

**L'ACCÈS À L'EAU POTABLE ET À LA NOURRITURE SAINTE, UN DÉFI INDENIABLE
DE L'ETAT : CAS DE LA RÉGION ANALANJIROFO**

*Access to drinking water and healthy food, an undeniable challenge for the state: the
case of the Analanjirofo region*

ALDIEL AGAUSTINIS BOLA

Université de Toamasina, Madagascar,
bolaagaustinis@gmail.com

iDORCID : <https://orcid.org/0009-0009-1155-1717>

RÉSUMÉ

Cet article a pour objectif d'identifier les variables et les conditions originales permettant d'optimiser le défi de l'Etat sur l'accès à l'eau potable et à la nourriture saine dans le milieu rural. Cette étude a été réalisée dans la Région Analanjirofo de Madagascar, l'année 2022. Des 450 paysans agriculteurs ont été pris comme échantillons. Puis des échanges ont été effectués avec les responsables auprès de la direction régionale en charge de l'eau et de l'office régionale de la nutrition. Les données obtenues ont été traitées avec des tests statistiques utilisant le logiciel SPSS. Les résultats montrent que les 79,1% des ménages cherchent encore de l'eau d'un fleuve, l'eau qualifiée catégoriquement insalubre. Les 58% de ménages vivent dans des conditions de malnutrition saisonnière. Pendant la période de soudure, ils ne se nourrissent que deux fois par jours avec une consommation moins d'un kilo de riz par ménage composé de 5 personnes en moyenne. Une analyse de corrélation par test khi deux présente que l'accès à l'eau potable et à la nourriture dépend du revenu, du climat et de la subvention étatique. Les 40% des enquêtés ont connu en moyenne une tranche de revenu entre 100 000 à 200 000 Ariary. Avec ce niveau, ils n'arrivent pas largement à assurer leur besoin de subsistance. Bref, pour pousser cette limite, l'Etat devrait encore doubler voire même tripler son effort annuel pour qu'un foyer aurait une source d'eau et un foyer serait bien nourri.

Mots clés : Etat ; eau ; nourriture ; revenu ; subvention

ABSTRACT

This article aims to identify the original variables and conditions making it possible to optimize the State's challenge of access to drinking water and healthy food in rural areas. This study was carried out in the Analanjirofo Region of Madagascar, in the year 2022. 450 peasant farmers were taken as samples. Then discussions were held with officials from the regional directorate in charge of water and the regional nutrition office. The data obtained were processed with statistical tests using SPSS software. The results show that 79.1% of households still seek water from a river, water classified as categorically unsanitary. 58% of households live in conditions of seasonal malnutrition. During the lean season, they only eat twice a day, consuming less than a kilo of rice per household of 5 people on average. A correlation analysis by chi-square test shows that access to drinking water and food depends on income, climate and state subsidies. The 40% of respondents had on average an income bracket between 100,000 to 200,000 Ariary. With this level, they are largely unable to meet their subsistence

needs. In short, to push this limit, the State would have to double or even triple its annual effort so that a household would have a source of water and a household would be well fed.

Keywords: State; water ; food ; income ; grant

1. Introduction

Ayant la volonté de dresser une typologie des interventions de l'État, l'économiste américain Musgrave (1910-2007) considère que l'action des pouvoirs publics peut être appréhendée à travers trois fonctions principales : une fonction d'allocation, de redistribution de stabilisation (ou dérégulation). Par la fonction d'allocation des ressources, l'État est amené à intervenir pour la régulation du marché des biens tutélaires. La fonction de redistribution relève de la justice sociale. Par nature, le libéralisme et l'économie de marché créent des inégalités dans la société. L'État est amené à réduire ces inégalités en redistribuant une partie de la richesse nationale créée. La fonction de stabilisation vise les grands objectifs macroéconomiques tels qu'un niveau d'emploi élevé, une inflation modérée, une croissance du PIB...

Dans le domaine social, l'intervention de l'État a connu historiquement plusieurs étapes décisives notamment la prise en charge de l'hygiène publique : il s'agit d'offrir à la population un cadre de vie décent de manière à assurer une prévention contre les fléaux collectifs et l'institution de la Sécurité Sociale : Elle assure la sécurité du revenu en généralisant la technique de l'assurance sociale obligatoire.

A Madagascar, l'Autorité publique n'a en aucun cas cessé d'intervenir dans le domaine socio-économique depuis l'indépendance de Madagascar. Malgré cette forte et longue période d'intervention, les données montrent que Madagascar est encore classé 164^{ème} rang parmi 189 de l'IDH avec une valeur de 0,528 en 2019 (PNUD, 2020). La couverture sociale ne couvre qu'une infime partie des besoins et présente des faiblesses marquées. L'accès à l'eau potable et à la nourriture saine sont réservés à la population très limitée. Le chiffre montre que seulement 11,87 % de la population Malagasy a l'accès à l'eau potable en 2020. Les paysans consomment jusqu'à présent le riz importé faute de moyen.

Comment se fait-il que la région Analanjirofo avec ses potentiels économiques présente toujours une difficulté sur l'accès à l'eau potable et la nourriture ? Pourquoi l'intervention de l'Etat en matière de l'accès à l'eau potable et à la nourriture saine ne produit pas efficacement des résultats tangibles sur l'amélioration de condition sociale des ménages ?

L'objectif d'identifier les variables et les conditions originales permettant d'optimiser le défi de l'Etat sur l'accès à l'eau potable et à la nourriture saine dans le milieu rural.

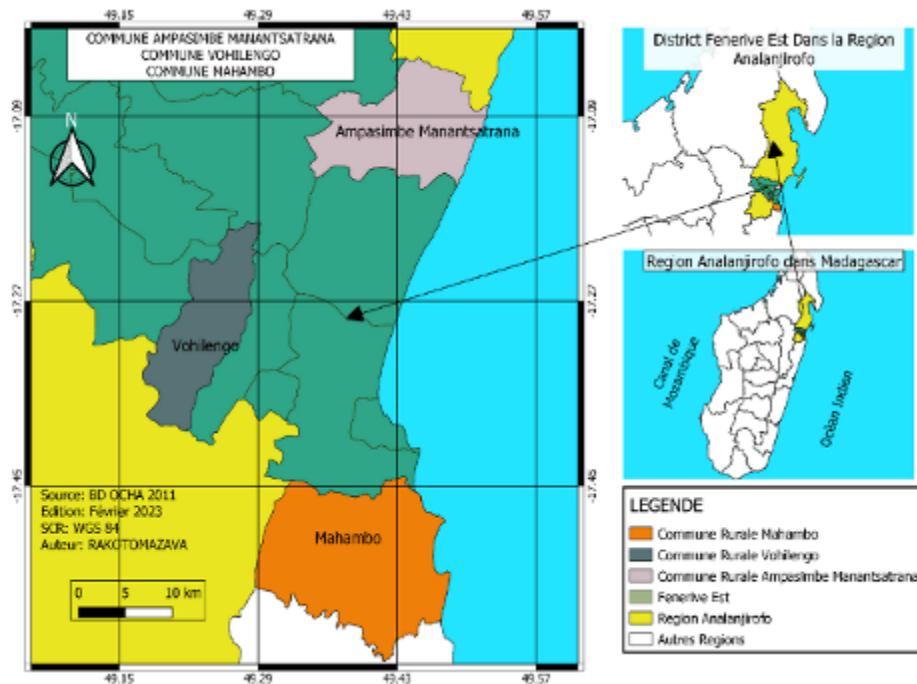
2. Matériels et méthodes

2.1. Zone d'étude

2.1.1. Localisation géographique

Ce nom Analanjirofo est dû par l'abondance de girofle qui s'éparpille dans presque toute la partie de région. Elle est située dans la partie Nord-Est de Madagascar.

Figure 1: Localisation géographique de la Région Analanjirofo/ District de Fénérive-Est et les trois Communes



Source : Auteur 2022

2.1.2. Climat et météorologie

Le climat de la Région Analanjirofo appartient au climat de la Côte Est de Madagascar qui est de type tropical chaud et humide. Par sa position naturelle exposée au vent d'Est et bordée par l'Océan Indien, la Région est sujette à une forte pluviométrie presque toute l'année et de température chaude.

La température dans la Région Analanjirofo est représentée par les quatre zones de détection météorologie. La moyenne annuelle est de 24°C environ. La moyenne des maxima du mois le plus chaud tourne autour de 27°C et les plus fortes chaleurs sont enregistrées en décembre et février. Le minimum du mois le plus froid oscille autour de 14°C. La moyenne des minima se situe entre 16 et 17°C durant les mois de juillet, août et septembre.

2.2. Approche méthodologiques

2.2.1. Recherche bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont marqué la première étape de la recherche pour nous guider à cerner le sujet et à délimiter le champ de la recherche. Elles ont été entreprises au sein des bibliothèques spécialisées et des centres de documentation au sein des ministères, des organisations internationales. Cette première étape est capitale car elle constitue l'étalon de l'étude. En effet, la bibliographie a servi de bases et/ou de références pour la détermination des outils et hypothèses de travail et pour toutes les analyses et/ou interprétations faites dans ce document.

2.2.2. Enquête sur terrain et Echantillonnage

L'objectif de l'enquête sont diagnostiquer la situation socio-économiques des ménages ; et déterminer comment et par quel moyen l'Etat intervient-il dans la région Analanjirofo en matière de l'accès à l'eau et à la nourriture saine. Pour assurer la meilleure représentativité et un degré de précision possible, la méthode stratifiée et en grappe a été choisie avec une taille d'échantillon est fixée à 450 personnes.

2.2.3. Exploitation des données statistiques et modélisation

Les analyses des données aussi bien qualitatives que quantitatives ont été faites avec les outils appropriés par rapport à l'objectif de la recherche. Il convient d'utiliser en général les logiciels informatiques SPSS 20, EXCEL pour mieux traiter les informations obtenues. Le logiciel WORD a été utilisé pour la rédaction du document. La dernière étape de la méthodologie a été consacrée au travail épistémologique sur la conception des modèles conformément à l'objectif de l'étude.

2.2.4. Variables étudiées

Dans cet article les variables étudiées sont multiples. Mais il est important de préciser que la variable accès à l'eau potable est défini par la disponibilité de l'eau potable dans la localité de ménage et l'accès à la nourriture est défini par l'accès à la nourriture par jour.

Variables dépendantes : Accès à la nourriture et à l'eau potable

Variable indépendantes : Le nombre de personne dans le foyer, la catégorie de travail, le revenu mensuel et les subventions de l'Etat.

3. Résultats

3.1. Emploi et revenu

3.1.1. Emploi

L'emploi et le revenu est la base de la vie socio-économique des ménages. Le travail est la fonction principale des ménages sur laquelle ils assurent ses ressources financières. Le revenu est en fonction de leur activité. Le tableau ci-après présente la situation des chefs de ménages. A l'instar de toutes les communes rurales, la majorité de la population enquêtée sont des agriculteurs. Le résultat montre ici que 313 ménages soit les 70,3 % sont classés dans ce secteur. Le commerce prend la deuxième place après l'agriculture mais avec un décalage très important soit 11,9 % des enquêtés. Les fonctionnaires représentent 9,7 %.

3.1.2. Le revenu

Une question a été posé sur le revenu moyen des ménages. Elle était posée stratégiquement en fonction des ménages en face parce qu'il s'agit des données classées confidentielles. Le résultat montre que 178 ménages soit 40 % touchent un revenu moyen entre à 100 000 à 200 000 Ariary. Les 22 % des paysans se trouvent dans une situation très vulnérable avec un revenu moyen moins de 100 000 Ariary par mois. A titre exceptionnel, 7 ménages soit 1,3 % des enquêtés gagnent un revenu moyen plus de 700 000 Ariary le mois. Le détail de la répartition est fixé dans le tableau en annexe.

3.2. Subvention de l'Etat

Les subventions Etatiques liées à l'exploitation sont également des variables qui assurent les meilleures conditions sociales de ménages. La subvention de l'Etat liée à la production a été une question importante dans cette étude. Près de 27,6 soit 124 ménages affirment ayants déjà bénéficiés de la subvention. Les restes 326 personnes soient 72,4% déclarent n'ayants pas encore reçues de la subvention liée à la production. La majorité des ménages ayant déjà bénéficié des subventions sous forme de fonds de roulements touchent une somme moins d'1 000 000 Ariary. Ce cas concerne 63 personnes soient 14% de la population étudiées. Les restes soient 6 personnes qui représentent environ 1,3% seulement des ménages ont touché un montant qui se trouve entre 1 000 000 à 3 000 000 d'Ariary.

3.3. Accès à la nourriture

Comme la santé, la nourriture est également la base des conditions sociales de ménages. Ainsi, l'accès à la nourriture et la consommation moyenne de riz en période de soudure ont été des questions posées dans cette étude. Le résultat présente que 58% des enquêtés ne prennent pas du riz que deux fois par jours. Les 40,9% arrivent à se nourrir 3 fois par jours. Il y a aussi une population minoritaire qui n'arrive pas à se nourrir qu'une fois par jours. La consommation de riz est très limitée en période de soudure, 49,6 % des enquêtés affirment que leur consommation se trouve entre 1 à 2 kilos par jours. Les 33,6% consomment entre 2 à 3 kilos par jours. Les 9,1%

consomment moins d'un kilo par jours contre les 7,8% qui confirment avoir pu consommer plus de trois kilos par jours.

3.4. Accès à l'eau potable

S'agissant d'une condition indispensable à la vie, l'accès à l'eau potable est également retenu et étudié dans cette étude. Cet accès est défini par la disponibilité de l'eau potable dans la zone, la source de l'eau potable, la distance à parcourir pour le rechercher et la perception de sa qualité. Les 78,9% des enquêtés ne disposent pas de l'eau potable dans leur localité. Pourtant, les 21,1% affirment la disponibilité de l'eau potable dans leur localité. Près de 3,1% seulement de ménages enquêtés bénéficient de la JIRAMA. Les 16% cherchent de l'eau à la pompe publique. Une grande majorité soit 79,1% cherchent encore de l'eau au petit fleuve. La distance à parcourir est évaluée loin pour les 44,2% enquêtés. Les 31,8% disent pourtant que la distance à parcourir pour chercher de l'eau est proche de leur localité. Les restes 108 personnes déclarent que la source de l'eau potable est assez loin de leur localité. La qualité de l'eau est déclarée très mauvaise pour les 30,4% des ménages enquêtés. Les 25,1 % déclarent explicitement que la qualité de l'eau est mauvaise. Alors près de 55% de ménages affirment qu'ils consomment de l'eau de qualité médiocre. Les 28% consomment de l'eau assez bonne contre les 16,4% qui consomment de l'eau de bonne qualité.

4. Discussions et recommandations

4.1. Discussions sur les résultats

Les activités principales de ménages sont des agriculteurs. Cette profession touche 70,3 % des ménages (cf. Fig.1). En effet, les sources de revenu sont encore limitées dans ce secteur. Alors qu'il s'agit de secteur qui ne pas encore bien développé. Les paysans souffrent dans la réalisation de leur exploitation. En effet, les revenus générés par leurs activités sont encore très faible. Les 40 % des enquêtés touchent un revenu moyen entre à 100 000 à 200 000 Ariary. Les 22 % des paysans se trouvent dans une situation très vulnérable avec un revenu moyen moins de 100 000 Ariary par mois. Par ailleurs, l'intervention de l'Etat pour redorer de situation est toujours insignifiante. Les subventions ne touchent qu'une très fine masse soit 27%. Les valeurs estimatives sont généralement inférieures à 1 000 000 Ariary. Alors l'impact de l'intervention de l'Etat en matière de l'exploitation reste en disgrâce. Par conséquence, l'accès à la nourriture et à l'eau potable deviennent une grande problématique dans la zone. Les 58% des enquêtés ne prennent pas du riz que deux fois par jours. La consommation de riz est très limitée en période de soudure, 49,6 % des enquêtés affirment que leur consommation se trouve entre 1 à 2 kilos par jours. Les 78,9% des enquêtés ne disposent pas de l'eau potable dans leur localité. Avec près de 55% de ménages affirment qu'ils consomment de l'eau de qualité médiocre.

4.2. Modélisations par régressions linéaires

La régression linéaire permet l'intégration de plusieurs variables dans le modèle explicatif et séparer les effets des différentes variables. Elle permet un raisonnement causal « toutes choses égales par ailleurs » quand pourtant, les choses ne sont pas égales par ailleurs. La régression multiple va nous permettre d'obtenir le pouvoir explicatif global de l'ensemble des variables incluses.

Tableau n°1 : Modèle global accès à l'eau

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
Régression	3,887	4	,972	6,057	.000 ^b
Résidu	70,923	442	,160		
Total	74,810	446			

- Variable dépendante : Possédez-vous de l'eau potable dans votre localité ?
- Valeurs prédites : (constantes), Pour les fonds de roulements, estimez à combien d'Ariary ? Si 1, quelle catégorie de travail ? Revenu moyen mensuel, Nombre de personnes dans le foyer

La statistique est globalement significative au seuil inférieur à 1 (Sig. 0,000 < 1).

Tableau n°2 : Modèle par régression linéaire accès à l'eau

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	1,811	,077		23,666	,000
Nombre de personnes dans le foyer	,051	,025	,098	2,050	,041
Si 1, quelle catégorie de travail?	-,016	,012	-,060	-1,275	,203
Revenu moyen mensuel	-,033	,012	-,133	-2,792	,005
Pour les fonds de roulements, estimez à combien d'Ariary?	,101	,042	,116	2,438	,015

Variable dépendante : Possédez-vous de l'eau potable dans votre localité ?

Le modèle est typiquement significatif à un seuil de 1% car les statistiques obtenus sont tous inférieur à 1 (le nombre de personne dans le foyer Sig. 0,041 ; la catégorie de travail Sig. 0,203 ; le revenu mensuel Sig. 0,005 et le fonds de roulement Sig. 0,015)

Le nombre de personnes dans le foyer et les subventions de l'Etat ont des effets positifs et significatifs à l'accès à l'eau potable des ménages dans la zone rurale. Par contre, la catégorie de travail et le revenu mensuel ont des effets négatifs et significatifs à l'accès à l'eau potable.

Alors l'explications de variable accès à l'eau potable est fortement dépendante de des nombres des personnes dans le foyer, la catégorie de travail, le revenu et les subventions de l'Etat.

Tableau N°3 : Modèle global accès à la nourriture

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
--------	------------------	-----	--------------------	---	------

Régression	20,393	4	5,098	9,519	.000 ^b
Résidu	236,726	442	,536		
Total	257,119	446			

a. **Variable dépendante** : En moyen, consommez-vous combien de kilo de riz par jour ?

b. **Valeurs prédites** : (constantes), Pour les fonds de roulements, estimez à combien d'Ariary ? Si 1, quelle catégorie de travail ? Revenu moyen mensuel, Nombre de personnes dans le foyer

La statistique est globalement significative au seuil inférieur à 1 (Sig. 0,000 < 1).

Tableau N°4 : *Modèle par régression linéaire accès à la nourriture*

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	1,600	,140		11,442	,000
Nombre de personnes dans le foyer	,217	,045	,227	4,796	,000
Si 1, quelle catégorie de travail?	,046	,023	,094	2,034	,043
Revenu moyen mensuel	,089	,022	,192	4,087	,000
Pour les fonds de roulements, estimez à combien d'Ariary?	-,062	,076	-,038	-,821	,412

a. **Variable dépendante** : En moyen, consommez-vous combien de kilo de riz par jour ?

Le modèle est typiquement significatif à un seuil de 1% car les statistiques obtenus sont tous inférieur à 1 (le nombre de personne dans le foyer Sig. 0,000 ; la catégorie de travail Sig. 0,043 ; le revenu mensuel Sig. 0,000 et le fonds de roulement Sig. 0,411).

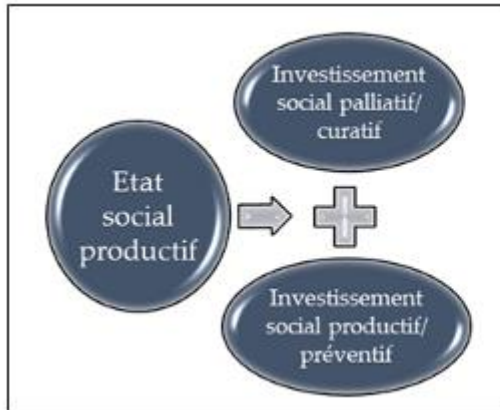
Toutes les fonctions ont des effets positifs et significatifs sur la consommation de riz ménages dans la zone rurale. Alors l'explications de variable accès à la nourriture noté consommation de riz est fortement dépendante de des nombres des personnes dans le foyer, la catégorie de travail, le revenu et les subventions de l'Etat. Toutefois, les facteurs les plus déterminants de l'accès à la nourriture sont le nombre de personne dans le foyer et le revenu mensuel des ménages.

4.3. Recommandations

4.3.1. Nouvelle forme l'intervention de l'Etat

Figure 2 : *L'Etat social productif / Ses comportements*¹¹

¹¹ **Le fort leadership** : Vision, éthique et civisme, morale, révolution ; **Les compétences** : technique, relationnelle, scientifique ; **Le réalisme** : Besoin réel, anthropologie, culturelle.



L'Etat régénérateur ou Etat social productif est inspiré par la théorie de l'Etat social actif¹². Dépasser la dimension palliative, L'État social actif regroupe un ensemble de théories qui suggèrent la nécessaire évolution de l'État-providence, au-delà de sa dimension palliative ou réparatrice. Elles identifient une forme de passivité de l'État-providence traditionnel intervenant a posteriori, c'est-à-dire après l'apparition d'un risque social par le biais d'un arsenal d'allocations. Les théories de l'État social actif invitent à l'institution d'une politique plus dynamique, axée sur l'investissement dans les personnes et la responsabilisation personnelle des acteurs concernés. Il s'agit d'une synthèse de logiques libérales de demarchandisation des politiques sociales et des notions d'investissement et de prévention. La différence c'est que cette théorie tient compte les actions palliatives et productives. Compte tenu la pauvreté et la vulnérabilité des ménages ces deux actions ne pourraient pas se séparer. Une action palliative n'arrive pas à combler la pauvreté sans l'action productive. Par ailleurs, l'Etat social productif est fondée sur les comportements trilogies tels que le fort leadership, les compétences et le réalisme. Cette fonction de l'Etat pourra garantir l'amélioration de revenu des paysans via les subventions avec des accompagnement technique nécessaire.

5. Conclusion

L'accès à l'eau potable et à la nourriture saine sont des conditions indispensables sur le développement économique. Il s'agit des besoins fondamentaux selon la pyramide de Maslow. Madagascar, malgré ses potentialités économiques engage toujours ces défis pour répondre ces besoins d'une manière égale. Car la sous nutrition constitue à la fois un problème économique, un problème de santé, une envergure sociale, et une question de droits humains fondamentaux. Cette recherche a été focalisée sur les variables qui déterminent les conditions de l'accès à l'eau potable et à la nourriture dans la région Analanjirofo, Madagascar. Les modélisations montrent que l'accès à l'eau potable et à la nourriture sont des variables qui

¹² Wolfgang Schroeder, 2008. Le modèle d'« Etat social prévoyant », Fondation Friedrich Ebert Paris, 5 pages

dépendent des revenus de ménages concernés. Plus les ménages gagnent de revenu à somme conséquents, plus l'accès à ces deux besoins seraient facile. Dans le cas contraire plus le revenu est faible plus l'accès à ces deux besoins seraient difficile. Par ailleurs, les subventions de l'Etat contribuent massivement à l'amélioration de l'accès à l'eau et à la nourriture. En effet, les subventions ont une répercussion directe sur le revenu. Donc les variables les plus déterminants dans cette étude sont le revenu et les subventions Etatique. Une fois que les ménages touchent des revenus suffisants, ils pourraient améliorer leur production.

L'Etat joue un rôle important dans cette situation. La sous-nutrition est l'un des problèmes de santé les plus graves du monde, mais paradoxalement le moins abordé. Les coûts humains et économiques sont énormes et ce sont les plus pauvres, les femmes et les enfants qui en paient le plus lourd tribut. Ces coûts ne sont pas forcément à la portée de tous compte tenu de niveau de revenu estimé très faible. Les gouvernements peuvent contribuer à fournir un revenu minimum garanti aux agriculteurs grâce à des versements d'aides directes. Ce type d'aide peut être ciblé sur des zones spécifiques moins favorisées ou attribué avec des conditionnalités, par exemple l'utilisation de pratiques respectueuses de l'environnement. Ce revenu minimum garanti est coûteux budgétairement pour les États qui n'en ont pas les moyens et reste rare en Afrique. Plus indirectement, les gouvernements soutiennent les revenus agricoles par l'usage de différents instruments : programmes d'aide pour encourager le développement agricole et rural ; aide à la réforme et à la restructuration de l'agriculture ; contrôle sanitaire. Une autre manière pour les gouvernements de soutenir les revenus agricoles consiste à soutenir les mécanismes d'assurance en cas de catastrophes naturelles, d'épidémies parasitaires ou de chutes des cours du marché. Cette action sera basé sur les comportements de l'Etat régénérateur.

Références bibliographiques

- ANDRIAMBOAVONJY M., et al., (1992). Gestion de ressource en eau, 56p.
- Barbier J-C., Theret B. (2004). Le nouveau système français de protection sociale, La Découverte, coll. Repères.
- Blanche Nirina R. (2004). Monographie de la sécurité sociale Malgache, SME, Antananarivo, pp 13-68.
- Blanchon, D., (2006). La politique de l'eau en Afrique du Sud : le difficile équilibre entre développement durable et valorisation optimale de la ressource, Réseau « Développement durable et territoires fragiles », 16p.
- Blandine Destremau, « Prévoyance ou providence : la protection sociale » Introduction Armand Colin | « Revue Tiers Monde » 2003/3 n° 175 | pages 489 à 499.
- Bohbot, R., (2008). L'accès à l'eau dans les bidonvilles des villes africaines, 25p.
- Dupeyroux, (1965). Sécurité Sociale, Dalloz, Paris.

-
- G. Esping-Andersen. (1999). les trois mondes de l'Etat-providence. PUF, coll, le lien social.
 - Hermand (1967). la Sécurité Sociale en France, l'avenir de la Sécurité Sociale, Seuil, Paris.
 - INSTAT, 2019, « Troisième recensement général de la population et de l'habitation (rgph-3) » 98 p.
 - Margaret Grosh, C. (2008). « Pour la protection et la promotion : Conception et mise en œuvre de filets sociaux de sécurité efficaces, Banque Mondiale, 34 p.
 - Ministère de l'Eau, de l'assainissement et de l'hygiène, 2013, « Annuaire du secteur d'eau potable et assainissement »
 - Ministère de la Population. (2015). De la Protection Sociale et de la Promotion de la Femme., « Politique Nationale de Protection Nationale », 30p.
 - Musgrave R. (1959). The Theory of Public Finance, McGraw Hill, New York,
 - Parienty A. (2006). Protection sociale, le défi, Gallimard, Coll. Folio.
 - Philip L. (1995), Les finances sociales : unité ou diversité ? ECONOMICA, Paris,
 - PNUD. (2018). « Rapport national sur le développement humain Madagascar, Développement humain et mobilisation des ressources intérieures, 36 P.
 - Rapport Banque Mondiale. (2014). « Visages de la pauvreté à Madagascar Evaluation de la pauvreté, du genre et de l'inégalité », Rapport n° 78131-MG, 204 p.
 - Rosanvallon P. (1993), L'État en France : de 1789 à nos jours, Seuil, "Points Histoire
 - Troy, B (2013), « Gestion de l'eau agricole et sécurité alimentaire : de nouveaux défis pour les pays en développement »

VÉCU PSYCHOPATHOLOGIQUE DES PERSONNES ÂGÉES : SYNDROME DE GLISSEMENT AU CENTRE DE GERONTOLOGIE DE LIBREVILLE

*Psychopathological experience of the elderly : sliding syndrome at the libreville
gerontology center*

JEAN-ROMUALD SIBY

Centre de recherches et d'études en psychologie (CREP-UOB)

Universite Omar Bongo, Gabon

sibyeck@yahoo.fr

Résumé

A l'instar des pays occidentaux, au Gabon, il existe un centre d'hébergement pour les personnes âgées. Or, dans les sociétés africaines d'antan, les personnes âgées étaient sacrées, entretenues et respectées. Comment en est-on arrivé à là ? Cet article propose une lecture globale du vieillissement normal et pathologique en montrant combien dans la clinique de la personne âgée, les dimensions sociales, culturelles, somatiques et psychologiques sont articulées et interdépendantes, de même que les dimensions singulières, familiales et institutionnelles. Il lève aussi un tabou à savoir l'abandon des personnes âgées par les familles. L'étude a eu recours à une méthode clinique à travers l'étude de cas pour analyser et interpréter le vécu des personnes âgées en situation de résidence au centre de gérontologie au Gabon. Nous constatons que ces personnes âgées vivent très mal l'abandon familial et l'hébergement au centre de gérontologie gériatrie. Ce vécu de souffrance se manifeste par l'apparition d'un syndrome de glissement, signe d'un vieillissement pathologique. Face à ce constat alarmant qui engage un pronostic vital pour les personnes âgées, on note une mobilisation du personnel notamment du psychologue dans une prise en charge plurielle afin d'aider les résidents.

Cet article aborde ainsi les représentations du vieillissement dans cette nouvelle société africaine : représentations sociales mais aussi représentations de soi chez la personne âgée à travers le vécu. Il permettra alors de dégager les enjeux spécifiques au vieillissement en institution mais aidera aussi à mieux comprendre les personnes âgées et les soigner. Il montre enfin comment le vieillissement en institution constitue une castration narcissique pour les personnes âgées et engendre un vécu de souffrance, un syndrome de glissement.

Mots clés : Vieillesse, abandon, syndrome de glissement

Abstract

Like Western countries, in Gabon, there is an accommodation center for the elderly. However, in the African societies of yesteryear, the elderly were sacred, cared for and respected. How did we get to this point? This article offers a global reading of normal and pathological aging by showing how in the clinic of the elderly, the social, cultural, somatic and psychological dimensions are articulated and interdependent, as are the singular, family and institutional dimensions. It also lifts a taboo, namely the

abandonment of elderly people by families. The study used a clinical method through case study to analyze and interpret the experiences of elderly people in residence at the gerontology center in Gabon. We note that these elderly people have a very difficult time with family abandonment and accommodation in the geriatric gerontology center. This experience of suffering manifests itself in the appearance of a sliding syndrome, a sign of pathological aging. Faced with this alarming observation which poses a vital prognosis for the elderly, we note a mobilization of staff, particularly psychologists, in plural care in order to help residents. This article thus addresses the representations of aging in this new African society: social representations but also self-representations among the elderly through lived experience. It will then make it possible to identify the issues specific to aging in institutions but will also help to better understand the elderly and care for them. Finally, it shows how aging in institutions constitutes a narcissistic castration for the elderly and generates an experience of suffering, a sliding syndrome.

Keywords: Aging, abandonment, slip syndrome

Introduction

La psychologie clinique du vieillissement s'intéresse au vieillissement normal et pathologique. Elle étudie selon Fernandez (2019,p.42), les spécificités du sujet vieillissant ainsi que celles de son environnement personnel, familial et social. Pour Talpin(2011,p.16), c'est depuis le XIX^e siècle que se construisent petit à petit des discours scientifiques sur le vieillissement en tant que processus et sur la vieillesse en tant qu'état dont les bornes demeurent bien difficiles à établir. Ainsi, le vieillissement est-il tout à la fois objet d'études pour de multiples sciences comme : la biologie, la médecine, la gérontologie, la gériatrie, la sociologie, la démographie, l'anthropologie, l'histoire, l'économie mais aussi la psychologie.

Il s'agit là d'un sujet de préoccupation pour la société en général et pour chaque individu en particulier. En effet, d'un point de vue individuel, le « devenir vieux » et les conditions dans lesquelles ce processus se produit concernent chacun de nous car avec l'augmentation de l'espérance de vie, la possibilité de vivre longtemps est de plus en plus une réalité. Par ailleurs, si le phénomène du vieillissement constitue de nos jours un objet de recherche cela serait dû en bonne partie à son ampleur, puisqu'il affecte plus ou moins directement et de différentes manières, toutes les sociétés(Terenzi Seixas, 2012,p.36). Cependant, les conditions dans lesquelles il se produit peuvent être extrêmement diversifiées. Il existe ainsi selon les pays, en fonction des spécificités économiques, culturelles, politiques, de croyances, des représentations, différentes perceptions du vieillissement.

Pour Caradec(2005,p.54), les personnes âgées sont un groupe hétérogène : on ne vieillit pas de la même façon pour tous et le regard sur le vieillissement doit être contextualisé. Aussi, est-il nécessaire sinon capitale de tenir compte de la dimension intra psychique du phénomène du vieillissement surtout avec le placement des personnes âgées en institution. Nous le savons, le vieillissement est un processus psychique qui ne se termine qu'avec la mort, quels que soient parfois les efforts de certains sujets pour la bloquer ou la combattre soit sur le mode du déni et/ou de la

défense maniaque soit sur celui des démences qui pour Talpin (Idem) constitue une stratégie de défense du Moi.

A ce propos, notons que le vieillissement normal ou pathologique génère des manifestations cliniques propre à cet âge et le clinicien est confronté quotidiennement au vécu de ces manifestations liées au vieillissement. Il s'agit de formes diverses de psychopathologie et de maladies diverses largement décrites par de nombreux auteurs(Talpin, 2013 ; Ferrey et Le Goues, 2008 & Marty et Marcelli, 2015). Ils reconnaissent tous que le vieillissement constitue le dernier stade de développement psychologique. Parcours parfois difficile, chacun va le vivre selon ses capacités, sa personnalité, son histoire de vie et sa culture.

Toutefois, il y a un travail de réaménagement psychologique à réaliser. Se trouve ainsi particulièrement sollicitée, la capacité pour le sujet âgé à remanier les tensions psychiques engendrées par le vieillissement, à intégrer les pertes vécues liées au vieillissement quelles soient physiques ou psychologiques.

Pour Langendorff(2009,p.17), il y a de l'anxiété à gérer tous ces remaniements et surtout l'intégrité du Moi à préserver afin d'éviter l'effondrement, la décompensation. L'enjeu est de parvenir à accepter son histoire, sa vie passée et présente sans regret ni amertume, ce qui implique tout un travail de deuil de ce qu'on a été, de ce qu'on a pu vivre ou obtenir et d'adhésion à ce qu'on est devenu avec ses points forts et ses failles. Il est question ici de tout un travail d'élaboration psychologique de détachement « de la vie » afin de pouvoir accepter et préparer sa finitude de façon paisible : et si ce travail de deuil se fait, il est alors possible de bien vivre son vieillissement en conservant du plaisir à être.

Cependant, si ce n'est pas le cas, la personne peut éprouver désespoir, dépit, déception, honte, culpabilité, amertume etc.et sombrer dans un processus dépressif ou une autre forme de pathologie comme nous le verrons plus tard. Si l'entrée dans le vieillissement amène le sujet âgé à traverser un amoindrissement de ses capacités à vivre dans les sphères motrices, sensorielles, cognitive et psychologique, nous pensons que le vécu de ces atteintes ainsi que la représentation sociale qui est faite de ce vécu, trouve une connotation symbolique en fonction de l'environnement culturel. Pour exemple, soulignons que le vieillissement n'a pas la même représentation sociale en Occident qu'en Afrique.

Nous aurions selon Florence Langendorff(Idem), deux représentations distinctes de la vieillesse. Une représentation à deux faces antinomiques : une dépréciative et une idéaliste. Ainsi se tisse une articulation entre les représentations sociales du vieillissement véhiculées et repercutées par chaque société et le vécu individuel. Dès lors, nous aurions une société, la société occidentale qui diffuserait une image floue et incohérente, en partie dévalorisante de la vieillesse notamment à travers le placement des personnes âgées en établissement d'hébergement et une société qui traditionnellement sacralisait la personne âgée.

Pour cela, il suffit de lire des auteurs comme le malien Hampathé BÂ(1960) qui stipule qu'en Afrique un vieillard qui meurt est une bibliothèque qui brûle ou encore les vieillards qui sont les derniers dépositaires de la connaissance peuvent être

comparés à de vastes bibliothèques dont les multiples rayons sont reliés entre eux par d'invisibles liens qui constituent précisément cette science de l'invisible autenthifiée par les chaînes de transmission initiatique.

Thomas(1991,p.8) abonde dans le même sens lorsqu'il dit qu'en Afrique, les vieillards sont utiles à des travaux spéciaux notamment à inculquer aux autres générations, les jeunes, les valeurs traditionnelles. Il ajoute : « En Afrique noire principalement dans les zones rurales, la vieillesse n'est pas vécue comme une déchéance, le vieillissement se pense avant tout en termes d'acquisition et de progrès car les sociétés traditionnelles orales ont besoin de leurs vieux, symboles de continuité en tant que mémoire de groupe » (p.10).

Avant ces auteurs, Mauss et Fauconnet(1901,p.19) affirmaient : « La société senegalaise traditionnelle a une organisation familiale qui se base fondamentalement sur un esprit d'hierarchie et de communautarisme. D'ailleurs, cela explique la primauté de la communauté sur les volontés individuelles avec pour modèle les vieillards ». Tout ceci montre que la vieillesse est un état socialement construit comme le dit si bien Lamesse(2013,p.13). Ainsi depuis Mauss et Fauconnet puis Thomas, les auteurs montrent à suffisance la vénération presque divine que la société traditionnelle vouait à la personne âgée à qui on attribuait plusieurs qualités à la fois : sociale, culturelle, politique, religieuse et même mystique. Il y a ici un dévouement « naturel » envers la personne âgée.

Pour Attias-Donfut(1994,p.44) qui a interrogé le vieillissement en Afrique, les vieux africains sont toujours adulés certes mais leurs pouvoirs d'antan tendent à la disparition. Elle souligne aussi que la valorisation dont bénéficiaient les personnes âgées est entrain de s'effriter. Elle affirme : « Les personnes âgées ne sont plus vues comme des dépositaires du savoir mais plutôt comme des personnes encombrantes » (p.62). A travers ce propos nous comprenons que les personnes âgées ne trouvent plus au sein de la grande famille, l'accueil qui leur était réservé peut être du fait de la mutation de la famille, unité centrale : mutation sociale et économique, mutation qui se traduit par l'adoption des comportements individualistes qui semblent marginaliser les vieux.

S'agissant du cas spécifique du Gabon, nous constatons qu'à travers le placement des personnes âgées en institution, une autre étape de franchie dans l'effondrement du lien social, familial et le vécu des personnes âgées.

Ce point de vue est partagé par Tall(2003,p.9) lorsqu'il dit : « Le rôle et la place des personnes âgées ont été progressivement érodés dans la plupart des sociétés africaines. Ainsi, les vieillards sont de plus en plus négligés, voire délaissés par leurs propres familles et communautés. Dans leur vulnérabilité, ils deviennent des personnes nécessiteuses et sans domicile fixe en particulier dans les villes ».

Selon Lamesse (Idem), le temps de la personne âgée sacralisée est révolu. En effet, les réalités et contraintes sociales et économiques combinées à l'individualisme grandissant de la société ont largement contribué au changement de mœurs. A l'heure de la mondialisation et des modèles occidentaux qui s'érigent en norme, la société traditionnelle connaît de profonds changements notamment l'effritement de la

vénération de la personne âgée qui jouissait autrefois d'une position privilégiée et c'est notamment le cas au Gabon. En effet, cette image valorisante de la vieillesse caractérisée de moins en moins en Afrique s'actualise au Gabon avec le placement des personnes âgées en centre d'hébergement. Ce placement impacterait-il les rapports sociaux, les valeurs culturelles et témoignerait-il d'une crise culturelle, un traumatisme ? Il s'agit là d'une préoccupation sociale et clinique que représente l'hébergement des personnes âgées en Afrique. Dans cette optique, quelles peuvent être les conséquences du placement des personnes âgées en institution ? peut-on parler d'effondrement psychologique du sujet âgé ? Pourquoi parle-t-on de syndrome de glissement pour définir cette pathologie ? Comment y faire face ? Ces questions non exhaustives vont orienter notre réflexion et nous permettre de nous pencher sur la dimension intrapsychique du vieillissement en institution en Afrique singulièrement au Gabon.

1. Méthodologie

Dans cette recherche, nous situons nos efforts dans une démarche compréhensive. A partir du vécu du sujet âgé, nous voulons tenter d'appréhender le vécu des personnes âgées placées au Centre national de gérontologie-gériatrie de Melen à Libreville au Gabon. Ici, la question du Soi, de l'identité est centrale, elle est pour notre part et dans ce contexte, en lien avec la famille, la société, la culture car tout sujet se soutient en appui sur la culture. Nous verrons alors si ce qui est observable et décrit à travers le vécu des personnes âgées en institution reflète bien une réalité spécifique. Ainsi, cette recherche a une visée pratique ou opérationnelle dans la mesure où les conclusions peuvent aider à améliorer d'une part le questionnement sur les débats publics et politiques et d'autre part promouvoir la qualité de vie des personnes âgées dans une meilleure adéquation entre besoin et prise en charge surtout que les recherches sur le vieillissement sont très rares au Gabon.

Dans cette optique, pour ce travail, nous optons pour une méthodologie qualitative à travers l'étude de cas : c'est la méthode la plus appropriée dans un thème qui touche au vécu psychologique comme c'est le cas pour notre étude. Cette démarche qualitative qui sera utilisée aussi bien dans la collecte des données grâce à l'entretien clinique que dans l'analyse des données par le truchement de l'analyse de contenu, permet d'aller à la rencontre de la personne âgée sous des facettes singulières en apportant si nécessaire une contribution à la prise en charge en notre qualité de Psychologue clinicien

1.1. Participant

Définir une population étudiée peut être une tâche périlleuse surtout lorsqu'il s'agit d'un groupe extrêmement hétérogène. Pour notre part, nous nous intéressons aux personnes âgées hébergées au Centre national de gérontologie-gériatrie de Melen à Libreville au Gabon. Au sein de cette institution, nous avons retenu un sujet dont le

pronostic vital était engagé du fait d'un syndrome de glissement. Dans un premier temps, nous étudierons ce cas en commençant par une brève présentation puis nous donnerons plus de détails quand nous allons analyser le Cas et ensuite nous procéderons à une discussion.

Il s'agit d'un homme âgé de 70 ans. Il est résident au Centre national de Gérontologie-Gériatrie de Melen à Libreville au Gabon. Nous utiliserons un nom fictif, Paul pour garantir l'anonymat et le secret professionnel. Cette personne âgée a été choisie suite à un vécu de souffrance observé par nos étudiants en situation de stage dans le dit centre. Nous voulons ainsi comprendre si cette souffrance psychologique est liée au placement en institution. Plusieurs entretiens cliniques ont été passés à notre sujet en vue de procéder à l'étude de cas.

1.2. Matériel

Nous utilisons l'étude de cas comme méthode clinique d'évaluation du vécu du cas Paul. L'intérêt du choix de cet outil réside dans le fait que, dans le domaine de la recherche, l'étude de cas est un pont entre les théories et la pratique, un lieu de constitution et de validation des hypothèses. Dans l'étude de cas, on s'intéresse beaucoup plus à l'individu qu'au symptôme. On essaie de donner une description aussi fidèle que possible de la personne à un moment donné en évaluant la résonance psychologique des problèmes qu'elle présente (Siby, 2009, p.152).

L'étude de cas s'appuie essentiellement sur l'entretien clinique. Il est une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique (Chiland, 1989, p.61). Cette position dite « clinique » est caractérisée par la centration sur le sujet, la non directivité, la neutralité bienveillante et l'empathie (Rogers, 1942, p.33). Nous avons ainsi utilisé l'entretien clinique semi-directif pour le recueil des données et l'analyse de contenu thématique pour l'analyse des données.

1.2.1. L'entretien semi-directif :

L'entretien est donc la technique permettant l'objectivation de la subjectivité. Pour notre part, nous avons utilisé l'entretien semi-directif. Nous avons ainsi opté pour une attitude non directive qui favorise l'expression personnelle du sujet, ici les personnes âgées, en vue d'explorer le ressenti particulier grâce aux faits de parole. Comme l'affirme si bien Pedinielli (1994, p.41) : « L'entretien clinique est le meilleur moyen dont on dispose pour recueillir des informations sur la souffrance ou les difficultés d'un sujet. Ce discours apporte des informations sur l'économie psychique, sur l'organisation des moyens de défense. Dans l'histoire que le sujet rapporte et la manière dont il s'adresse au psychologue, on peut percevoir ses identifications et ses projections ».

1.2.2. L'analyse de contenu thématique

En psychologie, l'analyse de contenu permet d'étudier, les idées, les pensées, la tonalité affective, l'intensité d'un conflit intrapsychique, les mécanismes de défense sollicités ...bref, elle nous aidera à saisir l'ampleur du phénomène étudié grâce aux données recueillies auprès des personnages âgées. Comme le dit si bien Mucchielli (1979, p.13), avec l'analyse de contenu, il s'agit d'analyser ce dont on dispose sans aller supposer des dessous cachés. Pour notre part, nous optons pour l'analyse de contenu thématique. En effet, l'analyse de contenu thématique est une technique de traitement de données intéressante pour notre recherche. Elle permet de comprendre, de classer, d'analyser les divers récits d'entretiens.

Bardin (1988, p.39) définit l'analyse de contenu comme un ensemble de techniques d'analyse, de communication utilisant une procédure systématique et objective de description de message. L'analyse de contenu est donc un outil qui permet de faire l'investigation d'un ou plusieurs entretiens. Grâce à l'analyse de contenu, le chercheur peut dégager les thèmes récurrents du contenu des entretiens et exprimer ainsi le vécu du sujet.

Pour Chiland (1999, p.63), l'analyse de contenu permet de découvrir ce que ni l'intuition, ni l'écoute ne sont capables de déterminer avec précision. Sachant qu'il existe plusieurs types d'analyse de contenu, notre choix porte sur l'analyse de contenu thématique. Il s'agira de dégager à partir du discours de notre cas, différents sentiments, des thèmes clés et récurrents qui témoignent du vécu de souffrance de cette personne âgée en institution. L'analyse de contenu thématique va ainsi nous permettre de traiter les données pour tirer des conclusions liées à l'étude.

1.3. Procédure

Le cas que nous traitons ici est une personne âgée qui réside au Centre national de Gérontologie-Gériatrie. Ce cas a été remarqué par des étudiants de Master Professionnel en stage dans l'institution. Plusieurs entretiens ont permis de recueillir des données pertinentes sur son vécu au Centre.

2. Résultats et discussion

2.1. Présentation et analyse thématique du cas Paul

2.1.1. Présentation du cas Paul

Sujet masculin âgé de 70 ans, Paul vit au Centre depuis un an. Au début il pensait n'être là que pour un temps, le temps de soulager sa famille qui avait promis de le reprendre dans quelques semaines voire quelques mois. Voilà qu'un an après, il est toujours au Centre et sa famille qui venait lui rendre visite au début ne vient plus. Retraité de la fonction publique, il a toujours vécu en concubinage et n'a pas eu d'enfant. Il souffre de tension artérielle et de rhumatisme. Une fois ces pathologies manifestées, ses parents l'ont d'abord traité auprès des tradipraticiens (thérapeutes

traditionnels). Sa famille qui lui rendait visite au début de son placement l'a abandonné 6 mois après jusqu'à ce jour. Sa maladie a rapidement progressé par conséquent, son état s'est détérioré en très peu de temps. Le sujet a un débit verbal très faible. On note une détérioration rapide de l'état général du patient qui s'accompagne d'anorexie, d'un refus de soins et de s'alimenter, de plaintes multiples, d'un repli sur soi et des idées morbides de suicide.

2.1.2. Analyse thématique et commentaire du cas Paul

Nos entretiens avec Paul nous ont permis de comprendre son vécu de souffrance à travers 4 thèmes que nous avons relevé à savoir : le sentiment d'abandon, le retrait ou repli social, la souffrance psychique et la dépression.

La clinique du vieillir peut permettre d'observer comment certaines personnes âgées au lieu d'affronter l'adversité, l'inexorable préfèrent se laisser aller en exprimant plus ou moins directement, un désir de mourir. A ce propos, Paul dira : « De toute façon, je suis une flamme qui s'éteint doucement, c'est normal et d'ailleurs elle attend quoi pour s'éteindre définitivement ». Nous voyons qu'à travers cette verbalisation, Paul exprime son désir de mourir. Ses relations sociales et affectives ont été progressivement et systématiquement dévitalisées.

Nous constatons ici la primauté de thanatos sur éros. Ce constat prévaut aussi au regard de l'état dépressif du sujet qui prend ancrage sur des idées de suicide qui envahissent le sujet. Il dira : « Je veux quitter ce monde, si quelqu'un peut venir m'achever c'est bien » ; ou encore : « Je suis fatigué de tout ça, pourquoi dois-je encore subir ça ? ». Ces idées noires consécutives à son état de santé qui se dégrade, au désengagement de ses proches et donc au sentiment d'abandon qui a conduit à son placement au Centre Gérontologique et Gériatrique a fragilisé son psychisme provoquant ainsi un effondrement, un glissement psychologique. Ce glissement témoigne d'une souffrance psychique.

Selon Lazarus & Folkman (1984, p.52), la souffrance psychique est une souffrance profonde qui consiste à endurer, éprouver, supporter quelque chose de désagréable. Paul souffre de sa situation actuelle qui le pousse à penser que sa vie n'a plus de sens. Ceci se perçoit au-delà de l'état dépressif et de la souffrance psychique exprimée, par le retrait social. Il l'exprime en ces termes : « Je préfère passer mon temps allongé sur mon lit comme vous voyez là, je fais tout sur mon lit, les autres et le dehors n'existent plus ». Selon Vellut (2015, p.598), à travers le retrait social, le sujet exprime un mal être, une pathologie comportementale qui le pousse à vivre en réclusion. Le retrait social étant l'un des symptômes de Paul, nous pensons que ce signe clinique est l'une des caractéristiques de la souffrance psychique de notre sujet. Paul se sent étranger dans un milieu étranger abandonné de ses proches qu'il a pourtant aidé lorsqu'il était fonctionnaire. Il l'exprime en disant : « ma famille m'a abandonné, je suis devenu inutile, un poids ». En effet, environ 6 mois après son entrée en institution, Paul a été délaissé par ses proches. Cet abandon constitue une effraction psychologique pour lui.

Ce désengagement familial a eu un retentissement psychologique porteur d'une immense tristesse qui vient faire nourrir l'état dépressif à travers un vécu nostalgique car le sujet se demande à longueur de journée pourquoi est-il au Centre jusqu'à maintenant, pourquoi est-il abandonné. Il en est ainsi du placement en institution ou Centre de gérontologie-gériatrie que Paul ne comprend pas. Face à cette incompréhension, le sujet se laisse glisser clairement vers une forme de suicide passif que des auteurs comme Green (2002,2007) appellent la mort blanche. Ce vécu de Paul préalablement diagnostiqué en syndrome de glissement par l'équipe pluri disciplinaires du Centre se trouve confirmé par cette analyse à travers cette symptomatologie non exhaustive.

Ce syndrome de glissement qui peut être déclenché selon Jean-Marc Talpin (Ibidem) et Fernandez (Ibidem) par des événements physiques ou psychiques trouve son étiologie ici à travers le placement institutionnel et l'abandon familial. Tout ceci témoigne d'un vécu traumatique surtout pour une personne qui durant sa vie active soutenait la famille. Atteint psychologiquement, Paul ne trouve plus un intérêt particulier à vivre ; pour lui, la mort serait le seul moyen de le délivrer de son nouveau mode de vie. La perte de toutes ses illusions sur la famille l'a plongé dans un état dépressif majeur et l'installe dans un syndrome de glissement qui menace indéniablement sa vie en institution. Ceci nécessite une prise en charge spécifique afin d'endiguer ce glissement car pour sévère que soit cette pathologie, elle est réversible avec un bon suivi rapide (Talpin, 2011 ; Benaim, 2015 ; Wieder, 2020).

2.2. Discussion

Lorsque Thomas (Idem) parlait à son époque de l'inexistence des maisons de retraite pour les personnes âgées en Afrique noire, nous constatons aujourd'hui que c'est un fait révolu avec notamment l'existence du Centre national de gérontologie-gériatrie au Gabon. En effet, au Gabon, certaines réalités et contraintes sociales, économiques combinées à l'individualisme grandissant de la société ont largement contribué au changement de mœurs et partant à la remise en cause de ce propos de Thomas. Notre sujet d'étude Paul a fait les frais de cette déliquescence sociétale. Il s'est retrouvé rejeté et abandonné par des proches. Il s'agit là de l'affaiblissement des liens sociaux qui dénote d'une crise identitaire, une castration culturelle. Ainsi Paul a connu l'exclusion familiale.

L'exclusion c'est le rejet d'un individu par l'organisation sociale à laquelle il s'inscrit et qui ne lui octroie plus une place du fait des représentations négatives. De nos jours, nous notons à travers cet exemple que les privilèges dont jouissaient les personnes âgées sont mises à rude épreuve par l'ébranlement des fondements de base de la société traditionnelle.

Au Gabon, la montée de l'individualisme qui caractérise la société contemporaine a touché le lien social qui unissait la famille. Ce constat déjà énoncé par Lamesse (2013, p.60) remet en question la place des personnes âgées tant enviée dans un passé encore récent. Même si en Afrique les maisons de retraite sont encore

une rareté, on note au Gabon et plus proche de nous, au Cameroun, des établissements qui accueillent et prennent des personnes âgées seules.

Nous faisons simplement le constat que cet événement constitue un marqueur symbolique. Il peut à juste titre, se présenter comme un facteur majeur contribuant à l'effondrement de l'identité culturelle africaine. C'est le signe d'un moment de crise qui transforme l'environnement relationnel et culturel et qui peut être destructeur pour la communauté (Caradec, 2005, p.27).

L'hébergement des personnes âgées en institution représente alors une négligence et une violence faite aux personnes âgées (Kosberg et Garcia, 1995, p.60). Si ceci est vrai en occident, cela l'est encore plus en Afrique, même s'il faut le reconnaître, le phénomène n'est pas encore alarmant en Afrique. Ce placement est ainsi une effraction psychologique, un traumatisme qui ébranle la Psyché provoquant alors comme nous l'avons vu avec Paul, un syndrome de glissement. Il s'agit d'un état de désorganisation psychosomatique, une conduite régressive qui souligne un état post-traumatique.

Le rapprochement avec la dépression conçu sur le plan de la symptomatologie, du lien de causalité et du processus étiopathogénique se caractérisant par un fléchissement général associant amaigrissement, dénutrition, perte d'activité, idées morbides comme nous le voyons avec notre sujet. Le placement en institution se présente dès lors comme un événement déclencheur. Les données obtenues à travers notre cas, constituent un support intéressant nous aidant à appréhender la réalité du vieillissement au Centre de gérontologie-gériatrie.

Cependant, elles montrent aussi une image péjorative qui entoure la vieillesse et le vieillissement de nos jours, en l'associant à une certaine inutilité et une dépendance économique et physique. Cette image témoigne d'une castration sociale que subit la société gabonaise : une blessure identitaire au sein d'une culture africaine qui glorifie la personne âgée. Dans cette optique, la maison de retraite apparaît comme une incongruité dans la culture africaine. Son existence serait le fruit d'un processus d'occidentalisation de l'Afrique, une acculturation signe d'une société en crise.

Paul, se retrouve au Centre par perte des supports relationnels et familiaux ce qui montre désormais les limites de la notion de famille en Afrique. En effet, le processus qui mène à l'entrée en institution met en évidence l'absence d'un soutien familial alors qu'autrefois la solidarité familiale était un devoir et une obligation morale. La solution du placement des personnes âgées est donc une solution de facilité pour l'Etat qui se trouve incapable d'endiguer l'effritement des valeurs traditionnelles. C'est une solution inadaptée au regard du tableau clinique que nous présente notre sujet. Ce tableau clinique comporte une double symptomatologie somatique et psychique. Cette clinique apparaît dans la classification internationale des maladies et se retrouve actuellement dans la CIM 10 avec comme précision du code diagnostic « *sénélités, R 56* ».

Dans la pratique clinique, notons que le syndrome de glissement est un état de détérioration rapide de l'état physique et psychique d'une personne âgée à la suite

d'un facteur déclenchant déstabilisant. Il se caractérise par des symptômes relevant du registre psychique comme le mutisme, le retrait social, l'altération de la communication, l'opposition aux soins, le refus alimentaire ainsi que la tonalité dépressive et sur le plan somatique par une perte de poids prononcée, une incurie, un déclin généralisé.

Le syndrome de glissement constitue une alerte clinique, un appel à une intervention psychologique et médicamenteuse pour éviter le pire. Il est alors essentiel de faire face à l'épisode dépressif grâce à un soutien médical, social et psychologique. S'agissant de Paul, puisque nous étions clairement face à un syndrome de glissement qui engage le pronostic vital, il était primordial d'alerter la famille et de les inviter à venir au Centre dans la mesure du possible, venir au chevet de leur proche afin de renouer le contact avec la famille. Dans un premier temps, ce contact s'est fait par téléphone ensuite en présentiel.

Nous le voyons, Il y a de fait chez notre sujet, une perte de repères à cause du placement au Centre, un effondrement narcissique, de deuils multiples à accomplir, des pertes à accepter et une réelle déchéance identitaire liée au rejet et au vécu en institution qui débouche sur une échappatoire psychosomatique sur un mode pathologique. Dès lors, dans un fonctionnement qui devient pathologique, la culpabilité prend le dessus et conduit au syndrome de glissement. Ce syndrome de glissement manifesté par Paul est une atteinte narcissique, une perte de l'élan vital.

Conclusion

L'Afrique se caractérise par une hiérarchisation des classes d'âge ou chaque classe revêt une importance à degrés divers. L'organisation sociale est faite selon les générations. Suivant cette configuration, la vieillesse a toujours eu une place de choix. En effet, dans la tradition, la vieillesse est un stade de la vie hautement symbolique qui rime avec respect, compassion, sagesse parfois vénération des personnes qui l'ont atteint (Lamesse, 2013, p.103). Mais il faut reconnaître qu'aujourd'hui, le monde connaît de profonds changements. Dans les pays subsahariens en général et au Gabon en particulier, la tradition n'a plus forcément sa valeur d'atan. On note : une désintégration du tissu et un individualisme qui touche la cellule de base qu'est la famille. Ces mutations qui touchent la société gabonaise auraient mérité à elles seules de nombreuses recherches. Pour notre part, nous nous sommes intéressé au sort des personnes âgées placées en institution et/ou Centre d'hébergement.

Nous avons fait le constat que ces derniers souffraient du syndrome de glissement. Il s'agit d'une pathologie gériatrique qui témoigne d'un vieillissement pathologique comprenant une détérioration rapide de l'état physique et psychique. Cette recherche a démontré que l'abandon familial et donc l'entrée en institution constitue un facteur déclenchant qui déstabilise la personne âgée en la plongeant dans un état dépressif profond, un repli sur soi, un déclin vital accompagné d'idées morbides d'envie de mourir. Face à cette souffrance psychosomatique des personnes âgées, le Centre de gérontologie-gériatrie s'est présenté comme un tiers contenant, structurant entre la famille et le patient pour accompagner et soutenir les résidents.

Cette fonction d'étayage a permis à notre sujet d'étude (Paul) de surmonter la crise grâce à une prise en charge massive et pluridisciplinaire avec notamment le concours de la famille appelée au secours et rappelée à l'ordre sur son devoir à l'égard des aînés. Ainsi malgré l'effritement des valeurs traditionnelles, les familles gardent encore un certain respect pour les personnes âgées.

Dans cette optique, ce travail permet de se saisir de cette question inédite en Afrique à savoir le placement des personnes âgées en Centre d'hébergement. Par ailleurs, il permet de sensibiliser sur l'importance de prendre en compte la compréhension du vécu de ces personnes âgées en institution afin de promouvoir l'élaboration et la mise en place des politiques, programmes et services qui puissent signifier un gain qualitatif pour cette population. C'est un acte symbolique pour venir en aide à une population qui en a besoin et dont le sens de la dignité interdit souvent des lamentations. Comme le dit si bien Klemp (2000,p.12), soyons attentifs aux gens surtout aux personnes âgées car nous leur devons beaucoup. De plus, il n'y a rien de plus grand que le don d'Amour ; soyons au service des autres, soyons au service de la vie. Ainsi, même si la société gabonaise se retrouve dans une certaine mesure en phase de transition entre le soutien traditionnel de la famille communautaire et l'indépendance fonctionnelle supposée de la famille nucléaire, il existe toujours une coopération entre les générations et une solidarité intergénérationnelle. Cette recherche constitue pour nous autres psychologues, une alerte clinique qui nous permet de dégager les enjeux spécifiques au vieillissement en institution. Elle pourrait aider à s'intéresser à cette problématique et voir dans quelles perspectives mettre en place des stratégies de prise en charge dans ces établissements afin d'endiguer et prévenir le syndrome de glissement(Siby,2021,p.171). En définitive, l'étude de Cas en tant que démarche qualitative de la méthode clinique, nous a permis de mieux cerner le vécu de souffrance des personnes âgées en institution à travers le cas Paul. Elle apparaît ainsi comme une méthode pertinente pour notre thématique de recherche.

3. Références bibliographiques

Attias-Donfut, C. (1994). *Vieillir en Afrique*. Puf.

Bardin, C. (1988). *Analyse de contenu*. Puf

Benaim, A. (2015). *Vieillesse et fragilité* [Thèse de Doctorat en Sociologie, Université de Strasbourg]. <https://theses.hal.science>.

Caradec, V. (2005). *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*. Armand Colin

Chiland, C. (1989). *L'entretien clinique*. Puf

Chiland, C. & Castarede, F. (1999). *L'entretien clinique*. Puf

Ella Mengara, H. (2019). *Vécu sexuel et syndrome de glissement chez la personne âgée en institution au Gabon* [Mémoire de Master professionnel en psychologie non publié]. Université Omar Bongo.

Etomba, I. (2017). *Placement de la personne âgée en institution et syndrome de glissement*, [Mémoire de Master professionnel en psychologie non publié] Université Omar Bongo

Fernandez, L. & Sagne, A. (2013). *La psychologie du vieillissement : 15 études de Cas*. In Press

Fernandez, L. (2019). *Psychologie clinique du vieillissement*. Negrefont

Ferrey, G. & Le goues, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. Masson

Green, A. (2002). *La mort dans la vie : Quelques repères pour la pulsion de mort*. Odile Jacob

Green, A. (2007). *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort ?*. Panama

Hampâte bâ, A. (1960). Discours. Unesco

Kaës, R. ; Missenard, A. ; Kaspi, R. ; Anzieu, D. ; Guillaumin, J & Bleger, J. (2013). *Crise, rupture et dépassement*. Dunod

Klemp, H. (2000). *Interrogez le Maître : Le maître eck vivant répond à vos questions*. Eckankar

Kosberg, J.I. & Garcia, J.L. (1995). *La maltraitance des personnes âgées : perspectives internationales et interculturelles*. Haworth press

Lamesse, F. (2013). *Les personnes âgées dans la région de Dakar* [Thèse de Doctorat en sociologie, Université Cheikh Anta Diop]. <https://annuairechercheurs.ucad.sn>

Langendorff, F. (2009). *Petit précis de sciences humaines*. Lamarre

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, évaluation et adaptation*. Springer Publishing Company.

Marty, F. & Marcelli, D. (2015). *Psychopathologie générale des âges de la vie*. Masson

Mauss, M. & Fauconnet, P. (1901). *Sociologie, année sociologique*, 30, 19-19

Mucchielli, R. (1979). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. ESF

Pedinielli, J-L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Nathan

Selosse, J. (2011). *Les adolescents difficiles*. Dunod

Siby, J-R. (2009). *Deuil et rites funéraires en situation de migration : cas des endeuillés africains en France* [Thèse de Doctorat en Psychologie clinique, Université d'Amiens]. <http://www.theses.fr>

Siby, J-R. (2021). Traumatisme, équation personnelle et résilience : cas d'un enfant endeuillé, *Conduite Humaine et Pratiques Psychologiques*, 2, 160-187

Siby, J-R. (2021). L'usage de l'humour comme approche thérapeutique face au traumatisme, *Cahiers ivoiriens de psychologie*, 14, 118-129

Roger, C. (1942). *La relation d'aide et la psychothérapie*. ESF

Tall, A. (2003). *Vieillesse et pauvreté, 4^e conférence africain sur la population*, Tunis, 08-12 Décembre

Talpin, J-M. (2011). Penser le vieillissement : entre pathologie et création, *Etudes*, 7-8, 415, 43-53

Talpin, J-M. (2013). *Psychologie du vieillissement normal et pathologique*. Armand Colin

Terenzi Seixas, C. (2102). *Histoire de vieux : un regard sur le quotidien des personnes âgées au Brésil* [Thèse de Doctorat en Sociologie, Université René Descartes Paris V]. <http://www.theses.fr.2012PA05HO>

Thomas, L-V (1991). Une société pour traquer la mort, *Gérontologie*, 3,14, 58,5-17

Vellut, N. (2015). Le retrait des jeunes, une préférence, *Adolescence*, 33, 3, 593-601

Wieder, C. (2020). Le syndrome de glissement, *Topique*, 3, 150, 85-96

Weimann Peru, N. & Pellerin, J. (2009). *Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge*. Masson