



MARGINALISATION SOCIO SANITAIRE ET INSECURITE ALIMENTAIRE DES PERSONNES AGEES VIVANT EN MILIEU URBAIN CAMEROUNAIS : CAS DE DOUALA

SOCIOSANITARY MARGINALIZATION AND FOOD INSECURITY OF ELDERLY PEOPLE LIVING IN URBAN CAMEROON: CASE OF DOUALA

¹ POLA Gyscard Merlin et ²NJIEMESSA NKOUANDOU Marcel

¹ Psychopathologue et Psychologue clinicien, Assistant, Université de Bamenda, Faculté des Sciences de la Santé, gymepola@gmail.com

² Enseignant-Chercheur, Socioanthropologue, Assistant, Université de Douala, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, mnkouandou@yahoo.fr

POLA Gyscard Merlin et NJIEMESSA NKOUANDOU Marcel. Marginalisation sociosanitaire et insécurité alimentaire des personnes âgées vivant en milieu urbain Camerounais : cas de Douala. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (5), 124-140. [En ligne] 2020, mis en ligne le 30 Juin 2020, consulté le 2020-07-05 12:03:59, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=98>

Résumé

L'insécurité alimentaire constitue l'une des menaces les plus ressenties par plus de 2 milliards de personnes dans le monde selon la FAO. En contexte africain, elle se traduit par des crises et la défaillance du système alimentaire avec pour principales victimes les couches sociales vulnérables. Cette communication se veut une approche pluridisciplinaire et interroge ainsi le système de sécurité et de protection sociale en général. Mais alors, comment comprendre la marginalisation sociosanitaire des personnes âgées dans un contexte culturel régi par la « solidarité mécanique » ? Il est dès lors

question d'analyser l'incidence de cette insécurité alimentaire sur le bien-être des personnes âgées en contexte urbain camerounais. Notre objectif est d'analyser l'impact de la marginalisation sociosanitaire sur la sécurité alimentaire des personnes âgées dans la ville de Douala. Sur le plan théorique, l'approche de l'exclusion sociale a servi de fondement à notre recherche. À partir d'une démarche qualitative, nous avons mis en perspective les récits de vie des personnes âgées vivant dans l'insécurité alimentaire au moyen des entretiens semi-structurés à visée de recherche. Les résultats ressortent trois catégories de personnes âgées en situation de bien-être altérée : une première en situation alimentaire acceptable ; une seconde en situation alimentaire précaire ; une troisième en situation alimentaire d'alerte voire urgente. En conclusion, la nécessité de repenser les solidarités sociales en vue de mieux combattre l'insécurité alimentaire s'impose comme un impératif catégorique.

Mots clés : Marginalisation, exclusion sociale, système alimentaire, insécurité alimentaire, personnes âgées, bien-être.

Abstract

Food insecurity is one of the most perceived threats to more than 2 billion people worldwide, according to the FAO. In an African context, it results in crises and the failure of the food system with the main victims the vulnerable social strata. This communication aims to be a multidisciplinary approach research and thus questions the security and social protection system in general. Then, how can we understand the socio-health marginalization of the elderly in a cultural context governed by "mechanical solidarity"? It is therefore important to analyze the impact of this food insecurity on the well-being of the elderly in the Cameroonian urban context. Our main objective is to analyze the impact of socio sanitary marginalization of elderly people on their foods security. On a theoretical level, the approach of social exclusion served as the basis for our research. Using a qualitative approach, we put into perspective the life stories of elderly people living in food insecurity by means of semi-structured interviews for research purposes. The results show three categories of elderly people with impaired well-being: a first in an acceptable food situation; a second in a precarious food situation; a third in an alert foodsituation or even emergency. In conclusion, the need to rethink social solidarity in order to better combat food insecurity is a clear imperative.

Keywords: Marginalization, social exclusion, food system, food insecurity, elderly people, well-being.

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère qu'une personne est âgée lorsqu'elle a au moins 60 ans. Dans une perspective psychologique, une personne âgée est un être humain qui est à un stade bien particulier de sa vie. Pour G.M. Pola (2015, p. 124) qui reprend la définition de J. Rabain-Jamain (2003), reprenant Freud le stade est « l'étape du développement

caractérisée par une organisation spécifique de la libido liée à une zone érogène déterminée et par la prédominance d'un mode particulier de relation d'objet ». Contrairement à Freud pour qui le développement de la personnalité va se construire entre la naissance et la sortie de l'adolescence en se structurant à travers les différents « stades », Erikson va l'étendre tout au long de la vie et donc à la personne âgée en étalant les « stades » de la naissance jusqu'à la mort. Dès lors, la personne âgée va rentrer dans un stade précis avec sa problématique, son angoisse, ses besoins etc. Alors que la problématique est liée à la fin de vie, l'angoisse est plutôt identitaire et les besoins sont nombreux. Parmi ces derniers, le besoin alimentaire est un besoin majeur car c'est sa satisfaction qui garantit la survie de la personne âgée. Dans un contexte où la sécurité sociale est garantie pour à peine 5% des personnes âgées, la solidarité est mise en difficulté en raison des valeurs que charrie le mode de vie dit « moderne ». En effet, on observe une marginalisation de plus en plus marquée de la personne âgée surtout en milieu urbain camerounais alors que ses besoins sont plus importants au regard de la spécificité de ce milieu.

Selon ONU-Habitat (2007, p. 5), « 67% de la population urbaine du Cameroun vivent dans des bidonvilles et la situation est loin de s'améliorer puisque ces quartiers informels, comme on les nomme pudiquement, connaissent une croissance annuelle de 5,5% ». À ces conditions de vie, viennent s'adjoindre les valeurs qui sous-tendent le mode de vie en milieu urbain et qui par essence sont génératrices d'inégalités. Les inégalités sociales sont davantage expressives en raison du statut de la personne âgée en milieu urbain. D'une part, le secteur formel l'a mis à la retraite parce qu'il a eu 60 ans alors que dans certains cas, son état de santé lui permettait encore de travailler. D'autre part, le système informel l'a aussi mis de côté car il ne possède plus la force physique qui est nécessaire à son insertion dans ce secteur. Exclu du système de production et ne bénéficiant pas de la protection des structures sociales de prise en charge, la

personne âgée se trouve en marge de la société en raison de la diminution de ses capacités physiques qui pourtant la rendent encore plus vulnérable. Les nouvelles valeurs déplacent la personne âgée du centre de la structure familiale pour la périphérie. Pire encore, elles ne bénéficient pas des soins dus aux personnes dépendantes comme c'est le cas pour les enfants. Ni l'état, ni les familles n'apportent aux personnes âgées l'alimentation et les soins de santé correspondant aux besoins qui sont les leurs. La gériatrie reste encore l'une des spécialisations « orphelines » au Cameroun. G. M. Pola (2015, p. 55) reprenait les propos du Dr Ndembiyembé alors chef service de gériatrie à l'hôpital central de Yaoundé qui en 2003 affirmait déjà : « je ne suis pas gériatre de formation, on m'a confié ce poste parce que j'étais la seule à avoir au moins suivi un séminaire en gériatrie ». Alors que le Cameroun est signataire des plans internationaux sur le vieillissement de Vienne en 1982 et de Madrid de 2002, la prise en charge des personnes âgées correspond plus à la bonne volonté de certains bienfaiteurs qu'à une politique nationale mise sur pied pour garantir le bien-être de cette tranche de la population. En effet, en parcourant le document fixant le Cadre de Dépense à Moyen Terme (CDMT) élaboré par le ministère camerounais de la santé publique, l'on peut observer qu'aucune dépense n'a été effectuée par l'État au profit de la personne âgée pour la période allant de 2007 à 2013 précise G. M. Pola (2015, p. 23). Au-delà de ce qui précède, il faut aussi remarquer que la politique de santé des personnes âgées est confiée par l'État du Cameroun au Ministère des affaires sociales plutôt qu'au Ministère de la santé. En effet, dans son rapport présenté lors de la 45^{ème} session du développement social, le Ministère des affaires sociales a organisé son action au profit de la personne âgée autour de trois domaines que sont « le développement, la promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées et la création d'un environnement favorable » G. M. Pola (2015 p. 37). En raison des « pertes » qui accompagnent le processus de vieillissement, les

besoins des personnes âgées sont pluriels. Ces besoins sont le reflet de la présence des différentes altérations que connaît l'organisme dans son processus de vieillissement. C'est pour compenser ces altérations que l'organisme exprime des besoins spécifiques qui vont être compensés par des apports nutritionnels.

Les villes camerounaises sont totalement tributaires de la production agricole environnante qui les aide à soutenir la consommation des citadins selon A. P. Nguengang (2008). A la production locale des denrées alimentaires, s'ajoutent les produits manufacturés d'importation qui complètent le tableau de probabilité et qui offrent une variabilité de choix face aux besoins de se nourrir. La forte récession consécutive à plusieurs crises économiques a considérablement détérioré le pouvoir d'achat des camerounais selon A. Yemmafouo (2014). Par ailleurs, les dynamiques et les échanges culturels ont achevé les modifications qui surviennent dans les habitudes alimentaires selon la perspective de H. Delisle (1990).

Pour les pouvoirs publics, la question sanitaire liée à la nutrition est un véritable enjeu de sécurité nationale Roesel et Grace (2016). Comment ne pas tirer la sonnette d'alarme pour l'alimentation très sensible des personnes âgées devant cette mutation qui traîne parfois des problèmes majeurs :

« [...] l'utilisation de matières premières et ingrédients de mauvaise qualité microbiologique, voire en état de décomposition, d'eau non potable sous forme de boissons [...], d'additifs alimentaires non autorisés ou en quantité inappropriée, de vaisselles et emballages impropres au contact avec les aliments ou insuffisamment nettoyés. De mauvaises techniques de préparation, d'emballage, de conservation et de vente des aliments dans un environnement précaire (manque d'eau potable, proximité de voies d'évacuation des eaux usées, des égouts et tas d'ordures, chaleur ou ensoleillement excessif) risquent aussi

*d'être à l'origine de contamination
microbiologique. » C. Canet (1997, p.
5).*

Dès lors, nous nous posons la question de savoir, quelle peut-être l'incidence de cette marginalisation sur la sécurité alimentaire des personnes âgées quand on sait que leur survie en dépend ? Ce travail vise à analyser l'impact de la marginalisation sociosanitaire sur la sécurité alimentaire des personnes âgées à Douala.

1. METHODOLOGIE

1.1. Contexte de l'étude et échantillon

Cette contribution se limite à un champ d'observation bien précis. Il s'agit de la ville de Douala. Le mobile principal de notre choix réside dans le fait que cette ville représente presque toutes les composantes sociologiques des populations du Cameroun. C'est un environnement économique ouvert où se déploient des dynamiques multiples et variées. Au terme de notre investigation ethnographique, neuf entretiens semi-directifs ont été retenus sur quinze réalisés au cours de la période allant du 1er au 20 février 2020. Notre échantillon dit de commodité, est construit en accord avec notre thème de recherche s'appuyant sur les principes qualitatifs selon lesquels les recherches empirico-inductives s'intéressent moins au nombre de personnes interrogées, mais plutôt à la qualité et la pertinence des données recueillies. Il s'agit des personnes des deux sexes dont l'âge minimum est de 60 ans tandis que l'âge maximal est de 75 ans. Parmi eux, cinq étaient des hommes et quatre étaient des femmes. Le participant le moins âgé avait 60 ans. De tous ces participants, quatre étaient des anciens travailleurs du secteur formel aujourd'hui à la retraite. Trois étaient encore en activité et se sont présentés comme des « travailleurs indépendants ». Deux des participants se sont présentés comme des « sans emploi » et donc sans aucune source de revenus certaine. Tous ont entre deux et six

enfants. Ils vivent tous en milieu urbain et singulièrement dans la ville de Douala. Ils sont originaires des régions diverses. Deux sont originaires de la région du Littoral. Quatre parmi eux sont originaires de la Région du Nord-Ouest. Trois sont originaires de l'Ouest. Nous avons retenu deux quartiers de Douala à savoir Bonabéri et Cité CICAM, en raison de leurs caractères cosmopolites, mais aussi parce que c'est dans ces zones que nous avons repéré des personnes âgées qui ont accepté volontiers nous donner leurs opinions sur la question. Nous avons d'abord procédé par repérage. Après cette étape, nous avons négocié des rendez-vous avec ces derniers. Les entretiens se sont déroulés dans leurs domiciles respectifs et à des heures qui convenaient mieux à chacun d'eux. Certains avaient des préférences pour la matinée tandis que d'autres en avaient pour la soirée.

1.2. Les outils de collecte des données

La collecte des données a impliqué de la documentation écrite : livres, articles, rapports scientifiques, d'étude et de recherche que nous avons pris le soin de citer en bibliographie. Les livres vont des ouvrages spécifiques comme ceux de méthodologie aux ouvrages généraux. Certains livres ont constitué une source non négligeable d'informations sur la marginalisation et sur la sécurité alimentaire. D'autres nous ont donné des indications sur l'orientation méthodologique à suivre en raison de la spécificité de notre travail. Les revues nous ont permis d'avoir des textes plus élaborés et plus rigoureux sur les personnes âgées et sur la sécurité et/ou l'insécurité alimentaire. La revue L'Homme par exemple nous a permis d'avoir des idées nouvelles ainsi que les tendances nouvelles sur la vieillesse en Afrique. Les rapports scientifiques nous ont permis d'accéder aux données empiriques la structure de la population active au Cameroun et celle des personnes âgées. Pour accéder directement aux comportements et aux interactions qui se tissent autour des personnes âgées par rapport à leurs situations sécuritaire, sanitaire et alimentaire nous avons

procédé à l'entretien. Il s'agit d'une technique qui consiste à organiser une conversation entre un enquêteur et un enquêté selon J. C. Combessi (2001). C. Chiland (1983), pour sa part, distingue au moins deux catégories d'entretiens cliniques. Une première catégorie concerne les entretiens dont le but est d'apporter des soins aux patients. Une deuxième catégorie est celle des entretiens qui aident le chercheur à collecter les données sur le terrain de la recherche. Parce que nous sommes dans un contexte de recherche, nous convoquerons la seconde catégorie. R. Ghiglione et B. Matalon (1985, p. 75) distinguent, au plan méthodologique, trois formes d'entretiens à visée de recherche à savoir « l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien non directif ». Parmi ces différents types d'entretien qui existent, nous avons opté pour l'entretien semi-directif. Suivant le degré de liberté dont dispose l'enquêté, nous avons retenu volontiers l'entretien semi-directif encore nommé entretien centré. Il suppose que le chercheur annonce à son interlocuteur le thème de l'entretien. Cet entretien semi-directif « est donc approprié pour approfondir un domaine donné, ou vérifier l'évolution d'un domaine déjà connu », R. Ghiglione et B. Matalon (1985, p. 79). L'avantage est qu'il nous a apporté beaucoup de richesses et une plus grande précision par rapport à la situation sanitaire des personnes âgées. C'est dans cette optique que nous avons privilégié comme outil de collecte des données le guide d'entretien. Ce guide s'organise autour de cinq principaux axes : données sociodémographiques ; l'accès à l'assistance sociale ; l'accès à l'assistance alimentaire ; la question de la sécurité/insécurité alimentaire.

La spécificité de la méthode qualitative dans une recherche pareille réside dans le fait que nous cherchons à savoir dans quelle circonstance certains événements, certaines pratiques et certains comportements se produisent.

1.3. Méthodes d'analyse des données

Le cadre d'analyse est interprétatif des réalités observées. En conséquence, comprendre la marginalité sociosanitaire des personnes âgées à

travers les logiques des acteurs nécessite de recourir à l'interprétation du point de vue de l'enquêté. Nous donnons sens au discours tenu par nos enquêtés. Notre approche reste ainsi qualitative, étant donné que notre recherche génère des données de formes verbales. Nous voulons donner sens à l'insécurité alimentaire des personnes âgées au-delà de l'observation, de la description, de l'interprétation telle qu'elle se présente.

Notre recherche a généré des données de formes verbales. Au regard des différentes variables à analyser et de leur degré de précision, nous avons adopté une double méthode. Une méthode manuelle qui nous a servi de débroussaillage des données de terrain et la méthode informatique. Trois phases ont matérialisé la méthode manuelle : la vérification, la transcription et la classification en catégorie.

La vérification nous a permis d'évaluer les données et de voir s'il y a des manques ou des insuffisances. Au terme de cette phase, nous avons pu constituer le corpus définitif de chaque entretien. Ensuite, nous avons procédé à la retranscription fidèle des informations obtenues en allant selon chaque axe et en y reportant les réponses y afférentes. Ceci dans le but de procéder plus tard aux comparaisons. Toutes les données collectées sur bandes magnétiques ont ainsi été reprises et conservées sous forme écrite. Une fois les données retranscrites, nous avons procédé à la classification en catégorie. Il s'est agi pour nous de mettre ensemble les réponses qui correspondent aux mêmes variables

Au regard de la nature et de la densité des données à analyser, la méthode manuelle à elle seule ne saurait mener à une analyse exhaustive et fiable de nos données. Au regard de ces éléments, nous avons recouru de ce fait au logiciel ATLAS.ti 5.2 auquel nous y avons associé l'analyse de contenu thématique telle que définie par A. Weil-Barais (1997). Il offre les outils nécessaires pour un véritable travail d'analyse et d'interprétation. Nous avons privilégié l'analyse du discours qui étudie la production textuelle orale ou écrite dans le cadre d'une analyse interne des documents. Elle

envisage le discours produit comme le lieu privilégié d'observation de l'élaboration du sens social.

2. RESULTATS

2.1. Marginalisation des personnes âgées

2.1.1. Sur le plan de l'assistance sociale

Pour ce qui est de la vie sociale, nous remarquons qu'aucun participant ne vit seul. Tous sont en famille. Certains vivent dans le cadre de la famille nucléaire. C'est le cas de cet enquêté qui affirme vivre : « Avec mon épouse et un petit enfant ». Il n'est pas le seul à vivre au sein de ce type de famille. Cette autre participante le reconnaît aussi : « je reste avec mon mari et les enfants ». Et cet autre de renchérir dans le même sens : « Je reste avec ma femme et mes deux enfants ». D'autres, par contre, vivent dans le cadre des familles élargies. Ce relent de « solidarité mécanique » est en exergue à travers les déclarations du genre : « Je vis avec ma belle-famille, mes propres enfants et ma femme » ; ou encore « Je vis avec mon mari, mes cinq enfants, ma famille (mes frères et sœurs) » ; et même encore plus : « Je vis avec mon frère cadet, sa femme et deux petits neveux qui sont des étudiants ». Malgré le fait que toutes ces personnes âgées vivent encore en famille, elles ne bénéficient pas d'un plan d'assistance qui soit conforme à leur statut. L'assistance dont certaines peuvent bénéficier vient de la famille et particulièrement de la famille nucléaire. C'est le cas d'un retraité âgé de 70 ans rencontré à Bonabéri : « c'est ma fille qui m'aide » dit-il. Ces personnes âgées reconnaissent néanmoins l'importance de la vie communautaire : « Oui, les voisins peuvent me secourir ». Cet autre participant reconnaît ainsi la bonne disposition du voisinage à lui venir en aide. C'est dans cette optique que les autres arguent : « Oui, les voisins peuvent me secourir » ; « si je crie, les voisins vont venir ». Néanmoins, il faut reconnaître que cette assistance ne traduit pas l'existence d'un lien

social fort dans certains cas. C'est ce qui ressort des propos qu'un autre participant tient de sa voisine : « elle a quelques locataires aussi avec qui je n'ai rien à faire, si oui bonjour ». Dans d'autres cas les rapports sociaux restent superficiels : « Y'a pas un voisin qui me donne l'argent pour faire quelque chose, mais il peut me donner une bière »

2.1.2. Sur le plan de l'assistance alimentaire

D'après Meva'a Abomo et *al.* (2019, p. 2),

« la sécurité alimentaire désigne la capacité à garantir durablement un niveau de satisfaction acceptable des besoins alimentaires de toutes les couches de la population au sein d'une communauté donnée, en quantité et en qualité d'une part, puis en tout temps et en tout lieu de son cadre de vie d'autre part, afin de promouvoir le bien-être de cette communauté et son développement durable ».

De cette définition, il est aisé de noter l'écart entre ce qui est attendu pour garantir la sécurité alimentaire et la réalité que vivent les populations en milieu urbain camerounais. Malgré les besoins nutritionnels des personnes âgées, nous notons leurs difficultés à avoir accès de manière régulière à l'alimentation comme le témoigne ce participant : « Moi, je mange quand je vois ». Du coup, la rareté de l'alimentation ne donne pas à la personne âgée la possibilité de s'attarder sur la qualité : « tout ce que je vois, je mange ». Cet autre participant d'ajouter : « C'est un bourratif. On fait tout pour remplir le ventre parce que les moyens, il y en a pas ». Même les personnes âgées qui sont malades n'en sont pas épargnées comme l'affirme cet autre participant : « on peut boire le remède sans manger ». Il arrive parfois que toute l'alimentation journalière d'une personne âgée se résume aux beignets. C'est en tout cas ce que nous rétorque un participant quand la question lui est posée sur la qualité de son

alimentation : « je mange les beignets chez la voisine le matin et le soir ».

Pour le comité de Sécurité Alimentaire Mondiale (2013),

« La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment la possibilité physique, sociale et économique de se procurer une nourriture suffisante, saine et nutritive, leur permettant de satisfaire leurs besoins et préférences alimentaires pour mener une vie saine et active ».

Nous remarquons qu'en milieu urbain camerounais, il est très difficile pour les personnes âgées d'avoir une sécurité alimentaire. L'argument qu'elles avancent comme raison explicative est la rareté des ressources. Ce point de vue de cette participante résume bien la situation :

« C'est le problème de moyen qui fait que je ne trie pas ce que je mange parce qu'on m'a refusé beaucoup de nourritures. Tu ne vois pas comme je suis dehors pour vendre, je fais mon petit marché ci. Le jour que je vends je mange. Le jour que je ne vends pas je ne mange pas. Je sors souvent même deux jours sans rien vendre ».

Cette limitation de ressources s'inscrit dans un contexte où la personne âgée assume encore des charges financières à la maison. Ce qui l'oblige à rationaliser ses dépenses. C'est ce que semble dire ce participant quand il affirme : « Je ne peux pas dire que je mange très bien parce que c'est moi qui dépense beaucoup à la maison ». Cette situation entraîne plusieurs conséquences dont quelques-unes vont être énumérées ici. D'abord l'incapacité de se garantir un repas quotidiennement. C'est ce qui pousse cette participante à consommer un même repas sur

plus d'un jour : « Je fais un repas pour deux jours à raison d'un service par jour ». Ensuite, une dépendance vis-à-vis des autres comme il en ressort du témoignage de cette participante : « quand tu demandes seulement, tu ne peux pas manger ce que tu veux ». Surtout que les enfants restent les seules personnes disposées à leur apporter de l'aide, renchérit un autre participant : « C'est seulement parce que les enfants de temps en temps mettent aussi la main dans la poche ». Aussi, une grande différence dans la qualité de vie entre le moment où ces personnes étaient encore en activité et maintenant qu'elles sont physiquement plus diminuées. Pour ce participant, la possibilité de choisir ce qu'il veut manger n'existe plus depuis qu'il ne travaille plus : « Il y'a une grande différence parce que je mangeais ce que je voulais quand je travaillais et maintenant, je mange ce que je vois ». Enfin, la qualité de la production agricole est convoquée pour expliquer la difficulté des personnes âgées à bien se nourrir. Pour cette participante :

« Avant on mangeait bio, naturel. Mais maintenant, rien n'est plus encore bon sur le marché. Même les fruits que nous achetons, on arrive à la maison pour constater que c'est pourri. Donc, il n'y a plus rien de bon sur le marché. Il y a trop de chimie dans les aliments maintenant ».

2.1.3. Sur le plan de l'assistance sanitaire

L'insécurité alimentaire renvoie à l'incapacité à garantir une alimentation en qualité et en quantité à toutes les couches de la population de façon durable. Cette incapacité va générer des problèmes dans le mode d'alimentation des populations et pourra induire des problèmes de santé. La question de l'accès à l'assistance sanitaire vient interroger le dispositif sanitaire pour savoir comment il accompagne les personnes âgées globalement et

particulièrement ceux ayant des problèmes en rapport avec leur alimentation. Ceci étant dit, nous remarquons que parmi les neuf personnes âgées qui ont participé à cette étude, un seul bénéficie d'une assurance sanitaire. Bien plus, alors que les autres n'en bénéficient pas, il possède plusieurs couvertures sanitaires comme il l'affirme lui-même : « *J'ai deux assurances et je viens d'obtenir une troisième. À la mairie, on nous a encore assuré* ». Parmi les huit autres qui n'ont pas de couverture santé, un seul reconnaît accéder facilement aux soins en raison de ce que son fils est un professionnel de la santé. Il le dit en ces termes : « *Je pense que oui j'ai accès aux soins puisque j'ai un enfant qui est dans la santé* ». La situation s'avère être plus complexe pour ceux qui ne bénéficient pas d'une assurance-maladie et n'ont pas d'enfant intervenant dans l'une des professions de la santé. De manière générale, il n'est pas évident de suivre de façon complète un processus thérapeutique. Ce participant le dit en ces termes : « *pour aller à l'hôpital, c'est facile. Mais pour continuer les soins, c'est ça qui est difficile* ». En effet, plusieurs raisons peuvent conduire la personne âgée à l'hôpital. Et parmi elles, les problèmes sanitaires liés à l'alimentation. On peut le relever chez ce participant qui dit :

« J'ai mal au pied, le rhumatisme chronique. Ça avance toujours. On prend l'argent où pour aller facilement à l'hôpital ? Il y a souvent je manque d'argent je reste moi comme ça. Quand je mange l'huile rouge ça augmente. Je suis obligée de manger parce que je n'ai pas moyen de manger les qualités d'huiles qu'on dit que je mange ».

Un autre participant reconnaît ne pas être régulièrement malade. Il dit être souvent indisposé s'il ne s'assure pas de la qualité de son alimentation : « *Je ne suis pas malade, ce qui peut m'embêter des fois c'est la digestion si je mange mal* ».

Ce tableau est complété par ces assertions de cet autre participant : « *Il y a parfois la nourriture qu'on mange n'est pas la bonne qualité ; et ça purge* » ; Il renchérit de la façon suivante : « *ce n'est que des maladies dues à la malnutrition parce qu'on mange tout ce qu'on trouve pour remplir le ventre et par moment ça purge comme la diarrhée : la mauvaise nutrition* ».

Quand ces personnes arrivent à l'hôpital, elles font face à certains problèmes. Un participant commence par constater qu' : « *au Cameroun, dans les hôpitaux, l'accueil n'y est pas* ». Une autre recense certaines violences psychologiques de la part du personnel soignant. Elle distingue d'une part l'agression verbale qui se traduit par ces termes : « *madame, vous avez mangé quoi ? Vous venez déranger les gens ici ?* » ; De la négligence de la part du personnel soignant qu'il présente de la façon suivante : « *Et des fois, on vous abandonne même sur le banc des malades* ». D'autre part, elle recense les problèmes d'éthique et de conscience professionnelle. Pour les problèmes d'éthique, laissons parler la participante :

« Puisque les docteurs des hôpitaux publics ont leur clinique. Quand vous arrivez à l'hôpital, on donne l'adresse et on vous dit : "madame, allez à sa clinique", alors que la consultation est parfois de 15 000F au lieu de 1 000 F normalement. Vous allez prendre l'argent où pour vous rendre là-bas ? ».

Pour ce qui est de la conscience professionnelle, voici ce qui est dit :

« La conscience professionnelle, il n'y en a pas. Des fois, on va à l'hôpital, on rentre comme on est venu parce qu'on est abandonné à nous-mêmes ».

2.1.4. La question de la sécurité/insécurité alimentaire

La question de la sécurité / insécurité alimentaire va être analysée à l'aune de la capacité des personnes âgées à se procurer ce dont elles ont besoin pour une alimentation saine et équilibrée. Elle va l'étendre aux incidences liées à l'accès ou non à cette alimentation.

Pour ce qui est de leur capacité à se procurer une alimentation saine et équilibrée, notre échantillon se subdivise en trois catégories. Une première catégorie est constituée de ceux qui disposent d'au moins une source de revenus stable. Parmi ceux-là, certains vivent seulement de leur pension comme l'affirme ce participant : « Je vis de ma retraite, ma pension retraite ». Pour d'autres, à cette pension, viennent s'ajouter d'autres revenus comme c'est le cas de cet autre participant qui dit vivre de « la retraite, l'apport des enfants et quelques revenus locatifs ». D'autres encore vivent des revenus liés à leurs activités génératrices de revenus comme c'est le cas de cette participante : « Je vis de mon commerce ». La particularité de cette catégorie est sa capacité à se procurer ce dont elle a besoin pour son alimentation. C'est ce qui ressort de l'affirmation de ce participant : « Je mange ce que je veux. Je fais mon marché par semaine ». Ce point de vue est aussi soutenu par cet autre point de vue : « Oui, je décide de ce que je mange. C'est par semaine qu'on fait le marché ». La deuxième catégorie est constituée de ceux qui disposent aussi d'une source de revenu stable mais qui ne sont pas en mesure de se procurer une alimentation décente. C'est ce qui ressort du point de vue de ce participant : « ma pension est ma principale source de revenu. Mais, je ne peux pas toujours bien manger puisque je tiens compte de ceux qui sont là. Si je choisis, les autres vont faire comment ? ». Cet autre vit des revenus locatifs mais peine à joindre les deux bouts :

« Je vis de l'argent de la location. Je décide de ce que je vais manger, mais par moment il n'y a pas, je mange ce que je trouve ». La troisième catégorie concerne les personnes âgées dont les sources de revenus ne sont pas stables et régulières. Cette participante reconnaît se débrouiller avec : « les miettes de mon mari et mon petit commerce ». C'est encore plus difficile pour cet autre participant qui formule sa plainte ainsi qu'il suit : « Il n'y a pas l'argent, ça vient d'où ? On se débrouille comme ça. Le jour où on a l'argent, on prépare ». Pour celui-ci, l'alimentation est tributaire de l'argent disponible comme il le témoigne à travers ces propos : « Je mange en fonction de l'argent qu'il y'a. Le peu d'argent que j'ai, je pars au marché si ça peut faire même deux jours, je paye ma nourriture. Si ça peut suffire trois jours, je paye ma nourriture. Les autres jours, je me ravitaille au quartier ». Cette autre participante n'est même pas en capacité de se rendre au marché chaque jour. Voici son témoignage : « Je mange ce que je vois. Le jour que j'ai l'argent, je mange ce qu'on dit que je mange. Quand j'ai l'argent je pars au marché. Le jour que je n'ai pas, on reste comme ça ».

2.2. Impact de la marginalisation sur la santé des personnes âgées

2.2.1. Marginalisation, Insécurité et souffrance

L'insécurité alimentaire résulte des dysfonctionnements de la gouvernance d'un système alimentaire qui se veut transversale et qui implique tous les acteurs Ndione (2014). Des inégalités sociales de l'ampleur de l'insécurité alimentaire sont observées entre les pays africains d'une part, puis entre les espaces urbains et ruraux à l'intérieur du Cameroun. La ville de Douala est un lieu de prédilection de cette insécurité vue la croissance rapide de la population urbaine, et donc, de la demande alimentaire dans un

contexte de pauvreté. Pour des personnes âgées, il convient de souligner que l'insécurité alimentaire génère beaucoup de souffrances. La souffrance dans ce contexte renvoie à l'expérience et au vécu de l'insécurité alimentaire. Les idées que ces dernières se font de leur insécurité nous permettent de les classer en trois catégories : les personnes âgées en situation acceptable ; les personnes âgées en situation précaire ; les personnes âgées en situation d'alerte ou en situation d'urgence.

Les personnes âgées en situation acceptable sont ceux qui bénéficient d'un minimum de soutien et de confort sur le plan alimentaire. Leurs ressources peuvent venir de leur modique retraite ou du soutien de la famille. Ces personnes âgées peuvent manger de façon équilibrée :

« Je prends trois repas par jour. Comme tout homme du Littoral de manière générale. Je mange le poisson en majorité. Comme tout bon Bassa, je consomme du macabo, plantain, miondo. Je mange presque tout ce qui est comme tubercule. Mon alimentation est variée. Je ne mange pas la même chose deux fois. Je suis cadre retraité. » Un retraité âgé de 72 ans.

Les personnes âgées en situation précaire sont ceux qui ont de faibles capacités de se nourrir convenablement. Ils sont pour la plupart en situation de malnutrition et de sous-alimentation. Non seulement les repas ne sont équilibrés mais, sont constitués la plupart du temps de bourratifs :

« Moi je mange quand je vois. C'est notre nourriture traditionnelle qu'on a grandi avec. Le couscous maïs et le 'jamajama'. Etant retraité, l'Etat me donne quand-même un peu de sou pour la retraite. Ça ne peut jamais suffire. On se débrouille seulement. Il

y a une grande différence entre hier et aujourd'hui. » Un retraité âgé de 66 ans.

Les personnes âgées en situation d'alerte sont ceux qui souffrent d'une malnutrition globale. Ils sont pour la plupart des personnes sans ressources et sans soutien. Malgré leur âge avancé, ils s'inscrivent encore dans les stratégies de survie. Ils peinent vraiment pour se nourrir : « Tout ce que je vois je mange. Le jour que mon mari a un peu d'argent, il me donne. Si j'ai vendu un peu, je fais avec » ; tels sont les propos d'une femme âgée de 69 ans. Les personnes âgées en situation d'urgence sont ceux qui vivent dans une malnutrition aiguë sévère. Pour ces derniers le vécu de leur troisième âge est synonyme d'exclusion sociale. Malnutrition, sous-alimentation et la faim constitue le menu de leur souffrance : « Le jour où je vends je mange. Le jour où je ne vends pas je ne mange pas. Je passe souvent deux jours d'affilés sans rien vendre. Mon mari est mort et je ne suis pas en santé ». Propos d'une veuve âgée de 73 ans.

L'insécurité alimentaire met certes les personnes âgées en situation de souffrance mais, traduit tout de même la défaillance d'un système alimentaire.

2.2.2. De la défaillance du système alimentaire aux risques sanitaires

Le système alimentaire est l'ensemble des dispositifs et dispositions, des mécanismes et processus, autant structurels que fonctionnels en interdépendance, qui intègrent les enjeux sanitaires et de durabilité, en matière de production, de transport, de transformation, de distribution et de consommation des produits alimentaires selon Meva'a Abomo (2019).

Au regard des données collectées sur le terrain, un certain nombre d'éléments nous permettent de rendre compte de la défaillance du système alimentaire des personnes âgées : les

ressources limitées, la qualité et la quantité des aliments, l'accès aux aliments et l'ensemble des perceptions qui s'attachent autour de la question alimentaire. La combinaison de tous ces éléments a de sérieux revers sur la santé de ces derniers.

D'abord, les ressources limitées mettent certains dans un état de stress permanent causé par les moyens de subsistance dont l'épuisement se fait au jour le jour. Les réponses données par nos enquêtés nous permettent de comprendre le stress et l'insécurité auxquels ils font face au quotidien.

« Je peux manger à midi et le soir. Le matin, je mange un peu un bout de pain pour boire mon remède. Tout ce que je vois je mange. Le jour où mon mari a un peu d'argent, il me donne. Si j'ai vendu un peu, je fais avec. C'est suffisant où ? Il y a une différence parce que maintenant je ne trouve pas assez comme avant je trouvais. Je cherchais moi-même ma part jusqu'à avoir beaucoup et manger ce que je veux. Quand tu demandes seulement, tu ne peux pas manger ce que tu veux. ».

Tels sont les propos d'une femme âgée de 69 ans vivant avec son époux lui-même âgé de 72 ans.

Par ailleurs, beaucoup de personnes âgées sont à la quête d'une santé optimale mais, la qualité et la quantité des aliments consommés sont sources de nombreux dégâts sur le plan sanitaire. Pour les personnes du troisième âge, la qualité des aliments consommés devrait être source de santé et de bien-être. Dans notre contexte beaucoup sont persuadés que les maladies auxquelles elles font face tirent leurs sources de la qualité et de la quantité des aliments qu'ils consomment : « On peut boire le remède sans manger ? Quand je bois le remède le matin, je mange à midi et le soir. Si

je trouve je trie. Si je ne trouve pas je ne trie pas. C'est le problème de moyen qui fait que je ne trie pas parce qu'on m'a refusé beaucoup de nourritures. » : Propos d'une femme âgée de 79 ans rencontré à la cité CICAM.

Cette situation se renforce autant par la conjoncture financière et l'extrême précarité qui se soldent par la décrépitude physique chez certains.

« Le rhumatisme chronique. Ça avance toujours. On prend l'argent où pour aller facilement à l'hôpital ? Il y a des moments où je manque d'argent, je reste comme ça. Quand je mange l'huile rouge ça augmente. Je suis obligée de manger parce que je n'ai pas moyen de manger les qualités d'huiles qu'on dit que je mange ». Telles sont les allégations des personnes âgées.

L'insalubrité alimentaire renforce aussi la défaillance du système alimentaire des personnes âgées avec une quasi-endémicité de plusieurs maladies d'hygiène alimentaires en dehors des maladies chroniques souvent liées au facteur âge comme l'hypertension, le diabète, le rhumatisme etc.

Dans une large mesure, le risque sanitaire est l'envers de la médaille de la défaillance du système alimentaire. Les perceptions qui s'attachent autour de la question sanitaire créent des frustrations sécuritaire et sanitaire dont l'existence est consubstantielle aux sociétés qui marginalisent les personnes âgées.

3. DISCUSSION

Comment recomposer les solidarités sociales et combattre l'insécurité alimentaire dans une ville comme Douala confrontée à de profondes crises ? À partir des situations sanitaires des personnes âgées à Douala, deux approches nous servent de socle de discussion : une

approche holiste d'une part et une approche individualiste d'autre part ;

Dans la conception holiste, nous nous situons dans la société hiérarchique traditionnelle africaine. Dans cette société, la personne âgée occupe une place importante. Comment comprendre que la personne âgée se retrouve dans une situation alimentaire d'alerte voire précaire? Cette question nous pousse à interroger la nature du lien social dans un contexte d'insécurité alimentaire. Dans la ville de Douala, le lien social s'exprimant sous la forme de communauté de valeurs (esprit de groupe, esprit de famille voire spiritualisation de la personne âgée) ne constitue plus la quintessence de l'intégration de la personne âgée selon S. Paugam, (2007, p. 170). Nous assistons dès lors à une transformation des types de solidarité : redistribution économique, aides, mode d'organisation et de contrôle social, réorganisation des rapports sociaux etc. En fait, les rapports sociaux en Afrique reposent sur la solidarité. Celle-ci tient lieu de morale et la famille au sens africain tient aussi lieu de morale et d'assurance par excellence. C'est ce qui justifierait la notion de « solidarité africaine ». Les fondements et les modalités de cette solidarité sont en contradiction avec la marginalité voire avec l'insécurité dans toutes ses formes. Aujourd'hui, l'éclatement de cette solidarité a progressivement cédé place au retrait, à la marginalité, à l'exclusion voire à la mort sociale de la personne âgée. La marginalité dont il est question ici est une construction sociale basée sur un certain nombre de mécanismes :

- La distanciation géographique avec les personnes âgées : on assiste soit à une cohabitation à distance avec les personnes âgées, soit à leur isolement, soit à leur abandon ;
- La distanciation sociale : effritement du lien social, basculement la « société communautaire » vers la « société

sociétaire » ; rupture de l'entraide familiale et marchandisation des échanges au sens de J-H Déchaux cité par S. Paugam (2007, p. 212);

- La distanciation socioculturelle : une société qui a basculé complètement dans l'égoïsme et qui se nourrit de l'individualisme et de l'indifférence ;
- La distanciation socioéconomique : une économie qui, en raison son incapacité à produire, a suscité le désintérêt de la personne âgée;
- La distanciation socioaffective et psychoaffective : la personne âgée sombre dans la décrépitude morale du fait de l'abandon. Stigmatisation, étiquetage, frustration et discrimination rythment son quotidien. Elle est assimilée à des valeurs abjectes comme l'incapacité, l'invalidité, l'inoccupation.

Dans la conception individualiste de la marginalisation socio-sanitaire, la personne âgée affronte le changement sociétal contemporain dans toute sa brutalité face à l'incertitude et la précarité. La gestion de la vieillesse met alors en rapport direct la personne âgée et ceux qui la prennent en charge. Le coût de cette prise en charge fait l'objet de négociation de personne à personne sur un double plan. Sur le plan horizontal, elle fait face à sa famille et sur le plan vertical, elle fait face à la société. Dans un contexte urbain comme celui de la ville de Douala, la montée de l'individualisme est venue saper le fondement du lien social. Les rapports interpersonnels ont pris la place d'une protection sociale défaillante et l'intérêt économique a perverti l'univers purement affectif des relations humaines. Dans cette perspective, la marginalité conduit à l'inattention à la fois économique, sociale,

affective et cognitive autour de la personne âgée.

Compte tenu de cette double perspective construite autour de la marginalité, il nécessaire de repenser les solidaires autour des personnes âgées et de combattre l'insécurité alimentaire.

En ce qui concerne la marginalité socio-sanitaire, il peut progressivement se mettre en place un nouveau régime de protection sociale en direction des personnes âgées. Dans un contexte politique marqué par la décentralisation, nous pouvons nous inscrire dans la gouvernance de sécurité sociale dont B. Palier (2002, p. 3) fait la synthèse :

- Ouverture généralisée et égalitaire *versus* ciblage et discrimination positive ;
- Prestation uniforme *versus* définition des prestations à partir de besoins sociaux ;
- secteurs cloisonnés les uns des autres (maladie, accidents du travail, vieillesse, famille) *versus* traitement transversal de l'ensemble des problèmes sociaux rencontrés par une même personne ;
- administrations centralisées dans la gestion d'un risque ou d'un problème *versus* partenariat contractualisé avec l'ensemble des problèmes sociaux rencontrés avec l'ensemble des acteurs (administratifs, politiques, associatifs, économiques) susceptibles d'intervenir ;
- « administration de gestion » *versus* « administration de mission » ;
- « centralisation et administration pyramidale » *versus* « décentralisation et territorialisation ».

Une implication majeure de ces changements est d'introduire une certaine flexibilité dans le régime de protection et de combattre par ricochet l'insécurité alimentaire. Combattre

l'insécurité alimentaire passerait par la multiplication des minima sociaux et le développement de politiques locales d'insertion sociale, de secours aux personnes âgées et de lutte contre l'exclusion sociale. C'est ce que semble mettre en exergue l'agenda alimentaire local à l'horizon 2035 de la ville de Douala. Il s'agit en fait de stratégie de sécurité alimentaire de la ville de Douala qui s'articule autour de douze axes dont les plus pertinents pour les personnes âgées sont :

- La municipalisation de la gouvernance de la sécurité alimentaire ;
- L'amélioration de la production agricole durable et de la souveraineté alimentaire métropolitaine ;
- Le développement de l'éco-transport des produits alimentaires ;
- Le développement d'une agro-alimentation durable de proximité ;
- La promotion de l'aide alimentaire aux nécessiteux et indigents ;
- La promotion sociale de la sécurité alimentaire ;
- La promotion de la gestion durable des risques et catastrophes alimentaires.

La marginalisation socio-sanitaire des personnes va au-delà des préoccupations politique, économique et sanitaire. Elle nous plonge dans une profonde réflexion au point de nous pousser à interroger les fondements culturelles de la sécurité intra et intergénérationnelle. Nous situant dans une perspective où en Afrique les personnes âgées incarnent une valeur sacrée, on se demande comment se produisent et se construisent ces ruptures de solidarités. Ayant calqué notre protection sociale sur le modèle des pays développés régis par l'économie de marché, il est temps de repenser un modèle de sécurité sociale qui repose sur des valeurs propres aux sociétés communautaires.

Par ailleurs, un second socle de discussion soulève un débat d'ordre épistémologique et méthodologique. Commençons par les points

saillants de notre travail. À partir des données de terrain dont la pertinence est toujours à interroger, nous avons soumis notre travail à un processus de validation composite en nous inscrivant dans la pluridisciplinarité à travers la pluri-technicisation. Nous avons recouru à des outils ou techniques qui relèvent classiquement de beaucoup de disciplines, tant au niveau de la proximité qu'au niveau des approches. Nous avons fait recours à la méthode géographique en nous limitant dans un espace bien précis : Douala. Nous avons aussi fait recours à l'anthropologie et à la sociologie. Même comme les méthodes, les approches et les informations semblent souvent différencier les deux disciplines, nous avons trouvé un point d'intersection au niveau de la démarche ethnographique. De même nous avons fait recours aux méthodes psychologiques en accordant un intérêt aux individus et à leurs comportements au détriment des groupes. L'approche repose entièrement sur le constructivisme, ce qui nous pousse à faire recours par moment à la psychologie, à l'anthropologie etc.

Au regard de ces points centraux, quelques objections méritent d'être soulevées. Nous émettons d'entrée de jeu des réserves quant à la généralisation de nos résultats. Notre travail s'inscrit dans une démarche qualitative. Cette orientation de la recherche sous-tend une approche compréhensive en considérant les conditions réelles de la vie sociale. Ainsi, nous avons accordé une importance particulière aux sentiments, aux émotions et aux représentations élaborées par les personnes âgées dans un contexte d'insécurité alimentaire et aux sens qu'elles donnent aux événements. Étant donné que nous sommes dans la production du sens, nous avons très peu mobilisé les données sociodémographiques qui cadrent plus avec les principes de causalité donc, avec la recherche des corrélations. De même, la taille de notre échantillonnage n'est

pas assez représentative car dans ce contexte, ce n'est pas la quantité qui compte mais, plutôt le sens. De façon générale, c'est l'une des faiblesses des recherches ethnographiques mais, elles présentent l'avantage d'être intensives et d'étudier les données en profondeur. En dernier ressort, nous n'avons pas exploité les schémas générés par le logiciel Atlas-ti en raison des exigences du format rédactionnel de l'article.

CONCLUSION

Parvenu au terme de ce travail, nous tenons d'abord à rappeler que le problème de ce travail de recherche était de savoir si dans un contexte d'exclusion, les personnes âgées pouvaient se retrouver en situation d'insécurité alimentaire. Et dans ce cas, cela pouvait-il avoir une incidence sur leur santé. Pour répondre à cette question, nous avons d'abord fait le point sur la marginalisation sociosanitaire des personnes âgées en mettant en exergue les différentes inégalités auxquelles elles sont confrontées. Il appert que ces inégalités s'étendent sur les aspects économiques, sociaux et sanitaires. Aussi, les besoins nutritionnels des personnes âgées sont mis en perspective. Les aspects méthodologiques ont permis d'indiquer les caractéristiques de la ville de Douala qui est notre terrain d'étude ; de préciser les caractéristiques de notre échantillon ; d'indiquer l'entretien semi-structuré comme méthode de collecte des données ; de préciser que l'analyse de contenu et Atlas-ti comme instrument de traitement des données. Il est ressorti de l'analyse des données ainsi collectées que les personnes âgées vivant à Douala ne bénéficient pas d'une réelle assistance sociale. Cette assistance est essentiellement familiale. Lorsqu'elle s'étend au voisinage, elle ne suffit pas pour autant à traduire un véritable lien social. La quasi-totalité de ces personnes âgées ne bénéficient pas non plus d'une assistance alimentaire alors même que leurs besoins nutritionnels en font

des personnes à risque. Hormis les revenus qu'elles peuvent générer par leurs activités passées ou présentes, leur seul soutien qui n'est d'ailleurs pas constant vient de leurs enfants. Pour ce qui est de l'assistance sanitaire, un seul parmi tous les participants bénéficie d'une couverture santé. Les autres se sentent exclus du système sanitaire en raison des coûts des soins ou des traitements dont ces personnes âgées peuvent faire l'objet. Tout ceci génère un sentiment d'insécurité au sein de notre population d'étude. Du point de vue de la sécurité alimentaire, notre étude ressort trois catégories de personnes âgées à savoir celles qui ont une alimentation acceptable, celles qui ont une alimentation précaire et celles dont la situation alimentaire constitue un signal d'alerte. Du point de vue sanitaire, l'étude révèle une nouvelle catégorie nosologique directement liée à l'insécurité alimentaire et qui fait l'objet de consultation à côté des autres pathologies classiques qui sont liées au processus de vieillissement. Au-delà des maladies physiques, la souffrance psychologique est aussi présente et est liée soit à la précarité des personnes âgées, soit aux défaillances liées à leur prise en charge dans les hôpitaux. Cette publication débouche sur la nécessité pour les sociétés africaines de reconsidérer la question des inégalités dans le contexte actuel si elles veulent résoudre le problème de l'insécurité alimentaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CANET Colette, 1997, « L'alimentation de rue en Afrique », *Aliments dans les Villes*, 2, p.1-12.

CHILAND Colette, 1983, *L'Entretien clinique*, Paris, P.U.F.

COMBESSIE Jean Claude, 1993, *La méthode en sociologie*, Paris, La Découverte.

COMITE DE LA SECURITE ALIMENTAIRE MONDIALE, 2013, *Cadre stratégique mondial pour la sécurité alimentaire et la nutrition*, Document final, p.16 / 68p.

CORBIN Juliet et STRAUSS Anselm, 1990, «Grounded Theory Research Procedures, Canons, and Evaluative Criteria». *Qualitative Sociology*, 13(1), p. 3-21.

DELISLE Helen, (1990). *Pattern of urban food consumption in developing countries : Perspectives from the 1980's*, FAO, Rome.

GHIGLIONE Rodolphe et MATALON Benjamin, 1985, *Les enquêtes sociologiques*, Paris, Armand Colin.

MEVA'A ABOMO Dominique, AKAMBA MVOMO Didier, DJOLLA Ferdinand., ETO EBOUMBOU Adèle, MAKITA NJOH Hugo, MOUKAM NGUEUDEU Bienvenue, 2019, *Agenda Alimentaire Local 2035 de Douala, Rapport final du Projet « Elaboration de la Stratégie de Sécurité Alimentaire de Douala »*, Société Savante Cheikh Anta Diop (FLSH-Université de Douala), CUD-FAO, 188p.

MEVA'A ABOMO Dominique, MAKITA NJOH Hugo, TCHOUNGA TCHAPDA Gille., MOUKAM NGUEUDEU Bienvenue, ETO EBOUMBOU Adèle., MBOVOUM MABALY Emmanuel., EJUANDE EWONOWOU Emmanuel, 2019, *Diagnostic rapide du système alimentaire urbain de Douala (SYSTALDO)*, Rapport final, Société Savante Cheikh Anta Diop (FLSH-Université de Douala), CUD-FAO, 438p.

MUCCHIELLI Roger, 1984, *L'analyse de contenu des documents et communication*, Paris, ESF, 5e Édition.

BABACAR NDIONE, 2014, *L'Afrique centrale face aux défis migratoires*, Bruxelles, Facilité Intra-ACP pour les migrations, Organisation International pour les Migrations, Union Européenne.

NGUEGANG Asaa Prosper, 2008, *L'agriculture urbaine et périurbaine à Yaoundé : analyse multifonctionnelle d'une activité montante en économie de survie*. Bruxelles: Université Libre

Marginalisation sociosanitaire et insécurité alimentaire
des personnes âgées vivant en milieu urbain Camerounais
: cas de Douala

De Bruxelles/Faculté des Sciences/Ecole
Interfacultaire de Bioingénieurs/Laboratoire de
Botanique Systématique et de Phytosociologie -
Doctorat/Sciences Agronomiques et Ingénierie
Biologique, DOI 39420637-L

ORGANISATION DES NATIONS UNIES –
HABITAT (ONU-HABITAT), 2007, Rapport
sur le profil urbain national du Cameroun,
Retrieved 08 février 2016, from
<http://www.onuhabitat.gc.annualsat/11g45htm>,
DOI : 1404301657wpdm_Cameroun.

PALIER Bruno, 2002, Gouverner la sécurité
sociale, Paris, PUF.

PAUGAM Serges, 2007, Repenser les solidarités
sociales. L'apport des sciences sociales, Paris,
PUF.

POLA Gyscard Merlin, 2015, Psychoaffectivité
des personnes âgées en situation de
marginalisation dans les villes d'Afrique
subsaharienne, Douala Edi-CAD.

POLA Gyscard Merlin, 2018, Problématique de
la maladie d'Alzheimer en milieu urbain
camerounais : du diagnostic de la maladie chez
les patients au repérage de la souffrance chez les
aidants naturels, Douala, Thèse de
Doctorat/PhD.

RABAIN – JAMAIN Jacqueline, 2003, « Enfant,
âge et développement chez les Wolof du Sénégal
», L'Homme, Editions EHESS, [http : // doi.org /
104000 / l'homme.21491](http://doi.org/104000/l'homme.21491) p. 49 – 65

ROESEL Kristina & GRACE Delia, 2016,
Sécurité sanitaire des aliments et marchés
informels: les produits d'origine animale en
Afrique subsaharienne, Nairobi, Kenya: Institut
International de Recherche sur l'Elevage.

TORRES Marion, 2014, Statut nutritionnel de la
personne âgée vivant à domicile : prévalence,

facteurs associés et conséquences, Bordeaux,
Thèse de doctorat.

TSALA TSALA Jacques Philippe, 2009,
Familles africaines en thérapie : clinique de la
famille camerounaise, Paris, Harmattan.

WEIL-BARAIS Annick, 1997, Les méthodes en
psychologie : observation, expérimentation,
enquête, travaux d'étude et de recherche, Paris,
Bréal.

YEMMAFOUO Aristide, 2014, « L'agriculture
urbaine camerounaise. Au-delà des procès, un
modèle socioculturel à intégrer dans
l'aménagement urbain ». Géocarrefour, 89(1-2),
85-93.