



INACTIVITE PHYSIQUE ET QUALITE DE VIE DES PERSONNES AGEES DANS LA VILLE DE OUAGADOUGOU, BURKINA FASOⁱ

Ahmed Kaboré^{1,2ii},
Angèle Oubida^{1,2},
Brigitte Nana²,
Mahamadou Barro¹,
Issa Kaboré¹,
Wendbenedo Estelle Christelle Kiemdé¹,
Hermine Akossito Tognon¹,
André Kaboré²,
Amidou Sawadogo²,
Nicolas Méda¹

¹Université Joseph Ki-Zerbo,
Département de Santé Publique,
Ouagadougou, Burkina Faso

²Université Joseph Ki-Zerbo,
Institut des Sciences du Sport et du Développement Humain,
Ouagadougou, Burkina Faso

Résumé

Objectif : La croissance du nombre des personnes âgées (PA) ou encore le phénomène de vieillissement de la population touche à présent les pays à revenu faible. Notre travail a pour objectif d'analyser la relation entre le niveau d'activités physique des PA et leur qualité de vie. **Matériel et méthode :** nous avons réalisé une étude transversale descriptive et analytique par questionnaire auto-administré. L'enquête a été réalisée au moyen de questionnaires validés d'activité physique de Dijon et du WHOQUOL-BREF (OMS) auprès des sujets d'au moins 60 ans choisis de façon raisonnée dans les lieux de culte, les grains de jeux de société et les associations des PA dans la ville de Ouagadougou. Les logiciels CSPRO 7.0 et STATA 14 ont été utilisés pour la saisie et l'analyse des données. Un modèle de régression multiple a été utilisé pour déterminer la relation entre l'activité physique des personnes âgées et leur qualité de vie. **Résultats :** Au total 356 sujets d'au moins 60 ans ont été inclus dans notre étude. La tranche d'âge de 60 à 75 ans était la plus représentée (71,91%) et 66,57% des sujets étaient de sexe masculin. Les sujets mariés représentaient 65,17 % de l'échantillon. Les 2/3 des sujets avaient une

ⁱ PHYSICAL INACTIVITY AND QUALITY OF LIFE OF OLDER PEOPLE IN THE CITY OF OUAGADOUGOU, BURKINA FASO

ⁱⁱ Correspondence: email ahmedkaboreza@gmail.com

bonne qualité de vie et moins du tiers avait un niveau d'activité faible. Le modèle final de régression logistique montrait que la qualité de vie augmente avec le niveau d'activité physique ajustée sur certaines variables (OR_{moyen}= 4,88 [1,94-12,23] ; OR_{élevé}=4,70 [2,51-8,80] par rapport au niveau faible). **Conclusion** : Ces résultats révèlent des scores d'activité physique et de qualité de vie faibles et un état de santé très morbide. L'activité physique est un outil déterminant de la qualité de vie chez les PA au Burkina Faso.

Mots clés : activité physique ; qualité de vie ; personnes âgées ; Ouagadougou

Abstract:

Objective: The growth in the number of elderly people or the phenomenon of population aging is now affecting low-income countries. Our work aims to analyze the relationship between the level of physical activity of the elderly and their quality of life. **Material and method:** We carried out a descriptive and analytical cross-sectional study by self-administered questionnaire. The survey was carried out using validated Dijon and WHOQUOL-BREF physical activity questionnaires among subjects aged at least 60 years selected in a reasoned manner in places of worship, board game centers and associations of the elderly in the city of Ouagadougou. CPRO 7.0 and STATA 14 software were used for data entry and analysis. A multiple regression model was used to determine the relationship between the physical activity of the elderly and their quality of life. **Results:** A total of 356 subjects at least 60 years old were included in our study. The age range of 60 to 75 years was the most represented (71.91%) and 66.57% of the subjects were male. Married subjects represented 65.17% of the sample. Two thirds of the subjects had a good quality of life and less than one third had a low activity level. The final logistic regression model showed that quality of life increased with activity level adjusted for certain variables (mean OR=4.88 [1.94-12.23]; high OR=4.70 [2.51-8.80] vs low level). **Conclusion:** These results reveal low physical activity and quality of life scores and a highly morbid health status. Physical activity is a determinant of quality of life in the elderly in Burkina Faso.

Keywords: physical activity; quality of life; elderly; Ouagadougou

1. Introduction

Les problèmes liés au vieillissement entraînent un véritable problème de santé publique (Berthé-Sanou et al., 2013). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la PA comme toute personne ayant 65 ans et plus. Cependant, au niveau du Burkina Faso, selon la Loi N°024-2016/AN du 17 octobre 2016 de l'Assemblée Nationale portant protection et promotion des droits des personnes âgées (PA), on entend par PA, toute personne ayant 60 ans et plus. Cette catégorie de personne représentait 5,2 % de la population mondiale

en 1950 ; 6,9 % en 2000 et on estime qu'elle représentera 15,6 % des êtres humains de la planète en 2050 (OMS, 2015). Cette évolution laisse entrevoir que la population des personnes âgées de 60 ans et plus augmentera d'environ 3,5 fois plus rapidement que la population totale (Renaud & Bherer, 2005). La croissance du nombre des personnes âgées ou encore le phénomène de vieillissement de la population a d'abord été constaté dans les pays à revenu élevé, mais touche à présent les pays à revenu faible. Selon une estimation de l'OMS, 80% des personnes âgées vivront dans des pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici 2050 (OMS, 2015). Au Burkina Faso, le recensement général de la population et de l'habitation de 2006 (INSD/BF, 2008) a dénombré 712 573 personnes âgées de 60 ans et plus, soit une proportion de 5,1%. D'après (Berthe, 2014) le vieillissement démographique découle de la baisse de la fécondité et de la mortalité au niveau mondial. C'est un processus qui fait référence à l'accroissement relatif de la part des 60 ans et plus dans la structure par âge d'une population donnée.

Ce vieillissement démographique est fortement liée à un facteur qui est la santé (OMS, 2015). Ce facteur est affecté par de nombreuses transformations physiques et physiologiques attribuées au vieillissement des cellules. Avec l'avancée en âge, les maladies telles-que, les cardiopathies, le cancer, les dépressions nerveuses affectent considérablement la qualité de vie des personnes en senescence(OMS, 2002). En effet Berthé et al (2013) ; Berthé (2014) ; Bado (2012) ont rapporté qu'en Afrique Subsaharienne les personnes âgées vivent dans un état de santé fragile. Cette population constitue une des tranches les plus morbides et est fortement marquée par des incapacités fonctionnelles qui leur font recourir plus aux services de santé(Berthe, 2014). Au Burkina Faso, en plus des problèmes de santé associée à la senescence auxquelles sont confrontées les personnes âgées, s'ajoutent les problèmes de nutrition. Les maladies de ces PA sont le plus souvent chroniques (Ministère de la Santé Burkina Faso MS/BF, 2008).

Ces facteurs de morbidités compromettent la qualité de vie des personnes âgées et affectent tout le développement des pays s'ils passent inaperçus, (MS/BF, 2008). Le mauvais état de santé affecterait la population en âge de travailler car avec de faibles revenus parfois irréguliers, elle n'est pas en mesure de prendre en charge à la fois ces personnes âgées et leurs enfants (Berthe, 2014). Enfin les personnes âgées sont détentrices d'un capital symbolique important mais aussi jouent un rôle non négligeable pour le bien-être d'autres groupes populationnels (Berthé-Sanou et al., 2013). Le vieillissement dans les pays du Sud représente ainsi un enjeu important et inéluctable pour les systèmes de protection sociale encore fragiles. Au regard de la spécificité de la personne âgée ainsi que sa contribution éventuelle dans la société, il est donc impérieux d'étudier les facteurs associés à la qualité de vie des personnes âgées pour favoriser un vieillissement dynamique. A notre connaissance, peu d'études se sont intéressées à la relation entre le niveau d'activités physiques des PA et leur qualité de vie.

2. Matériel et Méthode

Trois cent cinquante-six (356) PA de la ville de Ouagadougou ont pris part à cette étude. La ville de Ouagadougou est le chef-lieu de la province du Kadiogo. Capitale administrative et politique du Burkina Faso, la ville de Ouagadougou est la plus grande ville du pays. Cette ville a été le cadre dans lequel nos investigations se sont déroulées. Le choix de cette ville se justifie par le fait qu'elle offre certains privilèges par rapport aux autres villes du pays. En effet, Ouagadougou est le chef-lieu de la province, qui abrite le plus grand effectif des personnes âgées du pays (RGPH 2006). Elle est la capitale et la ville la plus peuplée du pays, elle participe de par l'existence de nombreuses institutions de recherches scientifiques et technologiques. La disponibilité d'une plus grande offre de soins de qualité permet une vie plus prolongée des populations. La population d'étude était composée de l'ensemble des personnes âgées résidant dans la ville de Ouagadougou.

Le milieu d'enquête de cette étude étaient les mosquées, les églises, les lieux de culte coutumier, les grains de jeux de société et les associations des personnes âgées de la ville de Ouagadougou. Ont été incluses dans la présente étude toutes les PA de la ville de Ouagadougou ayant donné leur consentement. N'ont été inclus dans l'étude les personnes d'au moins 60 ans présentant une incapacité à répondre aux questions.

La population d'étude a été choisie par la méthode non probabiliste et la technique à choix raisonné. La technique de collecte de données était essentiellement une interview individuelle à l'aide des questionnaires validés de mesure du niveau d'activités physiques et de la qualité de vie avec des personnes âgées résidant dans la ville de Ouagadougou entre Décembre 2019 et mars 2019. Pour vérifier la compréhension des items du questionnaire à notre population cible, nous avons mené un prétest. Ainsi 05 personnes âgées ; 03 professeurs d'éducation physique, 01 psychologue gériatre et 01 médecin du sport ont été enquêtés. A la sortie de cet exercice, les tendances nous ont permis d'apporter des précisions quant à la clarté, la pertinence et l'adaptation de la partie identification (section 0 du questionnaire) ainsi que le choix des questionnaires validés. Ce guide d'entretien était composé de :

La section 0 : (Identification et caractéristiques)

La section 1 composée du questionnaire validés, Score d'Activité Physique de Dijon (SAPD) qui évalue le niveau de l'activité physique. Ce questionnaire élaboré en 2007 est composé de neuf (9) items.

Et la section 2 composée du questionnaire WHOQOL-BREF correspondant à une échelle d'auto-évaluation de la qualité de vie, validé en 1998 sous l'égide de l'OMS à 26 items.

Pour évaluer le score de l'activité physique notre choix a été porté sur le questionnaire appelé Score d'Activité Physique de Dijon (SAPD). Ce questionnaire français élaboré en 2007 est composé de neuf (9) items et porte sur :

- L'appréciation générale du niveau d'activité physique (l'item1) ;
- Les activités quotidiennes (les items 2 et 3) ;
- L'activité sportive et de loisir (les items 4 ; 5 ; 6 ; 7 et 8) ;
- Et le temps de repos (l'item 9).

Pour ce qui est de l'évaluation de la qualité de vie, le questionnaire WHOQOL-BREF correspondant à une échelle d'auto-évaluation subjective, validé en 1998 sous l'égide de l'OMS à 26 items a été utilisé. Il comporte ainsi 26 items et couvre deux éléments globaux de la qualité de vie : la qualité de vie globale autoévaluée par le sujet (un item) et la santé générale perçue (un item). De plus, ce questionnaire permet de couvrir quatre domaines de la qualité de vie :

- **La santé Physique** (items 3 ; 4 ; 10 ; 15 ; 16 ; 17 ; 18) : la douleur et gêne, sommeil-repos, fatigue-énergie, mobilité, activités-travail, dépendance aux traitements ;
- **La santé Psychologique** (items 5 ; 6 ; 7 ; 11 ; 19 ; 26) : les émotions positives, pensée, apprentissage, mémoire et concentration, estime de soi, image corporelle, émotions négatives, spiritualité et croyances personnelles ;
- **Les relations Sociales** (items 20 ; 21 ; 22) : relations personnelles, soutien social, activité sexuelle ;
- **L'environnement** (items 8 ; 9 ; 12 ; 13 ; 14 ; 23 ; 24 ; 25) : liberté, sécurité, environnement du domicile, ressources financières et médico-sociales, accessibilité et qualité des soins, accès aux informations, aux activités de loisirs, logement, transport.

Le WHOQOL-BREF est un questionnaire auto-administré dont la passation est simple puisqu'il suffit que le sujet exprime son ressenti à propos de critères objectifs en cochant la réponse lui correspondant le mieux sur une échelle de Likert (échelle à 5 points).

L'étude était transversale de type descriptif et analytique. La saisie des données a été faite avec le logiciel CSPRO.70 via un masque créé spécifiquement, suivant le questionnaire utilisé et l'analyse des données a été réalisée avec le logiciel STATA version 15.1. Les statistiques descriptives ont été calculées pour toutes les variables de l'étude. Les niveaux d'activité physique et ceux de la qualité de vie avec les intervalles de confiance à 95% ont été calculés. Selon le modèle le traitement s'est effectué comme suit : les données brutes ont été calculées à partir de la grille de calcul. Ces données ont fait l'objet d'une transformation puisque chaque domaine comporte un nombre différent d'items. Selon le modèle d'analyse du WHOQOL-BREF (OMS) nous avons ramené les scores à une échelle de mesure standard,

- Grille de calcul du WHOQOL-BREF (OMS).
- Santé physique = $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$
- Santé psychologique = $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$
- Relation sociale = $Q20 + Q21 + Q22$
- Environnement = $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$.

Nous avons ensuite appliqué la formule suivante en nous basant sur le tableau d'étendu des scores dans la présentation des résultats.

$$\text{Score transformé} = \frac{\text{score du patient au domaine} - \text{score le plus bas au domaine}}{\text{score possible au domaine}} \times 100$$

En ce qui concerne le score d'activité physique de Dijon, conformément au modèle d'analyse, les points obtenus après chaque réponse, nous ont permis d'avoir un score sur 30 conformément aux modérateurs attribués à chaque item.

Un modèle de régression logistique simple a été utilisé pour mesurer l'association entre le niveau d'activités physique des personnes âgées et leur qualité de vie. Les OR bruts ont été calculés et les variables explicatives dont le degré de significativité était inférieur à 0,20 lors de l'analyse bi variée ont été incluses dans un modèle initial de régression logistique multiple. La procédure pas-à-pas ascendante a été utilisée pour l'obtention du modèle final. Elle a consisté à inclure progressivement les variables explicatives dans un modèle minimaliste. Le choix des variables dans le modèle s'est fait de façon minutieuse en utilisant le test ajusté de Wald (Adjusted Wald test). Dans le modèle de régression logistique, les variables étaient jugées statistiquement significatives associées à la variable dépendante si la p-value < 0,05.

3. Résultats

3.1 Caractéristiques des personnes âgées enquêtées

Au total 356 personnes âgées d'au moins 60 ans ont participé à l'étude dont 66,57% d'hommes. La classe d'âge de 60 à 70 ans étaient la plus représentée avec un pourcentage de 71,91% ; et les mariés étaient majoritaires (65,17%). La majeure partie était sans niveau d'instruction (39,33). L'hypertension artérielle, la chute, l'asthme sont généralement les maladies courantes du présent échantillon d'étude (voir le Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Caractéristiques	Effectifs (N=356)	Pourcentage (%)
Sexe		
Masculin	237	66,57
Féminin	119	33,43
Age (ans)		
[60 ; 70[256	71,91
[70 ; 80[64	17,98
≥ 80	36	10,11
Statut marital		
Marié	232	65,17
Veuf	103	28,93
Célibataire	21	5,90

Niveau d'instruction		
Analphabètes	140	39,33
Primaire	95	26,69
Secondaire	80	22,47
Supérieure	41	11,522
Profession		
Actif	142	39,89
Inactif	214	60,11
IMC (Kg/m²)		
Maigre	9	2,53
Normal	181	50,84
Surpoids	128	35,96
Obésité	38	10,67
HTA	172	48,31
Victime de chute	114	32,02
Asthme	58	16,29
Diabète	47	13,20
Victime d'AVC	38	10,67
Ostéoporose	21	5,90

3.2 Niveau d'activité physique et le niveau de la qualité de vie

La majorité des personnes âgées de notre étude avait une très bonne qualité de vie (39,1) et seulement 5,06% avait une très mauvaise qualité de vie. En ce qui concerne la pratique d'activité sportive 48,03% de notre échantillon avait un niveau d'activité physique moyenne (voir le tableau 2).

Tableau 2 : Les niveaux d'activité physique et de la qualité de vie

Variables	Effectif (N=356)	Proportion (%)	IC (95%)
Qualité de vie globale			
Très bonne	141	39,61	[34,63-44,80]
Bonne	94	26,40	[22,32-31,54]
Ni faible ni bonne	95	26,69	[22,06-31,25]
Faible	8	2,25	[1,12-4,44]
Très faible	18	5,06	[3,20-7,89]
Activité physique			
Elevé	79	29,78	[25,23-34,75]
Moyenne	171	48,03	[42,85-53,25]
Faible	106	22,19	[18,15-26,82]

Le tableau 3 montre l'étendue des scores des différents domaines de la qualité de vie utilisés dans la formule du WHOQUOL-BREF.

Tableau 3: Etendu des scores de l'échantillon de l'étude

Domaines de la QVI	Score le plus bas (A)	Score le plus haut (B)	Etendue des scores possibles (A-B)
Sante physique	08	34	08-34
Santé psychologique	10	28	10-28
Relation sociale	5	15	5-15
Environnement	8	31	8-31

3.3 Facteurs associés à la qualité de vie

Une bonne activité physique était liée à une meilleure qualité de vie chez les sujets âgés dans notre contexte. En effet les sujets ayant une activité physique élevé et moyenne avaient respectivement 4,88 (IC= [1,94-12,23]) et 4,70 (IC= [2,51-8,80]) fois plus chance d'avoir une bonne qualité de vie que les sujets du niveau activité physique faible (Tableau III).

Un niveau d'instruction élevé était associé à une meilleure qualité de vie alors que l'âge avancé, les pathologies étaient nuisibles à la qualité de vie des sujets (voir le tableau 4).

Tableau 4 : Facteurs associés à la qualité de vie

Caractéristiques (Référence)	OR (IC _{95%})	P-value
Activité physique (Faible)		
Elevé	4,88 [1,94-12,23] *	0,001
Moyenne	4,70 [2,51-8,80] *	<0,001
Age ([60 ; 75[)		
[75 ; 80[0,76 [0,37-1,56]	0,46
≥ 80	0,31 [0,12-0,80] *	0,01
Niveau d'instruction (Analphabètes)		
Primaire	1,75 [0,89-3,34]	0,10
Secondaire	0,95 [0,48-1,87]	0,88
Supérieure	6,83 [1,78-26,23] *	0,005
Profession (Inactif)	1,28 [0,65-2,54]	0,47
IMC (Normal)		
Maigre	0,24 [0,02-2,24]	0,21
Surpoids	0,97 [0,54-1,75]	0,94
Obésité	0,55 [0,23-1,31]	0,18
Victime de chute (Non)	0,46 [0,26-0,82] *	0,008
Asthme (Non)	1,07 [0,48-2,38]	0,85
Victime d'AVC (Non)	0,37 [0,16-0,84] *	0,01

4. Discussion

4.1 Niveau d'activité physique

L'analyse des résultats ont montré que les PA sont peu actives physiquement. Selon le modèle d'analyse du questionnaire SAPD, ces résultats relèvent que l'échantillon d'étude

est peu actif physiquement. Nombreuses sont les raisons qui expliquent cette inactivité. Nous avons : la peur de tomber, la santé précaire, l'isolement, la perte d'autonomie (Bado, 2012). Ces résultats corroborent celui d'El-Hassrouni (2011) du Liban qui avait rapporté un score d'activité physique de 15.1/30 qui jugeait déjà que ce score était faible. Toutefois le contraire est constaté au niveau de la variance selon le genre. Par exemple dans le rapport du RGPH (2006) il ressort que plus des $\frac{3}{4}$ des hommes âgés sont occupés. Par contre dans le groupe des femmes c'est moins de la moitié qui est occupé. Cette situation active chez les hommes que chez les femmes pourrait s'expliquer par le fait que certaines PA de sexe masculin dans la ville de Ouagadougou ont toujours le devoir de prise en charge de la famille surtout dans un contexte où le chômage des jeunes est élevé. Aussi, les PA de sexe masculin travaillent hors de la maison, vont dans les clubs et grains. Ce niveau peu actif chez les femmes pourrait s'expliquer également par les nombreuses maternités qu'elles ont eues et aussi le fait qu'elles leur est difficile de trouver du travail à leur âge. Ce score d'activité physique est susceptible d'influencer négativement leur QVI.

4.2 Niveau de la qualité de vie

Selon le modèle d'analyse du WHOQUOL-BREF, la population d'étude a une qualité de vie ni faible ni bonne. Elle n'est ni faible ni bonne car le vieillissement en lui-même est source de maladie et d'autre part, par ce que le niveau d'activité physique rapporté par l'enquête (peu active) ne permet pas de réduire les effets délétères de la senescence. C'est dans ce sens que Davinroy, (2016) a rapporté que plusieurs pathologies dites maladies du 3ème âge affectent les PA. De plus au Burkina Faso les personnes âgées sont toujours considérées et occupent des places de choix dans certaines familles. En effet la personne âgée est valorisée, responsabilisée dans les activités sociales et culturelles. Sur le plan psychologique, elle bénéficie d'une communication positive, respectueuse et multiforme. Elle est rarement isolée, et souvent soignée par ses proches. C'est dans ce sens que Berthé et al. (2013) affirment que les autres groupes sociaux ont l'obligation morale d'assister les personnes âgées qui demeurent un groupe vulnérable et fragile.

Le score de 47% peut être expliqué par le niveau de développement économique faible du pays d'une part et d'autre part par le fait que les PA au Burkina constituent une population vulnérable prioritaire mais négligée par l'ensemble des acteurs, principalement par les acteurs financiers et les partenaires techniques (Berthe et al 2013). Berthé (2013) soutient que le système de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle était incomplet à cause de l'absence d'un troisième acteur ou groupe d'acteurs qui aurait pu appuyer les familles ou les personnes âgées.

Dans le même ordre, Berthé, (2014) a rapporté qu'en Afrique Subsaharienne, le bas niveau des indicateurs de santé des personnes âgées font d'elles la tranche d'âge la plus morbide. Cette morbidité s'explique par le fait qu'au Burkina Faso, les personnes âgées n'ont pas suffisamment accès aux structures de santé. Aussi, elles ne bénéficient pas de

stratégies d'assistances socio-sanitaires spécifiques. Elles n'ont pas également une prise en compte spécifique dans certains programmes et projets de santé tels que la santé de la reproduction et la lutte contre le SIDA, la lutte anti-tabac et l'alcoolisme. Également, le faible accès au transport, la faiblesse des revenus, la pauvreté, l'absence de structures de rencontres et de loisirs font d'elles une population morbide (Plan Stratégique de Sante 2016-2020). L'insuffisance de personnel en gériatrie est aussi l'une des causes de ces scores faibles de la qualité de vie chez les PA au Burkina Faso.

En somme, le score de la qualité de vie ni faible ni bonne est susceptible d'influencer négativement les indicateurs de développement. Si rien n'est fait en faveur des PA, les jeunes et les adultes d'aujourd'hui seront confrontés aux mêmes difficultés de ces PA à l'avenir.

4.3 Facteurs associés à la qualité de vie

Les résultats montrent que le score d'activité physique et celui de la qualité de vie sont fortement associés. Ces résultats montrent que la pratique physique (les activités physiques habituelles et quotidiennes) a un grand effet sur la QVI voir l'espérance de vie. Nombreux sont les auteurs qui ont rapporté des résultats similaires. En effet, (Arsyad & Sodiq, 2014) précise qu'un style de vie actif préserve une meilleure qualité de vie chez les personnes âgées. Les personnes âgées qui pratiquent une activité physique d'intensité modérée pendant plus d'une heure par semaine ont une meilleure qualité de vie que celles qui étaient moins actives physiquement (Mummery et al., 2003)., l'OMS préconise un meilleur vieillissement par le fait de rester actif. Pour optimiser la santé des personnes âgées, prévenir la baisse des capacités physiques liée à l'avancée en âge, augmenter l'espérance de vie et favoriser une qualité de vie.

De plus, la pratique de l'activité physique diminue le risque de surpoids et d'obésité et vise à minimiser la perte musculaire et osseuse (Pillard & Rivière, 2009). La pratique régulière d'AP s'avère nécessaire. Dans ce sens, plusieurs études ont démontré les bienfaits d'une pratique régulière d'AP chez les personnes âgées (Barth et al., 2018). L'ensemble de ces études révèlent qu'il y a une relation positive entre la pratique d'AP et la QVI chez les personnes âgées.

Un niveau d'instruction élevé était associé à une meilleure qualité de vie alors que l'âge avancé, les pathologies étaient nuisibles à la qualité de vie des sujets.

5. Recommandation

A la suite de la présente investigation, le constat général qui ressort est que l'AP est associé à la qualité de vie des PA. Nous formulons les présentes afin de contribuer à un vieillissement dynamique de la population du Burkina Faso.

- Adopter des décrets d'application de la loi 024-2016/AN portant promotion des droits des personnes âgées au Burkina Faso.

- Former les animateurs de sport pour tous pour l'évaluation de la condition physique et la prise en charge spécifique des trois catégories de PA.
- Sensibiliser la population sur l'impact de la pratique physique sur la qualité de vie et l'espérance de vie.
- Former des Gériatres pour une meilleure prise en charge des problèmes sanitaire des personnes âgées.
- Créer les conditions pour une pratique d'activité physique adaptée aux capacités physiques de chaque catégorie de PA.
- Faire une évaluation gérontologique afin de déterminer l'état de santé et le niveau d'aptitude physique avant tout engagement à une vie plus active ou à une pratique d'exercices physiques.
- Effectuer une évaluation de la condition physique des PA par un professionnel en APA avant toute pratique d'exercices physiques.
- S'engager dans une structure de pratique d'exercices physiques adaptés et encadrés.
- Saisir toute occasion pour une vie plus active.

6. Conclusion

« La vieillesse n'est pas une deuxième jeunesse, mais elle pourrait l'être. Et elle devrait l'être » affirme le Dr John Beard, Directeur du Département Vieillesse de qualité de vie de l'OMS en 2016. En effet, de plus en plus, les gens vivent plus longtemps même dans les pays en voie de développement. Mais force est de constater que les personnes âgées font face à un problème de santé publique.

Bien que la senescence expose ces personnes âgées à des problèmes de santé. Il est ressorti qu'un niveau d'activité physique élevé serait associé à une bonne qualité de vie, voire une espérance de vie prolongée. L'activité physique est l'un des déterminants de la qualité de vie chez les personnes âgées (Barth et al., 2018; Davinroy, 2016; OMS, 2002).

La tranche d'âge de 60 à 75 ans était la plus représentée (71,91%) et 66,57% des sujets étaient de sexe masculin. Les sujets mariés représentaient 65,17 % de l'échantillon. Les 2/3 des sujets avaient une bonne qualité de vie et moins du tiers avait un niveau d'activité faible. Le modèle final de régression logistique montrait que la qualité de vie augmente avec le niveau d'activité ajustée sur certaines variables ($OR_{moyen} = 4,88 [1,94-12,23]$; $OR_{élevé} = 4,70 [2,51-8,80]$ par rapport au niveau faible).

Suite à ces résultats, des mesures doivent être entreprises afin de favoriser la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées. Également, ces mesures doivent permettre de montrer l'importance de cette pratique sur leur qualité de vie. Pour ce qui est de la relation positive entre ces paramètres de même que chaque domaine de la qualité de vie avec le niveau d'activité physique, nous pouvons conclure que l'activité physique est un outil déterminant de la qualité de vie chez les personnes âgées à Ouagadougou. Il

est primordial de prendre en considération les différentes catégories de personnes âgées, de faire une éducation nationale sur la clarification de la pratique d'activité physique et sur son importance à l'endroit des PA.

En somme, il serait important d'évaluer l'effet d'un programme d'activité physique adapté à la spécificité de la PA au Burkina Faso, orienté sur les paramètres anthropométriques, et sur l'évolution leur qualité de vie.

Remerciement

Au professeur Jean-Gabriel Ouango pour son soutien indéfectible ; Au Docteur Eudoxie Adopo pour ces éclairages ; A M. Poda Kounpori Vitalien, président du comité national des PA (Personnes Agées) du Burkina Faso ; A M. YAKA Issouf pour son accompagnement technique à l'utilisation des logiciels CSPRO ; Aux PA qui ont bien voulu se prêter à nos questions et qui nous ont prodigué leur bénédiction.

Déclaration de conflit d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

A propos de l'auteur

Ahmed Kaboré, Maître-assistant en Développement communautaire / Management en science de l'éducation, DrPH en sciences comportementales, santé communautaire. Intérêts de recherche : maladies non transmissibles, addictions, comportements.

Angèle Oubida, étudiante en master santé publique. Intérêts de recherche : sport et santé, sport pour tous.

Brigitte Nana, Assistante en Psychologie du sport/ Santé publique. Intérêts de recherche : Stress professionnel et exercices physiques comme moyen de remédiation, Préparation mentale des sportifs.

Mahamadou Barro : Méthodologiste-Biostatisticien, Chercheur à institut de recherche des sciences de la santé, IRSS. Doctorant en biostatistique à l'institut de recherche et de développement, IRD. MPH à l'Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.

Issa Kaboré: médecin, MPHc à l'Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso. Intérêts de recherche : dépression, santé mentale, activité physique.

Wendbenedo Estelle Christelle Kiemdé: Méthodologiste-Biostatisticien, étudiante en master santé publique. Intérêts de recherche : modélisation.

Hermine Akossito Tognon: Master en promotion de la santé et Doctorante en santé communautaire. Intérêts de recherche : dépression, santé mentale, activité physique, cancer du sein.

André Kaboré : Master recherche en STAPS option biomécanique du geste, Doctorat en STAPS. Intérêts de recherche : Psychomotricité.

Amidou Sawadogo: Assistant en Biomécanique du geste / Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS), Professeur d'Education Physique et Sportive.

Intérêts de recherche : Analyse du mouvement humain, APS et santé, Gymnastique prénatale, Anthropométrie et optimisation performance sportive, Ergonomie (Santé physique au Travail et APS).

Nicolas Méda : Professeur titulaire de santé publique/Epidémiologie, Habilitation à diriger des recherches(HDR). Intérêts de recherche : maladies infectieuses, santé de la reproduction.

Références Bibliographique

- Arsyad, L., & Sodiq, A. (2014). La qualité de vie reliée à la santé chez les femmes ménopausées en surplus de poids : Impact d'une stratégie d'intervention de 12 mois combinant l'exercice et les phytoestrogènes sur la qualité de vie reliée à la santé et les symptômes climateriques. *Lincoln Arsyad*, 3(2), 1-46. <http://dx.doi.org/110.21043/equilibrium.v3i2.1268>
- Barth, N., Hupin, D., Roche, F., Celarier, T., & Bongue, B. (2018). Prescription of physical activity for older people : From intent to reality. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Geriatrie*, 18(105), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2017.10.002>
- Berthe, A. (2014). *Le système burkinabè de maintien des personnes âgées en autonomie fonctionnelle à domicile. Analyse centrée sur les acteurs de la ville de Bobo- Dioulasso*. Université catholique de Louvain (UCL).
- Berthé-Sanou, L., Berthe, A., Drabo, M., Badini-Kinda, F., Somé, M., Ouedraogo, D., & Macq, J. (2013). Analyse du Programme National de Santé des Personnes Âgées (PNSPA) 2008-2012 du Burkina Faso. *Santé Publique*, 25(4), 517. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0517>
- Davinroy, A. (2016). *Analyse du processus d ' intervention d ' un programme " activités physiques adaptées et qualité de vie " chez des femmes âgées de 60 à 75 ans* (Vol. 52).
- INSD/BF. (2008). Recensement général de la population et de l'habitation de 2006 du Burkina Faso. Résultats définitifs. *Ministère de l'Economie et des Finances*, 374.
- MS/BF. (2008). *Programme National De Sante Des Personnes Agees 2008- 2012*.
- Mummery, W. K., Caperchione, C. M., & Schofield, G. M. (2003). Dose-response effects of physical activity on mental health status in older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35 (Supplement 1), S215. <https://doi.org/10.1097/00005768-200305001-01191>
- OMS. (2002). *Vieillir en restant actif Cadre d ' orientation*. 60.
- OMS. (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement e la santé. Résumé*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186469/1/WHO_FWC_ALC_15.01_fre.pdf?ua=1
- Pillard, F., & Rivière, D. (2009). Pratique d'une activité physique ou sportive chez les seniors. *ADAP*, 67, 32-34.

Renaud, M., & Bherer, L. (2005). L'impact de la condition physique sur le vieillissement cognitif [Impact on physical fitness on cognitive aging]. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 3(3), 199-206.

Creative Commons licensing terms

Authors will retain the copyright of their published articles agreeing that a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) terms will be applied to their work. Under the terms of this license, no permission is required from the author(s) or publisher for members of the community to copy, distribute, transmit or adapt the article content, providing a proper, prominent and unambiguous attribution to the authors in a manner that makes clear that the materials are being reused under permission of a Creative Commons License. Views, opinions and conclusions expressed in this research article are views, opinions and conclusions of the author(s). Open Access Publishing Group and European Journal of Physical Education and Sport Science shall not be responsible or answerable for any loss, damage or liability caused in relation to/arising out of conflict of interests, copyright violations and inappropriate or inaccurate use of any kind content related or integrated on the research work. All the published works are meeting the Open Access Publishing requirements and can be freely accessed, shared, modified, distributed and used in educational, commercial and non-commercial purposes under a [Creative Commons attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).