

International Journal of Health, Medicine and Nursing Practice

(IJHMNP) Immobilisme et Qualité de Vie Perçue chez les Personnes
Âgées à Likasi, République Démocratique du Congo : Étude
Transversale à Méthodes Mixtes dans l'Aire de Santé Kalipopo



CARI
Journals

Immobilisme et Qualité de Vie Perçue chez les Personnes Âgées à Likasi, République Démocratique du Congo : Étude Transversale à Méthodes Mixtes dans l'Aire de Santé Kalipopo

Katoba Mambwe Gilbert¹, Chuy Kalombola Didier², Ngoyi Mukonkole Jean³, Katumbo Mukemo Astrid⁴,  Bwalya Peti Richard^{5*}

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales Saint Joseph de Likasi, RD Congo

² Centre des Connaissances en Santé de la RD Congo (CCSC-Asbl), École de santé publique de l'Université de Lubumbashi (ESP-UNILU), Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi (ISTM Lubumbashi), Institut Supérieur des Techniques Médicales Saint Joseph de Likasi (ISTM SJL)

^{3,4} Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, RD Congo. School of Public Health, University of Lubumbashi, Lubumbashi, DR Congo.

⁵ Section Techniques Biomédicales Spécialisées et Gestion des Organisation de Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales (I.S.T.M) de Kolwezi, Lualaba, RDC.

<https://orcid.org/0009-0004-0821-0210>

Accepted: 14th September, 2026, Received in Revised Form: 28th September, 2026, Published: 11th October, 2026

RÉSUMÉ

Objectif de l'étude : Cette étude visait à déterminer la prévalence de l'immobilisme, évaluer la perception de la qualité de vie et analyser l'influence de l'immobilisme sur la qualité de vie perçue chez les personnes âgées de l'Aire de Santé Kalipopo à Likasi.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une enquête communautaire de 20 mois (août 2024 - mars 2026). Il s'agissait d'une étude communautaire transversale à méthodes mixtes menée dans l'Aire de santé Kalipopo. La composante quantitative a porté sur les personnes âgées de 65 ans et plus identifiées selon les critères d'inclusion prédéfinis ; la composante qualitative a utilisé un échantillonnage raisonné et une analyse thématique et comportait 13 entretiens semi-directifs jusqu'à saturation des données. Les associations sont interprétées comme des relations statistiques et non comme des effets causaux. Les analyses statistiques ont été réalisées sur SPSS version 26.0 avec seuil de significativité $p < 0,05$.

Résultats : La population était majoritairement féminine (60%), âgée de 85-94 ans (38,5%), veuve (73,8%) et sans emploi (87,7%). La prévalence de l'immobilisme était très élevée : 75,4% ne pratiquaient aucune activité physique, 90,8% présentaient une réduction du périmètre de marche, et 83,1% nécessitaient une assistance pour les déplacements. La qualité de vie était perçue comme faible ou très faible chez 86,2% des participants. Les corrélations étaient toutes négatives et significatives entre les indicateurs d'immobilisme et les dimensions de la QPV ($r = -0,398$ à $-0,563$, $p < 0,01$). La régression logistique a identifié la réduction du périmètre de marche (OR=6,23), l'inactivité physique (OR=5,67) et le sentiment d'isolement (OR=4,89) comme les principaux prédicteurs d'une faible QPV. L'analyse qualitative a révélé une détresse existentielle profonde, incluant des idées suicidaires (46,2%) et un sentiment d'enfermement (61,5%).

Contribution unique à la théorie, à la politique et à la pratique : Cette étude apporte les premières données empiriques sur l'influence de l'immobilisme sur la qualité de vie perçue en RDC.

Mots-clés : Immobilisme, Qualité de vie perçue, Personnes âgées, Gérontologie, République Démocratique du Congo.

INTRODUCTION

L'immobilisme et la perte de mobilité chez les personnes âgées de 65 ans et plus varient considérablement à travers le monde, influencés par des facteurs géographiques, socio-économiques et physiologiques. Globalement, la prévalence de l'incapacité fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne de base (BADL) est estimée à 26,07 %, tandis que pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL), elle atteint 45,15 %. En Afrique, ces chiffres sont particulièrement élevés, avec une prévalence de 42,91 % pour les BADL et de 69,34 % pour les IADL, tandis qu'en Asie, les taux sont plus bas, respectivement à 19,15 % et 32,66 % (Amlak et al., 2025). La mobilité réduite est également un problème majeur, avec environ 42 % des personnes âgées vivant dans la communauté présentant une mobilité restreinte (Wang et al., 2024). Les facteurs contribuant à cette perte de mobilité incluent le vieillissement du système locomoteur, la perte de masse musculaire, et des conditions telles que la dépression et la malnutrition (Lemos & Monteiro, 2019). Les limitations de mobilité sont associées à un risque accru de chutes, d'hospitalisation, et à une diminution de la qualité de vie (Freiberger et al., 2020). Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la prévalence du handicap chez les personnes âgées varie de 9,7 % au Népal à 39,2 % en Inde, la mobilité étant la difficulté fonctionnelle la plus courante (Prynn et al., 2021). Les interventions pour améliorer la mobilité incluent des exercices physiques ciblés, qui ont montré des améliorations significatives, bien que les études soient souvent de courte durée et limitées à des populations spécifiques (Manini, 2013). La prévention de la perte de mobilité devrait se concentrer sur le traitement des déficiences neuromusculaires et la promotion de la forme physique cardiovasculaire et musculaire (Stenholm et al., 2015). En conclusion, l'immobilisme chez les personnes âgées est un problème mondial complexe nécessitant des interventions ciblées pour améliorer la qualité de vie et l'indépendance des personnes âgées (Lunsman O'Connor, 2021).

L'immobilisme chez les personnes âgées est un phénomène complexe influencé par une multitude de facteurs médicaux, fonctionnels, psychologiques, sociaux et environnementaux. Médicalement, les maladies chroniques telles que le diabète et l'arthrite, ainsi que des conditions comme la sarcopénie et la douleur chronique, sont des contributeurs majeurs à la limitation de la mobilité (Torres De Araújo et al., 2018). Fonctionnellement, la faiblesse musculaire, l'équilibre précaire, et la diminution de la flexibilité et de la vitesse de réaction sont des facteurs critiques qui affectent la capacité de mouvement des personnes âgées (Lemos & Monteiro, 2019). Psychologiquement, des symptômes dépressifs et une faible estime de soi peuvent exacerber l'immobilité, tandis que cognitivement, un déclin des fonctions exécutives est associé à une mobilité réduite. Socialement, l'isolement, la diminution du réseau social, et le manque de soutien social sont des facteurs qui peuvent aggraver l'immobilité (Kalu et al., 2022). Environnementalement, des obstacles dans l'environnement bâti, comme des infrastructures inadaptées, et des politiques institutionnelles restrictives peuvent limiter la mobilité des personnes âgées (Che Had et al., 2023; Mobily & Kelley, 1991). De plus, des facteurs socio-économiques tels que le faible revenu et le manque d'accès aux transports peuvent également jouer un rôle significatif (Motte-Baumvol et al., 2024). La prévention et le traitement de l'immobilisme nécessitent une approche multidisciplinaire, incluant la physiothérapie, le soutien nutritionnel, et des interventions environnementales pour améliorer l'accessibilité et réduire les obstacles

physiques(Calzada et al., 2024). Les interventions doivent être centrées sur le patient, visant à maintenir l'autonomie et la dignité, tout en intégrant des exercices de résistance et d'équilibre pour améliorer la fonction physique et réduire les risques de chutes(Brown & Flood, 2013). En somme, une compréhension approfondie et une approche intégrée sont essentielles pour gérer efficacement l'immobilisme chez les personnes âgées à l'échelle mondiale.

L'immobilisme a un impact significatif sur les différentes dimensions de la qualité de vie perçue chez les personnes âgées, notamment sur les plans physique, psychologique, social et environnemental. Les études montrent que l'activité physique régulière améliore la qualité de vie globale des personnes âgées, en influençant positivement tous ces domaines. Par exemple, les personnes âgées qui participent à des activités physiques régulières présentent des scores plus élevés dans les domaines physique, psychologique, social et environnemental par rapport à celles qui sont sédentaires(Winter et al., 2017). L'absence d'activité physique est associée à une qualité de vie inférieure, avec des niveaux plus élevés de maladies chroniques et une détérioration de la santé physique et mentale(Walid & Gopal, 2017). Sur le plan psychologique, l'activité physique contribue à renforcer le bien-être mental et à réduire les symptômes de dépression et d'anxiété, ce qui est crucial pour le bien-être général des personnes âgées(Nafornta et al., 2025). Socialement, l'engagement dans des activités physiques favorise les interactions sociales et le soutien social, éléments essentiels pour maintenir une bonne qualité de vie sociale (Clementino et al., 2022). En termes environnementaux, les personnes âgées actives bénéficient d'une meilleure perception de leur environnement, ce qui peut être lié à une plus grande mobilité et à une participation accrue à la vie communautaire(Pereira et al., 2006). Ainsi, l'immobilisme peut entraîner une diminution de la qualité de vie perçue dans ces dimensions, soulignant l'importance de promouvoir un mode de vie actif pour améliorer le bien-être des personnes âgées à l'échelle mondiale.

Les interventions visant à prévenir ou réduire l'immobilisme et améliorer la qualité de vie des personnes âgées à l'échelle mondiale incluent une variété de stratégies multidimensionnelles. L'activité physique, notamment à travers des exercices multicomposants et aérobiques, s'est avérée efficace pour améliorer la santé mentale et physique des personnes âgées, en augmentant la force musculaire, l'équilibre et la mobilité, tout en réduisant les symptômes dépressifs et la fragilité (Indriani et al., 2025; Pamponet et al., 2025). Les interventions basées sur la communauté ont montré des effets positifs sur la qualité de vie des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont adaptées aux besoins individuels et intégrées dans des politiques de santé publique (Akif İpek et al., 2024). Les approches technologiques ont également été utilisées pour motiver les personnes âgées à participer à des activités physiques, bien que leur efficacité à long terme nécessite davantage de recherche (Alessy et al., 2023; Husein et al., 2025). En outre, les interventions psychosociales ont démontré leur capacité à réduire l'isolement social et à améliorer le bien-être psychologique (Kottayam, and Kerala, India et al., 2025). La prévention de la fragilité par des évaluations gériatriques complètes et des interventions spécifiques est cruciale pour maintenir la fonctionnalité et la qualité de vie des personnes âgées (García Pliego et al., 2024). Enfin, la physiothérapie préventive joue un rôle essentiel dans la promotion de l'autonomie et la réduction des chutes, contribuant ainsi à une meilleure qualité de vie (Lima et al., 2025). Ces interventions, lorsqu'elles sont combinées et adaptées aux contextes culturels et environnementaux spécifiques,

offrent une approche holistique pour soutenir le vieillissement en bonne santé des populations âgées à travers le monde.

L'immobilisme chez les personnes âgées en Afrique est un problème de santé publique croissant, avec des taux de prévalence significatifs observés dans plusieurs régions. Par exemple, à Gondar, en Éthiopie, la prévalence de l'inactivité physique chez les personnes âgées est de 65,6%, avec des facteurs associés tels que le sexe féminin, l'âge avancé, un faible niveau d'éducation, le chômage et les symptômes de dépression (Shiferaw et al., 2024). En Afrique du Sud, une étude a révélé que 60,5% des personnes âgées pratiquaient une activité physique faible, et que l'inactivité était associée à l'âge avancé, l'obésité, et le manque de cohésion sociale (Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2012). De plus, une revue systématique en Afrique de l'Est a souligné que l'inactivité physique est un facteur de risque majeur pour les maladies non transmissibles, exacerbée par l'urbanisation rapide et le manque d'activité physique (Abuhay et al., 2024a). En Afrique subsaharienne, l'inactivité physique est également liée à des facteurs socio-démographiques, avec une prévalence plus élevée chez les femmes et les personnes vivant en milieu urbain (Adeloye et al., 2022; Kamau et al., 2013). Les formes d'immobilisme incluent l'absence d'activité physique vigoureuse ou modérée au travail et pendant les loisirs, ainsi qu'un manque de transport actif comme la marche ou le vélo (Peltzer & Phaswana-Mafuya, 2012). Les disparités de genre, d'âge et d'éducation dans l'activité physique persistent, nécessitant des interventions politiques et environnementales pour améliorer l'activité physique et réduire ces disparités (Oyeyemi et al., 2024). En résumé, l'immobilisme chez les personnes âgées en Afrique est influencé par des facteurs socio-économiques et démographiques, et il est crucial de promouvoir des interventions ciblées pour améliorer la santé publique dans cette population vulnérable.

L'immobilisme des personnes âgées dans les contextes africains est influencé par une multitude de déterminants sanitaires, socio-économiques, familiaux, culturels et environnementaux. Sur le plan sanitaire, la présence de maladies chroniques et une faible capacité fonctionnelle sont des facteurs majeurs qui limitent l'activité physique chez les personnes âgées (Tomaz et al., 2020a). Les disparités socio-économiques, telles que le niveau d'éducation et la richesse, jouent également un rôle crucial. Par exemple, les personnes âgées ayant un niveau d'éducation plus élevé ou appartenant à une catégorie de richesse supérieure sont souvent moins actives physiquement, ce qui peut être attribué à un mode de vie plus sédentaire et à un accès réduit aux activités physiques nécessaires pour le travail ou le transport (Maruf et al., 2024). Les facteurs familiaux et culturels, tels que le soutien social et les normes culturelles, influencent également les niveaux d'activité physique. Un soutien social accru est associé à une plus grande activité physique, tandis que les normes culturelles peuvent soit encourager, soit décourager l'activité physique (D'Amore et al., 2023). En outre, l'environnement physique, y compris la sécurité du quartier et l'accès aux infrastructures de loisirs, est déterminant pour l'activité physique. Les environnements urbains, souvent perçus comme moins sûrs ou moins propices à l'activité physique, peuvent contribuer à l'immobilisme (on behalf of the DEDIPAC consortium et al., 2015). Enfin, les politiques publiques et les interventions communautaires jouent un rôle essentiel dans la promotion de l'activité physique, mais leur mise en œuvre reste insuffisante dans de nombreuses régions d'Afrique subsaharienne, exacerbant ainsi le problème de l'inactivité physique (Naidoo et al., 2024). Pour contrer ces tendances, il est crucial de développer des approches transdisciplinaires et des

politiques ciblées qui prennent en compte ces divers déterminants afin de promouvoir un mode de vie actif chez les personnes âgées en Afrique (Abuhay et al., 2024b; Onagbiye & Bester, 2022).

L'immobilisme chez les personnes âgées en Afrique a des répercussions significatives sur leur autonomie fonctionnelle, leurs relations sociales, leur bien-être psychologique et leur qualité de vie perçue. L'activité physique est reconnue pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées en retardant les processus dégénératifs liés au vieillissement et en stimulant les capacités physiques, ce qui est crucial pour maintenir l'autonomie fonctionnelle. Cependant, en Afrique, les défis socio-économiques et culturels, tels que la modernisation et l'urbanisation, ont affaibli les structures traditionnelles de soutien familial, augmentant ainsi le risque d'isolement social et de déclin psychologique chez les personnes âgées (Taunton, UK. & Godson (Ma, Pgd), 2025). Les études montrent que dans les pays à revenu faible et intermédiaire, une meilleure fonction physique est associée à un bien-être subjectif accru, bien que des résultats inattendus, comme une vitesse de marche élevée associée à un bien-être moindre en Afrique du Sud, soulignent la complexité de ces relations (Gildner et al., 2019). Le comportement sédentaire prolongé est lié à des risques accrus de déclin fonctionnel et cognitif, ce qui affecte négativement la qualité de vie et le bien-être psychologique des personnes âgées (Freitas et al., 2025). En Afrique du Sud, par exemple, une proportion significative de la population âgée ne respecte pas les recommandations d'activité physique, ce qui est exacerbé par des facteurs tels que l'obésité et une capacité fonctionnelle réduite (Tomaz et al., 2020b). Les environnements favorables à l'âge et les interventions communautaires sont essentiels pour promouvoir un vieillissement actif et améliorer la qualité de vie des personnes âgées, en tenant compte des divers contextes culturels et socio-économiques (Dogra et al., 2022; Stanley et al., 2024). En conclusion, l'immobilisme chez les personnes âgées en Afrique est un problème multidimensionnel qui nécessite des stratégies intégrées pour améliorer leur autonomie fonctionnelle, renforcer les relations sociales, et promouvoir un bien-être psychologique et une qualité de vie perçue plus élevés.

La relation entre l'immobilisme et la qualité perçue de vie en Afrique est fortement influencée par des facteurs tels que la pauvreté, la dépendance économique, le soutien familial, l'isolement social et l'accès limité aux services de santé. La pauvreté est à la fois une cause et une conséquence de l'immobilisme, exacerbant les difficultés économiques des personnes handicapées qui sont souvent exclues du marché du travail et confrontées à des dépenses accrues liées à leur condition, ce qui les pousse davantage dans la pauvreté (Maseno & Lukalo, 2025). Dans les villes africaines, la mobilité limitée, souvent réduite à la marche, restreint l'accès aux opportunités économiques et sociales, piégeant les ménages dans un cycle de pauvreté (Olvera et al., 2008). L'isolement social et le manque de soutien familial, exacerbés par la modernisation et la migration, laissent les personnes âgées et vulnérables sans ressources suffisantes pour faire face aux défis de la vieillesse, aggravant leur vulnérabilité sociale et économique (Lukman Umor et al., 2025). De plus, les blessures physiques, comme les traumatismes des membres inférieurs, limitent la mobilité et entraînent des pertes économiques et une détresse psychologique, affectant la qualité de vie des individus et de leurs familles (Kohler et al., 2017). L'accès limité aux services de santé, particulièrement dans les zones rurales, aggrave ces problèmes, car les infrastructures de santé sont souvent inadéquates pour répondre aux besoins des populations vieillissantes et vulnérables (Niedermeier et al., 2017). Enfin, l'isolement social et l'exclusion urbaine, exacerbés

par des facteurs tels que la pandémie de COVID-19 et l'insécurité, réduisent la qualité de vie et nécessitent des interventions politiques pour améliorer la viabilité urbaine et l'inclusion sociale (Yekeen & Misnan, 2024). Ces dynamiques complexes soulignent la nécessité de politiques intégrées qui abordent ces multiples dimensions pour améliorer la qualité de vie en Afrique.

L'immobilisme et la dépendance fonctionnelle chez les personnes âgées en République démocratique du Congo (RDC) sont des préoccupations majeures, exacerbées par divers facteurs socio-économiques et de santé. En RDC, les conditions de vie difficiles, notamment en milieu rural, aggravent ces problèmes. Les personnes âgées souffrent souvent de malnutrition, ce qui est associé à une diminution de la capacité fonctionnelle et à une dépendance accrue pour les activités de la vie quotidienne (ADL) et les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) (Andre et al., 2013; Idiakheua et al., 2025). En outre, les obstacles économiques limitent l'accès aux soins de santé, ce qui contribue à la détérioration de la santé des personnes âgées (Zihindula & Maharaj, 2013). Les études menées dans des hospices à Kisangani révèlent que de nombreux résidents souffrent de problèmes de santé non traités, tels que le rhumatisme aigu, et que l'absence d'exercice physique est un facteur prédominant de leur souffrance (Edouard et al., 2022). En somme, l'immobilisme et la dépendance fonctionnelle chez les personnes âgées en RDC sont influencés par une combinaison de facteurs liés à l'inactivité physique, à la malnutrition, et aux conditions socio-économiques précaires, soulignant la nécessité de programmes de santé et de nutrition adaptés pour améliorer leur qualité de vie. Malgré cette littérature abondante, les données empiriques sur l'immobilisme et la qualité de vie perçue chez les personnes âgées en RDC restent rares, dispersées et souvent limitées à des contextes urbains ou hospitaliers. À notre connaissance, aucune étude à méthodes mixtes n'a documenté simultanément la prévalence de l'immobilisme, ses déterminants et les expériences subjectives des personnes âgées dans une aire de santé de Likasi. La présente étude vise à combler ce vide en répondant à la question suivante : quelle est l'influence de l'immobilisme sur la qualité de vie perçue chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans l'aire de santé Kalipopo ?

ÉNONCÉ DU PROBLÈME

Le vieillissement s'accompagne d'une vulnérabilité accrue aux limitations fonctionnelles, mais l'immobilisme ne saurait être considéré comme une conséquence inéluctable de l'âge. Dans le contexte étudié, plusieurs facteurs peuvent concourir à son installation ou à son aggravation : maladies chroniques et affections musculosquelettiques, douleurs aiguës ou chroniques, faiblesse musculaire et sarcopénie, antécédents de chutes et peur de tomber, troubles sensoriels, dénutrition, pathologies somatiques et suites post-chirurgicales. À ces facteurs sanitaires s'ajoutent des déterminants liés à l'environnement et aux conditions de vie, notamment la précarité économique, la dépendance financière, l'insuffisance de soutien formel, la disponibilité limitée des proches aidants et les difficultés d'accès à une prise en charge gériatrique adaptée. Le modèle conceptuel présenté dans le document met également en évidence certains facteurs sociaux tels que la contention, l'insuffisance d'accompagnement et la maltraitance. Ces facteurs peuvent s'entretenir mutuellement et favoriser une spirale de diminution de l'activité, de perte de force et d'autonomie.

Le problème central à investiguer est la présence de l'immobilisme et de la perte de mobilité chez les personnes âgées de l'Aire de Santé Kalipopo, associée à une dégradation de leur qualité perçue de vie. Le document transmis décrit une population âgée présentant une importante limitation du périmètre de marche, une réduction des activités quotidiennes et un besoin élevé d'assistance pour les déplacements. L'immobilisme apparaît ainsi comme un phénomène multidimensionnel qui ne se limite pas à la restriction des mouvements : il compromet l'autonomie, réduit la participation aux activités habituelles, limite les sorties du domicile et modifie profondément la manière dont les personnes âgées perçoivent leur santé, leur environnement, leurs relations sociales et leur propre place dans la vie. La question de santé publique ne réside donc pas uniquement dans la mobilité réduite, mais dans son retentissement global sur le bien-être et la qualité perçue de vie.

À court terme, l'immobilisme peut entraîner une diminution de la capacité à réaliser les activités de la vie quotidienne, une dépendance accrue pour les déplacements et un confinement au domicile, au fauteuil ou au lit. Il peut favoriser également la fatigue, la perte de force, la limitation des mouvements et l'aggravation des douleurs et des difficultés fonctionnelles. Sur le plan psychosocial, la réduction des sorties et des activités peut rapidement diminuer les interactions avec les proches, les amis et la communauté. Le document met ainsi en évidence des perceptions défavorables de l'état de santé et de la qualité de vie, ainsi que des manifestations de tristesse, de nervosité, de découragement, de fatigue et d'isolement.

À moyen terme, la persistance de l'immobilisme peut accélérer le déclin fonctionnel et installer un cercle vicieux associant inactivité, faiblesse musculaire, perte d'autonomie, dépendance et aggravation de la restriction de mobilité. Les conséquences physiques peuvent inclure ou favoriser l'ankylose, l'amyotrophie, les escarres, les complications thromboemboliques, les complications respiratoires, les troubles digestifs et urinaires ainsi que l'aggravation de la fragilité. Parallèlement, la diminution de la participation sociale peut conduire à une rupture progressive des relations, à une marginalisation ressentie et à une dépendance croissante vis-à-vis des membres de la famille. Cette situation peut également accroître la charge des proches aidants lorsque les services professionnels ou communautaires sont insuffisants.

À long terme, l'immobilisme prolongé risque de s'inscrire dans une trajectoire de dépendance sévère, de fragilité et de perte durable d'autonomie, avec un retentissement sur la santé physique, la santé mentale et l'intégration sociale. La diminution persistante de la participation à la vie familiale et communautaire peut entraîner une perte du rôle social, un sentiment d'inutilité, une détérioration du bien-être psychologique et une réduction du sens accordé à la vie. Dans les situations les plus graves, la détresse existentielle peut aller jusqu'à l'expression d'un désespoir profond et d'idées potentielles suicidaires. À l'échelle familiale et du système de santé, la dépendance prolongée peut également accroître le poids des soins informels et révéler les insuffisances des mécanismes de protection sociale et de prise en charge gériatrique. L'enjeu devient alors celui d'une réponse intégrée de santé publique visant simultanément la prévention de la perte de mobilité, le maintien de l'autonomie, le soutien psychosocial et l'accompagnement des familles.

De ce qui précède, trois hypothèses guident cette étude : (1) la prévalence de l'immobilisme est élevée chez les personnes âgées de Kalipopo ; (2) l'immobilisme est associé négativement à toutes les dimensions de la qualité perçue ; (3) le sentiment d'isolement et la dépendance fonctionnelle aggravent l'effet de l'immobilisme sur la qualité de vie perçue.

MATERIELS ET METHODES

Cette étude communautaire transversale à méthodes mixtes, de devis convergent parallèle, a été conduite sur 20 mois (août 2024–mars 2026) dans l'Aire de Santé Kalipopo, Zone de Santé de Kikula, Likasi, Haut-Katanga, République démocratique du Congo. Elle visait à déterminer la prévalence de l'immobilisme, à évaluer la qualité de vie perçue et à analyser leur influence chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le cadre conceptuel a combiné le modèle de qualité de vie de l'OMS (1994) et le modèle de l'immobilisme d'Urzúa et Caqueo-Urizar (2012). L'unité d'analyse était le ménage abritant au moins une personne âgée.

La composante quantitative a porté sur 65 personnes âgées de 65 ans et plus, en situation d'immobilisme, résidant dans l'aire de santé, sans trouble cognitif et ayant consenti. Les données ont été recueillies en face-à-face par questionnaire et échelles validées : échelle d'immobilisme adaptée et échelle de qualité de vie LEIPAD ou WHOQOL-BREF/OLD. Les analyses ont été effectuées sur SPSS 26.0 (descriptives, χ^2 , ANOVA, corrélations de Pearson, régression logistique), avec un seuil de significativité $p < 0,05$.

La composante qualitative a reposé sur un échantillonnage raisonné de 13 participants, sous-échantillon des participants quantitatifs, choisis pour représenter différents niveaux d'immobilisme et situations sociales. Des entretiens semi-directifs individuels, en face-à-face, d'environ 30 minutes, ont été menés jusqu'à saturation des données à l'aide d'un guide prétesté auprès de 10 personnes. Une analyse thématique en six étapes a été réalisée, avec double codage indépendant et résolution des divergences par consensus. Les données qualitatives et quantitatives ont été intégrées par une matrice de convergence lors de l'interprétation.

Aspects éthiques

Le protocole a été approuvé par le comité d'éthique de l'Institut Supérieur des Techniques médicales Saint Joseph de Likasi. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé écrit. Pour les personnes dépendantes incapables de signer, un consentement par procuration a été obtenu auprès du proche aidant, conformément aux principes de la déclaration d'Helsinki.

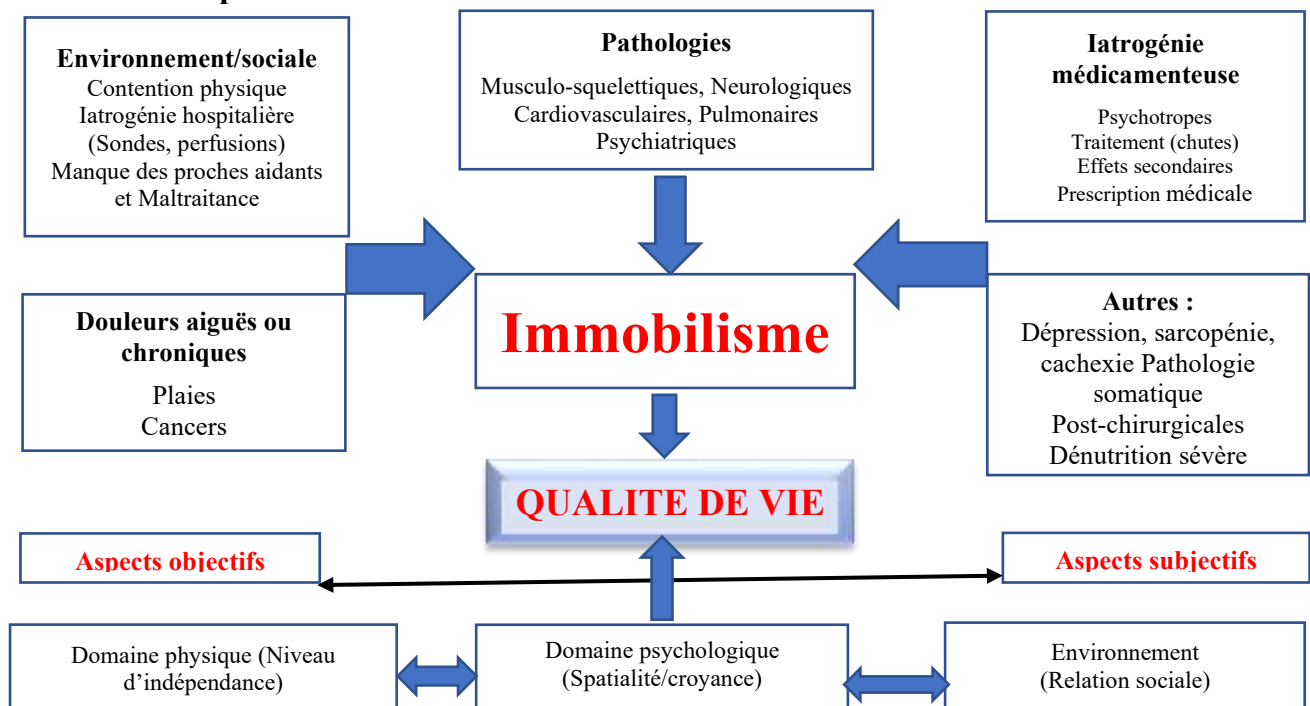
Modèle conceptuel :

Figure 1 : Modèle conceptuel intégratif de la qualité de vie (définition de l'OMS, 1994) et l'immobilité (d'après Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

La figure 1 présente un modèle conceptuel intégratif adapté de l'OMS (1994) et d'Urzúa et Caqueo-Urizar (2012). Les flèches pleines indiquent les relations supposées causales entre les déterminants de l'immobilisme et la qualité de vie perçue. Les flèches bidirectionnelles entre qualité de vie, aspects subjectifs soulignent la nature interactive de l'expérience de santé. Ce modèle a guidé la construction du guide d'entretien et l'interprétation des résultats.

III. RÉSULTATS**Tableau 1 : Statistiques descriptives des caractéristiques sociodémographiques**

Caractéristique	Catégorie	n	%	IC 95%
Âge (ans)	65-74	12	18,5	[9,1-27,9]
	75-84	18	27,7	[16,9-38,5]
	85-94	25	38,5	[26,7-50,3]
	≥95	10	15,4	[6,6-24,2]
Sexe	Féminin	39	60,0	[48,1-71,9]
	Masculin	26	40,0	[28,1-51,9]
Statut matrimonial	Célibataire	1	1,5	[0,0-4,5]
	Marié(e)	16	24,6	[14,1-35,1]
	Veuf/Veuve	48	73,8	[63,1-84,5]
Niveau d'instruction	Primaire	36	55,4	[43,3-67,5]
	Secondaire	29	44,6	[32,5-56,7]
Emploi	Oui	8	12,3	[4,3-20,3]
	Non	57	87,7	[79,7-95,7]
Source de revenus	Enfants	35	53,8	[41,7-65,9]
	Pension	12	18,5	[9,1-27,9]
	Autre	18	27,7	[16,9-38,5]

La répartition par âge ne montre pas de différence statistiquement significative au seuil de 0,05 ($\chi^2 = 7,62$; dl = 3 ; $p = 0,054$), bien que les 85-94 ans soient les plus représentés (38,5 %). Le veuvage est massivement prédominant (73,8 % ; $p < 0,001$), ce qui suggère une surmortalité masculine et une vulnérabilité sociale des femmes âgées. L'absence d'emploi (87,7 %) et la dépendance financière envers les enfants (53,8 %) témoignent d'une précarité structurelle. Ces caractéristiques doivent être prises en compte dans l'interprétation des associations ultérieures.

Tableau 2 : Prévalence des indicateurs d'immobilisme

Indicateur	Oui (%)	Non (%)	IC 95%
Pratique d'AP	24,6	75,4	[14,1-35,1]
Diminution périmètre marche	90,8	9,2	[83,7-97,9]
Incapacité mouvements	67,7	32,3	[56,3-79,1]
Confinement au fauteuil	47,7	52,3	[35,5-59,9]
Vie sexuelle insatisfaisante	100,0	0,0	
Besoin assistance déplacement	83,1	16,9	[74,0-92,2]

La prévalence de l'inactivité physique est de 75,4 % (IC 95 % : 14,1-35,1 pour la pratique d'activité physique), celle de la réduction du périmètre de marche de 90,8 % (IC 95 % : 83,7-97,9) et celle du besoin d'assistance pour les déplacements de 83,1 % (IC 95 % : 74,0-92,2). Le confinement au fauteuil concerne 47,7 % des participants, sans différence statistiquement significative ($p = 0,710$).

L'item sur la vie sexuelle présente une prévalence de 100 % d'insatisfaction, mais l'absence de variabilité et de test statistique invite à interpréter ce résultat avec prudence. Ces chiffres dépassent les prévalences rapportées en Éthiopie (65,6 %) par Shiferaw et al. (2024) et en Afrique du Sud (60,5 %) par Peltzer & Phaswana-Mafuya (2012).

Tableau 3 : Perception de la santé et de la qualité de vie

Variable	Catégorie	n	%	IC 95%
État de santé actuel	Mauvais	57	87,7	[79,7-95,7]
	Bon	7	10,8	[3,3-18,3]
	Très bon	1	1,5	[0,0-4,5]
Satisfaction santé	Insatisfait	23	35,4	[23,8-47,0]
	Ni satisfait/non	19	29,2	[18,1-40,3]
	Très insatisfait	11	16,9	[7,8-26,0]
	Très satisfait	12	18,5	[9,1-27,9]
Aimer sa vie	Modérément	30	46,2	[34,1-58,3]
	Pas du tout	17	26,2	[15,5-36,9]
	Un peu	8	12,3	[4,3-20,3]
	Beaucoup/Extrêmement	10	15,4	[6,6-24,2]
Sens de la vie	Pas du tout	39	60,0	[48,1-71,9]
	Un peu	19	29,2	[18,1-40,3]
	Beaucoup/Extrêmement	7	10,8	[3,3-18,3]
Sentiment sécurité	Pas du tout	39	60,0	[48,1-71,9]
	Un peu	22	33,8	[22,3-45,3]
	Modérément/Beaucoup	4	6,2	[0,3-12,1]
Qualité de vie globale	Très faible	26	40,0	[28,1-51,9]
	Faible	30	46,2	[34,1-58,3]
	Ni faible ni bonne	8	12,3	[4,3-20,3]
	Bonne	1	1,5	[0,0-4,5]

La perception négative de l'état de santé est très fréquente (87,7 %). La qualité de vie globale est jugée faible ou très faible par 86,2 % des participants. Le sentiment d'insécurité (60,0 %) et l'absence de sens à la vie (60,0 %) constituent des marqueurs de détresse existentielle. Toutefois, les incohérences d'effectifs pour les items « Aimer sa vie » et « Sens de la vie » doivent être corrigées avant toute interprétation.

Tableau 4 : Analyse de corrélation entre l'immobilisme et les dimensions de la qualité de vie (Test de Pearson)

Dimensions de la QPV	Inactivité physique	Périmètre de marche réduit	Dépendance déplacement	Confinement
Santé perçue	$r = -0,482$; IC 95 % [-0,649 ; -0,270] ; $p < 0,001$	$r = -0,563$; IC 95 % [-0,709 ; -0,370] ; $p < 0,001$	$r = -0,521$; IC 95 % [-0,679 ; -0,317] ; $p < 0,001$	$r = -0,489$; IC 95 % [-0,655 ; -0,278] ; $p < 0,001$
Bien-être psychologique	$r = -0,398$; IC 95 % [-0,585 ; -0,171] ; $p = 0,001$	$r = -0,487$; IC 95 % [-0,653 ; -0,276] ; $p < 0,001$	$r = -0,442$; IC 95 % [-0,619 ; -0,222] ; $p < 0,001$	$r = -0,412$; IC 95 % [-0,596 ; -0,187] ; $p < 0,001$
Relations sociales	$r = -0,425$; IC 95 % [-0,606 ; -0,202] ; $p < 0,001$	$r = -0,512$; IC 95 % [-0,672 ; -0,306] ; $p < 0,001$	$r = -0,478$; IC 95 % [-0,647 ; -0,265] ; $p < 0,001$	$r = -0,436$; IC 95 % [-0,614 ; -0,215] ; $p < 0,001$
Qualité de vie globale	$r = -0,456$; IC 95 % [-0,630 ; -0,239] ; $p < 0,001$	$r = -0,538$; IC 95 % [-0,691 ; -0,338] ; $p < 0,001$	$r = -0,504$; IC 95 % [-0,666 ; -0,296] ; $p < 0,001$	$r = -0,461$; IC 95 % [-0,634 ; -0,245] ; $p < 0,001$

Note : Nature et distribution des scores :

Indicateurs d'immobilisme : variables binaires (Oui / Non) pour l'inactivité physique, la réduction du périmètre de marche, la dépendance pour le déplacement et le confinement.

Dimensions de la qualité de vie perçue : scores quantitatifs continus, calculés comme la somme des items de l'échelle (LEIPAD / WHOQOL-BREF), exprimés sur une échelle de 0 à 100. La normalité de leur distribution a été vérifiée par le test de Shapiro-Wilk ($p > 0,05$), confirmant une distribution normale.

Type de corrélation : coefficients de Pearson (équivalents à des corrélations point-bisériales pour les variables binaires). Les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés par transformation de Fisher (z de Fisher). Les p-values sont bilatérales.

Interprétation : Toutes les corrélations sont négatives et statistiquement significatives. Plus l'immobilisme est important (inactivité, réduction du périmètre de marche, dépendance, confinement), plus les scores de qualité de vie perçue diminuent dans toutes ses dimensions. Les corrélations les plus fortes concernent la réduction du périmètre de marche et la santé perçue ($r = -0,563$; IC 95 % [-0,709 ; -0,370] ; $p < 0,001$), ainsi que la qualité de vie globale ($r = -0,538$; IC 95 % [-0,691 ; -0,338] ; $p < 0,001$). La dimension psychologique est également significativement affectée, bien qu'avec une intensité légèrement moindre ($r = -0,398$; IC 95 % [-0,585 ; -0,171] ; $p = 0,001$ pour l'inactivité physique). Ces résultats confirment l'influence multidimensionnelle et délétère de l'immobilisme sur la qualité de vie perçue des personnes âgées étudiées.

Tableau 5 : Analyse de régression logistique - Facteurs associés à la faible qualité de vie (QPV)

Variable	OR ajusté	IC 95%	p-value
Âge (réf : 65-74 ans)			
75-84 ans	2,34	[0,98-5,59]	0,056
85-94 ans	4,12	[1,67-10,17]	0,002
≥95 ans	6,78	[2,31-19,89]	<0,001
Sexe féminin (réf : masculin)	2,89	[1,42-5,88]	0,003
Absence d'emploi	3,45	[1,58-7,53]	0,002
Dépendance financière	4,21	[1,89-9,38]	<0,001
Inactivité physique	5,67	[2,45-13,12]	<0,001
Périmètre marche réduit	6,23	[2,78-13,96]	<0,001
Sentiment d'isolement	4,89	[2,12-11,28]	<0,001
Douleur chronique	3,78	[1,65-8,66]	0,002

Le modèle de régression logistique binaire explique 48,7 % de la variance de la faible qualité de vie perçue (R^2 de Nagelkerke = 0,487 ; Hosmer-Lemeshow $\chi^2 = 8,23$; $p = 0,412$). Les facteurs les plus fortement associés sont la réduction du périmètre de marche (OR = 6,23 ; IC 95 % : 2,78-13,96), l'inactivité physique (OR = 5,67 ; IC 95 % : 2,45-13,12) et le sentiment d'isolement (OR = 4,89 ; IC 95 % : 2,12-11,28). L'âge avancé, le sexe féminin et la dépendance financière sont également des prédicteurs significatifs. Compte tenu de la taille de l'échantillon, ces résultats doivent être interprétés avec prudence et confirmés par des études de plus grande puissance.

Tableau 6 : Association entre l'immobilisme et la qualité de vie perçue

Niveau d'immobilisme	Score QPV moyen (0-100)	Écart-type
Léger (n=8)	62,5	±8,7
Modéré (n=22)	45,3	±10,2
Sévère (n=35)	28,7	±11,4

L'ANOVA révèle une différence significative entre les groupes ($F(2,62) = 24,36$; $p < 0,001$). Le score moyen de qualité de vie passe de $62,5 \pm 8,7$ chez les participants avec immobilisme léger à $45,3 \pm 10,2$ chez ceux avec immobilisme modéré, puis à $28,7 \pm 11,4$ chez ceux avec immobilisme sévère. La différence de 33,8 points entre les groupes léger et sévère est significative au test post-hoc de Tukey ($p < 0,001$). Cette relation dose-dépendante renforce l'hypothèse d'un lien robuste entre immobilisme et qualité de vie, sans toutefois démontrer la causalité.

Tableau 7 : Analyse qualitative thématique - Fréquence des thèmes émergents

Thème principal	Sous-thèmes	Verbatims (n)	Fréquence (%)
Souffrance physique	Douleur articulaire	11	84,6
	Fatigue chronique	9	69,2
	Perte de force	10	76,9
Isolement social	Rupture relations	12	92,3
	Sentiment marginalisation	10	76,9
	Abandon perçu	9	69,2
Détrese psychologique	Perte d'espoir	11	84,6
	Idées suicidaires	6	46,2
	Sentiment d'enfermement	8	61,5
Dépendance	Besoin d'aide permanente	10	76,9
	Perte d'autonomie	13	100,0
	Confinement	9	69,2
Absence de soutien	Manque de soins	11	84,6
	Abandon familial	8	61,5
	Résignation	7	53,8

Les fréquences sont calculées sur la base des 13 entretiens réalisés. La perte d'autonomie est rapportée par l'ensemble des participants (13/13 ; 100 %), la rupture des relations sociales par 12/13 (92,3 %) et la souffrance physique par 11/13 (84,6 %). Les idées suicidaires concernent 6/13 participants (46,2 %) et le sentiment d'enfermement 8/13 (61,5 %). Ces résultats confirment la dimension existentielle de la détresse liée à l'immobilisme et dépassent les taux habituellement rapportés dans les populations âgées d'Afrique subsaharienne.

Aspects qualitatifs

Le domaine physique est affecté par une souffrance physique chronique et invalidante, principalement due aux douleurs articulaires (genoux, hanche). Ces douleurs sont considérées comme des facteurs influençant l'immobilisme. Pour certains, ce domaine est affecté par les problèmes oculaires et auditifs qui, combinés à l'immobilité, entraînent une dépendance totale. Pour d'autres, la fatigue et la diminution de la force sont perçues comme liées à la réduction des capacités. L'incapacité à réaliser des tâches habituelles, comme les travaux champêtres et le confinement au lit ou dans la chambre se situent en dernière position par rapport au domaine physique. Les données qualitatives ont été analysées selon une analyse thématique en six étapes : familiarisation, codage initial, recherche de thèmes, révision des thèmes, définition et nomination, production du rapport. Deux chercheurs ont codé indépendamment les transcriptions ; les divergences ont été résolues par consensus. Les verbatims ont été sélectionnés pour illustrer chaque thème. L'intégration avec les données quantitatives a été réalisée par une matrice de convergence, permettant d'identifier les points de confirmation, d'expansion et de contradiction.

« [...] Oui, les capacités sont totalement réduites et les jambes me font mal, et cela dure depuis plus de 15 ans [...] » (R1). « [...] Oui les capacités sont énormément réduites, depuis 1 an que j'ai constaté cela, la force diminue davantage [...] » (R10). « [...] Je souffre beaucoup, ce sont seulement les articulations qui me dérangent trop, j'avais juste constaté que la force a commencé à diminuer petit à petit [...] Les genoux et la hanche me font énormément mal [...] » (R3). « [...] Mon fils, je suis vraiment fatigué, raison pour laquelle je ne sors même pas [...] j'ai du mal à me déplacer [...] » (R11).

L'immobilisme chez les personnes de âgées est un phénomène qui dépasse le simple handicap physique. Certains des participants notent que cette immobilité engendre un isolement social et émotionnel profond (confinement), pour certains une dépendance totale, et une perception très négative de la qualité de vie, et d'autres la jugent "mauvaise". La perte de rôle social et la douleur articulaire sont considérées comme des catalyseurs de ce déclin multifactoriel.

« [...] Je ne marche pas sur une longue distance, et je ne saurais pas le faire. Ma vie n'est pas bonne, je ne sors pas de la maison, je ne fais aucune activité [...] » (R8). « [...] La vie n'est pas bonne, car je ne marche plus [...] Avant je marchais normalement et seul, maintenant la marche m'est difficile, seulement avec l'aide de quelqu'un d'autre, et cette fois-ci, il faut la moto pour tout déplacement [...] » (R5). « [...] Surtout les douleurs articulaires dues à l'incapacité de marcher m'affectent vraiment et m'empêchent de réaliser toutes les activités quotidiennes [...] » (R9). « [...] Je faisais mes travaux champêtres mais maintenant il m'est difficile de le faire [...] » (R11). « [...] Je suis confiné dans ma chambre ; maintenant je suis incapable de réaliser mes activités que je faisais normalement [...] » (R9). « [...] On fait tout pour moi, le fait de rester alité est le facteur à la base de la dégradation de ma santé [...] » (R10).

Les entretiens suggèrent une relation perçue entre limitation de mobilité et isolement, conduisant à une détérioration du bien-être psychologique et social. Pour ce faire, les répondants décrivent une rupture nette et douloureuse avec les relations préexistantes, d'autres manifestent un sentiment d'être dévalorisés et rejetés, mais d'autres expriment une insuffisance du soutien matériel.

« [...] Depuis un certain temps, tous ceux que je considérais comme mes amis ne viennent plus [...] Tout le monde a disparu, je ne les vois plus depuis que la maladie a commencé [...] » (R1). « [...] Le fait de ne pas marcher m'inquiète trop, mes amis ont même commencé à m'ignorer ; je suis marginalisé suite à l'immobilité et totalement abandonné [...] » (R3). « [...] Toutes mes relations sont réduites, parce que je n'ai plus de moyens [...] » (R8). « [...] Je ne pense pas beaucoup par rapport à la vie, malgré que je sois pensionné, je reçois quand même quelque chose chez FINKA [...] De toutes les façons, je souffre, je ne sors pas de la maison [...] » (R11).

La première priorité exprimée par les répondants est de nature médicale et curative, ce qui reflète leur perception de l'immobilisme comme une maladie réversible, le deuxième besoin exprimé est une reconnaissance de la dépendance quotidienne et la nécessité d'un soutien non technique mais humain. Certains répondants révèlent une qualité perçue de vie totalement dégradée et d'autres rejettent l'idée même d'une amélioration possible, insistant sur l'urgence d'une prise en charge globale (médicale et psychosociale).

« [...] Ce qui est important pour le moment, c'est me faire soigner afin que je recouvre ma santé. Juste les soins médicaux [...] Je souhaiterais qu'on mette à ma disposition quelqu'un en permanence pour m'aider en cas de besoin [...] » (R4). « [...] Comme mesure, je souhaite qu'on mette quelqu'un à ma disposition qui puisse m'aider à faire certaines activités [...] » (R10). « [...] Aucune mesure à prendre pour ça, il n'y a pas d'intérêt ; mieux vaut laisser, car ça ne va à rien servir [...] » (R12).

L'influence de l'immobilisme sur la qualité perçue de vie est fortement dégradée. Chez certaines personnes de âgées, elle se manifeste par une mauvaise qualité perçue de vie uniformément, découlant non seulement de la douleur et de l'incapacité de sortir, mais surtout d'un effondrement de la dimension psychologique et sociale. Pour d'autres, l'incapacité de participer aux activités sociales les mène à un sentiment d'inutilité sociale et enfin, pour les autres, à une perte totale du désir de vivre. L'immobilisme des personnes âgées n'est pas seulement un facteur de risque physique, mais c'est aussi un facteur de risque existentiel qui nécessite une intervention axée sur le rétablissement du rôle social et du bien-être moral.

« [...] J'ai une mauvaise qualité de vie car imagine, je ne suis plus important dans la société... [...] » (R1). « [...] Avec le problème que j'ai (le fait de ne pas sortir de la maison) je n'ai plus l'envie de vivre, je suis affecté moralement malgré que je mange bien [...] » (R2). « [...] Se déplacer c'est la vie, à quoi bon de vivre, je n'ai aucun intérêt de vivre, les articulations me font mal [...] » (R7). « [...] La vie quotidienne n'est pas bonne... ; je me sens comme si j'étais en prison [...] » (R9).

Les réponses des participants révèlent l'ampleur de la souffrance psychologique et existentielle induite par l'immobilisme. Les défis émotionnels sont dominés par les expressions de dépression sévère, le désespoir et l'appel à la mort, confirmant que l'immobilisme est un déterminant majeur et critique de la dégradation de la qualité de vie dans ses domaines les plus fondamentaux. De nombreuses personnes de âgées perçoivent l'immobilisme comme une condamnation à mort sociale et existentielle, certaines comme un niveau de désespoir qui va au-delà de la tristesse, d'où la perte du goût de vivre (vie qualitativement insatisfaisante).

« [...] Je suis arrivé au bout avec cette maladie... je n'ai pas besoin de vivre encore [...] Que la mort m'emporte même, mes jours sont comptés... à quoi bon de vivre [...] » (R4). « [...] La paralysie m'a rendu un très mauvais service, je n'ai plus le goût de la vie [...] » (R11). « [...] Je ne marche pas sur une longue distance... Sans te mentir je vis mal [...] » (R8).

Quant aux mesures prises pour les soutenir dans cette situation, bien que non directement illustrée par des verbatims spécifiques sur les mesures prises, trouve sa réponse implicite dans le niveau de détresse et le besoin exprimé. Ainsi, l'un des répondants considère que l'absence de soutien est la cause indirecte de l'aggravation de la détresse psychologique et de la dégradation critique de la qualité perçue de vie.

« [...] Aucune mesure à prendre pour ça, il n'y a pas d'intérêt ; mieux vaut laisser, car ça ne va à rien servir [...] » (R11). « [...] Tout le monde a disparu... [...] » (R2) & Demande d'aide permanente [...] » (R11).

DISCUSSION

L'étude menée dans l'Aire de Santé Kalipopo a mis en évidence une prévalence extrêmement élevée de l'immobilisme (75,4% d'inactivité physique, 90,8% de réduction du périmètre de marche) et une qualité de vie perçue très dégradée (86,2% l'évaluant comme faible à très faible). Ces résultats confirment les travaux d'Amlak et al. (2025) qui ont rapporté une prévalence globale de l'incapacité fonctionnelle de 42,91% pour les BADL en Afrique, mais les dépassent nettement, suggérant une vulnérabilité particulière de la population étudiée. La prévalence de l'inactivité physique (75,4%) est supérieure à celle rapportée en Éthiopie (65,6%) par Shiferaw et al. (2024) et en Afrique du Sud (60,5%) par Peltzer & Phaswana-Mafuya (2012). Cette différence pourrait s'expliquer par l'âge moyen plus élevé de notre échantillon (mode 85-94 ans) et les conditions socio-économiques particulièrement précaires en RDC, où l'accès aux soins gériatriques est quasi inexistant (Zihindula & Maharaj, 2013). Les travaux de Wang et al. (2024) sur la mobilité restreinte des personnes âgées vivant dans la communauté (42%) confirment la gravité de la situation à Kalipopo.

La prédominance féminine (60%) et le taux élevé de veuvage (73,8%) observés sont cohérents avec la surmortalité masculine et la plus grande longévité féminine documentées. La forte dépendance financière envers les enfants (53,8%) est un facteur de vulnérabilité structurelle qui, comme l'ont souligné Lukman Umor et al. (2025), expose les personnes âgées à un risque accru de négligence et d'isolement en l'absence de protection sociale formelle. Cette situation contraste avec les pays à revenu élevé où les systèmes de retraite et les politiques de vieillissement actif (Dogra et al., 2022) permettent un maintien de l'autonomie financière.

Notre modèle de régression a identifié la réduction du périmètre de marche ($OR=6,23$) et l'inactivité physique ($OR=5,67$) comme les principaux prédicteurs d'une faible QPV. Ces résultats corroborent les travaux de Freiburger et al. (2020) sur le lien entre mobilité réduite et déclin de la QPV, et de Lemos & Monteiro (2019) sur la "cascade de l'immobilisme" où l'inactivité entraîne une spirale de déconditionnement physique. La corrélation négative forte entre la mobilité réduite et la santé perçue ($r = -0,563$, $p < 0,01$) confirme que la mobilité est un déterminant central de la qualité de vie, comme l'avaient suggéré Stenholm et al. (2015).

L'analyse qualitative a révélé une détresse psychosociale profonde. Le sentiment d'isolement (60%), la rupture des relations sociales et les idées suicidaires (46,2%) dépassent les constats habituels dans la littérature. Ces résultats rejoignent les travaux de Kalu et al. (2022) sur les facteurs psychosociaux de la mobilité réduite, et sur la marginalisation des aînés en milieu urbain africain. Le verbatim « Je me sens comme si j'étais en prison » illustre parfaitement le concept de "privation de liberté" lié à l'immobilisme.

L'absence d'emploi (87,7%) et la dépendance financière sont des facteurs aggravants qui limitent l'accès aux soins et aux aides techniques, comme l'ont souligné Asri et al. (2018). Le faible niveau d'instruction (55,4% primaire) pourrait également limiter la compréhension des recommandations de santé et l'accès aux informations sur la prévention de l'immobilisme, comme suggéré par Maruf et al. (2024) au Nigeria. L'insécurité généralisée (60% ne se sentent pas en sécurité) est un facteur

environnemental critique qui, selon Che Had et al. (2023), contribue à la restriction de la mobilité en limitant les déplacements extérieurs.

Sur le plan national, nos résultats prolongent les observations d'Andre et al. (2013) à Luozi, qui avaient montré qu'une malnutrition et une capacité fonctionnelle réduite étaient associées à une dépendance accrue chez les personnes âgées rurales en RDC. Ils rejoignent également les constats d'Edouard et al. (2022) à Kisangani, où l'absence d'exercice physique et les affections rhumatismales non traitées constituaient des facteurs majeurs de souffrance. Cependant, notre étude est la première à quantifier l'association entre immobilisme et qualité de vie perçue dans une aire de santé de Likasi, en combinant des échelles standardisées et des entretiens semi-directifs. Sur le plan international, la prévalence de l'inactivité physique (75,4 %) dépasse celle rapportée en Éthiopie (65,6 %) par Shiferaw et al. (2024) et en Afrique du Sud (60,5 %) par Peltzer & Phaswana-Mafuya (2012). Cette différence pourrait s'expliquer par l'âge plus avancé de notre échantillon, la précarité économique, l'insécurité et l'absence de services gérontologiques. La relation dose-réponse entre immobilisme et qualité de vie confirme les travaux de Freiburger et al. (2020) et de Lemos & Monteiro (2019) sur la cascade de l'immobilisme. Le sentiment d'isolement (OR = 4,89) et la rupture des relations sociales (92,3 %) soulignent l'importance des déterminants sociaux, comme l'ont montré Kalu et al. (2022) et Lukman Umor et al. (2025). Enfin, la fréquence élevée des idées suicidaires (46,2 %) appelle une réponse urgente en santé mentale, intégrée aux soins primaires, conformément aux recommandations de l'OMS (1994) et de Dogra et al. (2022).

Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites qui doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats. Premièrement, son caractère monocentrique et communautaire, limité à une seule Aire de santé de Likasi, restreint la généralisation des estimations à d'autres populations de la RDC. Deuxièmement, la taille quantitative (n=65) limite la précision des estimations et la stabilité des modèles multivariés, particulièrement lorsque plusieurs variables fortement corrélées sont introduites simultanément. Troisièmement, le devis transversal ne permet pas d'établir la temporalité entre limitation de mobilité, état de santé et qualité de vie, les associations observées ne doivent donc pas être interprétées comme des effets causaux. Quatrièmement, l'exclusion des personnes présentant des troubles cognitifs peut avoir réduit la représentativité des personnes âgées les plus dépendantes. Cinquièmement, les instruments de qualité de vie et d'immobilisme doivent être documentés quant à leur adaptation linguistique et leur validité dans le contexte congolais, toute incertitude sur leur validité peut introduire une erreur de mesure. Enfin, les données auto-déclarées peuvent être influencées par le rappel, la désirabilité sociale et les conditions de l'entretien. Ces limites justifient une interprétation prudente et la réalisation d'études multicentriques, longitudinales et psychométriquement validées.

CONCLUSION

Cette étude communautaire menée dans l'Aire de santé de Kalipopo met en évidence, chez les personnes âgées incluses, une fréquence élevée de limitations de mobilité et une perception défavorable de la qualité de vie, avec des associations cohérentes entre mobilité réduite, santé perçue, bien-être psychologique, relations sociales et qualité de vie globale. Les entretiens

montrent que ces limitations sont vécues à travers la douleur, la perte d'autonomie, la restriction des activités, l'isolement et une détresse psychologique parfois importante. L'intérêt principal de l'étude réside dans la mise en relation de ces dimensions dans un contexte communautaire de la RDC. Toutefois, en raison du devis transversal, de la taille limitée de l'échantillon, des incertitudes sur la définition opérationnelle de l'immobilisme et de la documentation insuffisante des instruments et analyses, les résultats doivent être considérés comme des associations locales plutôt que comme des preuves causales. Ils soutiennent néanmoins la pertinence d'approches intégrées de maintien de la mobilité, d'autonomie et de soutien psychosocial, à conformer par des études multicentriques et longitudinales.

RECOMMANDATIONS

Au niveau national, provincial et local, les résultats justifient l'intégration progressive de la prévention de la perte de mobilité et le maintien de l'autonomie dans les soins primaires destinés aux personnes âgées, notamment par le repérage précoce des limitations fonctionnelles, l'orientation vers la kinésithérapie ou la réadaptation lorsque celles-ci sont disponibles, la prévention des chutes, l'évaluation nutritionnelle et le soutien psychosocial. Dans l'Aire de santé de Kalipopo, une approche pragmatique pourrait associer les agents de santé communautaires, les familles et les structures de soins afin d'identifier les personnes à mobilité réduite, de promouvoir des exercices adaptés et sûrs, de réduire l'isolement et de faciliter l'accès aux soins. Les autorités sanitaires devraient également renforcer les mécanismes de protection et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes, tandis que les interventions pilotes devraient être évaluées avant une extension à plus grande échelle. Enfin, toute prise en charge des personnes exprimant des idées suicidaires devrait comporter un repérage systématique de la sécurité et une orientation vers les services compétents.

Aspects éthiques : L'étude a respecté les principes éthiques fondamentaux, incluant le consentement éclairé libre, l'assentiment des proches pour les personnes dépendantes, la garantie d'anonymat et de confidentialité, et l'utilisation de la langue locale pour faciliter la compréhension. Le protocole a été soumis à l'approbation du comité d'éthique de l'ISTM Saint Joseph de Likasi.

Perspectives de recherche :

Les recherches futures devraient d'abord reproduire l'étude dans plusieurs aires de santé urbaines, urbano-rurales et rurales de la RDC afin d'estimer la variabilité géographique et sociale du phénomène, puis utiliser une cohorte longitudinale pour déterminer la temporalité entre perte de mobilité, dépendance et évolution de la qualité de vie. Des études interventionnelles pragmatiques devraient ensuite tester des programmes de réadaptation à domicile, d'exercice adapté, de prévention des chutes et de soutien psychosocial, avec des critères d'efficacité fonctionnels, psychosociaux et économiques. Une attention particulière devrait être accordée à la validation transculturelle et linguistique des instruments de mobilité et de qualité de vie utilisés chez les personnes âgées congolaises. Enfin, des études qualitatives approfondies pourraient explorer les facteurs de résilience, les stratégies familiales d'aide, les expériences de maltraitance ou de négligence et les conditions organisationnelles permettant de maintenir la participation sociale malgré une mobilité réduite.

REFERENCES

- Abuhay, H. W., Derseh, N. M., Kolbe-Alexander, T. L., Gyawali, P., & Yenit, M. K. (2024). Prevalence of physical inactivity and associated factors among adults in Eastern African countries : A systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, 14(11), e084073. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084073>
- Adeloye, D., Ige-Elegbede, J. O., Auta, A., Ale, B. M., Ezeigwe, N., Omoyele, C., Dewan, M. T., Mpazanje, R. G., Agogo, E., Alemu, W., Gadanya, M. A., Harhay, M. O., & Adebiyi, A. O. (2022). Epidemiology of physical inactivity in Nigeria : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Public Health*, 44(3), 595-605. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab147>
- Akif İpek, M., Cansın Yıldırım, A., Büyükbudak, E., Tomás, J., Severino, S., & Sousa, L. (2024). Physical activity and successful aging : Community-based interventions for health promotion. *SAP Community and Interculturality in Dialogue*, 4. <https://doi.org/10.56294/cid2024.157>
- Alessy, S. A., Malkin, J. D., Finkelstein, E. A., AlAhmed, R., Baattaiah, B. A., Evenson, K. R., Rakic, S., Cetinkaya, V., Herbst, C. H., Al-Hazzaa, H. M., & Alqahtani, S. A. (2023). Effectiveness of Interventions Promoting Physical Activity and Reducing Sedentary Behavior in Community-Dwelling Older Adults : An Umbrella Review With Application to Saudi Arabia. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 13(2), 361-373. <https://doi.org/10.1007/s44197-023-00111-6>
- Amlak, B. T., Getinet, M., Getie, A., Kebede, W. M., Tarekegn, T. T., & Belay, D. G. (2025). Functional disability in basic and instrumental activities of daily living among older adults globally : A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics*, 25(1), 413. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06056-8>
- Andre, M. B., Dumavibhat, N., Ngatu, N. R., Eitoku, M., Hirota, R., & Suganuma, N. (2013). Mini Nutritional Assessment and functional capacity in community-dwelling elderly in Rural Luozi, Democratic Republic of Congo. *Geriatrics & Gerontology International*, 13(1), 35-42. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00852.x>
- Brown, C. J., & Flood, K. L. (2013). Mobility Limitation in the Older Patient : A Clinical Review. *JAMA*, 310(11), 1168. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.276566>
- Calzada, J. V. D., Alves, B. C. D. M., Santana, G. V., Araújo, G. C. C. D., & Leal, K. B. C. P. (2024). SÍNDROME DO IMOBILISMO NA GERIATRIA : UM DESAFIO MULTIDIMENSIONAL NA SAÚDE DO IDOSO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 10(8), 4158-4166. <https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15405>
- Che Had, N. H., Alavi, K., Md Akhir, N., Muhammad Nur, I. R., Shuhaimi, M. S. Z., & Foong, H. F. (2023). A Scoping Review of the Factor Associated with Older Adults' Mobility Barriers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4243. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054243>
- Clementino, M. D., Alonso, A. C., & Goulart, R. M. M. (2022). A influência da atividade física na percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Fisiologia do exercício*, 17(4), 257-264. <https://doi.org/10.33233/rbfe.v17i4.2765>
- D'Amore, C., Saunders, S., Bhatnagar, N., Griffith, L. E., Richardson, J., & Beauchamp, M. K. (2023). Determinants of physical activity in community-dwelling older adults : An umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 20(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12966-023-01528-9>
- Dogra, S., Dunstan, D. W., Sugiyama, T., Stathi, A., Gardiner, P. A., & Owen, N. (2022). Active Aging and Public Health : Evidence, Implications, and Opportunities. *Annual Review of*

- Public Health*, 43(1), 439-459. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052620-091107>
- Edouard, L. E., Bienvenu, L. M., Marie-Claire, O. O., Augustin, T. M., Raymond, A. R., & Faustin, M. E. (2022). A Medical Look at the Elderly in the Hospices of the City of Kisangani in the Democratic Republic of Congo. *International STD Research & Reviews*, 9-23. <https://doi.org/10.9734/ISRR/2022/v11i230143>
- Freiberger, E., Sieber, C. C., & Kob, R. (2020). Mobility in Older Community-Dwelling Persons : A Narrative Review. *Frontiers in Physiology*, 11, 881. <https://doi.org/10.3389/fphys.2020.00881>
- Freitas, R. O. O. D., Romero, L. M. M., & Fontes, P. A. D. S. D. (2025). Atividade física e comportamento sedentário em idosos – Revisão bibliográfica da literatura. *Research, Society and Development*, 14(10), e112141049735. <https://doi.org/10.33448/rsd-v14i10.49735>
- García Pliego, R. A., De Hoyos Alonso, M. C., Herreros Herreros, Y., Baena Díez, J. M., Gorroñogoitia Iturbe, A., Acosta Benito, M. Á., Martín Lesende, I., & Mir Sánchez, C. (2024). Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2024. *Atención Primaria*, 56, 103132. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103132>
- Gildner, T. E., Snodgrass, J. J., Evans, C., & Kowal, P. (2019). Associations Between Physical Function and Subjective Well-Being in Older Adults From Low- and Middle-Income Countries : Results From the Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). *Journal of Aging and Physical Activity*, 27(2), 213-221. <https://doi.org/10.1123/japa.2016-0359>
- Husein, M., Sukarmin, Y., Hasan, B., Kurdi, K., Suryadi, D., Nubatonis, D., & Dewantara, J. (2025). The Role of Motor Interventions in Improving the Quality of Life of the Elderly : A Systematic Review. *Altius: Jurnal Ilmu Olahraga dan Kesehatan*, 14(2), 132-145. <https://doi.org/10.36706/altius.v14i2.114>
- Idiakheua, O. D., Oguta, J. O., Wambiya, E. O., Williams, E. A., & Ranawana, V. (2025). *Nutritional status and physical function of older adults living in sub-Saharan Africa : A systematic review*. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-6965091/v1>
- Indriani, I., Qadrijati, I., Kristiyanto, A., Prasetyawati, A. E., & Nasrulloh, A. (2025). Community Exercise Interventions for Elderly : Health Outcomes and Quality of Life Meta-Analysis. *Proceeding of International Seminar and Workshop on Public Health Action*, 1(1), 481-490. <https://doi.org/10.60074/iswopha.v1i1.14082>
- Kalu, M. E., Bello-Haas, V. D., Griffin, M., Boamah, S., Harris, J., Zaide, M., Rayner, D., Khattab, N., Abraham, S., Richardson, T. K., Savatteri, N., Wang, Y., & Tkachyk, C. (2022). Cognitive, psychological and social factors associated with older adults' mobility : A scoping review of self-report and performance-based measures. *Psychogeriatrics*, 22(4), 553-573. <https://doi.org/10.1111/psyg.12848>
- Kamau, M. W., Stuart-Shor, E., Shi, L., & Hayman, L. (2013). Abstract 18813 : Prevalence and Distribution of Behavioral Cardiovascular Disease Risk Factors in Sub-Saharan Africa: The World Health Organization's World Health Survey. *Circulation*, 128(suppl_22). https://doi.org/10.1161/circ.128.suppl_22.A18813
- Kohler, R. E., Tomlinson, J., Chilunjika, T. E., Young, S., Hosseinipour, M., & Lee, C. N. (2017). "Life is at a standstill" Quality of life after lower extremity trauma in Malawi. *Quality of Life Research*, 26(4), 1027-1035. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1431-2>
- Lemos, P. F., & Monteiro, R. D. C. (2019). SÍNDROME DO IMOBILISMO : CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS NA POPULAÇÃO IDOSA. In Sheila Marta Carregosa Rocha, *Políticas de Envelhecimento Populacional 4* (1^{re} éd., p. 140-147). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.79619131116>

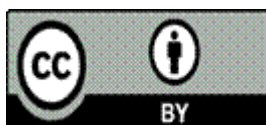
- Lima, C. M. C., Vargas, G. B., Silva, L. R. L., Lima, M. F. D., Almeida, W. O. P. D., Lomazzi, B. S., & Teixeira, R. (2025). FISIOTERAPIA PREVENTIVA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS COM ÊNFASE EM EXERCÍCIOS DE FORTALECIMENTO PARA A FUNCIONALIDADE DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVDs). *Revista ft*, 29(151), 48-49. <https://doi.org/10.69849/revistaft/ra10202510232248>
- Lukman Umor, A., Folorunsho, S., & Taofeeq Olaitan, A. (2025). Social determinants of health and aging in Africa : Structural inequality, vulnerability, and the future of care. *African Journal of Social Issues*, 8(1), 569-586. <https://doi.org/10.4314/ajosi.v8i1.33>
- Lunsman O'Connor, M. (2021). A Comprehensive Overview of Mobility and Aging in the Year 2020 (and beyond). In S. Amornyotin (Éd.), *Update in Geriatrics*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.93939>
- Manini, T. M. (2013). Mobility Decline in Old Age : A Time to Intervene. *Exercise and Sport Sciences Reviews*, 41(1), 2. <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e318279fdc5>
- Maruf, F., Akosile, C., Ihegihu, Y., & Ajiboye, O. (2024). 44 Predictors of physical activity level among community-dwelling older adults in a suburban Nigerian population. *European Journal of Public Health*, 34(Supplement_2), ckae114.101. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae114.101>
- Maseno, L., & Lukalo, B. V. (2025). Probing disability in Africa. In C. Ohajunwa, K. 'Ak' Dube, & E. Chitando, *Religion, Disability, and Sustainable Development in Africa* (1^{re} éd., p. 38-51). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003436683-4>
- Master of Social work, Inter University Centre for Disability Studies (IUCDS), Mahatma Gandhi University, Kottayam, and Kerala, India, Johnson, R. M., Saseendran, A. K., Abraham, A., Ps, A., & Mk, B. (2025). Interventions to Promote Healthy Ageing : A Systematic Literature Review. *International Journal Of Recent Trends In Multidisciplinary Research*, 130-137. <https://doi.org/10.59256/ijrtmr.20250506017>
- Mobily, P. R., & Kelley, L. S. (1991). IATROGENESIS IN THE ELDERLY : Factors of Immobility. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(9), 5-9. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19910901-04>
- Motte-Baumvol, B., Pélat, J., Armoogum, J., & Bonin, O. (2024). *Older adults' immobility : Disentangling choice and constraint*. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4281528/v1>
- Naornita, F., Moises, P., & Gogulescu, B. (2025). The Quality of Life in Old Age : An Analysis of the Determining Factors and the Impact on Well-Being. *Bulletin of the Transilvania University of Braşov. Series IX: Sciences of Human Kinetics*, 235-246. <https://doi.org/10.31926/but.shk.2025.18.67.2.25>
- Naidoo, S., Otoo, S., & Naidoo, N. (2024). Physical activity interventions implemented for older people in Sub-Saharan Africa : A scoping review. *BMJ Open*, 14(11), e079503. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-079503>
- Niedermeier, P., Müller, S. C., Koberstaedt, S., Soltes, M., Lienkamp, M., & Welp, I. (2017). Die Entwicklung eines Mobilitätskonzepts für Sub-Sahara Afrika. In H. Proff & T. M. Fojcik (Éds.), *Innovative Produkte und Dienstleistungen in der Mobilität* (p. 459-471). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18613-5_29
- on behalf of the DEDIPAC consortium, Chastin, S. F. M., Buck, C., Freiburger, E., Murphy, M., Brug, J., Cardon, G., O'Donoghue, G., Pigeot, I., & Oppert, J.-M. (2015). Systematic literature review of determinants of sedentary behaviour in older adults : A DEDIPAC study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12966-015-0292-3>

- Onagbiye, S. O., & Bester, P. (2022). Physical Inactivity as a Wicked Problem in Sub-Sahara Africa : Overview and Recommendations. *The Open Public Health Journal*, 15(1), e187494452202010. <https://doi.org/10.2174/18749445-v15-e2202010>
- Oyeyemi, A. L., Araujo, R. H. O., Hassan, U. A., Ofori, E., Stecher, C., & Werneck, A. O. (2024). Secular trends and sociodemographic disparities in physical activity among adults in eleven African countries : WHO STEPS 2003–2020. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 21(1), 126. <https://doi.org/10.1186/s12966-024-01675-7>
- Pamponet, L. R. V., Lobo, Â. M. M., Ferreira, E. L., Cristovam, S. N. F., Soares, T. S., & Cordeiro, A. L. L. (2025). A aplicabilidade de atividade física para o envelhecimento saudável na população idosa : Uma revisão sistemática. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 17(7), e8909. <https://doi.org/10.55905/cuadv17n7-059>
- Pereira, R. J., Cotta, R. M. M., Franceschini, S. D. C. C., Ribeiro, R. D. C. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(1), 27-38. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000100005>
- Prynn, J. E., Polack, S., Mactaggart, I., Banks, L. M., Hameed, S., Dionicio, C., Neupane, S., Murthy, G., Oye, J., Naber, J., & Kuper, H. (2021). Disability among Older People : Analysis of Data from Disability Surveys in Six Low- and Middle-Income Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 6962. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136962>
- Shiferaw, K. B., Yalew, E. S., Zemed, A., Yitayal, M. M., Belay, G. J., Alie, M., Kibret, A. K., Takele, M. D., Abich, Y., & Gashaw, M. (2024). Prevalence of physical inactivity and associated factors among older adults in Gondar town, Northwest Ethiopia : A community-based cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04701-2>
- Stanley, J., Chukwuorji, J., & Stanley, J. (2024). AGING IN SUB-SAHARAN AFRICA. *Innovation in Aging*, 8(Supplement_1), 523-524. <https://doi.org/10.1093/geroni/igae098.1712>
- Stenholm, S., Shardell, M., Bandinelli, S., Guralnik, J. M., & Ferrucci, L. (2015). Physiological Factors Contributing to Mobility Loss Over 9 Years of Follow-Up—Results From the InCHIANTI Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(5), 591-597. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv004>
- Taunton, UK., & Godson (Ma, Pgd), A., Onyekachi. (2025). Aging and Eldercare, Focusing on African Perspective. *International Journal of Human Research and Social Science Studies*, 02(12). <https://doi.org/10.55677/ijhrsss/11-2025-Vol02I12>
- Tomaz, S. A., Davies, J. I., Micklesfield, L. K., Wade, A. N., Kahn, K., Tollman, S. M., Draper, C. E., & Witham, M. D. (2020a). Self-Reported Physical Activity in Middle-Aged and Older Adults in Rural South Africa : Levels and Correlates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6325. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176325>
- Tomaz, S. A., Davies, J. I., Micklesfield, L. K., Wade, A. N., Kahn, K., Tollman, S. M., Draper, C. E., & Witham, M. D. (2020b). Self-Reported Physical Activity in Middle-Aged and Older Adults in Rural South Africa : Levels and Correlates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6325. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176325>
- Torres De Araújo, J. R., Tomaz De Lima, R. R., Ferreira-Bendassolli, I. M., & Costa-de Lima, K. (2018). Functional, nutritional and social factors associated with mobility limitations in the elderly : A systematic review. *Salud Pública de México*, 60(5, sep-oct), 579. <https://doi.org/10.21149/9075>

- Walid, K., & Gopal, N. (2017). Relationship between physical activity and health-related quality of life in elderly people: A cross-section study. *Sanamed*, 12(2), 87-92. <https://doi.org/10.24125/sanamed.v12i2.186>
- Wang, Y., Ma, L., Pei, J., Li, W., Zhou, Y., Dou, X., & Wang, X. (2024). The level of life space mobility among community-dwelling elderly: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 117, 105278. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.105278>
- Winter, J., Cabral, S. M., Da Cunha, G. L., Barcelos, A. R. G., & Santos, G. A. D. (2017). Qualidade de vida de pessoas idosas praticantes e não praticantes de atividades físicas. *PSI UNISC*, 1(1), 88. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v1i1.9783>
- Yekeen, A. Y., & Misnan, S. H. (2024). Livability and Social Exclusion in African Cities: Reviewing Key Shaping Factors and Intervention Strategies. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 14(5), Pages 1307-1331. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v14-i5/21490>
- Zihindula, G., & Maharaj, P. (2013). Health and Health Seeking Behaviour in the Democratic Republic of the Congo: Perspectives of the Elderly. In P. Maharaj (Éd.), *Aging and Health in Africa* (p. 91-101). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8357-2_4

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Financement : cette recherche n'a bénéficié d'aucun financement spécifique. Contributions des auteurs : tous les auteurs ont contribué à la conception, à la collecte, à l'analyse et à la rédaction. Disponibilité des données : les données sont disponibles sur demande raisonnable auprès de l'auteur correspondant.



2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)