction sociale des maladies*, Paris Les Presses universitaires de France 376p, 359-370.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

Annexe 1

Tableau 1 : Répartition des enquêtées selon le sexe, la religion, le niveau d'instruction

Variables	Fréquences
Sexe	
Hommes	9/40
Femmes	31/40
Situation religieuse	
musulman	31/40
chrétien	9/40
Niveau d'instruction	
Non alphabétisé	30/40
Alphabétisé	5/40
Primaire	4/40
Secondaire	1/40
Situation socioprofessionnelle	
Non pensionnés	30/40
Pensionnés	10/40

Source : enquête terrain

Tableau 2 : connaissance des modes de prévention des enquêtées

Genre	Connaissance du condom	Fidélité	Abstinence	Eviter les objets souillés	Ne connaît aucun moyen de prévention
Hommes	9/9	2/9	2/9	2/9	1/9
Femmes	8/31	1/31	9/31	2/31	11/31
Total	17/40	3/40	11/44	4/40	12/40

Source : Enquête terrain

Tableau3 selon l'acceptabilité du dépistage

Variables	Hommes	Femmes
Accepteraient le dépistage	3/40	8/40
N'accepteraient pas le dépistage	2/40	14/40
Total	5/40	22/40

Source : Enquête terrain

Tableau 4 : Utilisation du condom par les personnes âgées

variables	Fréquence
déclare utiliser le condom	3/40
N'a jamais utilisé le condom	37/40

Source : enquête terrain

Tableau 5 participation au dépistage

Test de dépistage	Hommes	Femmes	Total
Déclare dépisté	2	9	11
Non dépistés	6	23	29
Total	8/8	32/32	40/40

Source : Enquête terrain

Annexe 2 :

Tableau 6 : Répartition sociodémographique des enquêtées

N° code	Sexe	Age	Religion	Niveau d'instruction		Situation Professionnelle	
				alphabétisée	Non alphabétisée	pensionnée	Non pensionnée
A1	Féminin	60	Chrétienne		Non		Non
A2	Féminin	60	Musulmane		Non		Non
A3	masculin	84	Musulman		Non		Non
A4	Féminin	66	Musulmane		Non		Non
A5	Féminin	69	Musulmane		Non		Non
A6	Féminin	73	Musulmane		Non		Non
A7	Féminin	66	Musulmane		Non		Non
A8	Féminin	80	Musulmane		Non	Oui	
A9	masculin	76	Musulman	Oui		Oui	
A10	Féminin	66	Musulmane		Non		Non
A11	Féminin	68	Protestante		Non	Oui	

A12	Féminin	64	Musulmane	Oui			Non
A13	Féminin	67	Musulmane		Non		Non
A14	Féminin	70	Musulmane		Non		Non
A15	Féminin	65	Musulmane		Non		Non
A16	masculin	81	Musulman		Non	Oui	
A17	masculin	62	Chrétien	Oui		Oui	
A18	Féminin	60	Musulmane		Non		Non
A19	Féminin	76	Musulmane	Oui			Non
A20	Féminin	67	Musulmane	Oui			Non
A21	masculin	73	Musulman	Oui		Oui	Non
A22	Féminin	62	Musulmane		Non		Non
B23	Féminin	60	Chrétienne		Non		Non
B24	masculin	64	Chrétien		Non	Oui	
B25	masculin	77	Musulman		Non		Non
B26	Féminin	60	Chrétienne		Non	oui	
B27	Féminin	60	Musulmane		Non		Non
C28	Féminin	67	Musulmane		Non		Non
C29	masculin	61	Musulman	Oui			Non
C30	Féminin	64	Musulmane		Non		Non
C31	Féminin	61	Musulmane		Non		Non
C32	masculin	65	Musulman		Non		Non
C33	Féminin	61	Musulmane		Non		Non
C34	Féminin	62	chrétienne		Non	Oui	
C35	Féminin	79	Musulmane		Non	Oui	
C36	Féminin	66	chrétienne			Oui	
C37	Féminin	60	Musulmane		Non	Oui	
C38	masculin	63	Musulman		Non	Oui	
C39	Féminin	67	Chrétienne	Oui			Non
C40	Féminin	60	Chrétienne	Oui		Oui	
C41	Féminin	43	Chrétienne	Oui		Coordonatrice CAES	
C42	masculin	49	Musulman	Oui		Responsable REVS+	

C43	masculin	35	Chrétien	Oui		MCD DO
C44	Féminin	38	Musulman			MCD Dafra

Annexe3

Répartition des enquêtées par âge

âge	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Effectifs	8	3	3	1	3	2	4	4	1	1	2	0	0	2	0
Age	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84					
Effectifs	0	2	1	0	1	1	1	0	0	1					

Annexe 4

PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES SEROPOSITIVES DANS LA VILLE DE BOBO DIOULASSO (BURKINA FASO)

Notice d'informations aux participants

Cher participant,

Je m'appelle Adjara MILLOGO. Je suis étudiante master II en sociologie à l'UCAO. Je suis entrain de mener une étude sur les personnes âgées. Et dans ce cadre j'aimerais m'entretenir avec vous.

Vous êtes invité à participer à l'étude intitulée « perception et prise en charge du VIH chez les personnes âgées dans la ville de Bobo-Dioulasso ». Les informations que vous nous donnerons à travers votre participation nous permettrons de mieux cerner les connaissances, attitudes, pratiques, et perception des personnes âgées et de leur prise en charge sur le VIH dans la ville de Bobo-Dioulasso. Ce qui nous aidera dans les prochaines études de mieux cerner les perceptions et la prise en charge du VIH chez les personnes âgées. Votre refus de participer à l'étude est sans conséquence car personne ne le saura et personne ne vous poursuivra pour quoi que se soit. Cependant la participation à l'étude est volontaire et vous n'êtes pas obligé de répondre à toutes les questions.

Notre entretien durera 45mn. Vos nom (s) et prénom(s) ne seront pas mentionnés. Nous vous assurons également que les informations que vous donnez seront confidentielles. Si vous êtes d'accord nous allons collecter les données à travers un enregistrement de votre voix et qui sera transcrit fidèlement. Ces données seront gardées dans une base de données codée. En

dehors de mes encadreurs nous vous assurons que personne d'autre ne s'aura ce que nous dirons au cours de l'entretien qui restera anonyme et confidentiel.

Votre acceptabilité de participer à l'étude nous sera très bénéfique du fait qu'on aura une meilleure compréhension de notre sujet et de mieux l'expliquer. Vous êtes autorisé à poser toutes vos questions de compréhension avant, pendant et après l'entretien ou plus tard si vous voulez toujours des renseignements concernant cette étude. N'hésiter pas à nous contacter au numéro 71 02 36 26.

PERCEPTION ET PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES SEROPOSITIVES DANS LA VILLE DE BOBO DIOULASSO (BURKINA FASO)

Formulaire de consentement éclairé

La lettre d'information décrivant les avantages, les risques et les procédures de la recherche intitulée « perception et prise en charge du VIH chez les personnes âgées dans la ville de Bobo-Dioulasso » m'a été lu et expliqué. L'opportunité m'est offerte de poser toutes les questions sur la recherche et les réponses m'ont donné satisfaction.

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à cette étude comportementale en sociologie de la santé. J'accepte volontairement les contraintes et les avantages de participer à cette étude. Je suis d'accord que ma participation n'est pas une obligation et je peux interrompre l'entretien à tout moment sans avoir à me justifier ni de porter une responsabilité quelconque; je ne cours aucun risque en participant à cette étude et mon consentement ne décharge pas les acteurs de l'étude de leur responsabilité et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Au cours de cette étude j'accepte de donner mon avis sur les questions qui me seront posées. Je suis informé de la non apparition de mon identité dans aucun rapport ou publication et toute information me concernant sera confidentielle. J'accepte que les données collectées pour cette étude soient conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé et d'une publication dans d'autres études. J'accepte que tout sociologue ou acteur scientifique impliqué dans cette recherche ait accès aux données qui me concerne dans le respect strict de la confidentialité.

J'accepte librement de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans la note d'information et dans ce document.

En cas de besoin je peux contacter Adjara MILLOGO au 71 02 36 26

J'accepte de participer en tant que volontaire.

N° /_/_/

Date _____

Signature du participant ou empruntes digitales si illettré

Date _____

Nom et signature de l'enquêteur

Annexe 5

Guide d'entretien pour une Personne Agée (PA)

Date :

N° enquêtée :

I- Caractéristiques sociodémographiques

Identité de l'enquêté

Sexe :

Age :

Secteur :

Situation matrimoniale :

Profession :

Pensionnée :

Non pensionnée :

Niveau d'instruction :

Religion :

I- Information générale sur les problèmes de santé liés à l'âge

Quelles sont les maladies que vous rencontrez fréquemment ?

Quelles sont les maux qui vous amènent à fréquenter un centre de santé

Présentement de quoi souffrez- vous ?

II- Connaissances et opinions sur le VIH et le sida

1- Connaissances du VIH

- Avez-vous déjà entendu parler du VIH ?

(Si oui, qu'avez-vous entendu dire à son sujet ? si non, explique le VIH à la PA)

- Que pensez-vous du VIH ?
- Comment fait-on pour avoir le VIH ? (modes de transmission)
- Comment fait-on pour savoir si on a le VIH ou pas ?
- Qu'est-ce que le dépistage du VIH ?
- Est-ce qu'on vous a déjà parlé du test de dépistage du VIH ?
- pouvez-vous nous expliquer les avantages de savoir si on a le VIH ou pas y a t-il des inconvénients à faire le test ?
- A quel moment fait-on le test du VIH ?
- Qu'est-ce qui motivent les PA à faire le dépistage du VIH ?
- Qu'est-ce qui empêche les PA de faire le test de dépistage ?
- Avez-vous déjà fait le test du dépistage du VIH ?

Si oui

- Qu'est-ce qui vous a :

a) motivé à faire votre test de dépistage ?

Si non

b) empêché de faire votre test de dépistage ?

- Aimeriez-vous faire votre test du dépistage du VIH ?

Si oui : pourquoi ?

Si non : quels sont les raisons ?

- comment peut-on éviter de s'infecter par le VIH ? (mode de prévention)
- Y a t-il un vaccin contre le VIH ?

2- Connaissances sur le sida

- Qu'est-ce que le sida ?
- Que pensez-vous de cette maladie ?
- comment peut-on se comporter pour éviter le développement de la maladie

III- Prise en charge du VIH

- Que peut-on faire pour une PA qui a le VIH et qui est malade du sida?
- Y a t-il un médicament contre le sida?
- Quel est l'avantage de ce médicament ?
- Quel est son inconvénient ?
- Connaissez-vous les centres de dépistage du VIH?
- Qu'est-ce qu'on fait dans ces centres ?
- Que pensez-vous de ces centres de prise en charge ?
- Avez-vous facilement accès à ces centres ?
- Quelle est votre opinion sur le personnel soignant de ces centres,
- la confidentialité est-elle respectée dans ces centres ?
- Quelle appréciation faites-vous sur la relation intergénérationnelle entre une PVVIH âgée et le personnel soignant ?

IV-Vécu de l'infection à VIH (uniquement pour PA infectée)

- Où avez-vous fait votre test de dépistage ?
- Quand avez-vous fait ce test ?
- Quelle a été votre réaction face à l'annonce de votre sérologie positive ?
- Que pensez-vous du sida après l'annonce de votre sérologie ?
- Que ressentez-vous après cette annonce de votre sérologie ?
- Comment appréciez-vous la qualité de prise en charge des PVVIH dans les centres ?
- Avez-vous partagé l'information sur votre sérologie avec votre entourage ?
- Quelle a été la réaction de votre entourage face à votre infection ?

V- Sources d'information sur le VIH

Quelles sont vos sources d'information sur le VIH et le sida ?

Guide adressé au personnel de santé et au responsable d'association

Date :

N° :

I- Caractéristiques sociodémographiques

Identité de l'enquêté

Sexe :

Age :

Secteur :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Profession :

Religion :

II- Perception du personnel soignant sur le dépistage et la prise en charge du VIH des PA

1- Connaissance de la vulnérabilité des PA par le personnel soignant

- Quelles sont les catégories de personne que vous recevez le plus souvent dans votre centre de santé ?
Si PA moins ou non cité
- Quelles sont les populations vulnérables dans la ville de Bobo-Dioulasso
- Si PA cité
- Les PA sont-elles fréquentes dans votre centre ?
- Si PA non fréquentes
- Est-ce que les PA font partie des personnes vulnérables ?
- Que pensez-vous du dépistage du VIH dans le milieu des PA

2- Stratégie de lutte contre le VIH des PA par le personnel soignant

- Parmi vos patients combien de PA pouvez-vous recevoir en consultation par jour, semaine, année ?
- Parmi vos patients âgés quelle catégorie socio professionnelle vous rencontrez :

- Alphabétisée ou non
- Pensionnée ou non
- Combien de PA pouvez-vous recevoir par semaine
- Quelles sont les pathologies qui les amènent fréquemment dans votre centre
- Est-ce que parmi ces pathologies il y a des cas de VIH ?
- Que faites vous pour un meilleur dépistage chez les PA ?
- Est-ce que le dépistage chez les personnes âgées est-il systématique ?
- Le dépistage est-il volontaire pour les PA ?
- Difficultés rencontrées pendant le dépistage des PA
- Quels sont les enjeux du dépistage des personnes âgées pour vous ?
- Quels sont les stratégies utilisées pour atteindre les PA en matière de promotion de dépistage du VIH ?
- Quelles sont les perspectives pour mieux dépister les PA?

3- prise en charge des personnes âgées PVVIH

- quelles sont les conditions de prise en charge des PVVIH âgées ?
- qu'est-ce qui est fait pour la prise en charge des PAVIH ?
- y a-t-il une politique spécifique de prise en charge des personnes âgées séropositives ?
- si oui, pouvez-vous nous expliquer la mise en œuvre de cette prise en charge ? donnez en quelques exemples.
- Comment les personnes âgées apprécient-elles cette prise en charge spécifique ?
- Si non, pouvez –vous nous parler des conséquences de cette absences de prise en charge des personnes âgées ?