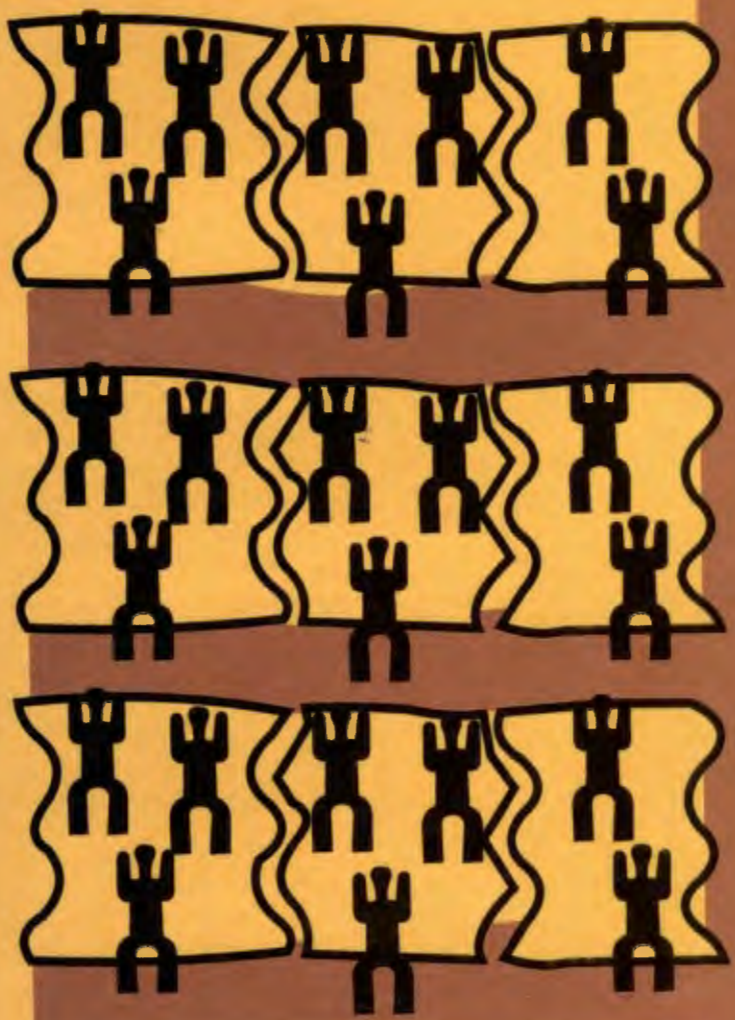
# Mémoires de Master de l'ISSP

# 03

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
ISSP
INSTITUT SUPERIEUR DES SCIENCES DE LA POPULATION
Burkina Faso



## EVALUATION DE LA PERTINENCE, DE LA COHÉRENCE ET DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES 2008-2012 DU BURKINA FASO

MASTER PROFESSIONNEL

Lalla SANOU-BERTHE

*Mémoires de Master de l'ISSP*

03

# EVALUATION DE LA PERTINENCE, DE LA COHÉRENCE ET DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ DES PERSONNES ÂGÉES 2008-2012 DU BURKINA FASO

MASTER PROFESSIONNEL

Lalla SANOU-BERTHE

# Mémoires de Master de l'ISSP

## N°03

Ce troisième numéro de la série porte sur le mémoire de Madame Lalla SANOU-BERTHE soutenu en janvier 2012 devant le jury composé de Ram Christophe SAWADOGO (Président de Jury), Marie-Michelle OUEDRAOGO (Examinateur) et Dieudonné OUEDRAOGO (Rapporteur).

L'ISSP remercie le Dr Stéphanie DOS SANTOS pour son évaluation du mémoire avant sa publication.

Novembre 2013

## L'ISSP

L'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), anciennement Unité d'Enseignement et de Recherche en Démographie (UERD) créée par l'UNFPA en 1991, est depuis 2005 l'un des trois instituts de l'Université de Ouagadougou. Les mandats de l'ISSP sont l'enseignement, la recherche, la formation et l'expertise en matière de population et développement. L'Institut est dirigé par un Directeur, assisté d'un Directeur-adjoint, chargé des affaires académiques.

L'ISSP compte trois Unités de Recherche (Population et santé, Population et éducation, Population, mobilité et environnement) et un Observatoire de Population de Ouagadougou (OPO). Il compte également deux Unités de Formation qui assurent les enseignements du Master professionnel en population et santé, du Master de recherche en sciences de la population et de la Licence professionnelle en statistiques sociales. L'Institut réalise plusieurs travaux d'expertise tant au Burkina Faso qu'à l'extérieur et organise plusieurs formations de courtes durées. L'ISSP bénéficie, depuis 2005, du label de « Centre d'Excellence Régional de Référence en population et développement en Afrique » décerné par le Conseil des Ministres chargés de l'Enseignement supérieur des pays membres de l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA).

## Les mémoires de l'ISSP

La série « Les Mémoires de Master de l'ISSP » est consacrée aux travaux de fin d'études des étudiants du Master professionnel en Population et Santé et du Master de Recherche en Sciences de la Population. Elle a pour objectif de présenter à la communauté scientifique ainsi qu'à l'ensemble des acteurs du développement, les résultats des meilleurs mémoires.

**Comité d'édition** :

Bonayi Hubert Dabiré *

Georges Guiella *

Madeleine Wayack Pambè *

** Enseignant-chercheur à l'ISSP/Université de Ouagadougou*

## DEDICACE

Je dédie ce mémoire à :

**A mes parents Fatoumata et Moussa SANOU :** Pour leurs bénédictions qui nous ont accompagné tout au long de ces 16 mois de dur labeur.

**A mon époux Abdramane BERTHE** : Pour son amour et son soutien constant. Pour tant de sacrifices et de privations.

**A mes filles bien aimées Amira Moubaraka et Jamal Moulaïka:** Qui par leur naïveté et leur joie de vivre m'ont donné beaucoup de bonheur et m'incitent à persévérer. Que la vie vous sourie.

**A toute la famille SANOU, BERTHE et SIDIBE :** Pour leur encouragement et leur indéfectible soutien à mon égard.

**REMERCIEMENTS**

*Je tiens à adresser mes remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce mémoire de fin d'étude. Ainsi je remercie :*

- ***Le Centre de Recherches pour le Développement International (CRDI),** pour m'avoir octroyé une bourse de formation pour l'option* « Analyse des Politiques et Systèmes de Santé » *du programme « Population et santé en Afrique ».*

- ***Pr. Dieudonné OUEDRAOGO,** pour avoir accepté de diriger ce travail. Votre disponibilité permanente et votre rigueur scientifique m'ont permis de conduire à terme ce travail de recherche. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.*

- ***Dr Irénée WANGRAWA** pour avoir accepté de superviser mon stage en dépit de vos multiples préoccupations, pour tous ses conseils et son accompagnement*

- ***Dr Narcisse NARE**, Directeur de la Direction de la Santé des Jeunes, des adolescents et des personnes âgées, pour toute votre disponibilité, votre soutien, et vos conseils malgré vos innombrables charges quotidiennes de travail. Recevez ma respectueuse considération.*

- ***Tout le personnel socio sanitaire du CMA de Kossodo et les infirmiers chef de poste des CSPS du district sanitaire de Nongr-Massom** pour l'accueil chaleureux et le cadre de travail qu'ils m'ont offert lors de mes enquêtes de terrain.*

- ***Monsieur Paul André SOME** pour ses précieuses orientations et pour sa disponibilité à nous fournir des informations et la documentation sur les politiques publiques.*

- ***Toute l'équipe de l'ISSP** pour avoir donné l'opportunité aux apprenants de notre cohorte de renforcer nos compétences professionnelles dans le cadre de l'amélioration des problèmes de population auxquels est confronté notre continent.*

- ***Tous les apprenants de la 6$^{ième}$ cohorte** pour l'entraide et la convivialité qui ont toujours régné entre nous. Que cet élan fraternel puisse toujours nous animer.*

- *Tous ceux qui m'ont aidé ou soutenue d'une manière ou d'une autre dans ce travail de recherche.*

***MERCI A TOUS !***

## LISTES DES ENCADRES ET DES FIGURES


Encadré 1 : Les programmes de la DASPAJ..... 6

Encadré 2 : Défis de la DASPAJ ..... 6

Tableau 1 : Composition de l'échantillon..... 29

Tableau 2 : Comparaison des problèmes prioritaires de sante des personnes âgées retenus dans le programme et des problèmes de santé identifiés par les personnes âgées interviewés..... 36

Tableau 3 : Objectifs et stratégies du programme national de santé des personnes âgées .... 37

Tableau 4 : Comparaison du plan d'action international de Madrid sur le vieillissement et du programme de santé des personnes âgées..... 40

Tableau 5 : Les acteurs de la mise en œuvre du programme selon les activités et les niveaux du système de santé..... 46

Tableau 6 : Synthèse du budget de 2008 à 2012 par objectifs du programme..... 48

Tableau 7 : Synthèse du budget par année 2008 à 2012..... 48

Tableau 8 Paquet d'activités à offrir aux personnes âgées selon le niveau opérationnel du système de santé..... 52

Tableau 9: Thème, objectifs et mesures de l'orientation II de plan international de Madrid sur le vieillissement 2002..... xxv

Tableau 10: Stratégies et activités du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 du Burkina Faso..... xxi

## SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|---|---|
| A.B.G.G | Association Burkinabé de Gériatrie et Gérontologie |
| ACP-UE | Afrique – Caraïbe – Pacifique –Union européenne |
| ANRB | Association Nationale des Retraités du Burkina |
| APA | Allocation Personnalisée d'Autonomie |
| BN | Budget National |
| CARFO | Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires |
| CMA | Centre Médical avec Antenne chirurgicale |
| CHU-YO | Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO |
| CNPA | Conseil National des Personnes Agées |
| CNSS | Caisse Nationale de Sécurité Sociale |
| CSPS | Centre de Santé et de Promotion Sociale ; |
| CUD | Commission Universitaire au Développement |
| DASPAJ | Direction de la Santé des Adolescents, des Jeunes et des Personnes Agées |
| DGSF | Direction Générale de la Santé de la Famille |
| DPPPA | Directeur de la Protection et de la promotion des personnes âgées |
| DGSF | Direction Générale de la Santé de la Famille |
| DSME | Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant |
| DRSC | Direction Régionale de la Santé du Centre |
| ECD | Equipe Cadre de District |
| ENSP | Ecole Nationale de Santé Publique |
| FUSL | Facultés Universitaires Saint Louis |
| IRD | Institut de Recherche pour le Développement |
| MEG | Médicament Essentiel et Générique |
| OMD | Objectifs du Millénaires pour le Développement |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| ONG | Organisation Non Gouvernementale |
| PADS | Programme d'Appui au Développement Sanitaire |
| PCIME | Prise en Charge Intégrée de Maladies de l'Enfant |
| PIC | Plan Intégré de Communication |
| PIC | Projet Interuniversitaire Ciblé |
| PMA | Paquet Minimum d'Activités |

| | |
|---|---|
| PTME | Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH/sida |
| SMI | Santé Maternelle et Infantile |
| UNICEF | Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| UNFPA | United Nation Funds for Population Activities |
| VIH | Virus Immunodéficience Humaine |
| RGPH | Recensement Général de la Population et de l'Habitation |
| SSIAD | Services de Soins Infirmiers à Domicile |
| SIDA | Syndrome d'Immunodéficience Acquise |
| UCL | Université Catholique de Louvain |

**RESUME**

Au Burkina Faso, la politique nationale sanitaire de l'année 2000 mentionne que les groupes vulnérables prioritaires sont représentés par les femmes, les enfants, les jeunes, les handicapés et les personnes âgées, au regard du bas niveau des indicateurs qui caractérisent leur état de santé[1]. Ainsi, en 2008, le Ministère de la santé a élaboré le programme national de santé des personnes âgées 2008-2012. Ce programme s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et du Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 et doit contribuer à l'amélioration de la santé des personnes âgées.

La présente étude a consisté en une évaluation de la pertinence, de la cohérence et de l'implantation de ce programme dans le district sanitaire de Nongr-Massom de la ville de Ouagadougou. Différents acteurs de la mise en œuvre tant au niveau de la Direction Générale de la Santé de la Famille (DGSF), des Partenaires Techniques et Financiers, des prestataires de soins, ainsi que des bénéficiaires que sont les personnes âgées, ont été interrogés à travers des entretiens individuels pour répondre à nos trois questions d'évaluation.

Les résultats obtenus révèlent la pertinence et la cohérence du programme au regard des problèmes de santé des personnes âgées et de la démarche suivie dans son processus d'élaboration. Toutefois, quelques insuffisances ont été observées dans l'articulation des objectifs, des stratégies et des activités contenues dans ce programme. Au niveau de l'implantation, le programme est confronté au manque de ressources financières et au manque d'intérêt chez les décideurs; d'où une méconnaissance du programme et une faible opérationnalisation des activités.

Les recommandations formulées à la fin de l'étude ont essentiellement pour objectif l'amélioration du contenu et de la mise en œuvre du prochain programme de santé des personnes âgées pour une meilleure atteinte des résultats escomptés.

**Mots Clés : Politiques publique – Programme de santé – Personnes âgées – Evaluation – Burkina Faso.**

[1] Ministère de la Santé du Burkina Faso, *Politique nationale Sanitaire*. 2000, Ouagadougou. 31 p.

SOMMAIRE

INTRODUCTION ..... 1

CHAPITRE I : APPROCHE THEORIQUE DE L'ETUDE ..... 3

CHAPITRE II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE ..... 24

CHAPITRE III : RESULTATS DE L'EVALUATION ..... 32

CHAPITRE IV. DISCUSSION DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS ..... 57

CONCLUSION ..... 68

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 70

ANNEXES ..... viii

## INTRODUCTION

En Afrique, on a l'habitude de dire que lorsqu'une personne âgée meurt, c'est une bibliothèque qui disparaît. Ce proverbe peut être formulé de manière différente selon les continents, mais sa signification est identique dans n'importe quelle culture. Les personnes âgées servent de lien entre le passé et le présent, leur sagesse et leur expérience constituent pour la société des atouts très précieux (Nations Unies, 2002).

Pourtant, biologiquement, le processus du vieillissement expose les personnes âgées à un risque élevé de maladies et d'invalidités. Ceci est encore plus vrai dans les pays pauvres où une personne âgée se caractérise par un état d'incapacité physique et beaucoup de problèmes de santé dus principalement à l'absence de moyens adéquats pour la soigner et de dispositions formelles de protection sociale pour assurer son bien-être. Ainsi, la situation des personnes âgées mérite une attention particulière.

Les pays de l'Afrique subsaharienne ont commencé, récemment et le plus souvent timidement, à faire des personnes âgées une priorité. C'est l'organisation de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement (en 2002), qui marque l'engagement décisif des pays africains à inscrire dans les politiques de santé, la problématique de la santé des personnes âgées. Ainsi, le Plan National pour le Vieillissement Actif du Bénin (2007-2016), le Plan d'Action National pour la Promotion des Personnes Agées 2006-2010 du Mali, ou le Plan d'Action du Sénégal en faveur des Personnes Agées, s'inspirent tous des recommandations de cette assemblée pour promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées.

A l'instar de ces pays, le gouvernement burkinabè, à travers le ministère de la santé, a élaboré en 2007 le Programme National de Santé des Personnes Agées pour promouvoir la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012.

La présente étude s'intéresse à l'évaluation de ce programme. Pour ce faire, nous avons effectué un stage à la Direction de la Santé des Adolescents, des Jeunes et des Personnes Agées (DASPAJ) de la Direction Générale de la Santé de la Famille (DGSF). La DASPJ est chargée de concevoir, planifier, coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes de santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées. L'objectif du stage est de réunir les documents nécessaires et faire des entretiens avec les personnes ressources afin de faire l'évaluation de la pertinence, de la cohérence et les conditions d'implantation du programme national de santé des personnes âgées.

Le document comporte quatre grands chapitres. Après la présentation de l'approche théorique de l'étude suivra la démarche méthodologie utilisée pour l'étude. Suivra ensuite le chapitre

des résultats obtenus. Le dernier chapitre abordera la discussion des résultats et les recommandations qui découlent de ces résultats.

## CHAPITRE I : APPROCHE THEORIQUE DE L'ETUDE

Ce chapitre fait état du cadre théorique de l'étude. Elle comprend le contexte et la justification de l'étude, la revue de littérature sur la question de la prise en charge sanitaire des personnes âgées et la problématique. Les objectifs de l'étude y sont également présentés.

### 1.1. Contexte et justification de l'étude

Le vieillissement démographique fait l'objet de nombreux défis (augmentation des budgets sociaux, insuffisance de main-d'œuvre) dans les pays occidentaux. La généralisation de la baisse de la fécondité et de la mortalité à partir de la seconde moitié du 19$^{e}$ siècle a conduit les sociétés occidentales dans un processus qui a vu, graduellement, le nombre des personnes âgées prendre une proportion considérable et atteindre 15,3% de la population totale en 2005 (United Nations, 2006).

La réalité est toute autre dans les pays en développement particulièrement dans les pays d'Afrique subsaharienne. Si la baisse progressive de la fécondité est effective depuis une dizaine d'années, la transformation de la structure par âge n'est pas encore perceptible dans la mesure où le taux de fécondité est resté jusqu'à nos jours à des niveaux élevés. Ainsi, la part des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population totale reste en deçà de 6% (Willems M., 2002).

Cette situation n'enlève rien à la pertinence de la problématique du vieillissement de la population et de la situation des personnes âgées dans les sociétés d'Afrique subsaharienne et particulièrement au Burkina Faso. Comme en témoignent les recensements généraux de la population, la baisse de la fécondité a été amorcée au Burkina Faso et l'espérance de vie a augmenté passant de 53,8 ans en 1996 à 56,7 ans en 2006. La population âgée de 50 ans et plus y est passée de 332 927 en 1975 à 1 115 937 en 2006 (RGPH 1975, 1996 et 2006). Traduit en proportion, les personnes âgées de 50 ans et plus représentaient 5,9 % en 1975 et 8,1% en 2006 (INSD, 1975 et 2006 cité par DSF, 2008). Ces personnes âgées vivent en majorité en milieu rural, dans une situation de pauvreté quasi généralisée. Elles sont contraintes, dans certains cas, à prendre en charge des adultes malades et des enfants orphelins du VIH/SIDA. Sur le plan sanitaire, les personnes âgées sont confrontées à la coexistence de pathologies générales aigues (paludisme) et de pathologies spécifiques chroniques, handicapantes et invalidantes (hypertension artérielle, diabète, rhumatisme, cancer…), en milieu urbain notamment.

Le Ministère de la Santé est sensible à ces maladies dites du troisième âge dont le traitement exige le développement de services adéquats. C'est pourquoi et en dépit des multiples priorités (épidémies, santé des enfants et de la femme entre autres), il accorde de plus en plus de l'importance à la santé des personnes âgées. Ainsi, en 1996, lors de la célébration de la journée mondiale des personnes âgées, les autorités gouvernementales ont pris l'engagement d'élaborer un programme de santé spécifique pour les personnes âgées. La première action pour concrétiser cet engagement a été l'inscription de cette préoccupation comme une priorité dans le plan national de développement sanitaire 2001-2010. Après, une analyse de la situation qui a permis l'identification de leurs besoins en matière de santé, un programme national de santé des personnes âgées a été élaboré pour la période 2008-2012.

L'adoption du programme s'inscrit dans la dynamique du renforcement des interventions en faveur des personnes âgées. Celui-ci doit permettre de mieux orienter les interventions des différents acteurs et de mobiliser les ressources en faveur de la santé des personnes âgées.

L'élaboration d'un programme de santé pour ces personnes vulnérables que sont les personnes âgées suscite des interrogations. Quels sont les fondements d'un tel programme ? Les stratégies identifiées répondent-elles aux besoins des personnes âgées ? Les conditions d'application de ce programme sont-elles réunies quand on sait que les priorités de la DGSF sont axées sur les interventions dites à gain rapide que sont la stratégie de la maternité à moindre risque, la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME), la Planification Familiale ?

C'est pour répondre à ce questionnement que nous avons choisi d'analyser la cohérence, la pertinence et l'implantation du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 du Burkina Faso. L'objectif est d'apprécier l'adéquation entre les problèmes de santé des personnes âgées et les réponses formulées dans le programme dans l'optique de l'adapter aux besoins et aux conditions de vie de ces personnes âgées. L'étude a été effectuée à un niveau opérationnel dans le district sanitaire de Nongr-Massom de Ouagadougou. C'est le seul district qui a participé à l'atelier de définition du Paquet Minimum d'Activités (PMA) pour la prise en charge des personnes âgées (DSF 2008a).

### 1.2. Présentation de la structure de stage

La présentation de la structure de stage s'inspire du document de présentation générale de la DGSF, du plan d'action 2011 de la DGSF et du programme national de santé des personnes âgées.

La DGSF est une direction centrale du système de santé du Burkina Faso. Elle est placée sous la tutelle du Secrétariat Général du Ministère de la Santé. Les missions assignées à cette direction s'articulent essentiellement autour de la conception, la planification, la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre des programmes de santé de la reproduction, des adolescents et des jeunes, des personnes âgées. Ces interventions sont exécutées à travers la stratégie de la maternité à moindre risque (MMR), la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), la PTME, la Planification Familiale (PF), la lutte antitabac, le programme santé des Jeunes et des personnes âgées.

Pour accomplir ces missions, la DGSF élabore chaque année, un plan d'action qui constitue le document cadre pour la mise en œuvre des activités des différents programmes et projets relevant de son domaine de compétence. Les sources de financement de ces activités sont constituées essentiellement du budget national, des ressources du panier commun du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS), des programmes et projets et des différentes initiatives de financement (Fonds Mondial, UNFPA, OMS, UNICEF, etc.).

Jusqu'à la fin de l'année 2011, la DGSF était divisée en trois services :

- ✓ le service santé de la femme et de l'homme. Il est composé du bureau maternité à moindre risque, du bureau de planification familiale, du programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH et du programme santé des personnes âgées. Notons que le suivi de l'application de la subvention des accouchements et des SONU, de la gratuité des soins préventifs se fait dans ce service ;
- ✓ le service santé des enfants et adolescents. Il comprend le bureau Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant et le bureau Santé des adolescents et Jeunes;
- ✓ le service planification, suivi évaluation et recherche. Il comprend le bureau planification suivi évaluation et celui des statistiques et de la recherche.

Autrefois Direction de la Santé de la Famille (DSF), c'est récemment, par décret N° 2011-156 /PRES/PM/MS du 02 février 2011 portant organisation du Ministère de la Santé, que cette direction a été érigée en une direction générale de la santé placée sous la tutelle du Secrétariat Général du Ministère de la Santé et divisée en deux directions techniques :

- ✓ la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant (DSME) ;
- ✓ la Direction de la Santé des Adolescents, des Jeunes et des Personnes Agées (DASPAJ).

Notre stage c'est déroulé à la DASPJ. Cette direction a pour missions de :

- ✓ concevoir, planifier, coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes de santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées ;
- ✓ planifier et coordonner les activités de lutte antitabac ;
- ✓ planifier et coordonner la lutte contre l'usage nocif de l'alcool ;
- ✓ apporter un appui conseil aux structures déconcentrées pour la mise en œuvre des programmes de santé des adolescents, des jeunes, des personnes âgées et de la lutte antitabac.

**Encadré 1 : Les programmes de la DASPAJ**

**LES PROGRAMMES EN COURS**

Programme de santé des personnes âgées

Programme santé des adolescents et des jeunes y compris la santé scolaire et universitaire

Programme de lutte contre le tabac

**LE PROGRAMME A VENIR**

Programme de lutte contre l'usage nocif de l'alcool

**Source : DASPAJ, 2011**

Pour atteindre ses objectifs, la DASPAJ développe ses programmes à travers plusieurs axes stratégiques qui sont déclinés en divers activités. Aussi un mécanisme de suivi et d'évaluation est mis en place pour identifier les obstacles à la bonne exécution des programmes et d'adapter les objectifs au fur et à mesure de l'exécution des activités.

**Encadré 2 : Défis de la DASPAJ**

- Mobilisation des ressources pour les programmes de la DASPAJ.
- Elaboration du Programme de lutte contre l'usage nocif de l'alcool.
- Finalisation du nouveau programme de santé des adolescents et des jeunes.
- Engagement des partenaires et des acteurs.

**Source : DASPAJ, 2011**

## 1.3. Revue de littérature

### 1.3.1. Le concept de *"personne âgée"*

Que nous soyons démographes, épidémiologistes, politiciens, gérontologues, professionnels de santé ou éducateurs pour la santé, vouloir définir les personnes âgées pose problème à tous. La langue française regorge de plusieurs termes pour désigner les personnes âgées : les seniors, les ainés, les vieux, les vieillards, le vieil âge, les personnes du 3ème âge, du 4ème âge etc. (Anonyme, 1989 ; DIS, 1997). La définition de la personne âgée varie selon l'espace et le temps. La principale question qui reste posée est de savoir à partir de quels critères peut-on ou doit-on dire ou considérer une personne comme âgée ?

Selon Doumont et al. (1999), le concept de personne âgée désigne les adultes matures en continuel devenir et confrontés à des périodes de crise tout comme les adolescents et les enfants: la crise d'identité, rapport à soi-même et aux valeurs, la crise d'autonomie, rapport à la satisfaction des besoins et la crise d'appartenance, rapport à la société et au courant même de la vie.

La personne âgée est toujours une personne plus âgée que la plupart des individus qui l'entourent. Selon les contextes, elle peut avoir plus de quarante ou de quatre-vingt cinq ans; c'est une personne qui a vécu plus longtemps et qui a de ce fait, une plus longue expérience de la vie ; c'est aussi une personne qui a vécu beaucoup plus longtemps que la plupart des personnes qui sont nées dans la même période qu'elle. En somme, une personne âgée est *« une personne qui sait que le temps qui lui reste à vivre est plus court que celui qu'elle a vécu »* (Philibert, 1984)

En général, les définitions de la personne âgée se réfèrent aux dimensions biologique, économique ou social. Mais, de tous les points de vue, l'âge est le principal critère pour désigner les personnes âgées. Alors, à partir de quel âge une personne est elle admise comme âgée ? Les Nations Unies considèrent généralement, comme personne âgée, tout individu âgé de 60 ans et plus (United Nations, 2005). Au Burkina Faso, il a été reconnu comme *« personne âgée toute personne ayant 50 ans et plus »* (DSF 2008a). Ainsi, l'âge est le principal critère retenu pour la définition de la notion de personne âgée aussi bien au niveau international que national. Ces personnes âgées présentent des profils différents selon le continent, le sexe et le milieu de résidence.

### 1.3.2. Généralités sur les personnes âgées

#### 1.3.2.1. Profil des personnes âgées dans les pays développés

La baisse séculaire de la fécondité et de la mortalité dans le monde industrialisé confronte ces pays à un vieillissement de leur population. La proportion de la population âgées de 65 ans et plus a augmenté passant de 7,9% en 1950 à 15,3% en 2005. Les conditions actuellement de baisse de la mortalité dans ces pays signifient que non seulement une plus grande proportion d'individus atteignent maintenant les âges avancées mais qu'ils y survivent plus longtemps. L'espérance de vie est passée d'environ 60 ans il ya un demi-siècle à plus de 80 ans maintenant (Légaré 1991 et 2004).

L'inégalité des sexes face à la mort (surmortalité masculine) gouverne la composition du groupe des personnes âgées. Ainsi, dans le groupe des 65 ans et plus, le nombre de femmes est plus important que celui des hommes. La situation économique des personnes âgées des pays développés (dépendant essentiellement de la pension et la sécurité sociale), est relativement précaire : la pension de vieillissement est faible alors que la moitié des hommes et près du trois-quarts des femmes n'ont que ce revenu comme principal moyen de subsistance.

Pour ce qui est de l'état matrimonial, la majorité des hommes âgés de 65 ans et plus sont mariés et vivent en famille, c'est-à-dire avec leur conjoint et/ou des enfants, tandis que la majorité des femmes sont veuves et vivent hors famille (souvent dans des institutions spécialisées) (Légaré et Desjardin, 1976). Cette caractéristique sociodémographique influence significativement la probabilité des personnes âgées des pays développés de vivre en institution[2], dans les maisons de retraites (Carrière et Légaré, 1993).

La dépendance[3] croit fortement avec l'âge. Dès 80 ans et encore plus nettement à partir de 85 ans, cette population est largement touchée par la dépendance. Chez les femmes, la prévalence de la dépendance est plus importante. Avec l'augmentation de l'âge, les capacités d'adaptation des individus se réduisent. Les personnes âgées connaissent alors des problèmes de santé que sont les affections pathologies cardiovasculaires, cancéreuses et diabétiques, les

[2] Est considéré comme institution tout établissement de longs séjours où l'on assure des soins sur une base continue et prolongée afin de répondre aux besoins physiques, sociaux et personnels des individus (Carrière et Légaré 1993)

[3] La dépendance se définit comme étant la situation d'une personne qui, en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique, psychologique ou affectif, ne peut remplir des fonctions ni effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc. (Paillat et Wibaux, 1969).

troubles démentiels, la maladie d'Alzheimer, les chutes, la dénutrition etc. Le profil des personnes âgées des pays développés est il comparable à celui de personnes âgées africaines ?

### 1.3.2.2 Profil des personnes âgées en Afrique

La proportion de la population africaine vivant au-delà de 65 ans est actuellement de 3% soit le moins élevé du monde. Ce taux varie selon les pays et cette situation est appelée à évoluer de manière radicale d'ici à 2025. Selon les estimations, l'espérance de vie se situe entre 45 et 50 ans (United Nation 2003).

Si en Europe, la notion de personne âgée semble être synonyme d'être à la retraite, en Afrique, la majorité des personnes âgées sont tenues de poursuivre une activité économique beaucoup plus longtemps que leurs homologues occidentaux. Ces africains âgées manquent de ressources financières car les pensions et la sécurité sociale relèvent de l'emploi formel, lequel est lié à son tour à une éducation moderne et à des aptitudes nouvelles que la plupart de ces personnes âgées ne possèdent pas. Dans le même temps, en l'absence de pension et de sécurité sociale, les enfants sont perçus par la personne âgée comme une sécurité. Plus cette dernière a des enfants, plus ceux-ci prennent soin d'elle et plus elle peut espérer le confort au crépuscule de sa vie. Aussi, le respect des personnes âgées fait aussi partie de la tradition africaine et les grandes familles prennent soin de leurs ainés d'une manière qui ferait certainement envie à de nombreux retraités isolés et esseulés dans le monde occidental (ACP-UE, 1999).

Evaluant les capacités physiques et mentales des personnes âgées, leurs problèmes de santé et d'éventuels facteurs entrant dans le processus de longévité en Afrique, Diagana et ses collaborateurs ont mené en 2003 une étude transversale dans huit pays africains[4] chez des personnes âgées de plus de 80 ans. De cette étude, il ressort que l'état général des personnes âgées est jugé bon dans la majorité des cas ; il est globalement meilleur chez les hommes que chez les femmes. Les sujets sont capables de s'habiller, de faire leur toilette sans une grande assistance. La conservation des activités instrumentales[5] est plus marquée chez les femmes. La mobilité et le déplacement sont bons avec une possibilité de faire une marche à 500 m sans aide. S'agissant de leur personnalité, selon leur entourage, les personnes âgées africaines

[4] Ont participé à cette enquête transversale le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, le Togo et la Tunisie.

[5]Sont considérées comme activités instrumentales, les activités qui nécessitent l'utilisation d'instruments : entretenir la maison, préparer les repas, faire les courses, faire la lessive, utiliser le téléphone, utiliser les moyens de transport, se nourrir, se laver, s'habiller, s'entretenir (brosser les dents de la personne âgée, peigner sa barbe ou couper ses ongles ou la maquiller, etc.) (Diagana et al., 2003).

seraient en général détendues, communicatives, tolérantes et optimistes. L'aptitude physique est moyenne dans l'ensemble. La situation matrimoniale des africains âgés est marquée par une forte proportion de veuves par rapport aux veufs. L'étude a montré que les personnes âgées ont une santé physique et mentale assez bonne ; elles jouent un rôle social important et sont moins isolées et assez épanouies. (Diagana et al., 2003).

Les résultats de cette étude ne doivent pas faire perdre de vue le fait que les personnes âgées en Afrique souffrent d'une série de troubles de santé liées au vieillissement, dont les plus fréquents sont les problèmes ophtalmologiques, les crises cardiaques, l'hypertension artérielle, les pathologies ostéo-articulaires et la démence. Ces affections émergent dans un environnement médical et socio sanitaire peu adapté à leur prise en charge sanitaire (Antoine et Golaz, 2010). Qu'en est-il du profil des personnes âgées au Burkina Fao ?

### 1.3.2.3. Profil des personnes âgées au Burkina Faso

Lors du recensement de 2006 de la population burkinabè, il a été dénombré 712 573 personnes âgées de 60 ans et plus, soit une proportion de 5,1% de la population totale résidente (RGPH 2006). Cette population est composée à 86,4% de personnes du troisième âge (60 à 79 ans) et de 13,6% de celles du quatrième âge (80 ans et plus). La répartition des personnes âgées selon le sexe indique que les femmes âgées sont plus nombreuses et représentent 53,2% de l'effectif des personnes âgées contre 46,8% pour les hommes. La proportion des personnes âgées dans la population totale en 2006 (5,1%) est en baisse par rapport à celles de 1985 (6,2%) et 1996 (5,6%), probablement en raison de la forte augmentation de la population jeune. Bien que leur espérance de vie soit de 16,4 ans et de 4,9 ans respectivement à 60 ans et à 85 ans, les personnes âgées sont particulièrement affectées par des niveaux de mortalité élevés (119 sur 1000 personnes de 60 ans meurent avant l'âge de 65 ans). Les caractéristiques socioculturelles des personnes âgées ont été appréhendées à partir de la religion, du statut matrimonial, du niveau d'instruction et d'alphabétisation. La religion dominante des personnes âgées est l'islam (54,3%), suivie de l'animisme (23,4%) et du catholicisme (18,1%). Les statuts matrimoniaux dominants sont ceux de mariés (60,2%), avec de grands écarts entre les sexes (88% des hommes contre 35,8% des femmes âgés) ; 34,1% des personnes âgées sont veuves. Concernant le veuvage, les femmes sont les plus concernées avec une proportion de 58,1% de veuves contre 6,9% chez les hommes. Les personnes âgées au Burkina Faso sont majoritairement sans niveau d'instruction (96,4%) (RGPH 2006). Au Burkina Faso, la situation de pauvreté générale accentue la vulnérabilité (sociale, économique, sanitaire) des personnes âgées (Yaro, 2005).

### 1.3.2.4 Statut social des personnes âgées

Les personnes âgées jouent un rôle important dans la société, avec l'éducation des enfants, la gestion des biens et des conflits ainsi que la préservation de la paix. La place des anciens dans la société se situe à plusieurs niveaux. Les personnes âgées prodiguent des conseils, transmettent le savoir scientifique (médecine traditionnelle) et assurent l'éducation des jeunes générations par leur expérience de la vie (Philibert ,1984 ; Traoré, 1984). Elles sont détentrices des expériences, et des leçons de vie apprises qui leur donnent un statut de conseillers. Malgré leur affaiblissement physique et leurs handicaps liés à l'âge, les personnes âgées peuvent être des décideurs sur les aspects fondamentaux de la vie sociale et économique. Leur rôle dans le contrôle des valeurs et leur prépondérance dans les négociations interfamiliales pour la gestion matrimoniale et des biens familiaux sont décisifs. Tant qu'elles restent en bonne santé et lucides, elles gardent un statut social fort, supérieur à celui des adultes plus jeunes (RGPH 2006).

Au Burkina Faso, lors de la crise sociopolitique née de l'assassinat de Norbert Zongo, le pays était au bord du précipice. Face à cette situation où des protagonistes s'opposaient avec d'une part les tenants du pouvoir et d'autre part les opposants, la médiation des personnes âgées a été sollicitée à travers la création du Collège des Sages. En outre, jusqu'à très récemment la fonction de Médiateur du Faso, était dévolue à une personne âgée à la retraite. Cela illustre bien la perception positive que les générations d'adultes et de jeunes ont des personnes âgées (Yaro, 2005).

Le profil des personnes âgées (âge, sexe, situation sociale et économique, niveau d'étude, etc.) montre qu'elles constituent une population vulnérable[6].

### 1.3.3. Introduction à la vulnérabilité des personnes âgées en Afrique

#### 1.3.3.1. Problèmes sociaux

Malgré le rôle positif que les personnes âgées jouent dans leurs communautés, il arrive que ces personnes âgées ne jouissent pas de tous les égards d'attention. Si dans les grandes villes où l'individualisme prime, de plus en plus de personnes âgées sont plutôt abandonnées en termes de soutien de leurs enfants, il existe dans les villages des cas d'abandons dont les plus dramatiques sont les exclusions. Ces dernières concernent généralement les femmes âgées ayant la cinquantaine dépassée. En effet, si par malheur une femme âgée n'a pas eu d'enfants

[6] C'est-à-dire une population dont « l'autonomie, la dignité et l'intégrité sont menacées » (Kemp et al., 2000).

ou si ses enfants venaient à mourir avant elle, elle est alors taxée de sorcière. Par ailleurs, des femmes veuves ayant perdu leurs enfants sont très souvent dans des conditions de vulnérabilité, car au regard de leur âge avancé, elles doivent se prendre pleinement en charge. Généralement, les personnes âgées accusées de sorcellerie sont des individus impotents ou sans grand apport économique dans leurs familles ou sociétés (Yaro, 2005). A côté de cette situation d'effritement de leur poids social, la pandémie du VIH/SIDA oblige les personnes âgées à s'occuper de leurs enfants malades, puis de la survie de leurs petits enfants orphelins (DSF, 2008a).

L'apparition des troubles liés à la sénescence, les conflits de générations et les pratiques culturelles néfastes (exclusion des personnes taxées de sorcières) sont de plus en plus des facteurs importants d'exclusion des personnes âgées de leur communauté. C'est ainsi que ces personnes souvent très vieilles et ne disposant plus de forces physiques ou de moyens financiers sont exclues et mises à l'écart de la communauté (Roth, 2007).

En milieu urbain, les personnes âgées sont de moins en moins consultées pour les conseils, si bien que même lorsqu'elles en donnent, ces conseils ne sont ni écoutés, ni suivis car jugés comme étant ''dépassés''. De ce fait, les personnes âgées se sentent isolées et marginalisées et préfèrent se retrouver par affinité ou au niveau d'un centre de loisirs s'il en existe soit pour se souvenir ''du bon vieux temps'' ou encore jouer aux jeux de société (RGPH 2006).

### 1.3.3.2. Problèmes économiques

Quelle que soit leur catégorie, les personnes âgées en Afrique se plaignent de l'insuffisance de leurs revenus. Cette situation est plus aggravée chez celles qui n'ont pas un revenu sûr et régulier et dont les activités dépendent des aléas climatiques, de l'accès au marché et aux terres fertiles (Roth, 2007). Vandermeersch et Kouevidjin (2007) ont montré dans une étude réalisée en milieu rural ivoirien et sénégalais que la situation économique des personnes âgées de 55 ans et plus semble moins favorable que celle des 15-55 ans, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme. Les principales sources de revenus de ces personnes âgées sont agricoles, liées à la culture de plantation pour les hommes et au petit commerce pour les femmes.

Au Burkina Faso, la faiblesse des ressources est générale. Les résultats de l'enquête de 2003 sur les conditions de vie des ménages ont montré que 46,4% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. En milieu rural burkinabè, la situation des personnes âgées est particulièrement préoccupante. Les principales sources de revenu de ces personnes âgées non fonctionnaires se résument essentiellement à l'agriculture de subsistance (qui est pratiquée sur

des sols pauvres et dégradés) et à l'élevage de petits ruminants et de volailles. Leurs revenus demeurent très faibles et sont alloués principalement à l'alimentation. Les personnes âgées s'investissent toujours de gré ou de force dans ces activités sans pour autant garantir le minimum de ressources pour leur survie quotidienne (Kinda, 2006). Quant aux fonctionnaires à la retraite, les mesures d'accompagnement sont insuffisantes voire inexistantes et la pension insuffisante. Différentes activités sont donc initiées pour obtenir un revenu complémentaire à la pension ; il s'agit essentiellement de location de maisons dont ils sont propriétaires, parfois d'agriculture et d'élevage (DSF, 2008a). Au Burkina Faso, les personnes âgées ne sont pas toujours inactives, 58,3% d'entre eux sont occupées notamment dans des travaux hors du foyer (RGPH 2006).

#### 1.3.3.3 La situation sanitaire des personnes âgées

##### 1.3.3.3.1. Les personnes âgées et le handicap

Les personnes âgées, du fait de la dégradation de leur état physique dû à l'affaiblissement des fonctions organiques, sont exposées aux risques de maladie, certaines vont jusqu'à perdre l'usage des membres et de la vue (malvoyance) entraînant ainsi des handicaps. L'organisation mondiale de la santé (OMS), définit le handicap comme étant un désavantage résultant pour un individu d'une déficience ou d'une invalidité, qui limite l'individu concerné dans l'exercice d'un rôle normal pour lui compte tenu de son âge, de son sexe et de facteurs sociaux et culturels qui l'empêche de jouer ce rôle (OMS cité par Handicap international, 2005).

Au Burkina Faso, 7,1% des personnes âgées vit dans une situation de handicap physique ou mental. Par ailleurs, il est courant d'observer que plus l'âge augmente plus le risque pour une personne âgée de souffrir d'un handicap est grand, de sorte qu'à plus de 95 ans, plus de 20% des personnes souffrent d'un handicap. Les personnes âgées se retrouvent dans un état de dépendance tant partielle que complète (Bologo et Ariste 2010).

Si l'affaiblissement des fonctions organiques des personnes âgées les expose à des situations de handicap, quelles peuvent être les maladies auxquelles elles sont confrontées ?

##### 1.3.3.3.2. Mortalité et morbidité élevées

Dans le monde entier, une personne âgée de 60 ans a 55% de risque de mourir avant son quatre-vingtième anniversaire. Mais ce risque de décès varie de 40% dans les pays développés d'Europe occidentale à 70% en Afrique. Les personnes âgées sont exceptionnellement touchées par le phénomène de mortalité à cause de la forte morbidité liée à l'affaiblissement

de l'organisme. Divers indicateurs tels que les quotients de mortalité et l'espérance de vie aux différents âges avancés permettent d'apprécier la situation sanitaire des personnes âgées (Diagana et al., 2003; Bilgo 2006).

Au Burkina Faso, sur 1000 personnes ayant atteint l'âge de 60 ans, 119 meurent avant l'âge de 65 ans. Selon le sexe, on observe une certaine disparité au niveau des individus âgés de 60 à64 ans, les quotients de mortalité masculine sont supérieurs aux quotients de mortalité féminine. L'analyse de l'espérance de vie des personnes âgées révèle qu'au Burkina Faso, si les conditions sanitaires et les risques de mortalité restent constants, les individus de 60 ans devraient vivre encore en moyenne 16,4 ans avant leur mort. Pour les personnes âgées de 70 ans, cette espérance de vie est de 10,5 ans et de 6,3 ans pour celle de 80 ans. Ainsi, plus l'âge augmente, plus l'espérance de vie baisse (RGPH 2006).

La situation sanitaire des personnes âgées au Burkina Faso est dominée par la coexistence de polypathologies le plus souvent chroniques et des troubles psychiques. Les résultats d'une étude menée en 2005, au niveau du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHUYO) de Ouagadougou, montre que la demande de soins par les personnes âgées d'au moins 60 ans est croissante, passant de 625 consultations en 1998 à 1564 consultations en 2002. Les motifs de demande de soins par les personnes âgées en consultation externe sont le plus souvent l'hypertension artérielle, le syndrome œdémateux, les céphalées et insomnies, les précordialgies (Yaméogo N.V, 2005). En plus de ces pathologies il faut ajouter la diarrhée, le paludisme et la fièvre (Sankoh et Al. 2003).

Les états morbides sont favorisés par un ensemble de facteurs agissant à des degrés divers tout le long de la vie. Les plus importants de ces facteurs sont le vieillissement des organes et des systèmes organiques. A ces facteurs, il faut ajouter la malnutrition, la pauvreté, la pollution de l'environnement, la promiscuité, la maltraitance, l'isolement, la solitude, l'insuffisance d'organisation de services adaptés aux personnes âgées et l'inexistence d'un système de sécurité sociale pour tous. Les situations sociales précaires sont à l'origine d'une mauvaise santé physique et psychique des personnes âgées. Les femmes sont plus nombreuses à vivre cette situation, qui est exacerbée par le manque de qualification, le faible niveau d'instruction et le manque de ressources financières (Doumont et al., 1999).

Face aux dépenses de santé des membres de la famille, certains ménages ont plus tendance à allouer le budget du ménage à la santé de ses membres productifs. Ainsi, les personnes âgées étant considérées comme improductives font l'objet de moins d'investissement. Pour ces dernières, il est jugé inutile d'interférer avec la maladie à un stade si avancé de la vie.

L'investissement financier des ménages dans la santé de ses membres est fonction de la productivité économique de ceux-ci. Ceux qui sont sensés produire la richesse au compte du ménage, sont ceux à qui le ménage alloue en retour plus de ressources pour leur santé. De ce fait, les inégalités de traitement face aux dépenses de santé contribuent à exacerber l'état morbide des personnes âgées (Sauerborn et al., 1996).

De l'analyse de la situation des personnes âgées, nous pouvons retenir les constats suivants: les personnes âgées sont de moins en moins considérées dans la société ; la solidarité familiale continue d'exister mais a tendance à s'effriter ; les personnes âgées ont un revenu faible ; les maladies des personnes âgées sont chroniques et parfois invalidantes ; les personnes âgées constituent un groupe vulnérable.

Au vue de cette vulnérabilité des personnes âgées, quelles actions sont entreprises par les autorités politiques pour améliorer leurs conditions de vie en générale et leur santé en particulier ?

### 1.3.4. Politiques de soins en faveur des personnes âgées

#### 1.3.4.1. En contexte occidental

Le vieillissement est un processus naturel qui va de la naissance à la mort. C'est aussi un accomplissement de l'individu, qui doit rester citoyen jusqu'au terme de sa vie. En France, la mise au point et la diffusion pour compter de 1997 de " la charte des droits et libertés de la personne âgée", élaborée par la Fondation Nationale de Gérontologie, constitue une base forte dans la promotion des droits de la personne âgée. Le législateur traduit cette volonté dans plusieurs textes récents. La loi du 2 janvier 2002,[7] rénovant l'action sociale et médico-sociale en est l'illustration. L'engagement de l'Etat est fort dans le développement des services de santé auprès des personnes âgées. Depuis l'arrêté du 4 mars 1997, la gérontologie et la gériatrie font partie des matières obligatoires pour l'enseignement théorique au cours du deuxième cycle des études médicales pour renforcer la compétence des médecins sur la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées. Les établissements publics de santé sont le plus souvent dotés de Gériatres. Les personnes âgées ont ainsi une plus grande possibilité de se faire soigner convenablement dans les services de santé publics, les hôpitaux (Inspection Régionale de la Santé, 2002).

[7]Loi 2002-2 (loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale), chaque prise en charge est basée sur un projet personnel individualisé. Selon les besoins des personnes âgées, des activités éducatives, des prises en charge médicales ou paramédicales sont mises en œuvre pour le développement de la personnalité, accéder à une socialisation plus importante, favoriser l'insertion sociale et professionnelle et favoriser l'autonomie.

En plus de cette offre de services de santé, deux grandes catégories de services de soins infirmiers sont offertes aux personnes âgées : les services d'aides à domicile proprement dits et les services de soins à domicile afin de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à leur domicile et donc de retarder ou même d'éviter tout placement dans un hébergement pour personnes âgées. Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) complètent l'aide ménagère à domicile en offrant la possibilité de dispenser, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène aux personnes âgées. Lorsque les besoins d'aide technique, de surveillance, de soins médicaux augmentent, les personnes âgées peuvent être placées dans des hébergements collectifs gériatriques tels que les foyers et les maisons de retraite plus ou moins médicalisés (Carrière et Légaré, 1993).

Une Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est allouée aux personnes de plus de 60 ans qui sont dépendantes, c'est-à-dire aux personnes ayant besoin d'une surveillance régulière ou d'aide pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne (Anonyme, 2008).
Dans le contexte occidental, la politique de santé des personnes âgées touche aussi aux questions de sécurité sociale et de logement afin d'offrir aux personnes âgées des logements privés et des hébergements médico-sociaux qui répondent aux besoins d'une population pour laquelle le logement, au-delà de sa fonction résidentielle, doit être un outil du bien vivre (Doumont et al., 1999).

Les politiques de santé en faveur des personnes âgées en contexte occidental sont globales. La santé va au-delà de la santé physique, de l'absence de maladie pour intégrer le bien-être général de la personne âgée. Aussi, des professionnels de différents domaines sont impliqués dans la prise en charge sanitaire des personnes âgées. Sans être exhaustif, on peut énumérer les professionnels des soins paramédicaux, les professionnels de la rééducation, réadaptation, les professionnels du domaine socio-éducatif, les psychologues et neuropsychologues, etc. En est-il de même pour le cas de l'Afrique?

### 1.3.4.2. En contexte africain

Lors de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement tenue à Madrid en 2002, le Sénégal fut représenté par son Ministre du Développement Social et fut élu comme membre de la Commission de vérification des pouvoirs. Cela pourrait traduire l'intérêt du Sénégal pour les questions relatives au vieillissement de la population. Mais c'est seulement en 2006 que l'Etat sénégalais à adopté et mis en place un système de solidarité dénommé " sésame". Ce système vise à assurer, aux personnes âgées de 60 ans et plus sans couverture sociale, l'accessibilité et la gratuité des soins sous la forme d'une nouvelle assurance maladie

intégralement financée par l'Etat au travers de subventions directes aux hôpitaux, centres et postes de santé. Avant l'adoption de ce plan, seules 30 % des personnes âgées de 60 ans et plus bénéficiaient d'une « couverture sociale. », les 70% restants n'avaient ni retraite, ni couverture sociale. Dans la pratique, il a été constaté une totale anarchie accentuée par un déficit de communication. Un aspect non moins important est l'absence des services en gériatrie gérontologie. De plus, une dette de plus d'un milliard de franc CFA a été octroyée aux établissements de santé (Coumé, 2009).

Dans la même lancée que le Sénégal, le gouvernement malien a voulu concrétiser sa volonté politique en adoptant un plan d'action national pour la promotion de la santé des personnes âgées. L'initiative du ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées de faire participer les cliniques privées à l'élan de solidarité s'est traduite par la mise en place de consultations médicales gratuites en leur sein au profit des personnes âgées. Il y a eu aussi la mise à disposition de carnets de santé aux personnes âgées pour leur permettre non seulement d'accéder à la gratuité des soins ou à la réduction du coût de certaines prestations mais aussi d'accéder à un suivi régulier de leur santé. Comme dans le cas du Sénégal, le plan d'action du Mali a aussi souffert d'un manque d'intérêt qui a entravé l'effectivité de cette prise en charge (MDSSPA, 2007).

Ces deux contextes (Sénégal et Mali), bien que n'étant pas représentatifs de la situation du continent africain, montrent qu'à la différence des pays occidentaux, la mise en œuvre réelle des politiques nationales de santé des personnes âgées en Afrique Sub-saharienne. De même, ces politiques se focalisent exclusivement sur la santé physique de celle-ci. Peu de programmes sont conçus pour améliorer leurs conditions de vie. Comment se présente la situation de la prise en charge sanitaire des personnes âgées dans le contexte spécifique du Burkina Faso ?

### 1.3.4.3. Au Burkina Faso

#### 1.3.4.3.1 Au niveau des services de santé

Au Burkina Faso, la sécurité sociale est peu développée. La prise en charge sanitaire des personnes âgées n'est pas particulièrement couverte par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Les services offerts par le système de santé du Burkina Faso sont peu adaptés aux besoins des personnes âgées. Ce système de santé est très peu outillé pour assurer une prise en charge adéquate (diagnostic, traitement et suivi) des problèmes de santé des personnes âgées.

Au premier niveau de la pyramide sanitaire, constitué des Centres de Santé et de Promotion sociale (CSPS) et des Centres Médicaux avec Antenne chirurgicale (CMA), le PMA est composé de soins curatifs et préventifs pour l'ensemble de la population sans spécificité pour un groupe d'âge quelconque. La prise en charge des affections chroniques des personnes âgées ne bénéficie pas d'une organisation spécifique. Ce qui rend difficile leur accès aux soins de qualité.

Au deuxième niveau (CHR), la personne âgée a accès à un médecin pour la prise en charge des affections chroniques. Mais cette prise en charge ne bénéficie pas d'une organisation spécifique, ce qui rend difficile l'accès aux soins de qualité pour la personne âgée. Au troisième niveau de référence (CHU), il n'existe pas de service de gériatrie. Au-delà de l'insuffisance de la disponibilité des services pour personnes âgées, les difficultés d'accessibilité physique, socioculturelle et financière sont plus accentuées pour les personnes âgées que pour l'ensemble de la population (DSF, 2008a).

**1.3.4.3.2. Au niveau communautaire**

A ce niveau, en général, 80% de l'assistance aux personnes âgées dépendantes est fournie par l'entourage et 20% par les aides professionnelles (DSF 2008a). Le rôle d'aidant naturel est valorisant et source d'amélioration de la relation entre la personne âgée et sa famille. La famille dégage un ou des aidants naturels pour assurer une présence, une surveillance, et des liens chaleureux avec les personnes âgées. Depuis 2002, les personnes âgées disposent d'un conseil national des personnes âgées, qui devrait regrouper toutes leurs organisations et associations. Cet organe est l'instance suprême représentative des intérêts des personnes âgées au Burkina Faso. Il lutte pour la prise en charge des soins médicaux de ces dernières et pour la création de centres d'accueil et de repos de celles qui sont malades (RGPH 2006).

Le 1$^{er}$ octobre de chaque année, le Burkina Faso célèbre la journée internationale des personnes âgées qui se traduit par l'organisation des campagnes de sensibilisation et des plaidoyers en faveur de leur prise en charge psychosociale. Le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale et certaines institutions ont mis en place des centres d'accueil des personnes âgées indigentes, rejetées ou malades comme le centre de Tanghin à Ouagadougou (pour les personnes accusées de sorcellerie), le Centre d'Accueil de Dédougou (pour les personnes seules ou malades, n'ayant pas une maison), le Centre des Sœurs de Charité de Mère Thérésa à Dédougou (pour les personnes les plus pauvres). Il existe aussi des associations qui s'occupent exclusivement des personnes âgées : l'Association Génération

Solidaire, l'Association Nationale des Retraités du Burkina Faso, le Mouvement Burkinabè pour une Vieillesse de Qualité, etc. (DSF, 2008a).

Pour coordonner les actions menées à différents niveaux pour améliorer les conditions de vie des personnes, le ministère de la santé c'est doté d'un programme national de santé des personnes âgées.

### 1.3.4.3.2. Le programme national de santé des personnes âgées

La politique nationale de prise en charge sanitaire des personnes âgées a commencé depuis les premières heures de l'indépendance avec des mesures législatives et réglementaires visant à améliorer les conditions de vie, donc de santé des personnes âgées. En 2010 par exemple, les arrêtés consécutifs à la loi hospitalière[8] envisagent une réduction du coût des prestations de services dans les hôpitaux de 80% pour les personnes âgées retraitées et de 90% pour celles qui ne bénéficient pas d'une pension de retraite. Un programme national de santé des personnes âgées a été élaboré pour la période 2008-2012. Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté et du Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 et poursuit les objectifs spécifiques suivants :

- renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 ;
- assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012 ;
- rendre financièrement accessibles les services de santé à au moins 80% des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 ;
- renforcer la coordination, le suivi, l'évaluation et le partenariat en faveur de la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 ;
- développer la recherche sur la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012.

La mise en œuvre du programme doit permettre de mieux orienter les interventions des différents acteurs et de mobiliser les ressources nécessaires en faveur de la santé des personnes âgées.

Pour cette étude, le programme national de santé des personnes âgées sera considéré comme une politique publique. L'analyse va nous permettre d'apprécier le contenu du programme et d'estimer son degré d'implantation.

---

[8] (article 4 et 5, Arrêté conjoint N° 2010-235 /MS/MEF du 11 août 2010, portant conditions d'application de la tarification des actes des professionnels de la santé et des hospitalisations dans les établissements publics de santé hospitaliers du Burkina Faso pour les personnes âgées)

### 1.3.5. Evaluation des politiques publiques

Parlant de l'évaluation des politiques publiques, Vincent Lemieux (2002) affirme que c'est le mécanisme qui consiste à *«juger selon des valeurs les intrants, leur conversion en extrants et les extrants eux-mêmes, dans le but de réinformer les politiques publiques, et autant que possible de rétroagir sur elles. »*. Cette définition renvoie aux cinq objets définis par Suchman (1967 cité par Lemieux, 2002) pour évaluer une politique publique. Ces critères comprennent d'abord l'évaluation de *l'effort* dans la mesure où une politique est constituée d'un ensemble de ressources humaines, matérielles et financières (extrants) qui sont allouées pour assurer sa mise en œuvre. Le deuxième objet réfère à *l'efficacité* qui consiste à comparer les effets des extrants obtenus de la mise en œuvre du programme aux objectifs visés. Le troisième objet de l'évaluation porte sur *l'impact.* Selon l'auteur, l'évaluation de l'impact porte sur les effets que la politique peut avoir à long terme dans l'environnement. Elle ne se limite pas seulement aux objectifs explicitement visés par la politique. Ensuite, vient l'évaluation de *l'efficience* qui met en rapport les intrants et les extrants. Autrement dit, elle renvoie à l'analyse coût-efficacité. Le cinquième et dernier objet réfère au *fonctionnement du processus,* qui n'est autre que la mise en œuvre ou implantation de la politique. Il renvoie aux activités de transformation des intrants en extrants. L'évaluation de l'implantation consiste donc à décrire ce qui se passe réellement.

En plus des cinq objets d'évaluation proposés par Suchman (1967 cité par Lemieux, 2002) pour l'évaluation des politiques publiques, il est également possible de faire l'évaluation de la pertinence et de la cohérence tel que proposé par Perret (2001). L'évaluation de la pertinence et de la cohérence consiste à faire le rapport entre les problèmes identifiés et les objectifs et activités proposés et à se demander dans quelle mesure les différents éléments forment un tout cohérent. Pour l'analyse de la pertinence et de cohérence du programme national de santé des personnes âgées, nous nous inscrirons dans cette logique.

## 1.4. Problématique

Les personnes âgées constituent pour toute société un capital humain de grande importance. Leur valorisation doit se traduire par des actions pertinentes, cohérentes et adaptées au plan culturel, économique, social et sanitaire.

La deuxième Assemblée Mondiale de Madrid sur le vieillissement a été l'occasion pour les gouvernements de tous les pays de s'engager à agir selon trois axes prioritaires : *les personnes âgées et le développement, la promotion de la santé et du bien-être et la création*

*d'environnements porteurs et favorables* (Nations Unies, 2002). Plusieurs autres rencontres ou travaux ont par la suite permis d'exprimer la volonté des États à faire face à la vulnérabilité des personnes âgées et de développer la recherche sur le sujet afin d'élaborer des politiques en leur faveur.

Le Burkina Faso, à l'instar de quelques pays africains, s'est doté d'un premier programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 dans le but de "contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées au Burkina Faso".

Ce programme peut être considéré comme une politique publique, car il est la manifestation d'une volonté politique et il est censé résoudre un problème public. C'est la traduction des décisions gouvernementales sur les questions de santé des personnes âgées. Il est constitué d'un ensemble de mesures concrètes qui forment sa "substance". Il s'inscrit dans un "cadre général d'action", ce qui permet de le distinguer de simples mesures isolées. De plus, le programme a une cible bien précise et définit des buts et des objectifs à atteindre (Mény et Thœnig cité par Muler, 2002). Nous analyserons alors le programme national de santé des personnes âgées comme une politique publique.

Au Burkina Faso, du point de vue de la recherche ou de l'évaluation de politiques et programmes en matière de la santé, les personnes âgées ont parfois été l'objet de plusieurs investigations. Mais les questions abordées sont d'ordre général (Bilgo2006 ; Bologo 2010) ou ne portent que sur la sécurité sociale (Kinda 2006; Roth 2007). Celles ayant porté sur la santé s'accordent à noter que les personnes âgées constituent une population vulnérable au regard de leur faible revenu et des maladies chroniques et parfois invalidantes dont elles souffrent. Cependant, très peu d'études ont porté sur l'évaluation de l'offre de soins et services de santé aux personnes âgées.

En matière d'évaluation des politiques publiques, Perret (2001) soutient que le choix d'une méthode ou d'un type d'évaluation n'est pas guidé seulement par la curiosité scientifique. Il est « sous-tendu par des préoccupations d'ordre normatif (porter un jugement sur la politique) et opérationnel (contribuer pratiquement à ce que l'action publique réponde plus efficacement aux besoins de la société) » Perret (2001, p.17). La phase du cycle de vie de la politique où intervient l'évaluation est aussi déterminante dans le choix du type d'évaluation. Les questions relatives aux conditions d'implantation, à la pertinence et à la cohérence de la politique peuvent être examinées dès le début d'une action tandis que la mesure des effets et impacts nécessite davantage de temps de réalisation de l'action. Nous ne nous intéresserons pas à la mesure des effets car, malgré la diffusion du programme national de santé des

personnes âgées, sa mise en œuvre n'est pas totalement effective. Notre travail consiste à faire une évaluation de la pertinence, de la cohérence et l'implantation du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012.

La pertinence et la cohérence d'ensemble d'une politique sont déterminantes pour l'atteinte des objectifs qui ont été fixés au préalable. Le programme national de santé des personnes âgées est-il cohérent ? Le programme national de santé des personnes âgées est constitué d'un ensemble de dispositifs organisationnels et de moyens humains et financiers. Il compte cinq objectifs et dix-neuf (19) axes stratégiques déclinés en soixante neuf (69) activités. Ces activités sont destinées à une population vulnérable qui a besoin de soins spécialisés et doivent êtres mises en œuvre à tous les niveaux de la pyramide sanitaire du pays sur une période de 5 ans. Dans quelle mesure ces différents éléments forment-ils un ensemble cohérent ? Le programme national de santé des personnes âgées, qui devait être élaboré en tenant compte des orientations du plan d'action international de Madrid sur le vieillissement est-il pertinent? Les dispositions prises sont elles pertinentes ? Sont-elles à mesure de produire les résultats attendus dans le contexte du Burkina Faso? Les cinq objectifs formulés sont-ils en adéquation avec les problèmes prioritaires des personnes âgées ? Le programme peut-il profiter réellement aux personnes âgées ? Il est question de juger de l'adéquation entre les problèmes de santé des personnes âgées et les solutions envisagées dans le programme, à travers notamment les activités retenues. Ce travail d'évaluation est donc l'occasion d'examiner la cohérence des stratégies et des activités, le bien-fondé et la vraisemblance du programme.

L'implantation d'une politique publique constitue le processus d'application des décisions. Parler d'implantation permet de caractériser le moment de l'action publique où la décision se confronte à la réalité à travers l'application des directives gouvernementales. L'implantation peut être considérée comme un processus au sein duquel se succède une série d'actions sociales mettant en jeu des ensembles d'acteurs plus ou moins organisés, qui occupent des positions hétérogènes et portent des intérêts et des ressources différents. L'implantation concrète d'une politique publique est affectée par un certain nombre de données : délimitation exacte des problèmes à prendre en charge, disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières, opportunités offertes par la conjoncture quant au moment de l'intervention (Loada, 2011)

Tenant compte du fait que le programme national de santé des personnes âgées n'a pas été totalement mis en œuvre, l'implantation ne concerne pas la phase d'exécution mais l'étape de

préparation de la mise en œuvre. L'évaluation de l'implantation du programme concerne la phase d'application des décisions, l'organisation des moyens à mettre en œuvre. Elle nous amène à nous intéresser à la perception que les différents acteurs ont du programme, l'attitude des praticiens vis-à-vis de la question de la prise en charge des personnes âgées, la mobilisation des ressources en faveur de ce programme. Autrement dit, les différents acteurs chargés de la mise en œuvre du programme le connaissent-il ? Les ressources disponibles permettent-elles sa mise en œuvre? Les autorités politiques s'intéressent-elles à l'opérationnalisation du programme?

Cette évaluation du programme national de santé des personnes âgées s'articulera autour de ces préoccupations. Elle permettra de dégager les forces et les faiblesses du programme et de proposer des recommandations pour les futures actions à mener de sorte à contribuer à la promotion de la santé des personnes âgées.

### 1.5. Objectifs de l'évaluation

#### *Objectif général*

Apprécier la pertinence, la cohérence et l'implantation du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 du Burkina Faso en vue de contribuer à son amélioration.

#### *Objectifs spécifiques*

Pour atteindre cet objectif, il s'agira spécifiquement de :

1. apprécier la conformité des activités du programme aux besoins exprimés par les personnes âgées
2. évaluer la cohérence du programme national de santé des personnes âgées ;
3. analyser les conditions d'implantation du programme national de santé des personnes âgées.

## CHAPITRE II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE

Dans cette partie, les différents aspects de la démarche méthodologique adoptée dans le cadre de cette évaluation sont présentés. Elle comprend la présentation du terrain de l'étude, les questions d'évaluation, le type et l'approche d'évaluation choisis, le devis d'évaluation ainsi que les méthodes de collecte et d'analyse des données.

### 2.1. Terrain de l'étude

Le district sanitaire de Nongr-Masson a servi de cadre pour notre étude. C'est un district semi-urbain dont les limites correspondent à celles de l'arrondissement de Nongr-Massom[9]. Il est situé dans la partie nord-est de la commune de Ouagadougou et est limité au sud-ouest par les districts sanitaires de Boulmiougou et de Bogodogo, à l'ouest par le district sanitaire de Sig-Nonghin, au nord et à l'est par le district sanitaire de Ziniaré (province d'Oubritenga).

Le district sanitaire de Nongr-Massom s'étend sur 137 km² dont une superficie urbaine de 62,5 km² soit 45,6%. Avec 287 323 habitants et une diversité socioculturelle, le district sanitaire de Nongr-Massom constitue avec ceux de Boulmiougou, de Bogodogo, de Sig-Nonghin et celui de Baskuy les 05 districts de la région sanitaire du centre. Il dessert 6 secteurs centraux (13, 23, 24, 25, 26 et 27) et 5 villages (NiokoII, Polesgo, Roumtinga, Sakoula, Sogdin). Comme infrastructures sanitaires publiques, le district compte un CMA où se déroulent les activités du 1$^{e}$ et du 2$^{e}$ échelon, 8 CSPS, 3 dispensaires et un service de Santé Maternelle et Infantile (SMI). Il est dirigé par un Médecin Chef de District (MCD). On note également dans le district sanitaire de Nongr-Masson, la présence de plusieurs infrastructures sanitaires privées[10] (DRSC, 2011).

Les formations sanitaires du district disposent du personnel minimum requis pour leur fonctionnement mais, compte tenu de la spécificité du CMA qui se situe en milieu urbain, on note une insuffisance de personnel (médecins généralistes, attachés de santé en chirurgie, en pédiatrie, en anesthésie, en ophtalmologie, en odontologie, techniciens de laboratoire, gynécologues, personnel de soutien) (DRSC, 2011).

[9] « Nongr-Massom » veut dire Terre de paix et de bonheur en Mooré

[10] 14 Cabinets de soins infirmiers et cliniques d'accouchements, 7 services OST, 4 cabinet médicaux, 4 cliniques et 8 formations sanitaires confessionnelles/sociaux/ONG

## 2.2. Type d'évaluation

Le type d'évaluation est défini comme étant l'objet sur lequel porte le jugement de l'évaluateur (Ridde et Dagenais, 2009). La présente étude est une évaluation de la pertinence, de la cohérence et de l'implantation du programme national de santé des personnes âgées au niveau du district sanitaire de Nongr-Massom. Selon Perret (2001), un programme est dit pertinent si ses objectifs et sa "théorie d'action" sont adaptés à la nature des problèmes qu'il est censé résoudre ou prendre en charge. Par évaluation de la cohérence, « il s'agit d'examiner dans quelle mesure les objectifs, les moyens et les intervenants s'unissent pour constituer un seul et même outil au service des objectifs » (Plante, 1994, cité par Lemieux., 2004, p.133). Ainsi, cette évaluation permet de vérifier la logique entre les objectifs, les stratégies et les activités visés par le programme, l'adéquation entre les activités prévues et les besoins des personnes âgées.

L'évaluation de l'implantation nous a amené à utiliser le cinquième critère proposé par Suchman (1967, cité par Lemieux 2002) pour mesurer la valeur d'un programme[11]. Il s'agit du fonctionnement du processus, qui renvoie aux activités de conversion des intrants en extrants, à la préparation de la mise en œuvre (Lemieux 2002). Ce type d'évaluation a l'avantage de permettre d'appréhender la dynamique propre de la mise en application du programme et le décalage éventuel qui existe entre les intentions et la réalité. Autrement dit, l'évaluation de l'implantation nous permet de faire une comparaison entre le programme tel que planifié et son application réelle.

## 2.3. Approche d'évaluation

L'approche d'évaluation renvoie à la manière dont les évaluateurs interagissent avec les personnes concernées par l'évaluation (Ridde et Dagenais, 2009). Le choix d'une approche se définit en évaluation comme la façon dont l'évaluateur assume son rôle. Afin de mener cette évaluation, l'approche participative a été utilisée.

Le choix de l'approche participative est basé sur l'hypothèse selon laquelle la participation de l'ensemble des parties prenantes permet d'accroître les chances de réussite du processus et de maximiser l'utilisation des résultats (Ridde et Dagenais, 2009). En outre, celle-ci constitue une expérience d'apprentissage pour les acteurs du programme et renforce leurs compétences

[11] Les cinq critères qu'il propose sont l'effort consenti, la performance obtenue, le caractère adéquat de la performance, l'efficience et le fonctionnement du processus.

dans le domaine de l'évaluation des programmes. De plus, elle améliore leur compréhension de la stratégie de leur propre programme, ainsi que celle de ses forces et faiblesses.

Un autre avantage de l'évaluation participative est que le processus basé sur le travail d'équipe peut contribuer à améliorer la communication entre les exécutants du programme qui travaillent à des niveaux différents du programme (Aubel, 2000).

De façon pratique, cette approche a consisté en la contribution des acteurs impliqués dans la conception du programme dans tous le processus de l'évaluation depuis la formulation des objectifs jusqu'à l'analyse des données.

### 2.4. Questions d'évaluation

Trois questions d'évaluation vont être interrogées conformément aux trois types d'évaluation retenus pour l'étude. Pour l'analyse de la pertinence du programme national de santé des personnes âgées, la question d'évaluation retenue est: *l'ensemble des activités planifiées permet-il d'assurer une prise en charge efficace des problèmes de santé des personnes âgées ?* Autrement dit, *le choix des objectifs et des activités est-il pertinent et à même de produire les effets attendus du programme ?* Cette question permet d'apprécier la pertinence du programme au regard des éléments de sa conception. Ensuite pour analyser la cohérence du programme, la question d'évaluation retenue est: *y a-t-il une cohérence entre les objectifs visés, les stratégies définies et les activités planifiées par le programme?* Il s'agit de vérifier la logique du programme et de voir si ce programme cerne avec pertinence les questions de santé des personnes âgées. Enfin pour l'analyse de l'implantation, la question d'évaluation retenue est la suivante : *quelles sont les modalités d'implantation du programme ?* Il s'agit de voir le degré de mobilisation des différents acteurs et des ressources pour la mise en œuvre du programme.

### 2.5. Devis d'évaluation

Dans le cadre de cette évaluation, le devis retenu est l'étude de cas unique. Une étude de cas est une description détaillée d'un processus donné d'évaluation ou de planification dans son contexte de vie réelle (CORCLE cité par MASSE, cité Vigan; 2009). Le programme national de santé des personnes âgées est le cas unique à étudier dans le contexte précis du district sanitaire de Nongr-Massom de la ville de Ouagadougou.

A travers une étude transversale, des éléments de réponses ont été apportés aux trois questions d'évaluation qui constituent la clé de l'évaluation complète du programme national de santé

des personnes âgées tel qu'élaboré et mis en œuvre pour contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes âgées.

L'étude de cas étant une "stratégie de recherche" qui n'est pas liée à un type particulier de donnée (Yin cité par Kaba, 2008). Il s'est avéré indispensable d'utiliser une méthode qualitative pour recueillir des points de vue sur le processus d'élaboration, le contenu et l'implantation du programme national de santé des personnes âgées.

### 2.6. Méthode de collecte, de traitement et d'analyse des données

#### 2.6.1. Technique de production des données

Afin d'obtenir toutes les données nécessaires, deux techniques de collecte de données ont été utilisées. Il s'agit de la revue documentaire et des entretiens individuels.

##### 2.6.1.1. La revue documentaire

La revue de littérature a été une étape très importante dans notre étude. Elle a porté sur la question des personnes âgées dans le monde et au Burkina Faso, le Programme National de Santé des personnes âgés 2008-2012, les rapports d'activités de la DGSF, les documents ayant trait à l'analyse des politiques publiques, le plan d'action annuel du district sanitaire de Nongr-Massom, le document de la Politique Sanitaire Nationale et d'autres sources de données comme le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1996 et 2006. L'étude documentaire a aussi porté sur le plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (2002).

L'évaluation de la pertinence a été faite à partir de différents tableaux qui présentent les problèmes prioritaires de santé des personnes âgées, les objectifs, et les stratégies retenues dans le programme national de santé des personnes âgées et d'un tableau qui juxtapose les objectifs du plan d'action international de Madrid sur le vieillissement et les objectifs du programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso. Les tableaux ont également été utilisés pour rendre compte de la cohérence, de l'agencement des différents objectifs, stratégies et activités du programme.

##### 2.6.1.2. Les entretiens individuels

L'approche méthodologique adoptée ici est essentiellement qualitative. De ce fait, il est plus indiqué de procéder par la méthode d'entretien parce qu'elle offre des avantages certains. Quivy & Campenhoudt signalent que « *les méthodes d'entretien se caractérisent par un contact direct entre le chercheur et ses interlocuteurs et par une faible directivité* » (1989, p.

194). Les entretiens individuels permettent donc un contact direct avec l'informateur; ce qui permet d'obtenir plus d'informations. Ils permettent aux informateurs d'avoir une liberté d'expression. Ainsi, des entretiens approfondis ont été réalisés avec les personnes âgées sur les questions relatives à leurs besoins en matière de santé, leurs appréciations des prestations offertes dans les formations sanitaires, leurs connaissances du programme et leurs suggestions pour une meilleure prise en compte de leurs besoins.

Des entretiens ont également été effectués avec les personnes ressources chargées de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme, les partenaires techniques et financiers soutenant ou accompagnant le programme, les structures d'appui aux personnes âgées. Ces entretiens ont tourné autour des thèmes portant sur la pertinence et la cohérence du programme, la disponibilité des ressources matérielles, financières et humaines pour la mise en application du programme et les problèmes rencontrés dans son exécution.

Des guides d'entretien individuel ont été utilisés pour recueillir l'information. Ils ont été adaptés à chaque type d'interviewé et comportent les thèmes relatifs à la cohérence, à la pertinence et la mise en œuvre du programme.

### 2.6.2. Echantillonnage

Au regard des objectifs poursuivis, analyser la pertinence, la cohérence et la mise en œuvre du programme de santé des personnes âgées un certain nombre d'informateurs ont été pris en compte en vue d'avoir une information plurielle, valide et crédible. Ces informateurs sont aussi bien les bénéficiaires du programme que les personnes ressources (acteurs chargés de la coordination et de la mise en œuvre du programme).

- ***Les bénéficiaires*:** il s'agit des personnes âgées. Tenant compte de l'âge minimum (50 ans) retenu par la DGSF pour définir la personne âgée, l'enquête a porté sur les personnes âgées de 50 ans et plus. La méthode non probabiliste a été utilisée pour l'échantillonnage de ces bénéficiaires. Les personnes âgées présentes au moment de l'enquête ont été abordées au niveau des principales formations sanitaires du district que sont le CMA de Kossodo et les CSPS urbains du district c'est-à-dire le CSPS du secteur 13, 23, 25, et 27[12].

- ***Les personnes ressources*** : pour approfondir notre réflexion et nos analyses, des personnes ressources ont été identifiées. Le choix de ces informateurs a été fait de façon raisonnée en

[12] C'est CSPS couvrent respectivement 28300 ; 113861 ; 41128 et 65619 habitants

tenant compte des objectifs, mais de manière à couvrir les différents niveaux d'opérationnalisation du programme.

Au niveau central, les acteurs impliqués dans la planification et la mise en œuvre du programme à savoir, les responsables des différents départements de la DASPAJ, de la Direction de la Promotion et de la Protection des Personnes Agées (DPPPA) du ministère de l'action sociale, et du ministère du travail et de la sécurité sociale, du service pédagogique de l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) ont été retenus pour les entretiens.

Au niveau régional, les membres du bureau de protection des groupes spécifiques de la Direction Régionale de la Santé du Centre (DRSC) ont été inclus dans l'échantillon.

Au niveau district, les prestataires de soins et services (médecin, infirmier, technicien de laboratoire), qui sont responsables de la dispensation des soins, ont également été interviewés. Ils sont les principaux acteurs de l'opérationnalisation du programme.

Au niveau de la communauté, les associations et réseaux qui œuvrent en faveur des personnes âgées [Conseil National des Personnes Agées (CNPA), Association Nationale des Retraités du Burkina (ANRB)] partenaires importants dans la mise en œuvre des activités de prise en charge des personnes âgées ont été interviewés.

Enfin, les partenaires financiers (PADS, OMS) qui appuient la mise en œuvre du programme ont également été inclus dans l'échantillon des personnes ressources. Cependant pour des raisons surtout de disponibilité, certaines personnes ressources des structures d'appui du programme telles que la Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO) et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) n'ont pas pu être interviewées.

Le tableau suivant donne la répartition de l'échantillon.

**Tableau 1: Composition de l'échantillon**

| Catégorie d'acteurs interrogés | Nombres |
|---|---|
| Personnes âgées | 22 |
| Prestataires de soins et services (médecins, infirmiers, techniciens de laboratoire) | 08 |
| Membres associations (CNPA, ANRB) | 02 |
| Agents de la DASPAJ | 03 |
| Partenaires techniques et financiers (PADS, OMS) | 02 |
| DRSC | 01 |
| Direction de l'ENSP | 01 |

| | |
|---|---|
| Point focal personnes âgées au Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale | 01 |
| Total | 40 |

**Source : Enquêtes de terrain, 2011**

### 2.6.3. Déroulement de l'enquête de terrain

La collecte des données qualitatives s'est déroulée du 14 au 29 novembre 2011. Cette recherche de terrain a permis de réaliser les entretiens avec les différents acteurs concernés par la mise en œuvre du programme et les personnes âgées.

Les personnes ressources ont été rencontrées sur rendez-vous dans leurs structures. Pour ce qui est des bénéficiaires du programme, les personnes âgées interrogées ont été choisies parmi ceux qui venaient en consultation au centre de santé.

Avant de réaliser un entretien avec un informateur, il a tout d'abord été question de présenter les objectifs méthodes et principes éthiques (liberté de ne pas participer à notre étude, de répondre partiellement, totalement ou même de ne pas répondre à toutes les questions, le principe d'anonymat et de confidentialité, etc.) de notre étude. Nous avons tenu à avoir le consentement oral des enquêtés, aucun d'entre eux n'a été contraint de participer à l'étude. De plus, lors de la transcription et de la présentation des résultats, une codification des entretiens a été faite. Ainsi, les entretiens réalisés avec les personnes ressources sont codés PR et les réalisés avec les personnes âgées sont codés PA.

### 2.6.4. Méthode de traitement et d'analyse des données

Le traitement des données s'est déroulé en trois phases. La première phase a consisté à utiliser trois tableaux pour mettre en relation les problèmes prioritaires de santé des personnes âgées, les objectifs, les stratégies et les activités identifiés. La deuxième phase a consisté à juxtaposer, à travers un quatrième tableau, les objectifs de l'orientation prioritaire II (promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées) du plan d'action international de Madrid et les objectifs du programme national de santé des personnes âgées. La lecture des tableaux a permis d'apprécier la pertinence et la cohérence du contenu du programme.

La dernière phase a porté sur les données qualitatives collectées. Après l'enregistrement des entretiens, les différentes étapes ont été :

- la transcription de toutes les données brutes enregistrées ;
- la vérification de la complétude des données à travers une lecture approfondie ;

- le traitement des données en les organisant par catégorie thématique.

L'analyse de contenu thématique a été utilisée pour l'analyse. C'est une méthode d'analyse qui nous a permis de relever et de synthétiser les éléments issus aussi bien des entretiens individuels que de l'exploitation du programme.

### 2.6.5. Limites de l'évaluation

L'étude présente quelques limites méthodologiques. Tout d'abord, la nécessité d'atteindre la saturation implique que le maximum de données soit collecté auprès de toutes les parties prenantes. Cependant, les entretiens n'ont pas pu être réalisés avec certains acteurs qui ont participé à l'élaboration du programme comme le président de l'ARNB, le directeur de la DRSC et le représentant de l'OMS. Ces acteurs auraient pu nous donner des informations importantes pour l'analyse.

Ensuite, la méconnaissance du programme par certains acteurs et le biais de mémoire pour d'autres ont limité les informations recueillis. En effet, le programme a été élaboré en 2007, la plupart des interviewers qui ont participé à son élaboration ne se rappelait pas du contenu et les autres enquêtés affirmaient ne pas connaitre le programme. Il était impossible pour nous de leur rappeler toutes les stratégies formulées afin qu'ils puissent juger de la pertinence et de la cohérence du programme.

Enfin, l'enquête par questionnaire s'est déroulée au niveau des bénéficiaires qui fréquentent les services de santé du district. Cela constitue un biais de sélection dans la mesure où l'échantillon n'est pas représentatif de ces cibles.

## CHAPITRE III : RESULTATS DE L'EVALUATION

Dans ce chapitre, sont exposés les résultats obtenus à partir des investigations faites au niveau des principales sources de données. Il s'agit essentiellement de donner une réponse à nos questions d'évaluation.

### 3.1. Analyse de la situation sanitaire des personnes âgées

#### 3.1.1. Problèmes rencontrés par les personnes âgées

Les personnes âgées rencontrées dans les différentes formations sanitaires ont évoqué les problèmes de santé auxquels elles sont confrontées et les problèmes qu'elles rencontrent pour avoir accès aux soins. Ces problèmes sont relatifs :

**- aux pathologies des personnes âgées :** les personnes âgées enquêtés affirment que leurs principaux maux sont les rhumatismes, les problèmes d'yeux et de la prostate, les maux de reins, l'hypertension, la fatigue, les maux de dents, le diabète, les douleurs articulaires, les maladies cardiovasculaires, les œdèmes. Ils ajoutent que l'inactivité accélère non seulement le vieillissement, mais altère également leur état de santé. *''Avant quand je travaillais, je n'étais pas malade; depuis que j'ai arrêté, j'accumule tous les maux, j'ai l'hypertension et mes reins me fatiguent''* (PA n ° 2, homme, 68 ans, journaliste à la retraite).

**- à la sous-alimentation :** *« Le problème de nourriture aggrave nos maladies de vieux, il y a beaucoup d'enfants dans nos familles africaines et nous nous privons pour que les tout-petits qui sont dans la période de croissance puissent avoir à manger et si tu n'as pas à manger à ta faim, est-ce-que tu peux prendre les médicaments ? Vous voyez vous-mêmes, le problème de l'alimentation nous fragilise davantage »* (PA n°4, femme, 59 ans, ancienne coiffeuse).

**- au faible revenu :** *« C'est difficile pour moi de venir me soigner à l'hôpital par manque d'argent, je devais venir voir le docteur depuis la semaine passée pour mon contrôle mais c'est seulement aujourd'hui que j'ai pu venir parce que je n'ai pu faire les examens qu'il m'a demandés. Je suis vieux et je n'arrive plus à cultiver, qui va me donner tout le temps de l'argent pour me soigner ? On attend tranquillement la mort. »* (PA n°16, homme, 70 ans, ancien cultivateur).

**- à l'accès aux services de santé :** *« La médecine des blancs n'est pas faite pour nous les paysans, les docteurs donnent des traitements qui sont chers et difficiles à suivre, ce qui fait que nous préférons les tradipraticiens »* (PA n°20, homme, 55 ans, commerçant) ;

*« J'ai des difficultés pour me rendre à mes rendez-vous, le problème de déplacement fait que nous restons à la maison avec nos maladies »* (PA n°7, femme, 63 ans, ménagère)

*« Les dispositions exonérant les personnes âgées dans les services hospitaliers ne sont pas appliquées. Le gouvernement devrait rendre obligatoire ces dispositions »* (PA n°18, femme, 67 ans, institutrice à la retraite).

**- au manque de services spécialisés pour leur prise en charge :** *« Il n'existe pas de services spécifiques destinés aux personnes âgées, nous faisons les rangs comme tous les autres, nous sommes traités à la même enseigne que les autres patients qui ont plus de force et de vitalité que nous »* (PA n°22, homme 60 ans, menuisier).

*« Lorsqu'on te demande de voir un spécialiste qui s'occupe des personnes âgées, tu as tous les problèmes du monde, il n'y a pas de spécialistes à qui s'adresser » (PA n°17, homme 56 ans, gardien).*

**- au manque de soins préventifs :** *« Partout dans le pays on organise les campagnes de cancer du col de l'utérus, de vaccination des enfants contre la poliomyélite, on sensibilise les femmes sur les consultations prénatales et les jeunes sur le sida mais à part le dépistage du diabète, on ne fait rien pour les vieux, pas de prévention, pas de sensibilisation, on ne nous informe même pas par rapport aux maladies chroniques. C'est quand tu commences à être malade que tu dois te débrouiller pour savoir ce qui est bien pour ta santé et ce que tu ne dois pas faire ». (PA n°9, femme, 68ans, ménagère).*

**- au sentiment d'abandon :** *« Lorsque tu pars à la retraite, c'est fini pour toi. Tu es considéré comme inutile et encombrant; à ton approche, on tourne le dos. Cette situation est difficile à supporter, ça détériore l'état de santé, ça aggrave l'hypertension. L'Administration Territoriale est particulièrement ingrate ; quand un retraité meurt, elle ne fait même pas de communiqué, si tu as des problèmes de santé c'est tant pis pour toi»* (PA n°6, homme, 71 ans comptable à la retraite).

*« Après avoir participé à la construction de la nation, le gouvernement nous jette aux oubliettes, il n'y a pas de système subventionnant la prise en charge de nos soins » (PA n°12, femme, 69 ans.)*

Les problèmes de santé de nos enquêtés peuvent êtres résumés de la façon suivante : les personnes âgées ont un revenu faible ; des difficultés d'accès à une nourriture de qualité; les mesures d'accompagnement à la retraite sont insuffisantes ; les services de santé ne sont pas outillés pour la prise en charge des personnes âgées ; les maladies des personnes âgées sont

chroniques et parfois invalidantes ; l'accès des personnes âgées aux soins de santé est limité par le faible pouvoir d'achat ; les principaux motifs de demande de soins sont cardiovasculaires, métaboliques, chirurgicaux, oculaires, etc.

Ainsi, les opinions qui ont pu être recensées auprès des personnes âgées interviewées montrent le caractère multifactoriel des déterminants de leur santé. Qu'en est-il alors de la capacité des prestataires et du système de santé par rapport à la prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées ?

### 3.1.2. Capacités des services de santé en rapport avec la santé des personnes âgées

La meilleure prise en charge des problèmes de santé des personnes âgées dépend fortement de l'organisation et du fonctionnement des services de santé. Les données issues de l'enquête indiquent que si les services de santé du district sanitaire de Nong-Massom sont organisés et fonctionnent dans le sens des orientations voulues par l'équipe cadre du district, ils ne disposent pas en revanche, dans leur majorité, d'un plateau technique relevé pour la prise en charge effective des groupes spécifiques tels que celui des personnes âgées. En effet, sur les 8 prestataires des soins de santé, seulement 3 soutiennent qu'ils peuvent être à mesure de prendre efficacement en charge les pathologies des personnes âgées. De plus, 5 d'entre eux disent qu'ils ne disposent pas suffisamment d'équipements techniques devant permettre la prise en charge adéquate des personnes âgées. Comme on peut le remarquer, la plupart des formations sanitaires publiques voire même privées ne disposent pas suffisamment de personnels qualifiés pour faire face aux affections morbides des personnes âgées; d'ailleurs leur plateau technique limité ne leur permet pas de développer les activités de prise en charge étendue à tous les groupes spécifiques dits vulnérables:

« *Nous n'avons pas de prise en charge spécifique des personnes âgée. Nous n'avons pas été formés pour ça et nous ne sommes pas équipés pour ça non plus, il n'y a même pas de kit pour eux. De toutes les façons ce n'est pas dans ce district seulement, c'est de façon générale, dans tout le pays. Chaque centre de santé se débrouille avec ses vieux*». (PR n°11 Homme, Médecin, CMA de Kossodo).

Les lignes ci-dessous résument les difficultés que les prestataires de soins de santé rencontrent (selon leurs points de vue) en matière de la prise en charge des personnes âgées :

-les personnes âgées n'utilisent pas beaucoup les services de santé (ils préfèrent le suivi à domicile) ;

-les personnes âgées ont un faible pouvoir d'achat ce qui ne leur permet pas souvent de faire les examens biologiques et d'honorer leurs ordonnances ;

-le plateau technique est limité ;

-le personnel spécialisé est insuffisant (cardiologue, ophtalmologue, chirurgien, gériatre...) ;

-la gériatrie est une discipline très peu pratiquée ;

-les soins préventifs en faveur des personnes âgées ne sont pas développés ;

-il n'y a pas de collaboration entre les structures de soin et les associations des personnes âgées ;

-il n'y a pas de services de santé spécifiques pour personnes âgées.

On peut conclure à partir de ces propos que les structures sanitaires ont des capacités d'accueil limitées, une absence remarquable de personnel spécialisé dans la prise en charge de la santé des personnes âgées. Cette situation limite leur aptitude à prendre en charge des personnes âgées.

### 3.2. Evaluation de la pertinence du programme national de santé des personnes âgées

L'évaluation de la pertinence du programme vise à établir dans quelle mesure le programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 est à même de contribuer à résoudre les problèmes de la santé des personnes âgées. L'analyse porte sur: 1) la prise en compte du contexte (des besoins des personnes ) dans la formulation des objectifs, 2) l'adéquation entre les objectifs et les options stratégiques retenues pour l'atteinte de ces objectifs, 3) l'adéquation entre ces stratégies et les activités devant permettre l'atteinte des objectifs du programme et 4) l'adéquation entre le programme et les orientations internationales.

#### 3.2.1. Pertinence du programme national de santé des personnes âgées par rapport au contexte

La pertinence de la stratégie a été analysée d'abord au regard du contexte. Ainsi, les problèmes prioritaires autour desquels les objectifs et les stratégies du programme ont été identifiés sont mis en relation avec les problèmes exprimés aussi bien par les prestataires que par les personnes âgées qui ont été interviewés dans le cadre de l'étude. Le tableau ci-dessous présente la comparaison de ces problèmes et des objectifs du programme.

**Tableau 2: comparaison des problèmes prioritaires de santé des personnes âgées retenus dans le programme national de santé des personnes âgées et des problèmes de santé identifiés par les personnes âgées interviewés**

| Problèmes prioritaires de santé des personnes âgées retenus dans le programme | Objectifs du programme national | Problèmes de santé identifiés par les personnes âgées interviewées |
|---|---|---|
| Les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées sont insuffisamment développés | 1-Renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 | - Les soins préventifs en faveur des personnes âgées ne sont pas développés<br>- L'accès à une nourriture de qualité est faible<br>- Les maladies des personnes âgées sont parfois invalidantes |
| Le diagnostic et la prise en charge des maladies des personnes âgées sont insuffisants ; | 2-Assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012 | - Il n'y a pas de services de santé spécifiques pour personnes âgées ;<br>- La gériatrie est une discipline très peu pratiquée<br>- Le personnel spécialisé est insuffisant<br>- Le plateau technique est limité<br>- Les services de santé ne sont pas outillés pour la prise en charge des personnes âgées<br>- Les principaux motifs de demande de soins sont cardiovasculaires, métaboliques, chirurgicaux, oculaires |
| Les services de santé sont peu accessibles géographiquement, culturellement et financièrement aux personnes âgées | 3-Rendre financièrement accessibles les services de santé à au moins 80% des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 | - Les personnes âgées ont un faible pouvoir d'achat ce qui ne leur permet pas souvent de faire les examens biologique et d'honorer leurs ordonnances<br>- Les personnes âgées n'utilisent pas beaucoup les services de santé (ils préfèrent le suivi à domicile)<br>- Les personnes âgées ont un revenu faible<br>- Certaines personnes âgées ont des réticences par rapport à la médecine moderne<br>- Les personnes âgées ont des difficultés pour se rendre dans les formations sanitaires |
| La coordination des interventions de santé en faveur des personnes âgées est insuffisante | 4-Renforcer la coordination, le suivi, l'évaluation et le partenariat en faveur de la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012. | - il n'y a pas de collaboration entre les structures de soin et les associations des personnes âgées |
| La recherche sur la santé des personnes âgées est très peu développée. | 5-Développer la recherche sur la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 | - Problème non exprimé par nos enquêtés |

**Source : DSF, 2008a et enquête de terrain, novembre 2010**

Cette comparaison montre que le choix des problèmes prioritaires retenus pour l'élaboration du programme est un élément qui confère au programme une bonne pertinence dans le contexte actuel de vulnérabilité des personnes âgées. Tous les problèmes de santé et de prise en charge des personnes âgées évoqués lors des entretiens sont couverts par les quatre premiers problèmes prioritaires identifiés dans le programme. Les propos recueillis auprès d'une personne ressource sur l'appréciation des problèmes prioritaires du programme renforcent la pertinence des choix faits : *« le programme est pertinent dans la mesure où sa conception est basée sur une identification effective des problèmes relevés suite à une analyse*

*de la situation réelle des personnes âgées. Les problèmes relatifs à la santé ont été regroupés en cinq problèmes prioritaires et le choix des objectifs et des stratégies a été fait par rapport à ces problèmes prioritaires »* (PR n° 17, DPPPA du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale).

Cependant, le dernier problème prioritaire (''la recherche sur la santé des personnes âgées est très peu développée'') n'a pas été explicitement évoqué par nos enquêtés.

Si le choix des problèmes prioritaires est pertinent, les stratégies identifiées permettent-elles d'atteindre les objectifs qui ont été fixés par rapport aux problèmes prioritaires ?

### 3.2.2. Pertinence du programme national de santé des personnes âgées par rapport aux orientations stratégiques

Au total, 18 stratégies ont été retenues pour l'atteinte des 5 objectifs du programme. Le tableau, ci-dessous présente ces objectifs et les stratégies qui y sont liées.

**Tableau 3: objectifs et stratégies du programme national de santé des personnes âgées**

| Objectifs | Stratégies |
|---|---|
| **1.** Renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 | 1. Développement de plans de communication sur les problèmes de santé de personnes âgées (axés sur l'utilisation des services de santé)<br>2. Promotion d'une alimentation suffisante et de qualité en faveur des personnes âgées<br>3. Promotion de dépistages précoces et réguliers des pathologies fréquentes en faveur des personnes âgées<br>4. Promotion de création de structures de réadaptation pour personnes âgées |
| **2.** Assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012 | 5. Renforcement des capacités des prestataires de soins<br>6. Réorganisation des services en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées malades<br>7. Promotion des soins à domicile pour les personnes âgées malades<br>8. Renforcement des capacités des structures sanitaires (infrastructures spécifiques, équipement médico-technique, consommables spécifiques, médicaments)<br>9. Intégration de la formation en gériatrie et gérontologie dans les programmes de formation de base des professionnels de santé<br>10. Mobilisation des ressources en faveur de la santé des personnes âgées |
| **3.** Rendre financièrement accessibles les services de santé à au moins 80% des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 | 11. Adoption de textes et lois accordant des avantages en matière d'accès aux soins à toutes les personnes âgées<br>12. Promotion de la couverture du risque maladie chez les personnes âgées (intégration de la branche santé dans les prestations des caisses de retraite, micro-assurance santé...) |
| **4.** Renforcer la coordination, le suivi, l'évaluation et le partenariat en faveur de la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012. | 13. Renforcement des capacités des structures de coordination de la mise en œuvre du programme<br>14. Mise en place d'un système de suivi évaluation des interventions du programme santé des personnes âgées<br>15. Renforcement des capacités des structures de la société civile s'occupant des personnes âgées |

| | |
|---|---|
| | 16. Développement de supports et outils de collecte des données<br>17. Développement du partenariat autour de la santé des personnes âgées |
| 5. Développer la recherche sur la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 | 18. Promotion de la recherche en faveur de la santé des personnes âgées |

**Sources : DSF, 2008a, p 33-34.**

L'analyse de la pertinence des orientations stratégiques du programme répond à la question de savoir dans quelles mesures les stratégies retenues permettent d'atteindre les objectifs du programme. L'examen de ces stratégies indique une bonne complétude au regard des 5 objectifs poursuivis par le programme. Certaines options stratégiques à caractère transversal permettent de couvrir plusieurs objectifs. C'est par exemple le cas de la stratégie 5 qui couvrent à la fois l'objectif 1 et 2. Théoriquement donc, l'ensemble des stratégies devront permettre l'atteinte des objectifs du programme. Cependant, nous nous demandons si la promotion a le même contenu selon les stratégies 2 ; 3 ; 4 ; 7 ; 12 et 18 étant donné que le terme "promotion" n'a jamais été défini dans ce programme. Ce terme demeure flou et l'on ne sait pas s'il s'agit de simple sensibilisation, information, éducation ou communication sur les thèmes évoqués ou s'il s'agit d'actions concrètes de réduction des obstacles liés à l'accès à certains produits. Par exemple, si la promotion de dépistage des pathologies, ou des soins à domicile peut désigner l'offre à coût réduit des dépistages ou des soins à domicile, la promotion de l'alimentation ne saurait désigner l'offre d'aliment aux personnes âgées. Aussi, suffit-il de promouvoir la recherche sur les personnes âgées pour développer cette recherche ? L'analyse de l'adéquation entre les stratégies et les activités identifiées peut alors mieux aider à comprendre ces questions soulevées.

### 3.2.3. Adéquation entre les stratégies du programme national de santé des personnes âgées et les activités dudit programme

Pour mettre en œuvre les 18 stratégies du programme, 69 activités ont été retenues. Le tableau 9, en annexe présente ces stratégies et les activités qui y sont liées.

En parcourant ce tableau, nous avons fait des observations :

- quelques activités ne sont pas suffisantes pour bien appliquer la stratégie correspondante. Exemple1 : il ne suffit pas de mettre en place des services de soins réadaptatifs pour personnes âgées, d'équiper ces services et de former le personnel de ces services (activités 7 ; 8 et 9) pour promouvoir les structures de réadaptation pour personnes âgées (stratégie 4). La promotion requiert la sensibilisation et/ou l'offre de service à prix réduit. Au regard

des activités, la stratégie aurait pu être : création de structures de réadaptation pour personnes âgées à faible coût.

Exemple 2 : ''développer des modèles types d'organisation des services conviviaux pour personnes âgées en fonction des niveaux de soins'', ''expérimenter ces modèles dans des centres pilotes'' et ''évaluer l'application de ces modèles dans lès centres pilotes'' (activités 23, 24 et 25) ne sont pas suffisantes pour réorganiser les services en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées malades (stratégie 6). A vrai dire, la réorganisation ne peut commencer qu'après obtention des résultats de l'évaluation de la phase pilote. Les activités listées visent donc à tester un ou des modèles. L'activité absente mais essentielle pour mettre en place la stratégie aurait dû être : réorganiser les services en fonction des résultats du modèle testé, rédiger les documents relatifs à cette réorganisation.

Des activés ont l'avantage d'aller au delà de la stratégie à laquelle elles ont été directement liées. Ainsi, définir le PMA de prise en charge des personnes âgées par niveau du système de soins, élaborer un guide pour la prise en charge des maladies des personnes âgées, valider et disséminer le guide, mettre en place des services de conseil pour les personnes âgées et intégrer les soins aux personnes âgées dans le PMA par niveau de soins (activités 17 à 22) vont au delà de la seule stratégie de renforcement des capacités des prestataires ( stratégie 5). Ces activités permettent l'atteinte non seulement de l'objectif 2 auquel elles sont liées mais aussi de l'objectif 1 (''renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d'ici fin décembre 2012'');

d'autres activités sont appropriées pour la mise en œuvre de la stratégie correspondante. Mais, la stratégie à son tour ne permet pas d'atteindre efficacement l'objectif correspondant. Ainsi, si identifier les priorités de recherche dans le domaine de la santé des personnes âgées, tenir une rencontre de dissémination des priorités de recherche avec les centres de recherche, diffuser annuellement auprès des centres de recherches les domaines de recherches et intégrer la santé des personnes âgées dans les thèmes des journées scientifiques au niveau national (activités 66 à 69) suffisent pour appliquer la stratégie de ''promotion de la recherche en faveur de la santé des personnes âgées'' (18$^{e}$ ou 19$^{e}$ stratégie du programme), ces activités et cette stratégie ne garantissent pas le développement de la recherche sur les personnes âgées (objectifs 5 du programme). La promotion d'un produit, d'une manière de penser, d'agir ou d'être n'est suffisante pour obtenir l'effet escompté.

Au total, bien que quelques insuffisances aient été relevées, l'ensemble des activités planifiées sont à mesure de résoudre de façon générale les problèmes prioritaires de santé des personnes âgées du Burkina Faso.

### 3.2.4. Pertinence du programme national de santé des personnes âgées par rapport au plan d'action international de Madrid sur le vieillissement

Le tableau ci-dessous juxtapose les objectifs de l'orientation prioritaire II (promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées) du plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (2002) et les objectifs du programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso (2008-2012).

**Tableau 4 : comparaison du plan d'action international de Madrid sur le vieillissement et du programme de santé des personnes âgées.**

| **Orientation prioritaire II : Promotion de la santé et du bien-être des personnes âgées** | |
|---|---|
| **Thème 1 : Promotion de la santé et du bien-être tout au long de la vie** | |
| **Objectifs du plan de Madrid** | **Objectifs correspondants dans le programme Santé des personnes âgées du Burkina Faso** |
| Objectif 1 : Réduction des effets cumulatifs des facteurs augmentant le risque de maladie et la dépendance qui peut en résulter chez les personnes âgées | Objectif 1 : Renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d'ici fin décembre 2011<br>Objectif 2 : Assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012 |
| Objectif 2 : Élaboration de politiques de prévention des troubles de la santé chez les personnes âgées. | Objectif 1 : Renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d'ici fin décembre 2011<br>Objectif 3 : Rendre financièrement accessibles les services de santé à au moins 80% des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 |
| Objectif 3 : Accès à une alimentation et à une nutrition adéquates pour toutes les personnes âgées. | non explicitement formulé comme un objectif au Burkina Faso |
| **Thème 2 : Accès universel et équitable aux services de santé** | |
| Objectif 1 : Élimination des inégalités sociales et économiques fondées sur l'âge, le sexe ou tout autre motif, y compris les obstacles linguistiques, afin que les personnes âgées bénéficient d'un accès équitable et universel aux soins de santé. | Objectif 2 : Assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012<br>Objectif 3 : Rendre financièrement accessibles les services de santé à au moins 80% des personnes âgées d'ici fin décembre 2012 |
| Objectif 2 : Développement et renforcement des services de soins de santé primaires afin de répondre aux besoins des personnes âgées et de promouvoir leur participation au processus | Objectif 2 : Assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012 |
| Objectif 3 : Mise en place d'un continuum de soins de santé pour répondre aux besoins des personnes âgées | Objectif 2 : Assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012 |
| Objectif 4 : Participation des personnes âgées au | Non explicitement formulé comme un objectif au Burkina |

| | |
|---|---|
| développement et au renforcement des services de soins de santé primaires et de soins de longue durée. | Faso |
| **Thème 3 : Les personnes âgées et le VIH/sida** | |
| Objectif 1 : Mieux évaluer les incidences du VIH/sida sur la santé des personnes âgées, aussi bien celles qui sont séropositives que celles qui s'occupent de proches touchés par le VIH/sida. | **Non explicitement formulé comme un objectif au Burkina Faso** |
| Objectif 2 : Fournir des informations adéquates, une formation à la prestation de soins, des traitements, des soins médicaux et un appui social aux personnes âgées touchées par le VIH/sida et aux personnes qui s'occupent d'elles | **Non explicitement formulé comme un objectif au Burkina Faso** |
| Objectif 3 : Renforcer et reconnaître la contribution que les personnes âgées apportent au développement en soignant des enfants atteints de maladies chroniques, notamment du VIH/sida, ainsi que leur rôle en tant que parents de substitution | **Non explicitement formulé comme un objectif au Burkina Faso** |
| **Thème 4 : Formation des personnes qui dispensent des soins de santé et des spécialistes de la santé** | |
| Objectif 1 : Fournir des informations et une formation améliorées aux spécialistes de la santé et aux paraprofessionnels sur les besoins des personnes âgées. | **Non explicitement formulé comme un objectif au Burkina Faso** |
| **Thème 5 : Besoins des personnes âgées en matière de santé mentale** | |
| Objectif 1 : Mise en place de services psychiatriques complets pour les personnes âgées (prévention, intervention précoce, traitement et suivi). | **Non explicitement formulé comme un objectif au Burkina Faso** |
| **Thème 6 : Les personnes âgées et les handicaps** | |
| Objectif 1 : Maintien d'une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et promotion de la pleine participation des personnes âgées atteintes de handicaps à la vie sociale. | Objectif 1 : Renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d'ici fin décembre 2011 |

**Source, Extrait du plan d'action international de Madrid et du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 du Burkina Faso**

Cette juxtaposition montre que :

1) Les 6 thèmes et 13 objectifs du plan d'action international ne sont pas explicitement formulés dans le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso. Les points du plan d'action international portant sur le VIH, la santé mentale, le handicap ne sont pas clairement évoqués mais pourraient éventuellement être couverts par d'autres objectifs spécifiques comme : Assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012 ; Renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs au profit des personnes âgées d'ici fin décembre 2011.

2) Deux objectifs spécifiques du programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso (''renforcer la coordination, le suivi, l'évaluation et le partenariat en faveur de la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012'' et ''développer la recherche sur la santé des personnes âgées d'ici fin décembre 2012'') ne sont pas abordés dans le plan d'action international.

Pour mieux comparer le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso et le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (2002), nous avons juxtaposé les 81 mesures à prendre par thème/objectif du plan d'action international et les 69 activités prévues dans le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso. La juxtaposition de ces informations montre que :

1) certaines mesures à prendre dans le plan d'action international, (une quarantaine) ne sont pas explicitement prises en compte dans le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso. Ces mesures à prendre visent: la promotion du bon emploi de médicaments, la prise en compte de l'isolement des personnes âgées, la prévention des accidents et chutes, la fourniture de services de soins palliatifs, l'implication des personnes âgées à la conception, la mise en œuvre voire l'évaluation des interventions santé les concernant ; la promotion de l'autoprise en charge par les personnes âgées, les mesures visant les personnes âgées et le VIH, les mesures liées aux besoins des personnes âgées en matière de santé mentale notamment la maladie d'Alzheimer, les mesures concernant les personnes âgées et le handicap ; etc.

2) les mesures du plan d'action prises en compte dans le programme national du Burkina Faso ne sont pas qualitativement et quantitativement dotées de la même façon par les activités dudit programme. Autrement dit, certaines mesures à prendre sont plus dotées que d'autres ;

3) certaines activités du programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso sont difficilement juxtaposables aux mesures à prendre dans le plan d'action international de Madrid. Il s'agit par exemple des activités liées à la construction ou réfection des infrastructures sanitaires et/ou l'équipement (ou la maintenance des équipement) de ces infrastructures dans les zones en déficit, la dotation ou disponibilité des consommables médicaux, des Médicaments Essentiels Génériques (MEG), les activités visant la mobilisation des ressources financières pour l'exécution de certaines activités du programme ; la dissémination du programme, son suivi et évaluation ; et les activités de recherche scientifiques sur les thèmes prioritaires dans le domaine de la santé des personnes âgées.

### 3.3. Evaluation de la cohérence du programme

Les motifs pour lesquels les autorités politiques décident de la formulation d'un programme de santé pour un sous groupe de la population tiennent à la perception des problèmes résultant d'une analyse de leur situation. Cependant, « *la formulation des objectifs peut ne pas toujours accuser une cohérence stricte avec la perception des problèmes exprimés par le*

*gouvernement. Ces objectifs peuvent être trop nombreux et risquer l'éparpillement* » (Boute 1994, p85). Ils peuvent aussi être insuffisants et occulter certains éléments importants. Qu'en est-il de la cohérence du programme national de santé des personnes âgées ?

### 3.3.1. Un problème d'agencement des éléments du programme national de santé des personnes âgées

Dans le programme national de santé des personnes âgées, plusieurs stratégies et activités ont été identifiées pour résoudre les cinq problèmes prioritaires de santé identifiés. Que penser de la cohérence entre les problèmes prioritaires identifiés, les objectifs fixés, les stratégies et les activités planifiées ? La cohérence est posée en termes d'agencement de ces différents éléments. Cette partie consiste donc à relever quelques problèmes de cohérence qui ont été constatés.

- La stratégie "promotion de **création** de structures de réadaptation pour personnes âgées" (page 34 du programme) a été reformulée en "promotion de structures de réadaptation pour personnes âgées" (page 36). Le terme création a été supprimé ou oublié. La nuance est que la 1ère formulation sous-entend qu'il n'y a pas (assez) de structures de réadaptation donc il faut promouvoir leur création et la seconde suppose qu'il y en (assez) et qu'il faut les promouvoir. L'essentiel est de créer et de promouvoir ces structures qui devraient aussi être opérationnelles;
- une nouvelle stratégie : "accroissement de la couverture en services spécialisés en gériatrie et de réadaptation" apparait au 10ème rang (page 40 du programme). Celle-ci n'existait pas aux pages 33 et 34 du programme qui présentent les objectifs et les stratégies. Cette nouvelle stratégie est liée à l'objectif 2: "assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins d'ici fin décembre 2012". Ainsi, le nombre de stratégie passe de 18 à 19 ;
- pour résoudre le problème de la faible accessibilité géographique, culturelle et financière des personnes âgées aux services de santé, le programme se fixe un seul objectif qui est de "rendre financièrement accessibles les services de santé à au moins 80% des personnes âgées d'ici fin décembre 2012". Les stratégies identifiées à cet effet sont l'adoption de textes et lois accordant des avantages en matière d'accès aux soins à toutes les personnes âgées et la promotion de la couverture du risque maladie chez les personnes âgées (intégration de la branche santé dans les prestations des caisses de retraite, micro-assurance santé...). La combinaison de ces deux stratégies s'inscrit dans une logique qui

permet de résoudre le problème de l'accessibilité financière des personnes âgées aux services de santé. Mais qu'en est-il de l'accessibilité géographique et culturelle identifiée comme problème prioritaire?

le volet lié à la détermination des activités de la stratégie de promotion d'une alimentation suffisante et de qualité en faveur des personnes âgées pose un problème (stratégie 2) de cohérence. Ces activités sont entre autres : "sensibiliser les personnes âgées et leur famille sur la nutrition" et "élaborer des guides de nutrition à base de produits locaux pour les personnes âgées à l'intention du personnel de la santé" (activités 3 et 4). Mises ensemble, ces deux mesures permettent de promouvoir les bonnes pratiques en matière de nutrition des personnes âgées mais permettent-elles pour autant de résoudre le problème de déficit alimentaire que connaissent certaines personnes âgées? Le plus souvent, les personnes âgées sont conscientes qu'il leur faut des aliments de qualité et en quantité. C'est plutôt l'accès aux aliments qui leur pose problème, en témoigne les propos suivants : *« à part les diabétiques et les hypertendus qui doivent suivre un régime alimentation spécial, les autres personnes âgées comme nous n'avons pas besoin de conseil pour nous nourrir, nous savons ce qui est bon pour nous mais nous n'avons pas les moyens pour nous nourrir convenablement »* (PA n°9, femme, 68ans, ménagère).

la prise en charge des maladies des personnes âgées pose problème à cause de la faible mobilisation des ressources financières pour leur santé et de l'indisponibilité d'un grand nombre de prestations de soins au niveau des formations sanitaires. Pour cela, plusieurs stratégies ont été définies (stratégies 5 à 10). Elles sont en relation les unes avec les autres et visent à assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins. Cependant, au niveau des activités identifiées par stratégie, toutes ne respectent pas cette cohérente. C'est le cas des activités de la stratégie de mobilisation des ressources en faveur de la santé des personnes âgées. Les activités 42 et 43 "faire un plaidoyer pour l'inscription de provisions dans le budget national pour la santé des personnes âgées" et "organiser une fois par an un téléthon pour le financement du programme de santé des personnes âgées" sont entreprises à l'échelle nationale (financement de l'Etat) alors que nous savons que les sources de financement de la santé sont constituées aussi bien par l'Etat que les partenaires bilatéraux, multilatéraux et les ONG. Aussi l'activité 44 "participer à l'organisation de la journée mondiale des personnes âgées" ne permet pas de mettre en œuvre la stratégie 11 à laquelle elle est liée (la stratégie porte sur la mobilisation des

ressources en faveur de la santé des personnes âgées). Cette activité va plus dans le sens de la stratégie de développement de plans de communication sur les personnes âgées que de la mobilisation des financements.

### 3.3.2. Le caractère réducteur des objectifs du programme de santé des personnes âgées

Une lecture du programme national de santé des personnes âgées permet de voir qu'à la suite de l'analyse de la situation des personnes âgées, un seul objectif est fixé pour chacun des problèmes prioritaires. C'est par exemple le cas du problème de la prise en charge des maladies des personnes âgées, l'unique objectif est d'*assurer la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins* alors que les stratégies planifiées portent sur diverses composantes du système de santé qui sont le renforcement des compétences, l'organisation des services de santé, le renforcement des capacités de ces structures, la gestion des médicaments et de la mobilisation des ressources.

Les prestataires reprochent au programme ce caractère réducteur. Pour certains, *«les objectifs regroupent trop d'éléments à la fois. En ne voulant pas être trop large, beaucoup d'éléments importants pour la santé des personnes âgées ont été contractés »* (PR n° 2, homme, membre du CNPA). Un autre abonde dans le même sens. *« En temps que médecin, la question du renforcement des compétences nous tient particulièrement à cœur parce que le personnel de santé est beaucoup mobile ce qui fait qu'on a besoin constamment de former le personnel. Il y a aussi le fait que les personnes âgées sont un groupe spécifique et ils ont besoin de soins particuliers. Il aurait donc fallu que la question de la formation soit un objectif à part entière »* (PR n°5, homme, médecin, CMA de Kossodo).

Pour d'autres *«le programme est incomplet parce qu'il ne prévoit pas de mesures d'accompagnement pour améliorer la situation économique des personnes âgées qui nous arrivent dans un état de pauvreté absolue alors que nous savons tous que l'amélioration de la situation économique et sociale des personnes âgées favorise une amélioration de leur état de santé »* (PR n°10,homme, major du CMA de Kossodo). Les raisons se rattachent au fait que *« pour l'élaboration du programme de santé des personnes âgées, nous nous intéressons seulement aux problèmes de santé, les autres étant du ressort d'autres départements ministériels »* (DSF 2008a). En 2007, lors de la conception de ce programme, la DGSF aurait dû opter pour une approche multisectorielle et associer les autres secteurs ministériels et chaque secteur aurait une responsabilité spécifique à l'image du plan du Mali et du Sénégal.

Les problèmes des personnes âgées sont globaux. Ce ne sont pas des problèmes exclusivement sanitaires, économiques ou politiques mais des problèmes globaux imbriquant tous ces domaines/dimensions qui ne peuvent être bien répondu que par une approche globale

### 3.4. Evaluation de l'implantation du programme national de santé des personnes âgées

#### 3.4.1. Les acteurs de la mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées

Le processus d'élaboration du programme a été participatif. Il a connu la participation des différents acteurs qui devraient mettre en œuvre les différentes activités. Dans le programme, il est précisé que sa mise en œuvre doit épouser l'organisation du système national de santé et les activités doivent être inscrites dans les différents plans d'action tant au niveau central que régional et opérationnel. Ainsi, au niveau central, les activités relatives à l'élaboration des directives de mise en œuvre du programme et des supports de gestion du programme, à la coordination, au suivi et à l'évaluation du programme doivent être exécutés par le Secrétariat Général du Ministère de la Santé et la DGSF.

Au niveau régional, c'est plutôt les Directions Régionales de la Santé et les Hôpitaux Régionaux qui ont en charge l'exécution des activités qui consistent à organiser une rencontre d'information avec les acteurs locaux, rendre disponibles les documents normatifs dans les districts sanitaires et hôpitaux, intégrer les activités du programme dans les plans d'action, suivre et superviser les équipes cadre de district.

Enfin, les activités du niveau opérationnel telles qu'organiser une rencontre d'information avec les partenaires du district, intégrer les activités du programme dans le plan d'action du district, mettre en œuvre les activités du programme dans les formations sanitaires, superviser les prestataires et les associations relèvent de l'équipe des districts.

Le tableau ci-dessous présente les différents acteurs de la mise en œuvre du programme et les activités relevant de leurs responsabilités.

**Tableau 5: les acteurs de la mise en œuvre du programme selon les activités et les niveaux du système de santé**

| Acteurs impliqués | Activités |
|---|---|
| | **Niveau central** |
| DGSF | Elaborer les directives de mise en œuvre du programme<br>Elaborer les supports de gestion du programme<br>Disséminer le programme, les directives et les supports de gestion à l'ensemble des acteurs<br>Elaborer et diffuser les GDT/personnes âgées<br>Superviser les DRS dans le cadre de la mise en œuvre du programme |

| | |
|---|---|
| | Coordonner la mise en œuvre du programme au niveau national<br>Identifier les axes prioritaires de recherche<br>Assurer le suivi de la mise en œuvre du programme au niveau national<br>Evaluer le programme |
| Cabinet du Ministère de la Santé | Mobiliser les fonds auprès de l'Etat et des bailleurs de fonds |
| Consultant | Evaluer le programme |
| **Niveau régional** | |
| DRSC | Organiser une rencontre d'information avec les acteurs locaux<br>Rendre disponibles les documents normatifs dans les districts sanitaires et hôpitaux<br>Intégrer les activités du programme dans les plans d'action<br>Suivre et superviser les ECD<br>Coordonner et suivre la mise en œuvre des activités du programme dans la région<br>Synthétiser les données collectées au niveau opérationnel |
| les Directions Généraux des hôpitaux | Rendre disponibles les documents normatifs dans les districts sanitaires et hôpitaux<br>Intégrer les activités du programme dans les plans d'action<br>Synthétiser les données collectées au niveau opérationnel |
| **Niveau opérationnel** | |
| Les Equipes Cadres de Districts | Organiser une rencontre d'information avec les partenaires du district<br>Intégrer les activités du programme dans le plan d'action du district<br>Mettre en œuvre les activités du programme dans les formations sanitaires<br>Superviser les prestataires et les associations<br>Collecter les données et rédiger les rapports d'exécution du programme |
| Directions Généraux des Hôpitaux | Intégrer les activités du programme dans le plan d'action du district<br>Mettre en œuvre les activités du programme dans les formations sanitaires<br>Superviser les prestataires et les associations<br>Collecter les données et rédiger les rapports d'exécution du programme |

**Source : (DSF, 2008a, p 59-60)**

Il ressort du tableau que les acteurs de la mise en œuvre de ce programme se trouvent exclusivement dans les différents niveaux administratifs (central, intermédiaire, périphérique) et opérationnels (Centre de santé de base, centre de santé de référence et centre hospitalo-universitaire) de la pyramide sanitaire du Burkina Faso. Les Centres de recherches du ministère de la santé par exemple (Centre de Recherche en santé de Nouna, Centre National de Recherche et de Formation sur le paludisme, le Centre Muraz) n'ont pas été sollicités même pour assurer l'objectif 5 qui porte sur la recherche.

### 3.4.2. Les ressources du programme national de santé des personnes âgées

Le programme a besoin de ressources et d'appuis techniques pour amorcer la prise en charge sanitaire des personnes âgées. Le coût estimatif des activités est d'un milliard neuf cent quarante millions huit mille huit cent cinquante (1 940 008 850) francs CFA reparti sur les cinq années que devraient couvrir le programme. Le premier objectif qui vise à renforcer les

soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs et le deuxième qui est relatif à l'offre de soins de qualité aux personnes âgées sont ceux qui mobilisent le plus de financement soient respectivement 1 105 731 800 et 770 255 625 francs CFA. Les activités entrant dans le cadre de l'accès des personnes âgées aux services de santé et l'objectif qui vise à renforcer la coordination, le suivi, l'évaluation et le partenariat en faveur de la santé des personnes âgées n'ont été budgétisé chacun qu'à hauteur de 14 839 375 et 38 052 550 de francs CFA. Les tableaux 6 et 7 font l'état des ressources financières nécessaires à l'atteinte des cinq objectifs fixés par le programme.

**Tableau 6: Synthèse du budget de 2008 à 2012 par objectifs du programme**

| OBJECTIFS | Coût estimatif (F CFA) |
|---|---|
| Renforcer les soins préventifs, promotionnels et réadaptatifs | 1 105 731 800 |
| Assurer la prise en charge des maladies des personnes âgées | 770 255 625 |
| Rendre financièrement accessibles les services de santé à au moins 80% des personnes âgées | 14 839 375 |
| Renforcer la coordination, le suivi, l'évaluation et le partenariat en faveur de la santé des personnes âgées | 38 052 550 |
| 5-Développer la recherche sur la santé des personnes âgées | 11 129 500 |
| OBJECTIFS | 1 940 008 850 |

**Source : Source : DSF, 2008a, p64-86**

**Tableau 7: Synthèse du budget par année 2008 à 2012**

| Année de mise en œuvre | Financement nécessaire | Financement acquis (F CFA) |
|---|---|---|
| 2008 | 64 619 625 | 9 000 000 |
| 2009 | 339 617 300 | 0 |
| 2010 | 844 771 925 | 0 |
| 2011 | 404 250 000 | 0 |
| 2012 | 286 750 000 | 0 |
| Total | 1 940 008 850 | 9 000 000 |

**Source : DSF, 2008a, p35-45**

Le montant du programme semble important car il est prévu la construction des infrastructures, l'acquisition d'équipements médico-techniques et la formation de cinq médecins en psycho gériatrie ce qui demande un grand investissement. Il est important de noter que depuis l'élaboration du programme, le montant du financement acquis est de neuf millions de francs CFA (pour un financement estimatif d'un milliard neuf cent quarante millions huit mille huit cent cinquante francs CFA). Ce financement mobilisé provient uniquement du Budget National (BN) et du panier commun du PADS. Pour ce faire, le programme prévoit le développement de partenariat avec les organismes internationaux et les partenaires au développement en vue de mobiliser davantage de fonds pour sa mise en œuvre.

### 3.4.3. Connaissances du programme national de santé des personnes âgées

L'élaboration et la validation du programme national de santé des personnes âgées a connu la participation des représentants des différentes structures partenaires (DGSF, CHU-YO, DRS, ENSP, District Sanitaire, CNSS, ANRB, OMS, Association Génération Solidaire, etc.). Si ces derniers connaissent le programme, les autres acteurs (prestataires de soin, membres des associations) qui ont en charge l'exécution des activités du programme le connaissent-ils?

De l'analyse des informations recueillies auprès des enquêtés, il ressort que le programme n'est pas bien connu par certains acteurs de la mise en œuvre au niveau opérationnel: *« c'est vous qui m'apprenez l'existence du programme, je ne suis pas au courant, je viens de l'apprendre. Si vous avez un exemplaire, il faut me le donner je vais voir ce qui est dit dedans »* (PR n°1, médecin, CMA de Kossodo). Un autre médecin, acteur stratégique de la mise en œuvre du programme abonde dans le même sens. *«Je sais seulement qu'il y a un programme de santé des personnes âgées parce que j'en ai entendu parler mais, je ne connais pas le contenu, personne n'est jamais venu nous en parler, je ne connais le programme que de nom »* (PR n°3, médecin, CMA de Kossodo).

La réalité n'est pas différente au niveau des infirmiers. *«Je ne savais pas qu'il était prévu quelque chose spécifiquement pour les personnes âgées. Au CMA ici, nous les prenons en charge comme tous les autres patients. Nous avons des kits de soins pour les enfants mais il n'y a rien pour les personnes âgées »* (PR n°4, agent CSPS du secteur 25).

Les partenaires extérieurs que sont les associations qui œuvrent en faveur des personnes âgées, partagent la même réalité. *« Nous, en tant que membres de l'association, nous ne connaissons pas le programme. Le président de l'association à participé à l'élaboration du programme mais nous ne sommes même pas au courant de ce que le ministère de la santé veut faire pour les personnes âgées »* (PR n°15, homme, membre du CNPA). Un autre ajoute, *« s'il y a un programme de santé des personnes âgées, c'est une bonne initiative parce que nos vieux ont vraiment besoin qu'on fasse quelque chose pour eux. Mais ce programme n'est pas connu. Il n'y a pas de trace du programme à notre niveau »* (PR n°8, homme, membre de l'ANRB).

Au niveau de la cible du programme, à savoir les personnes âgées, la plupart des enquêtées ne connaissent pas son existence. *«J'ai entendu parler une fois du programme sur les ondes mais j'avoue que je ne sais pas de quoi il s'agit »* (PA n°1, homme, 71 ans, agent de la société

burkinabè des transports routiers à la retraite). Cet autre homme semble étonner de l'existence d'un tel programme: *«ha bon, il y a un programme de santé pour nous, c'est une bonne nouvelle mais rien n'a encore changé, nous sommes traités comme tous les autres patients. Vraiment, rien n'a changé pour nous »* (PA n°3, homme, 55 ans, cultivateur). De l'avis de ses personnes âgées, le programme leur est inconnu. Seuls les retraités de la CNSS et ceux de la CARFO bénéficient d'une visite médicale annuelle qui a été initié en 2010.

Dans les lignes qui suivent, les enquêtés donnent leur appréciation de l'élaboration d'un programme spécifique de santé pour les personnes âgées.

### 3.4.4. Perception du programme national de santé des personnes âgées par les acteurs

L'élaboration d'un programme national de santé pour les personnes âgées est une initiative nouvelle au Burkina Faso où il y a peu de personnes âgées (la pyramide des âges est à base élargi et à sommet très rétréci) comparativement aux pays européens (Uwakwe, 2009). Dans un contexte où une grande proportion des maladies évitables se retrouve chez l'enfant en bas âge, et les femmes enceintes (paludisme, rougeole, maladie diarrhéique, poliomyélite etc.), comment le programme de santé des personnes âgées est-il perçu par le personnel de santé?

Malgré la faible importance numérique des personnes âgées, les prestataires de soins et services de santé croient en leur vulnérabilité et à la nécessité de les considérer comme une population prioritaire en matière de santé. *« Je mets les enfants et les personnes âgées au même niveau. Ce sont les deux extrêmes. Les personnes âgées sont aussi fragiles que les enfants, surtout celles qui sont en milieu rural. Elles vivent tellement dans un état de dénuement que se faire soigner est un luxe pour elles. Il y a donc une grande nécessité d'avoir une prise en charge spécifique pour elles. Ailleurs, on parle de gériatrie, il n'y en a pas encore chez nous. Alors le programme est la bienvenue, elles en ont vraiment besoin »* (PR n°3, médecin, CMA de Kossodo). Une autre personne abonde dans le même sens. *«A un certain moment de la vie, on devient vieux, on ne peut plus travailler pour avoir de l'argent et c'est en ce moment que les petites maladies commencent. C'est très dur pour les vieux. Il faut absolument quelque chose pour eux et l'idée de faire un programme de santé pour eux est très bien »* (PR n°11, homme, service pédagogique de l'ENSP). Par ailleurs, *«s'il y a des programmes pour les différentes cibles, les personnes âgées font partie de la communauté, il n'y a pas de raison qu'on ne fasse pas un programme pour elles aussi. Ça permettra d'améliorer leur santé »* (PR n° 6, Médecin, CMA de Kossodo).

Contrairement aux enquêtés précédents, cette personne a un point de vue différent. *« C'est peut être parce que je ne suis pas encore vieux mais je pense qu'on n'a pas besoin de programme de santé spécifique pour les personnes âgées. Nous avons l'habitude de les prendre en charge comme tout le monde. Ça fera encore un programme de plus dans le gros lot que nous avons déjà et en plus ces vieilles personnes ne sont pas très nombreuses »* (PR n°12, infirmier, CSPS du secteur 27). Cette perception n'est pas celle qui domine les entretiens réalisés dans le cadre de cette étude.

Au niveau des personnes âgées, beaucoup d'enquêtées, même si elles ignoraient l'existence du programme, pensent que son élaboration est salutaire; en témoignent les propos de cette personne âgée. *«Nous sommes près de la mort mais si l'Etat a décidé de nous accompagner pour prolonger nos vie, c'est une noble initiative. Après avoir donné toute notre force pour la construction de la nation c'est bien qu'on se soucie de notre santé »* (PA n°5, 70 ans, instituteur à la retraite). Les personnes âgées pensent qu'avec le programme, il y aura un meilleur suivi de leur santé et l'insuffisance de ressources financières ne sera plus un frein à l'utilisation des services de santé.

Il va s'en dire que les personnes âgées espèrent beaucoup de ce programme. Qu'en est-il alors de sa mise en œuvre ?

### 3.4.5. Niveau de mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées

Quelle que soit la qualité du contenu du programme national de santé des personnes âgées, sa réussite est surtout fonction de la mise en œuvre des activités qui permettront d'atteindre les objectifs fixés. Le plan d'action des districts sanitaires constituent l'instrument d'opérationnalisation du programme de santé des personnes âgées. Les activités du programme doivent être intégrées dans le plan d'action du district pour être exécutées. Le nouveau plan d'action du district sanitaire de Nongr-Massom (plan d'action 2012) comporte 8 orientations stratégiques déclinées en 134 activités mais, aucune de ces activités ne correspond explicitement à celles identifiées dans le programme. Le programme souffre donc d'un manque d'opérationnalisation. *«Ce programme doit être intégré dans le plan d'action des districts mais lorsque nous faisons les sorties, force est de constater que les activités ne sont pas mises en œuvre. C'est cette souffrance du programme que je déplore. Il a été élaboré pour la période 2008-2012 mais à l'heure où je parle, nous allons entamer bientôt la dernière année alors que les activités qui avaient été planifiées pour la première année n'ont pas été exécutées »* (PR n°9, membre du bureau de la protection des groupes spécifiques de la DRSC).

De l'avis d'un responsable de la DGSF, sur les 69 activités planifiées, seulement 2 ont été réalisées depuis 2008. Ce sont la dissémination du programme et la définition d'un PMA de prise en charge des personnes âgées par niveau du système de soins.

- ***Dissémination du programme :*** en 2008, (première année de mise en œuvre du programme) deux ateliers de dissémination ont été organisées à Koudougou et à Kombissiri. Les participants étaient constitués des représentants des directions centrales et régionales du Ministère de la Santé, des districts sanitaires, des hôpitaux nationaux et régionaux. L'objectif de ces ateliers était d'assurer une large information des acteurs du système de santé sur le programme national de santé des personnes âgées et d'obtenir leur adhésion pour la mise en œuvre du programme. Mais force est de constater qu'après la tenue de ces ateliers de dissémination, le principal résultat à court terme escompté (c'est-à-dire la connaissance du programme de l'ensemble des acteurs du système de santé) n'a pas été atteint (confère § 3.4.3). Cette situation peut être imputable au mode de vulgarisation du programme. En effet, les prestataires de soins n'ont pas été associés aux ateliers de dissémination. De plus, ces ateliers n'ont pas été suivis de rencontres d'information du personnel de santé dans les différents districts sanitaires.
- ***Définition d'un PMA de prise en charge des personnes âgées :*** cinq mois après la tenue des ateliers de dissémination du programme, une rencontre a été organisée à Ouagadougou pour élaborer un document contenant un PMA à mettre en œuvre dans les structures de soins pour accompagner la mise en œuvre du programme. Le tableau qui suit présente les activités de soins qui ont été retenues.

**Tableau 8: Paquet d'activités à offrir aux personnes âgées selon le niveau opérationnel du système de santé.**

| Niveau du système de santé | Soins curatifs | Soin préventifs | Soins promotionnels | Soins réadaptatifs |
|---|---|---|---|---|
| CSPS | -Prise en charge des affections courantes selon le GDT<br>-Suivi de la PEC des pathologies chroniques<br>-Suivi des soins curatifs à domicile | - Dépistage de pathologies<br>-Visite médicale annuelle | - Sensibilisations (hygiène et nutrition)<br>- IEC sur la santé de la reproduction<br>- Dépistage des affections chroniques et cancéreuses | -Suivi des soins réadaptatifs<br>-IEC pour la réinsertion sociale |
| CMA | -Consultations de référence ou de premier contact<br>-Suivi des patients sous traitement,<br>-Interventions chirurgicales | -Dépistage de pathologies<br>-Visite médicale annuelle<br>-Prévention des | -Counseling sur la santé de la reproduction<br>-Conseils nutritionnels et | -Correction des troubles visuels<br>-Kinésithérapie fonctionnelle |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | essentielles (hernie, occlusion, hydrocèle traumatismes mineurs) | escarres et infections nosocomiales<br>-Supplémentation hormonale | hygiéno-diététiques (excitants, alcool…)<br>-Sensibilisation sur les maladies chroniques | |
| CHR | -Consultations curatives de référence<br>-Prise en charge des traumatismes et des complications, des affections bucco-dentaires, oculaires, auditives, des troubles liés à la sédentarité, de la malnutrition sévère, des pathologies cardio vasculaires | -Prévention des escarres et infections nosocomiales<br>-Dépistage des affections chroniques et cancéreuses,<br>-Conseils (IEC). | -Promotion d'une alimentation saine et équilibrée | Kinésithérapie fonctionnelle,<br>-Pose de prothèses<br>-Correction des troubles visuels |
| CHU | -Soins spécialisés<br>-Consultations de référence<br>-Prise en charge des pathologies chroniques, des syndromes spécifiques aux personnes âgées, de la malnutrition sévère, des fractures avec pose de prothèse | -Prévention des escarres et infections nosocomiales<br>-Dépistage des affections chroniques et cancéreuses,<br>-Conseils (IEC). | -Promotion d'une alimentation saine et équilibrée | -Prothèses<br>-Soins orthopédiques,<br>-kinésithérapie fonctionnelle<br>-Correction des troubles oculaires |
| Commun-autaire | -Recensement des personnes âgées par aire de santé ;<br>-Orientation des personnes âgées vers les structures de santé ;<br>-Signalement des cas de maltraitance des personnes âgées aux autorités compétentes ;<br>-Prévention des escarres ;<br>-Soins et Suivi à domicile par les associations et les agents communautaires. | | | |

**Source : DSF, 2008b. p 5-10**

Un an avant la fin du programme, le taux de réalisation des activités n'est que de 3%. La mise en œuvre du programme ne correspond pas à la planification initiale. Les propos suivants tenus par un acteur le traduit si bien : *« ce n'est pas à notre honneur de le dire mais le niveau de mise en œuvre du programme est nul. Ce qui était prévu n'a pas été fait. C'est comme si le programme avait été oublié. Il faudra qu'on mette le focus sur la dernière année qui reste »* (PR n°9, personne impliquée dans la protection des groupes spécifiques de la DRSC).

Qu'est ce qui a influé sur l'opérationnalisation du programme national de santé des personnes âgées ?

### 3.4.6. Obstacles à la mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées

La mise en œuvre d'un programme dans le cadre d'une politique est toujours influencée positivement ou négativement par des éléments du contexte dans lequel les décisions sont prises et exécutées. Dans le cas précis du programme national de santé des personnes âgées, deux éléments importants ont influencé négativement son implantation. Il s'agit du manque

### 3.4.6.1. Un programme en manque de soutien

Selon Kamdoum (1994), le soutien politique est le facteur le plus important pouvant influer sur la mise en œuvre d'une politique publique. L'engagement politique au plus haut niveau permet au gouvernement et à l'ensemble des acteurs de se mobiliser afin de surmonter les obstacles.

La DSPAJ est confrontée à un certain nombre de problèmes qui limitent le rôle qu'il devrait jouer dans la mobilisation des ressources ainsi que la coordination et le suivi des activités du programme de santé des personnes âgées. Parmi ces problèmes figure en bonne place le manque de soutien du gouvernement pour la question des personnes âgées. *«Le programme a été élaboré sous la direction du ministère de la santé. Il a été tellement bien écrit qu'on ne peut même pas déplacer une virgule. Mais après, c'est l'oubli, il n'y a pas de financement. Le programme est classé et on passe à autre chose alors que si l'Etat veut réellement faire quelque chose, il trouve les financements. Vous vous rappelez, lorsque les militaires sont sortis semer la terreur dans la ville, l'argent a surgi de nulle part pour les calmer. Donc si le programme de santé de nos vieux n'est pas bien exécuté, ne cherchez pas la raison ailleurs, c'est le manque de volonté politique »* (PR n°15, membre du CNPA).

Le soutien politique est primordial parce qu'il conditionne la réunion des éléments indispensables à la mise en œuvre du programme. Il s'agit d'une part, d'*« adopter des lois qui peuvent appuyer la mise en œuvre du programme comme par exemple l'augmentation de l'effectif du personnel de santé, l'exonération des frais de consultations et des examens biologiques des vieux que nous sommes »* (PA n°8, femme, 58 ans, ménagère). D'autre part, il peut *« encourager les organisations non gouvernementales à s'intéresser à la question de la prise en charge des personnes âgées parce que la communauté internationale s'intéresse au vieillissement plus que les pays africains et en plus les ONG ont plus de moyens financiers, elles peuvent facilement prendre en charge plusieurs activités »* (PR n° 10, point focal PADS).

En plus du manque de soutien politique, la mise en œuvre du programme est confrontée à une insuffisance de ressources financières. En effet, depuis l'élaboration du programme il y a 4 ans, très peu de ressources ont été mobilisées pour sa mise en œuvre. Un acteur stratégique témoigne : *« Il n'y a pas de financement alors que les activités ne peuvent pas être réalisées sans qu'il y ait de l'argent »* (PR n°7, membre de la DASPAJ). Le budget de l'Etat et le panier commun constituent l'unique source de financement du programme.

### 3.4.6.2. La restriction budgétaire des districts sanitaires

L'environnement socioéconomique national a été perturbé par les crises mondiales (alimentaire, énergétique, financière et économique) qui ont caractérisé ces dernières années. Ces crises ont plongé l'économie mondiale dans une récession sans précédent et engendré, surtout dans les pays en développement une réduction du financement de certains bailleurs de fonds. Ainsi, le fonds mondial, partenaire important de plusieurs programmes de santé (VIH /Sida, Tuberculose, Paludisme), a procédé à une réduction des ressources financières qu'il alloue au financement du secteur de la santé du Burkina Faso. Suite à cette diminution du financement, il a été imposé en 2009 une restriction budgétaire à tous les districts sanitaires du pays. *« Le budget du Plan d'Action annuel des districts a été réduit de 50%. On ne pouvait rien faire d'autre qu'accepter et reprendre les Plans d'Action pour supprimer certaines activités »* (PR n°13, homme, MCD).

Pour s'adapter à cette nouvelle donne, les districts sanitaires ont mis l'accent sur les stratégies et programmes qui ciblent l'atteinte des Objectifs du Millénaires pour le Développement [2](OMD). Dans le district sanitaire de Nongr-Massom, le financement de ces stratégies, appelées Interventions à Gains Rapides (IGR), représente 71% de l'ensemble du budget du plan d'action. Ce sont les Soins Obstétricaux d'Urgence (SOU), la PCIME, la vaccination, la PTME, la planification familiale, le traitement aux antirétroviraux, la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide, etc. Que devient un programme national de santé des personnes âgées dans un tel contexte ?

L'exécution des activités du programme a été influencée par l'avènement de la réduction budgétaire des districts sanitaires. En effet, au moment où l'essentiel des activités stratégiques du programme devait être mis en œuvre (en 2009), ce fut également en ce moment que la restriction budgétaire des districts sanitaires est intervenue. *« Le programme est vraiment mal tombé. Les districts n'ont plus beaucoup d'argent. Avec le peu qu'il y a, on préfère mettre l'accent sur les activités qui donnent des résultats rapidement, d'où l'appellation intervention à gain rapide. C'est après avoir fini avec ça qu'on pense aux personnes âgées »* (PR n°13 Technicien supérieur de laboratoire, membre de l'ECD). Cet acteur abonde dans le même sens. Pour lui, *« mettre en œuvre un programme spécifiquement pour les vieux, c'est bien d'autant plus que nous aspirons tous à vivre longtemps, mais les activités de ce programme sont les parents pauvres du système. Voyez vous-même, s'il n'y a pas assez d'argent, est-ce qu'on peut laisser la vaccination, la PTME, la PCIME et j'en passe, pour nous intéresser au programme des personnes âgées. La mise en œuvre de ce programme a été la victime de la*

*restriction budgétaire* » (PR n°16 membre de la DASPAJ). La mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées a été remise en cause en partie avec la réduction du financement du plan d'action du district.

## CHAPITRE IV. DISCUSSION DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS

Dans cette partie, les aspects relatifs à la pertinence et à la cohérence du programme ainsi qu'à son implantation sont discutés. Des recommandations sont également faites pour améliorer le contenu du programme et le processus de sa mise en œuvre.

### 4.1. Discussion des résultats

#### 4.1.1. Le programme national de santé des personnes âgées : une initiative relativement pertinente de promotion de la santé des personnes âgées au Burkina Faso

L'évaluation effectuée a permis de jeter un regard sur le bien-fondé et la cohérence interne du programme. Les résultats de cette recherche ont montré que le programme, tel que conçu, est pertinent dans un objectif de promotion de la santé des personnes âgées. En effet, les objectifs et les stratégies retenus dans le programme ne résultent pas d'une simple rencontre de concertation entre les différents acteurs. Ils ont été identifiés au regard des problèmes prioritaires de santé des personnes âgées. Ces problèmes prioritaires ont été, quant à eux, dégagés à la suite d'une analyse situationnelle qui a consisté à faire un diagnostic des problèmes des personnes âgées en matière de santé. Ces problèmes (accès aux services de santé, disponibilité des services de santé spécifiques, alimentation, insuffisance des soins préventifs etc.) sont toujours d'actualité.

De l'analyse du contenu du programme, il ressort que les activités et les stratégies retenues sont appropriées pour résoudre de façon générale les problèmes prioritaires de santé des personnes âgées. Pour chaque problème prioritaire identifié, un objectif a été formulé, des stratégies ont été dégagées et plusieurs activités planifiées. Cette procédure permet de mettre en évidence le lien qui existe entre les problèmes prioritaires de santé des personnes âgées qui ont été identifiés et les moyens de les résoudre. Ainsi, l'*''approche par problème''* dont parle Ouédraogo et ses collaborateurs (2006) a été respectée dans le programme national de santé des personnes âgées. Cette approche permet de rendre plus visible l'utilité du programme et de garantir une mise en œuvre efficace des stratégies. Cependant, cette structuration n'est pas toujours adoptée dans le cadre de l'élaboration de la politique de population (Dabiré, 2010) et du plan d'action sanitaire des districts. Pour le district sanitaire de Nongr-Massom par exemple, six problèmes prioritaires de santé de la population du district sont présentés mais, les activités ont été planifiées en fonction des orientations stratégiques de la politique nationale de santé.

En procédant par l'*''approche par problème''* et en impliquant aussi bien les prestataires de soins que les communautaires, le programme de santé des personnes âgées comporte des objectifs pertinents qui échappent à l'*''extranéité''* dont sont victimes les objectifs des politiques publiques (Ngondo A. Pitshandenge, 1994). Par *''extranéité''*, l'auteur stigmatise le caractère extérieur au contexte qui marque certains programmes.

La juxtaposition du contenu du programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso et du plan d'action international de Madrid montre que le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso n'a pas pris explicitement en compte tous les thèmes, objectifs et mesures à prendre tels que mis en exergue par le plan d'action international sur le vieillissement. Beaucoup de mesures à prendre en compte le sont plus ou moins implicitement dans le programme du Burkina Faso qui est parfois resté plus global pour parler de prévention et/ou de prise en charge des ''maladies des personnes âgées'' plutôt que de spécifier ces maladies. Toutefois, certaines mesures proposées par le plan de Madrid ne sont pas appropriées au contexte du Burkina Faso. Il s'agit des mesures comme la prise en compte de l'isolement des personnes âgées, le développement de l'enseignement à distance, la mobilisation des firmes pharmaceutiques pour la fabrication de médicaments à prix abordables, les mesures concernant le placement des personnes âgées en institution.

D'autres mesures appropriées au contexte du Burkina Faso n'ont pas été prises en compte (priorisées) au regard des ressources humaines, matérielles et financières mobilisables par le programme. C'est par exemple le cas des mesures comme la promotion du bon emploi de médicaments, la prévention des accidents et chutes, les services dentaires.

Enfin, il reste un peu étonnant que certaines mesures à prendre, comme celles liées à l'intégration de la médecine traditionnelle, l'implication des personnes âgées à la conception, la mise en œuvre voire l'évaluation des interventions de santé les concernant; les mesures concernant les personnes âgées et le handicap, n'aient pas été explicitement prises en compte dans le contexte burkinabè. Ce constat pourrait-il s'expliquer par le manque de ressources ? Sans pouvoir répondre à cette question, notons que la spécificité du contexte burkinabè, non seulement en matière de politique, d'économie, de vécu quotidien des personnes âgées mais aussi de mobilisation des ressources, oblige le pays à procéder à une sélection raisonnée des mesures présentées dans le contexte international à Madrid.

Par ailleurs, le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso propose des activités qui n'ont pas été prises en compte dans le plan d'action international. Ce fait illustre la faiblesse du plan d'action international qui ne peut pas prendre en compte les spécificités

nationales et la force du programme du Burkina Faso qui tient compte de son contexte local. En effet, le plan d'action international dans son orientation II prévoit 81 mesures à prendre sans explicitement tenir compte du fait que la prise en charge des personnes âgées exige la construction et/ou l'équipement des infrastructures dans les zones en déficit, la mobilisation des ressources financières pour l'exécution des mesures à prendre et la recherche scientifiques orientant ces mesures.

Concernant le dernier point relatif à la recherche, Suwanwela (2006) souligne que la technologie seule ne suffit pas pour résoudre les problèmes. Il est essentiel de comprendre les personnes âgées et le contexte dans lequel ils vivent et surtout leurs particularités, leurs forces et leurs faiblesses. L'identification et la hiérarchisation des problèmes des personnes âgées dans un contexte donné exigent une bonne compréhension de tous les facteurs en jeu. La recherche peut apporter cette compréhension. Pour répondre efficacement aux préoccupations des différents groupes sociaux, les politiques publiques doivent être fondées sur des faits avérés et des raisonnements judicieux. Elles doivent prendre en compte aussi bien les faits scientifiques que la réalité socioéconomique et culturelle locale car *« les solutions mises au point ailleurs peuvent même s'avérer nuisibles si on les applique aveuglement »* Suwanwela (2006, p 4). La synthèse des connaissances issues de la recherche scientifique permet de disposer des informations nécessaires pour prendre la bonne décision au bon moment.

Ainsi, tenant compte de la réalité locale caractérisée par une insuffisance d'informations scientifiques sur les personnes âgées, de ressources humaines, matérielles et financières en leur faveur, le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso a songé à définir des stratégies pour résoudre ses problèmes.

Enfin, aucun programme national de santé des personnes âgées ne devrait être un simple "copier-coller" du plan d'action international. Tout comme celui-ci ne saurait être la fusion des programmes nationaux. Les deux documents pourraient s'enrichir et se compléter mutuellement. Cependant, lorsqu'un programme national prend en compte le plan d'action international ou d'autres directives internationales, cela facilite le plaidoyer international pour son financement qui n'est pas toujours garanti. D'ailleurs, il reste étonnant que le plan d'action international de Madrid sur le vieillissement ait été conçu comme si le financement de ce plan était un acquis. Aucune mesure à prendre pour le financement du plan d'action international ou le financement de plans ou programmes nationaux n'a été mentionnée. Ainsi, le plan d'action international n'évoque pas son propre financement, aucun bailleur de fonds international ne s'est engagé sur ce plan qui a donc une grande chance de ne pas être bien

exécuté. Le manque de financement du programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso suit le contrecoup de cette erreur internationale qu'il a essayée de corriger en développant des stratégies de mobilisation de fonds au niveau national.

Le Burkina Faso a fait des efforts pour prendre en compte autant que possible les thèmes, objectifs et mesures à prendre du plan d'action international sur le vieillissement. Il a adapté ce plan à son contexte local et a ajouté des dimensions plus locales. Le principal problème qui se pose est le manque de financement pour l'exécution de son programme. Ce draft d'article[13] sur le vieillissement explique ce problème de manque de financement.

Le fait que le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso prenne en compte et adapte le plan international sur le vieillissement de Madrid, le rapproche aussi du Projet de Plan d'Action du Sénégal en faveur des Personnes Agées (MFFDSEF, 2007) et du Plan d'Action National pour la Promotion des Personnes Agées 2006-2010 du Mali (MDSSPA, 2007). L'ensemble de ces plans ou programmes prend en compte les directives internationales. Les plans du Mali et du Sénégal ont développé une approche holistique du problème des personnes âgées et essayent de prendre en compte les orientations (1-les personnes âgées et le développement; 2- la promotion de la santé et du bien-être jusque dans le troisième âge; 3- la création d'environnements porteurs et favorables.) du plan international. Contrairement au programme du Burkina Faso qui se limite à l'orientation II.

En ce qui concerne la cohérence, une analyse attentive montre que le programme national de santé des personnes âgées présente une bonne logique verticale entre le but, l'objectif général, les objectifs spécifiques et les choix stratégiques retenus. Cependant, quelques incohérences sont observées par endroits (cf. § 3.3.1.). Les raisons sont relatives au fait que la démarche adoptée pour répondre aux problèmes de santé des personnes âgées n'est pas basée sur une approche holistique. Les stratégies sont certes pertinentes mais, elles sont restées dans le carcan de l'abord médical de Golberg qui considère la santé comme seulement une *''absence de maladie, d'anomalie''* (Seck 2011). Ainsi, pour le problème de l'accessibilité des personnes âgées aux soins de santé, l'objectif fixé (rendre financièrement accessibles les soins aux personnes âgées) ne peut pas résoudre entièrement le problème qui porte aussi sur l'accessibilité culturelle. Comme le dit Ridde (2005, p.18), *«les capacités économiques des*

[13] Abdramane BERTHE , Lalla BERTHE-SANOU, Blahima KONATE, Hervé HIEN, Fatoumata TOU, Maxime DRABO, Fatoumata BADINI-KINDA, Jean MACQ. Les personnes âgées : une population vulnérable, prioritaire et négligée en Afrique Subsaharienne. Notes sur les politiques et pratiques soumis à la *Revue canadienne du vieillissement*

*ménages ne sont pas les seuls facteurs influençant l'accès aux soins »*, l'accessibilité culturelle est une dimension importante à prendre en compte.

La même inadéquation ressort au niveau des stratégies que sont l'adoption de textes et lois accordant des avantages en matière d'accès financier aux consultations médicales à toutes les personnes âgées et la promotion de la couverture du risque maladie chez les personnes âgées. Cette inadéquation amène à formuler deux remarques :

- d'abord, elle donne l'impression qu'il suffisait d'adopter des textes et lois pour que ceux-ci soient systématiquement bien mis en œuvre. Or, l'observation des textes et lois internationaux, nationaux ou même d'un secteur ministériel adoptés/ratifiés par le Burkina Faso montre qu'ils ne sont pas toujours bien appliqués. C'est ainsi que ce ''pertinent'' programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 adopté par le gouvernement n'a pas obtenu l'accompagnement en ressources humaines, matérielles ou financières nécessaire pour sa bonne et entière mise en œuvre;

- ensuite, c'est comme s'il suffisait de faciliter l'accès financier des personnes âgées aux consultations et examens biologiques pour faciliter leurs accès aux soins paramédicaux et/ou médicaux. C'est occulter ou négliger que l'accès des personnes âgées à ces soins doit être accompagné aussi bien par l'accès financier aux examens biologiques mais aussi et surtout leur accès aux produits prescrits sans lesquels le simple accès financier aux consultations et examens n'aurait pas d'effets sur la santé. La référence aux cas des malades du sida atteste nos propos. En effet, ceux-ci avaient le plus souvent facilement accès aux consultations médicales mais pas aux examens biologiques et/ou aux antirétroviraux. La gratuité de ces examens et/ou antirétroviraux a été le fruit d'une longue attente.

Ainsi, le programme aurait dû mener aussi un plaidoyer pour la réduction du coût des médicaments pour le traitement des pathologies des personnes âgées. Par ailleurs, la plupart des textes ou lois ciblent l'accès aux soins des personnes âgées dans les structures hospitalières qui pourtant ne sont pas le premier contact des personnes âgées avec le système de soins. Ces textes et lois ne sont pas toujours explicites sur le coût des consultations et examens biologiques dans les CSPS.

Aussi, les objectifs du programme embrassent plusieurs éléments à la fois. Certains aspects importants du programme auraient pu être formulés en objectifs intermédiaires. C'est par exemple le cas de l'objectif 2 relatif à l'amélioration de la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées. La notion de prise en charge est suffisamment

large. Elle englobe plusieurs composantes. Ce qui peut poser un problème de mesure des indicateurs. Ce volet aurait pu être décomposé en deux objectifs intermédiaires relatifs à la réorganisation/renforcement des services de santé et au renforcement des compétences des professionnels de santé car, comme le dit Fournier (2005), la disponibilité de personnels de santé compétents est un défi à relever. Les ressources humaines sont au cœur de tout système de santé, la performance du secteur sanitaire dépend en grande partie des connaissances, des compétences et de l'effort du personnel. Ce dernier joue un rôle majeur dans l'amélioration de la performance des services de santé.

### 4.1.2. La mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées

La mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées dans le district sanitaire de Nongr-Massom nécessite la mobilisation de différents acteurs. Chacun, en fonction de son profil et dans son rôle, doit contribuer à l'atteinte des objectifs du programme. Que pouvons-nous retenir de l'implantation de ce programme dans le district sanitaire de Nongr-Massom ?

Le programme n'est pas connu de tous les prestataires de soins et des acteurs communautaires. Plusieurs facteurs expliquent cette méconnaissance du programme par ces acteurs opérationnels au niveau du CMA de Kossodo et des CSPS du district :

- après la conception/adoption du programme, sa version électronique ou papier a été peu diffusée/vulgarisée entre les acteurs directement et indirectement concernés;
- même les activités requérant moins de ressources humaines, matérielles ou financières n'ont pas été réalisées;
- les acteurs chargés de la mise en œuvre de ce programme au niveau de la DGSF et des régions et districts sanitaires ont quelques fois changé sans de véritables transmission du témoin sur ce programme;
- aucun bailleur de fonds national (y compris l'Etat burkinabè commanditaire de ce programme) ou international ne s'est réellement engagé dans son financement. Ces situations ne pouvaient pas favoriser la connaissance et l'appropriation du programme par certains acteurs.

Les points de vue des différents acteurs vont dans le sens d'un programme qui n'a pas été mis en œuvre conformément à la planification initiale. L'avènement de la restriction budgétaire des districts sanitaires a affecté la mise en œuvre du programme dont l'opérationnalisation nécessite la mobilisation d'importantes ressources. La disponibilité des ressources financières

constitue l'obstacle fondamental pour l'exécution des activités du programme. Avec la restriction budgétaire, les interventions à gains rapides sont devenues les stratégies prioritaires, les activités entrant dans le cadre de l'exécution du programme sont en souffrance alors que certaines activités ne nécessitent pas d'importants financements[14].

Cette situation pose le problème de la continuité des politiques publiques de la phase d'élaboration à la phase de terminaison. Ce problème soulève aussi une série d'inquiétudes. Ce programme de santé 2008-2012 qui s'achève bientôt, sera-t-il évalué officiellement ? Sera-t-il renouvelé, reconduit après 2012 ? Si oui, de quelle façon ? Quelles seraient les garanties ou espoirs de la mise en œuvre du nouveau programme ? D'une façon générale, les politiques publiques des pays africains sont souvent le reflet de politiques internationales qui tendent à s'imposer à ces pays. Ces derniers ratifient et mettent en œuvre ces politiques internationales pour être bien classés selon les indicateurs de développement ou de bonne gouvernance ou pour avoir le soutien financier de certains partenaires sans pour autant y accorder une grande importance (Berthé A. et al. Sinedata). Ainsi, avec simplement l'existence de ce programme, le Burkina Faso serait relativement plus aisé à se présenter à n'importe quelle rencontre internationale sur le vieillissement, y attester qu'il n'est pas resté inerte après l'assemblée mondiale de 2002 de Madrid et être mieux noté comparativement aux pays qui n'en ont pas conçu. Parfois, les bailleurs de fonds préfèrent une structure qui a un programme (écrit même s'il n'est bien mis en œuvre) à une structure qui agit sans documenter ses activités. Cependant, il ne faut pas occulter le fait que ce programme reste un outil de plaidoyer à tous les niveaux.

Plusieurs activités du programme auraient pu être réalisées s'il y avait eu un appui conséquent des autorités politiques par rapport aux questions de la prise en charge des personnes âgées. « *Une table ronde des bailleurs de fonds devrait être organisée pour la mobilisation des*

[14] Il s'agit des activités comportant les numéros ci-dessous dans le programme :
10. Evaluer les besoins en formation des prestataires en matière de prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées.
22. Intégrer les soins aux personnes âgées dans le PMA par niveau de soins.
30. Evaluer les besoins en infrastructures, équipements et matériels à l'échelle nationale.
34. Evaluer les besoins en produits (y compris les médicaments) et consommables spécifiques par niveaux de soins.
54. Disséminer le programme et ses supports de gestion dans les 13 régions et les 63 districts sanitaires.
58. Apporter un appui technique aux associations et structures d'accueil.
62. Faire un plaidoyer auprès des responsables de la DEP.
63. Plaider pour l'inscription de la santé de personnes âgées dans la liste des problèmes transversaux du ministère de la santé.
64. Rechercher de nouveaux partenaires.
66. Identifier des priorités de recherche dans le domaine de la santé des personnes âgées.

*ressources financières mais, ça n'a jamais été fait, personne ne s'y intéresse. C'est un manque d'intérêt* ». C'est en ce sens que Ngondo A Pitshandenge (1994) affirme que la volonté politique est sans doute le facteur le plus important pouvant influencer la mise en œuvre d'une politique publique. C'est aussi dans le même sens que sera[15] publié bientôt : « Les personnes âgées : une population vulnérable, prioritaire et négligée en Afrique Subsaharienne » l'objectif de cette publication est de montrer que les personnes âgées sont à la fois négligées par les autorités politiques locales et leurs partenaires financiers nationaux et internationaux.

Au vu de ses éléments, il apparaît que toutes les conditions devant aboutir à une opérationnalisation effective du programme de santé des personnes âgées ne sont pas réunies. A une année de la fin de ce programme (2012), il n'y a pas eu une mise en œuvre à proprement dite du programme, même si quelques activités ponctuelles telles que les campagnes de dépistage du diabète et des missions d'interventions chirurgicales de la cataracte sont souvent organisées au sein du district pour les personnes âgées.

Dans son opérationnalisation, le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso a rencontré à peu près les mêmes difficultés que les plans du Sénégal et du Mali qui ont aussi été faiblement mis en œuvre. Pour le Mali par exemple, le Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées a mentionné que malgré la volonté exprimée par les Etats de mieux couvrir les besoins et aspirations des personnes âgées, les agences des Nations Unies, les agences de coopération, les ONG accordent peu d'intérêt aux programmes en faveur des personnes âgées (MDSSPA, 2007). Les programmes d'ajustement structurel auxquels les Etats sont soumis offrent peu de perspectives au développement de programmes en faveur des personnes âgées. De même, les besoins des personnes âgées ne sont pas bien connus pour motiver les prises de décisions. Du reste, le développement d'un pays est un tout. Il ne peut y avoir de développement des enfants, des jeunes, des femmes enceintes, sans le développement des personnes âgées qui peut influencer négativement sur les indicateurs du développement ou de la lutte contre la pauvreté. Aussi, investir aujourd'hui dans les personnes âgées en Afrique, c'est aussi mieux préparer l'avenir des autres couches prioritaires (enfants, femmes enceintes) que l'on soutient actuellement. Enfin, il ne servirait à rien

[15] Abdramane BERTHE, Lalla BERTHE-SANOU, Blahima KONATE, Hervé HIEN, Fatoumata TOU, Maxime DRABO, Fatoumata BADINI-KINDA, Jean MACQ. Les personnes âgées : une population vulnérable, prioritaire et négligée en Afrique Subsaharienne. Notes sur les politiques et pratiques soumis à la *Revue canadienne du vieillissement.*

d'améliorer les conditions ou espérance de vie des enfants, des adultes si rien n'est fait pour le troisième et le quatrième âge.

Au regard de tout ce qui précède, nous formulons les recommandations ci après:

### 4.2. Recommandations

Les résultats de ce travail inspirent quelques recommandations qui s'adressent au ministère de santé, à la DASPAJ, structure ayant en charge la coordination, le suivi et l'évaluation des questions relatives à la prise en charge sanitaire des personnes âgées et au district sanitaire de Nongr-Massom.

- **A l'endroit du Ministère de la santé**

Soutenir la mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées, en veillant notamment à mettre l'accent sur les axes d'intervention suivants :

- vu que la mise en œuvre du programme dépend fortement du budget national, le ministère de la santé devrait inscrire le financement de la santé des personnes âgées dans le budget national alloué à la santé;
- organiser une table ronde avec les partenaires techniques et financiers notamment, les coopérations bilatérales et multilatérales qui peuvent être sensibles aux préoccupations des personnes âgées et par conséquent financer des activités dudit programme;
- concrétiser la formation des prestataires notamment, les médecins spécialistes. Le ministère pourrait identifier les structures de formation les plus accessibles et y inscrire des personnes dûment sélectionnées. A la fin de leur formation, ces spécialistes, devront concevoir des modules de formation d'infirmiers capables de coordonner des services de gériatrie et un programme de formation des agents de santé des CHR, CMA et CSPS aux consultations préventives, à la référence des cas et au suivi des personnes âgées malades tant au niveau des centres qu'à domicile;
- adresser des requêtes à l'OMS et à l'UFNPA pour le recrutement et l'affectation à leur charge de médecins gériatres qui collaboreront à la mise en place progressive de services destinés aux personnes âgées, en attendant le retour des médecins gériatres en formation.

- **A l'endroit de la DASPAJ**

Le programme national de santé des personnes âgées étant déjà conçu et étant à sa dernière année d'exécution, les recommandations concernent plus le renouvellement du programme (l'après 2012). Dans ces conditions, il s'agira de:

- actualiser et mettre en œuvre un nouveau programme national de santé des personnes âgées. L'objectif relatif à la prise en charge précoce et adéquate des affections morbides des personnes âgées aux différents niveaux du système de soins pourrait se décliner en les objectifs spécifiques suivants:
    - o renforcer les compétences du personnel de santé à tous les niveaux du système de santé ;
    - o réorganiser les services de santé ;
    - o rendre disponibles les MEG nécessaires au traitement des pathologies des personnes âgées ;
- dans l'attente de la caisse nationale d'assurance-maladie et pour faciliter la prise en charge des personnes âgées par ce systèmes, favoriser la mise en place d'un mécanisme de solidarité entre les personnes âgées du Burkina Faso ;
- œuvrer à l'émergence d'un cadre de concertation entre structures associatives d'une part, et entre ces dernières et les structures d'appui d'autre part ;
- vu la faiblesse des ressources humaines matérielles et financières mobilisées pour mettre en œuvre le programme, il serait inutile d'en mobiliser pour son évaluation. Un atelier participatif d'analyse critique et de renouvellement du programme serait pertinent à organiser avec l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées ;
- en septembre 2011, un projet interuniversitaire ciblé (PIC) a démarré au Burkina Faso sur financement de la Commission Universitaire au Développement CUD) de la Belgique. Ce projet, mis en œuvre par le Centre Muraz, l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé, l'Université de Ouagadougou, l'Université Catholique de Louvain (UCL) et les Facultés Universitaires Saint Louis (FUSL, Belgique) est une contribution des chercheurs à l'atteinte des objectifs du programme national de santé des personnes. L'une des activités primaires de ce projet est d'établir la cartographie des acteurs intervenants auprès des personnes âgées et de contribuer à la constitution du réseau des intervenants auprès des personnes âgées. Tout ceci devrait faciliter le renouvellement du programme national après 2012.

Ainsi, l'une des principales recommandations est qu'après renouvellement dudit programme suite à l'analyse des forces et faiblesses du programme en cours, chaque acteur joue pleinement son rôle.

➢ **A l'endroit du district sanitaire de Nongr-Massom**

L'atteinte des objectifs du programme est subordonnée à l'implication de tous les acteurs au niveau du district. Pour l'équipe cadre du district et les prestataires, les recommandions formulées sont:

- inscrire les activités du programme national de santé des personnes âgées dans le plan d'action du district;
- définir une matrice de responsabilités de tous les acteurs dont le COGES en tenant compte des différents intérêts/enjeux pour le programme;
- faire un plaidoyer pour engager les partenaires au développement dans les activités du programme au niveau du district sanitaire;
- soutenir les activités de prise en charge des personnes âgées en octroyant des kits pour les pathologies chroniques dont ils souffrent;
- mettre à la disposition des personnes âgées des carnets de santé leur permettant non seulement d'accéder à la gratuité des soins ou à la réduction du coût de certaines prestations, mais aussi un suivi régulier de leur santé;
- assurer un meilleur suivi du programme dans toutes ses composantes.

La prise en compte de ces recommandations créera un environnement propice à un meilleur épanouissement des personnes âgées et une prise en charge plus adéquate de leur santé.

## CONCLUSION

La présente étude a porté sur l'analyse du programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso dans le district sanitaire de Nongr-Masson. Ce programme vise la promotion de la santé des personnes âgées en leur offrant une prise en charge précoce, adéquate et qui leur est accessible. L'objectif de cette étude était d'une part d'apprécier la cohérence et la pertinence du programme et d'autre part, d'analyser sa mise en œuvre en vue de formuler des suggestions pour une meilleure atteinte des résultats escomptés. L'étude, essentiellement qualitative, a porté sur le CMA de Kossodo et sur les trois grands CSPS du district (CSPS des secteurs 13, 23, 25 et 27).

Pour atteindre les objectifs, différents tableaux ont été utilisés pour l'analyse de la pertinence et de la cohérence du contenu du programme. Ces tableaux ont mis en lien les objectifs, les stratégies et les activités du programme avec d'une part les problèmes prioritaires de santé des personnes âgées et avec d'autre part, les orientations internationales de Madrid. Une lecture des tableaux monte que les stratégies du programme se révèlent pertinentes pour résoudre les différents problèmes de santé des personnes âgées. En effet, dans sa conception, le programme national de santé des personnes âgées du Burkina Faso prend en compte le plan d'action international sur le vieillissement (Madrid 2002), les problèmes et besoins de santé des personnes âgées du Burkina Faso, la situation des ressources humaines et matérielles disponibles au niveau des formations sanitaires publiques.

Le programme présente également une bonne logique verticale. Cependant, quelques problèmes de cohérence ont été constatés au niveau de certaines stratégies et activités. Ainsi, pour la stratégie de mobilisation des ressources en faveur de la santé des personnes âgées, certaines activités identifiées visent plus le développement de plans de communication sur les personnes âgées que la mobilisation des financements. Aussi, les stratégies et activités qui se rattachent au problème de l'accessibilité financière des personnes âgées aux services de santé, n'évoquent pas explicitement l'accès de ces personnes aux MEG.

De l'analyse de l'implantation, il ressort que le manque de ressources financières pour l'exécution est le principal handicap de la mise en œuvre. Ainsi, le programme est resté moins connu dans les formations sanitaires publiques du district de Nongr-Massom. Il serait indispensable de corriger ces faiblesses du programme et de le reconduire au-delà de 2012. Pour ce faire, un réel engagement devrait être obtenu de l'ensemble des parties prenantes.

D'une façon générale, en Afrique, le manque de ressources humaines, matérielles ou financières est l'argument principal utilisé pour expliquer les contre performances dans un domaine. Or, en réalité, il ne s'agit pas toujours de manque ou d'insuffisance de ressources mais plutôt de l'utilisation non rationnelle ou non-optimale des ressources à court et moyen terme. Les Etats africains devraient de plus en plus compter sur eux-mêmes pour prendre en charge certaines de leurs priorités.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**ACP-UE (1999).** « Dossier: le troisième âge; vieillir dans le monde en développement », *Le Courrier*, Bruxelles n°176, p. 38-67.

**ANONYME (2008).** *Schéma départemental en faveur des personnes âgées, 2008-2012, département de Pas-de-Calais* (France), tome 1, 37 P.[http://www.pasdecalais.fr/Solidarite-et-Sante/Retraites-et-personnes-agees/Troisieme-schema-en-faveur-des-personnes-agees/Schema-departemental-en-faveur-des-personnes-agees-2008-2012] (consulté le 23 novembre 2010).

**ANTOINE, P. et V. GOLAZ (2010).** « Vieillir au Sud: une grande variété de situations ». *Autrepart*, 53, p.3-16.

**AUBEL, J. (2000).** *Manuel d'évaluation participative de programme.* 2e édition, Calverton, MA, CSTS-CRS-USAID, 95 p. [www.childsurvival.com].

**BILGO S. (2006)** *Transformation des villes et conditions de vie des personnes âgées : Cas des retraités de la ville de Ouagadougou.* Mémoire de Maîtrise, Département de sociologie, Université de Ouagadougou, 84 p.

**BOLOGO, E. et L. L. ARISTE (2010).** « Être âgé et être handicapé. Situation des personnes âgées ayant un handicap au Burkina Faso ». Article sous press, 18p.

**BOUTE, J. (1994).** « Les objectifs et les moyens des politiques de population en Afrique ». In GENDREAU, F., *l'évaluation des politiques et programmes de population*, Paris, Aupelf-Uref, John Libbey Eurotext, p.89-97.

**BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT BURBINA FASO (2009).** *Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2006 (RGPH-2006). Analyse des résultats définitifs, thème 14:situation socioéconomique des personnes âgées.* Rapport, Version électronique, Ministère de l'Economie et des Finances, Ouagadougou. 156 p.

**CARRIERE, Y. et J. LEGARE (1993).** « Vieillissement démographique et institutionnalisation des personnes âgées : des projections nuancées pour le Canada ». *Cahiers québécois de démographie*, Montréal, vol.22, n°1, p.63-92.

**COUME, M. (2009).** *Rapport sur le plan sésame de soins gratuits pour les personnes âgées de 60 ans et plus au Sénégal.* 10p. [http://www.sante.gouv.sn/IMG/pdf/rapport_sesame.pdf] (consulté le 23 novembre 2010).

**DABIRE, N. P. S. (2010).** *Analyse de la pertinence, de la cohérence, de la mise en œuvre et de l'évaluabilité de la politique nationale de population du Burkina Faso.* Mémoire de master en population et santé, ISSP, Université de Ouagadougou, 112p.

**DIAGANA, M. et al. (2003).** « Le grand âge en Afrique », *African Journal of Neurological Sciences.* 22(2), p. 23-34.

**DIRECTION DE LA SANTE DE LA FAMILLE du BURKINA FASO (DSF). (2008a).** *Programme National de Santé des Personnes Agées 2008-2012.* Ministère de la santé, Ouagadougou, 85p.

**DIRECTION DE LA SANTE DE LA FAMILLE du BURKINA FASO (DSF). (2008b).** *Rapport de l'atelier d'élaboration du PMA pour la santé des personnes âgées.* Ministère de la santé, Ouagadougou 11p.

**DIRECTION DE LA SANTE DES ADOLESCENTS, DES JEUNES ET DES PERSONNES AGEES (DASPJ). (2011).** *Mission de la direction de la santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées.* Communication orale.

**DIRECTION DE L'INSERTION SOCIALE (DIS).** (1997) *Plan d'action nationale en faveur des personnes âgées au Burkina Faso.* Ministère de l'Action Sociale et de la Famille du Burkina Faso, Ouagadougou, 25p.

**DOUMONT, D. et al. (1999).** « Les personnes âgées et leur santé : besoin, représentation et comportement ».Série de dossier documentaires, Unité d'Education pour la Santé, UCL-RESO, 21p.

**DRSC** (2008). *Plan d'action 2012 du District Sanitaire de Nongr-Massom.* Ministère de la santé du Burkina Faso, 145p.

**FOURNIER, P. et al. (2005).** *Réformes des systèmes de santé et satisfaction du personnel : le cas du Mali*, 21p.

**HANDICAP INTERNATIONAL (2005).** *Quels droits pour les victimes de mines ? Réparation, compensation : de l'analyse légale aux perspectives politiques*, 68 p.

**INSPECTION REGIONALE DE LA SANTE DE LA France (2002).** *Programme régional de santé : « personnes âgées ».* Phase I : Etat des lieux. [http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/prs-comp.pdf], (page consulté le 23 novembre 2010).

**KABA, A. (2008).** *Analyse de la mise en œuvre de programmes : cas du programme sida (ROUND 6), financé par le fonds mondial de lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme en guinée Conakry.* Mémoire de master en population et santé, ISSP, Université de Ouagadougou, 96 p.

**KAMDOUM, A.** (1994) « les conditions de succès de la politique de population au Cameroun ». In GENDREAU, F., *l'évaluation des politiques et programmes de population,* Paris, Aupelf-Uref, John Libbey Eurotext, p111-119.

**KEMP, P. et al. (2000).** Bioethics and biolaw. Copenhague: Rhodos.

**KINDA, F. (2006).** « Contrat entre les générations et sécurité sociale locale des personnes âgées en milieu rural burkinabé ». *Cahiers du CERLESHS,* 25. Ouagadougou, PUO, p 85-104.

**LEGARE, J. (1991).** « Une meilleure santé ou une vie prolongée ? Quelle politique de santé pour les personnes âgées ? ». *Futuribles.* Montréal, N°155, p.53-66.

**LEGARE, J. (2004).** « Conséquences économiques, sociales et culturelles du vieillissement de la population ». In Caselli G., Vallin J., & Wunsch G (dir). *Démographie : Analyse et synthèse,* Tome VI Population et Société, p 51-84.

**LEGARE, J. et B. DESJARDIN (1976).** « La situation des personnes âgées au Canada ». *La revue canadienne de sociologie et d'anthropologie.* Montréal, 13(3), p321-336.

**LEMIEUX, V. (2002).** *L'étude des politiques publiques.* Les presses de l'Université de Laval, 195p.

**LOADA, M. A. (2011).** *L'implantation des politiques publiques.* Notes de cours, Module 3.1, Master en population et santé, ISSP, Université de Ouagadougou, année académique 2010-2011.

**MINISTERE DE LA SANTE DU BURKINA FASO** (2000). *Politique nationale Sanitaire,* Ouagadougou. 31p.

**MINISTERE DE LA FEMME, DE LA FAMILLE, DU DEVELOPPEMENT SOCIAL ET DE L'ENTREPRENARIAT FEMININ DU SENEGAL (MFFDSEF). (2007)** *Projet de Plan d'Action du Sénégal en faveur des Personnes Agées,* Dakar, 39p.

**MINISTERE DU DEVELOPPEMENT SOCIAL DE LA SOLIDARITE ET DES PERSONNES AGEES (MDSSPA). (2007).** *Etat de mise en œuvre du plan d'action national pour la promotion des personnes âgées 2006-2020.* Bamako, République du mali, 8p.

**NGONDO A PITSHANDENGE, S. (1994).** « Politique et programme de population en Afrique en Afrique : précision des objectifs et adéquation des moyens.» In GENDREAU, F., *l'évaluation des politiques et programmes de population*, Paris, Aupelf-Uref, John Libbey Eurotext, p 99-109.

**NATIONS UNIES (2002).** *Rapport de la deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid,* 84p.

**OUEDRAOGO, D., KONE, A., NANA, P. (2006).** *Analyse institutionnelle du Secrétariat Permanent du Conseil National de la Population.* ISSP/CONAPO, Ouagadougou, 68p.

**PERRET, B. (2001).** *L'évaluation des politiques publiques.* La découverte, Paris, 118p.

**PHILIBERT, M. (1984).** « Le statut de la personne âgée dans les sociétés antiques et préindustrielles », *Sociologie et sociétés*, 16(2), p. 15-28.

**QUIVY, R. ET L.V. CAMPENHOUDT (1995).** *Manuel de recherche en sciences sociales,* Paris, Dunod, 228 p.

**QUIVY, R. ET L.V. CAMPENHOUDT (1989).** *Manuel de recherche en sciences sociale.* Paris, Dunod, 1989, 376p.

**RIDDE, V. (2005).** *Politiques publiques de santé et équité en Afrique de l'Ouest : le cas de l'initiative de Bamako*, Ph.D, Université de Laval, 683p.

**RIDDE, V. et C. DAGENAIS (2009).** *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Montréal, les Presses de l'Université de Montréal, 348 p.

**ROTH, C. (2007).** « Tu ne peux pas rejeter ton enfant ! Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè, » *Cahiers d'études africaines*, 185, p. 93-11.

**SANKOH, A. O. et al. (2003).** « Patterns of adult and old-age mortality in rural Burkina Faso». *J-Public Health Med*, 25(4), p.372-6.

**SAUERBORN, R et al (1996).** « Age bias, but no gender bias, in the intra-household resource allocation for health care in rural Burkina Faso», *Health Transit Rev*, 6(2), p131-45.

**SECK, I (2011).** *les déterminants de la sante et de la maladie.* Note de cours, Module 3.2, ISSP, Université de Ouagadougou, année académique 2010-2011.

**SUWANWELA, C. (2006).** *la pertinence et l'utilité de la recherche dans les pays en développement,* Bangkok, Thaïlande, 10p.

**TRAORE, G.** (1984) «L'image de la personne âgée au Mali», *GERONTOLOGIE AFRICAINE,* Centre International de Gérontologie Sociale, Paris, n°3, p. 11-23.

**UNITED NATIONS (2005).** *Living Arrangements of Older Persons around the World,* ST/ESA/STAT/SER.A/240, Department of Economic & and Social Affairs, Population Division, 216 p.

**UNITED NATIONS (2006).** *World Population Prospects: The 2004 Revision* and *World Urbanization.* Population Division of the Department of Economic and Social Affairs, [http://esa.un.org/unpp] (consulté le 10 décembre 2010).

**UWAKWE, R., et al. (2009).** « The epidemiology of dependence in older people in Nigeria: prevalence, determinants, informal care, and health service utilization. A 10/66 dementia research group cross-sectional survey» *J Am Geriatr* Soc, 57(9): p. 1620-7.

**VANDERMERSCH, C.et E. KOUEVIDJIN (2007).** «La situation des personnes âgées de 55 ans et plus en milieu rural ivoirien et sénégalais » In : Antoine Philippe (ed.). *Les relations intergénérationnelles en Afrique : approche plurielle.* Nogent-sur-Marne: CEPED, p. 63-91.

**VIGAN A.C (2009).** *Evaluation de la mise en œuvre de la stratégie de distribution de bons d'achats alimentaires du PAM au Burkina Faso : cas de la ville de Ouagadougou,* Mémoire de master en population et santé, ISSP, Université de Ouagadougou, 103p.

**WILLEMS, M (2002).** *Le processus de vieillissement au Burkina Faso : Définition, état de la situation et perspectives d'évolution-* UERD Ouagadougou.

**YAMEOGO, N. V. (2005).** *La demande de soins du sujet âgé au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.* Burkina Faso, 75p.

**YARO, Y. (2005).** *Etat des lieux sur la question des personnes âgées et des rapports intergénérationnels au Burkina Faso,* IRD CePeD, 19p.

ANNEXES

**Annexe 1 : Guide d'entretien**

**Guide d'entretien individuel pour les acteurs stratégiques (DGSF, DRS, Ministère, associations)**

**1-Présentation du contexte de l'étude**
**2-Présentation de l'interviewé**

Date de l'enquête :
Nom :
Prénom :
Sexe :
Profils :
Structure :

**3-Pertinence et cohérence du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012**

Qu'entendez-vous par santé des personnes âgées ?

Pensez-vous qu'il faut un programme de santé spécifique pour ce groupe d'âge?
Que pouvez-vous nous dire du programme national de santé des personnes âgées couvrant la période 2008-2012?
Quel a été votre contribution dans l'élaboration du programme ?
Que pensez-vous des problèmes prioritaires identifiés ?
Que pensez-vous des stratégies proposés pour résoudre ces problèmes ?
Que pensez-vous des activités planifiées ?
Ces activités sont-elles en adéquation avec les objectifs visés ?
Que pensez-vous des objectifs formulés ?
Quel commentaire faites-vous de la structuration d'ensemble du programme ?
Selon vous, comment devrait être agencés les différents éléments pour avoir un programme plus cohérent ?

**4-Mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012**

Quelle est l'organisation mise en place pour la mise en œuvre du programme ?
De façon pratique qu'est ce qui a été fait pour la mise en œuvre du programme ?
Quels sont les acteurs qui sont concernés par la planification et la mise en œuvre du programme?
Ces acteurs jouent ils leurs rôles ?
Sont-ils motivés pour la mise en œuvre du programme ?
Parlez nous des rapports et interactions entre les différents acteurs intervenant en matière de prise en charge des personnes âgées?

**5-Ressource pour la mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012**

Est-ce que vous disposez des ressources nécessaires à la mise en œuvre du programme ?
D'où proviennent les ressources financières ?
Comment ces ressources financières et matérielles sont-elles mobilisées ?
Quels sont les facteurs qui entravent la mise en œuvre adéquate du programme ?

Qu'est ce qui est fait pour résoudre ses difficultés de mise en œuvre ?
Est-ce qu'il y a un dispositif qui est prévu pour le suivi et l'évaluation du programme ?
Quel est votre dernier mot

**Guide d'entretien individuel pour les PTF**

**1-Présentation du contexte de l'étude**

**2-Présentation de l'interviewé**

Date de l'enquête :
Nom :
Prénom :
Sexe :
Structure :
Profils :

**3-Pertinence et cohérence du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012**

Que pouvez-vous nous dire du programme national de santé des personnes âgées couvrant la période 2008-2012?
Que pensez-vous des problèmes prioritaires identifiés ?
Que pensez-vous des stratégies proposés pour résoudre ces problèmes ?
Que pensez-vous des activités planifiées ?
Ces activités sont-elles en adéquation avec les objectifs visés ?
Que pensez-vous des objectifs formulés ?
Quel commentaire faites-vous de la structuration d'ensemble du programme ?
Selon vous, comment devrait être agencés les différents éléments pour avoir un programme cohérent ?

**4-Financement du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012**

Quel a été votre contribution dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme ?
Quels sont les fonds que vous avez prévus pour la mise en œuvre du programme ?
Ces fonds sont ils réellement disponibles ?
Parlez nous de vos rapports et interactions avec les acteurs impliqués dans la planification et la mise en œuvre du Programme ?
Parlez nous des rapports et interactions entre les différents acteurs intervenant en matière de prise en charge des personnes âgées?
Quels commentaires faites-vous sur l'implication du ministère de la santé dans la prise en charge des personnes âgées?
Problèmes rencontrés dans le partenariat ?
Quelles sont les propositions de solutions ou recommandations pour l'amélioration du programme ?
Quel est votre dernier mot ?

**Guide d'entretien individuel avec les prestataires de soins**

**1-Présentation du contexte de l'étude**

**2-Présentation de l'interviewé**

Date de l'enquête :
Nom :
Prénom :

Sexe :
Profils :
Structure :

**3-Situation de la prise en charge des personnes âgées**

Qu'entendez-vous par santé des personnes âgées ?
Comment appréciez-vous le niveau d'utilisation des services de santé par les personnes âgées
Quels sont les principaux motifs de consultation de vos services par les personnes âgées ?
Quelles sont les pathologies que présentent généralement les personnes âgées ?
Arrivez-vous à les prendre en charge de façon efficace ?
Quelles sont les prestations de santé offertes par votre structure aux personnes âgées ?
Pensez-vous que les besoins de santé des personnes âgées sont satisfaits
Pensez-vous que vous disposez suffisamment de compétences et de ressources (équipement technique, infrastructures...) pour la prise en charge correcte des personnes âgées ?
Quels sont les domaines dans lesquels vous avez besoin de renforcer vos capacités ?
Quels sont vos principales difficultés dans la prise en charge des personnes âgées
Que proposeriez-vous pour résoudre ces difficultés ?

**4-Pertinence et cohérence du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012**

Pensez vous qu'il faut un programme spécifique de santé des personne âgées ?
Que pouvez-vous nous dire du programme national de santé des personnes âgées couvrant la période 2008-2012?
Quel a été votre contribution dans l'élaboration du programme ?
Que pensez-vous des problèmes prioritaires identifiés ?
Que pensez-vous des stratégies proposés pour résoudre ces problèmes ?
Que pensez-vous des activités planifiées ?
Ces activités sont-elles en adéquation avec les objectifs visés ?
Que pensez-vous des objectifs formulés ?
Quel commentaire faites-vous de la structuration d'ensemble du programme ?
Selon vous, comment devrait être agencés les différents éléments pour avoir un programme cohérent

**5-Mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012**

Quelle est l'organisation mise en place pour la mise en œuvre du programme ?
De façon pratique qu'est ce qui a été fait pour la mise en œuvre du programme ?
Quels sont les facteurs qui entravent la mise en œuvre adéquate du programme ?
Qu'est ce qui est fait pour résoudre ses difficultés de mise en œuvre ?
Que proposez-vous pour améliorer le programme ?
Quel est votre dernier mot ?

**Guide d'entretien individuel avec les bénéficiaires**

**1-Présentation du contexte de l'étude**

**2-Présentation de l'interviewé**

Date de l'enquête :
Nom :

Prénom :
Sexe :
Age :
Occupation actuelle:

**3-problème de santé des personnes âgées**

Quels sont les problèmes de santé auxquels vous êtes confrontés ?
Quelles sont les maladies auxquelles vous êtes confrontés fréquemment?
Utilisez-vous la médecine moderne ou traditionnelle en cas de maladie ?
Pensez-vous que les services de santé sont à mesure de prendre en charge vos problèmes de santé ?
Est-ce que les personnes âgées bénéficient d'un traitement spécial dans les structures de soins publiques ?
Est-ce qu'il y a des services de soins de santé spécifique pour vous?
Quels sont les difficultés que vous rencontrez pour avoir accès à des soins de qualité ?

**4-connaissance du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012**

Connaissez-vous le programme national de santé des personnes âgées ?
Depuis 2008, avez-vous senti un changement dans la prise en charge de vos problèmes de santé au niveau des différentes formations sanitaires publiques ?
Selon vous, qu'est-ce qui peut être fait pour améliorer la prise en charge des personnes âgées ?
Quel est votre dernier mot ?

Annexe 2 : Tableau 9 : Thème, objectifs et mesures de l'orientation II de plan international de Madrid sur le vieillissement 2002

| ORIENTATION II DU PLAN INTERNAL DE MADRID SUR LE VIELLISEMENT | | |
|---|---|---|
| **Thèmes** | **Objectifs** | **Mesures à prendre** |
| Thème 1 : Promotion de la santé et du bien-être tout au long de la vie | Objectif 1 : Réduction des effets cumulatifs des facteurs augmentant le risque de maladie et la dépendance qui peut en résulter chez les personnes âgées | a) Accorder la priorité aux initiatives de lutte contre la pauvreté, notamment afin d'améliorer l'état de santé des personnes âgées, en particulier de celles qui sont pauvres<br>b) Garantir, selon que de besoin, des conditions permettant aux familles et aux communautés de fournir des soins et une protection aux personnes vieillissantes;<br>c) Fixer des objectifs, en particulier des objectifs propres à chaque sexe, en vue d'améliorer l'état de santé des personnes âgées et de réduire les taux d'incapacité et de mortalité;<br>d) Recenser les principaux facteurs environnementaux et socioéconomiques favorisant l'apparition des maladies et de l'incapacité vers la fin de la vie et y remédier;<br>e) S'attaquer aux principaux risques connus, liés à une mauvaise alimentation, au manque d'activité physique et à d'autres comportements nocifs, comme l'usage du tabac et la consommation d'alcool dans le cadre des initiatives menées dans les domaines de la promotion de l'éducation, de la prévention et de l'information en matière de santé;<br>f) Prendre toutes les mesures voulues pour prévenir l'abus de boissons alcooliques et réduire l'usage des produits dérivés du tabac et l'exposition involontaire à la fumée du tabac, afin de promouvoir l'arrêt de la consommation de tabac à tous les âges;<br>g) Mettre en place et appliquer des mesures juridiques et administratives et organiser des activités d'information et de promotion de la santé, notamment des campagnes, afin de réduire l'exposition aux agents polluant l'environnement dès l'enfance et tout au long de la vie;<br>h) Promouvoir le bon emploi de tous les médicaments et réduire au minimum le mauvais usage des médicaments délivrés sur ordonnance grâce à l'adoption de mesures réglementaires et à l'organisation de campagnes de sensibilisation avec la participation des secteurs industriels et professionnels concernés. |
| | Objectif 2 : Élaboration de politiques de prévention des troubles de la santé chez les personnes âgées. | a) Mettre au point des interventions précoces en vue de prévenir ou dedifférer l'apparition des maladies ou incapacités;<br>b) Promouvoir les programmes de vaccination des adultes à titre préventif;<br>c) Assurer aux personnes âgées l'accès à des programmes de prévention primaire et de dépistage d'un coût abordable qui soient propres à chaque sexe;<br>d) Offrir une formation et des mesures d'incitation aux professionnels de la santé, des services sociaux et des soins pour qu'ils soient en mesure de conseiller les personnes atteignant le troisième âge sur la manière de conserver un mode de vie sain et de se maintenir en bonne santé;<br>e) Tenir compte du danger découlant de l'isolement social et des maladies mentales et réduire ses effets néfastes sur la santé des personnes âgées en appuyant le renforcement des groupes communautaires d'autonomisation et d'entraide, notamment |

| | | |
|---|---|---|
| | | les contacts entre personnes du même âge et les programmes de visites de quartier, et en facilitant la participation active des personnes âgées aux activités bénévoles;<br>f) Promouvoir la participation civique et culturelle des personnes âgées comme moyen de combattre l'isolement social et de favoriser le renforcement de leur pouvoir;<br>g) Appliquer rigoureusement et renforcer, s'il y a lieu, les normes de sécurité aux échelons national et international, afin de prévenir les accidents à tout âge;<br>h) Prévenir les accidents en faisant mieux comprendre leurs causes et en prenant des mesures pour protéger les piétons, prévenir les chutes, réduire les risques d'accidents domestiques, notamment d'incendies, et fournir des conseils en matière de sécurité;<br>i) Élaborer à tous les niveaux des indicateurs statistiques sur les maladies courantes chez les personnes âgées afin d'orienter les politiques visant à prévenir de nouvelles maladies dans ce groupe d'âge;<br>j) Encourager les personnes âgées à adopter ou conserver un mode de vie actif et sain, notamment en ayant des activités physiques et sportives |
| | Objectif 3 : Accès à une alimentation et à une nutrition adéquates pour toutes les personnes âgées. | a) Promouvoir un accès équitable à l'eau potable et à une alimentation saine pour les personnes âgées;<br>b) Assurer la sécurité alimentaire en garantissant un approvisionnement alimentaire sain et suffisant du point de vue nutritionnel aux niveaux national et international. À cet égard, veiller à ce que les aliments et les médicaments ne servent pas de moyens de pression politique;<br>c) Promouvoir une alimentation saine et suffisante dès la petite enfance, en accordant une attention spéciale à la satisfaction des besoins nutritionnels particuliers des hommes et des femmes tout au long de la vie;<br>d) Encourager un régime alimentaire équilibré, énergétique, et suffisamment riche en macro et micronutriments, fondé de préférence sur les produits locaux, notamment grâce à la définition d'objectifs nationaux en matière d'alimentation;<br>e) Tenir particulièrement compte des carences nutritionnelles et des maladies qui y sont associées lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes de promotion et de prévention en matière de santé destinés aux personnes âgées;<br>f) Sensibiliser les personnes âgées et la population en général, en particulier les prestataires de soins traditionnels, aux besoins alimentaires particuliers des personnes âgées, notamment en eau, calories, protéines, vitamines et minéraux; g) Promouvoir des services dentaires abordables en vue de prévenir et de traiter les troubles pouvant gêner la consommation d'aliments et être la cause de malnutrition;<br>h) Inclure les besoins nutritionnels particuliers des personnes âgées dans les programmes de formation des professionnels de la santé et autres personnels concernés.<br>i) Assurer la fourniture appropriée et suffisante d'éléments nutritionnels et d'aliments accessibles aux personnes âgées dans les hôpitaux et autres établissements de soins |
| Thème 2 : Accès universel et équitable aux services de santé | Objectif 1 : Élimination des inégalités sociales et économiques fondées sur l'âge, le sexe ou tout | a) Prendre des mesures en vue de consacrer une part égale des ressources de santé et de réadaptation aux personnes âgées, et notamment accroître l'accès à ces ressources pour les personnes âgées qui sont démunies, et encourager leur affectation aux zones mal desservies, comme les zones rurales et isolées, notamment l'accès pour un coût abordable aux médicaments |

| | | |
|---|---|---|
| | autre motif, y compris les obstacles linguistiques, afin que les personnes âgées bénéficient d'un accès équitable et universel aux soins de santé. | essentiels et aux autres mesures thérapeutiques;<br>b) Promouvoir l'accès équitable aux soins de santé pour les personnes âgées pauvres ou vivant dans des zones rurales ou éloignées, notamment en réduisant ou supprimant la facturation des soins aux usagers, en mettant en place des systèmes d'assurance et en prenant d'autres mesures d'appui financier;<br>c) Promouvoir l'accès aux médicaments essentiels et aux autres mesures thérapeutiques à un coût abordable;<br>d) Éduquer les personnes âgées et leur donner les moyens d'utiliser et de choisir efficacement les services de santé et de réadaptation;<br>e) Mettre en œuvre les dispositions internationales en vue d'assurer l'accès des personnes âgées aux soins de santé primaires sans discrimination fondée sur l'âge ou d'autres considérations;<br>f) Améliorer l'accès des personnes âgées aux soins de santé primaires et prendre des mesures en vue d'éliminer la discrimination dans les soins de santé fondée sur l'âge et d'autres considérations;<br>g) Avoir recours à des technologies comme la télémédecine, là où elle existe, et à l'enseignement à distance en vue de réduire les limitations géographiques et logistiques entravant l'accès aux soins de santé dans les zones rurales |
| | Objectif 2 : Développement et renforcement des services de soins de santé primaires afin de répondre aux besoins des personnes âgées et de promouvoir leur participation au processus. | a) Prendre des mesures en vue d'assurer l'accès universel des personnes âgées, dans des conditions d'égalité, aux soins de santé primaires et mettre en place des programmes de santé communautaires à leur intention;<br>b) Aider les collectivités à mettre en place des services de soutien sanitaire à l'intention des personnes âgées<br>c) Intégrer la médecine traditionnelle dans les programmes de soins de santé primaires si cela est possible et indiqué;<br>d) Former les agents sanitaires spécialisés dans les soins primaires et les agents des services sociaux à la gérontologie et la gériatrie de base;<br>e) Encourager, à tous les niveaux, des arrangements et des mesures d'incitation visant à mobiliser des entreprises commerciales, en particulier pharmaceutiques, en vue d'investir dans la recherche visant à trouver des remèdes qui puissent être fournis à un prix abordable pour des maladies qui touchent particulièrement les personnes âgées dans les pays en développement et inviter l'Organisation mondiale de la santé à envisager d'améliorer les partenariats entre les secteurs public et privé dans le domaine de la recherche en matière de santé. |
| | Objectif 3 : Mise en place d'un continuum de soins de santé pour répondre aux besoins des personnes âgées. | a) Créer des mécanismes de réglementation aux échelons appropriés pour l'adoption de normes adaptées relatives aux soins de santé et de réadaptation dispensés aux personnes âgées;<br>b) Élaborer des stratégies de développement communautaires qui reposent sur une base de référence pour l'analyse systématique des besoins en vue de la planification, de l'exécution et de l'évaluation de programmes de santé mis en œuvre localement; ces objectifs devraient faire appel à la participation des personnes âgées;<br>c) Améliorer la coordination entre les services de soins de santé primaires, les services de soins de longue durée et les services sociaux et les autres services communautaires; d) Soutenir la fourniture de services de soins palliatifss et leur intégration dans l'ensemble des soins de santé. À cette fin, élaborer des normes pour la formation et les soins palliatifss et encourager des approches multidisciplinairespour tous les prestataires de services de soins palliatifs;<br>e) Promouvoir la mise en place et la coordination d'une vaste gamme de services au sein d'un continuum de soins |

| | | |
|---|---|---|
| | | comprenant, entre autres, la prévention et la promotion, les soins primaires, les soins intensifs, la réadaptation, les soins de longue durée et les soins palliatifs, de façon à ce que les ressources soient déployées de façon souple en vue de satisfaire les besoins de santé variables et changeants des personnes âgées;<br>f) Mettre en place des services gérontologiques spécialisés et améliorer la coordination de leurs activités avec les services de soins de santé primaires et les services de soins sociaux. |
| | Objectif 4 : Participation des personnes âgées au développement et au renforcement des services de soins de santé primaires et de soins de longue durée. | a) Faire participer les personnes âgées à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de services sociaux, de soins de santé et de réadaptation;<br>b) Encourager les professionnels de la santé à faire appel à la pleine participation des personnes âgées à la prise des décisions touchant aux soins qui leur sont dispensés;<br>c) Promouvoir l'autoprise en charge par les personnes âgées et utiliser au maximum leurs points forts et capacités dans le cadre des services de santé et des services sociaux;<br>d) Tenir compte des besoins et des préoccupations des personnes âgées dans l'élaboration des politiques de santé. |
| Thème 3 : Les personnes âgées et le VIH/sida | Objectif 1 : Mieux évaluer les incidences du VIH/sida sur la santé des personnes âgées, aussi bien celles qui sont séropositives que celles qui s'occupent de proches touchés par le VIH | a) Assurer et développer de façon continue la collecte de données sur le VIH/sida en vue d'évaluer l'incidence de cette maladie chez les personnes âgées;<br>b) Accorder une attention particulière aux personnes âgées qui s'occupent de personnes touchées par le VIH/sida, notamment en rassemblant des données quantitatives et qualitatives sur leur état de santé et leurs besoins |
| | Objectif 2 : Fournir des informations adéquates, une formation à la prestation de soins, des traitements, des soins médicaux et un appui social aux personnes âgées touchées par le VIH et aux personnes qui s'occupent d'elles. | a) Revoir, selon que de besoin, les stratégies de santé publique et de prévention en vue de refléter l'épidémiologie locale. Les informations sur la prévention et les risques du VIH/sida destinées à la population générale devraient couvrir les besoins des personnes âgées;<br>b) Apprendre aux personnes âgées qui s'occupent de personnes touchées par le VIH/sida à bien les soigner tout en ménageant au maximum leur propre santé et leur propre bien-être;<br>c) Veiller à ce que les stratégies de traitement du sida et de soutien connexe tiennent compte des besoins des personnes âgées séropositives ou malades du sida |
| | Objectif 3 : Renforcer et reconnaître la contribution que les personnes âgées apportent au développement en | a) Réévaluer les incidences économiques du VIH/sida sur les personnes âgées, en particulier celles qui soignent des personnes touchées par le virus ou la maladie, conformément à la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida9;<br>b) Adopter des politiques qui permettent de fournir un appui en nature, des soins de santé et des prêts aux personnes âgées qui soignent leurs enfants et leurs petits-enfants touchés par le VIH/sida afin de les aider à répondre à leurs besoins, conformément à la Déclaration du Millénaire10; |

| | | |
|---|---|---|
| | soignant des enfants atteints de maladies chroniques, notamment du VIH/sida, ainsi que leur rôle en tant que parents de substitution. | c) Favoriser la collaboration entre les organismes et les ONG qui travaillent avec les enfants, les jeunes et les personnes âgées au sujet des questions relatives au VIH/sida;<br>d) Encourager la réalisation d'études qui permettent de mieux comprendre et de mettre en évidence la contribution des personnes âgées au développement économique et social dans tous les pays, en particulier ceux qui sont gravement touchés par le VIH/sida, et diffuser les conclusions des études aussi largement que possible. |
| Thème 4 : Formation des personnes qui dispensent des soins de santé et des spécialistes de la santé | Objectif 1 : Fournir des informations et une formation améliorées aux spécialistes de la santé et aux paraprofessionnels sur les besoins des personnes âgées. | a) Mettre en oeuvre et promouvoir des programmes d'éducation et de formation aux services et aux soins dispensés aux personnes âgées, y compris la gérontologie et la gériatrie, à l'intention des professionnels des services de santé et des services sociaux et des personnes qui soignent des personnes âgées dans un cadre non professionnel et appuyer les efforts faits dans ce sens par tous les pays, en particulier les pays en développement;<br>b) Faire en sorte que le personnel des services de santé et des services sociaux bénéficie d'une éducation permanente en vue de mettre en place une approche intégrée de la santé, du bien-être des personnes âgées et des soins à leur dispenser, ainsi que des aspects sociaux et psychologiques du vieillissement;<br>c) Augmenter le nombre des spécialistes en gérontologie et en gériatrie, notamment en faisant des efforts particuliers pour que les étudiants soient plus nombreux à choisir ces deux disciplines. |
| Thème 5 : Besoins des personnes âgées en matière de santé mentale | Objectif 1 : Mise en place de services psychiatriques complets pour les personnes âgées (prévention, intervention précoce, traitement et suivi). | a) Élaborer et appliquer des stratégies nationales et locales pour améliorer la prévention, le dépistage et traitement précoce des maladies mentales caractéristiques de la vieillesse, notamment les procédures à suivre concernant le diagnostic, les médicaments à prescrire, la psychothérapie et l'éducation à l'intention des professionnels de la santé et des non-professionnels qui s'occupent des personnes âgées;<br>b) Élaborer, le cas échéant, des stratégies efficaces pour accroître la qualité de l'évaluation et du diagnostic de la maladie d'Alzheimer et troubles similaires dès les premiers stades de la maladie. La recherche sur ces troubles doit être entreprise d'une façon multidisciplinaire qui réponde aux besoins du patient, des professionnels de la santé et de ceux qui dispensent des soins;<br>c) Prendre des mesures pour aider les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence à pouvoir vivre chez elles le plus longtemps possible et pour répondre à leurs besoins particuliers;<br>d) Élaborer des programmes favorables à l'auto-assistance qui soulagent à la fois les patients et ceux qui les soignent, notamment les membres de leur famille;<br>e) Permettre aux patients qui rentrent chez eux après un séjour à l'hôpital de bénéficier d'une aide psychosociale afin de pouvoir reprendre une vie normale ;<br>f) Mettre en place un ensemble complet et continu de services au sein de la communauté pour éviter tout placement inutile en institution;<br>g) Créer des services et des installations qui soient sûrs, dispensent un traitement et favorisent la dignité personnelle pour répondre aux besoins des personnes âgées souffrant de troubles mentaux;<br>h) Encourager la diffusion d'informations sur les symptômes, le traitement, les conséquences et le pronostic des maladies |

| | | |
|---|---|---|
| | | mentales;<br>i) Fournir aux personnes âgées résidant dans des centres de soins à long terme des services en matière de santé mentale;<br>j) Dispenser aux professionnels de la santé une formation continue au dépistage et à l'évaluation de tous les troubles mentaux et de la dépression |
| Thème 6 : Les personnes âgées et les handicaps | Objectif 1 : Maintien d'une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et promotion de la pleine participation des personnes âgées atteintes de handicaps à la vie sociale. | a) Veiller à ce qu'il soit tenu compte des questions concernant les personnes âgées atteintes de handicaps dans l'ordre du jour des organismes s'occupant de la coordination des politiques et programmes nationaux;<br>b) Élaborer, le cas échéant, des politiques, lois, plans et programmes nationaux et locaux qui permettent de prévenir et de traiter l'apparition de handicaps en tenant compte des facteurs liés non seulement à la santé, à l'environnement et à la société mais aussi aux sexospécificités et aux problèmes dus à l'âge;<br>c) Assurer des services de réadaptation physique et mentale aux personnes âgées souffrant d'incapacités;<br>d) Sensibiliser systématiquement les collectivités aux causes des handicaps et leur enseigner les moyens de prévenir et de gérer ceux-ci tout au long de la vie;<br>e) Établir des normes et créer des environnements qui tiennent compte des problèmes dus à l'âge afin de prévenir l'apparition de handicaps ou leur aggravation;<br>f) Favoriser des solutions d'hébergement des personnes âgées atteintes de handicaps qui au lieu de réduire leur autonomie la favorisent; et dans la mesure du possible, faire en sorte que les espaces publics, les transports et autres services soient accessibles à ces personnes, de même que les locaux et services commerciaux utilisés par le grand public;<br>g) Encourager la réadaptation des personnes âgées atteintes de handicaps, leur dispenser des soins appropriés et mettre à leur disposition des technologies d'assistance, conformément à leur droit de bénéficier de services et d'un appui et de participer pleinement à la vie sociale;<br>h) Favoriser, conformément au droit international applicable, notamment les accords internationaux que les pays ont ratifiés, l'accès de chacun sans discrimination, y compris des groupes les plus vulnérables de la population, aux produits pharmaceutiques ou technologies médicales à un prix abordable pour tous; i) Encourager et faciliter la création d'organisations d'auto-assistance composées de personnes âgées atteintes de handicaps et des personnes qui prennent soin d'elles;<br>j) Encourager les employeurs à se montrer réceptifs envers les personnes âgées atteintes de handicaps qui demeurent productives et capables d'un travail rémunéré ou bénévole |

**Source : Extrait du plan d'action international de Madrid et du programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 du Burkina Faso**

**Annexe 3 : Tableau 10: stratégies et les activités du Programme national de santé des personnes âgées 2008-2012 du Burkina Faso**

| Stratégies | Activités |
|---|---|
| 1. Développement de plans intégrés de communication sur les problèmes de santé de personnes âgées (axés sur l'utilisation des services de santé) | *1.* Elaborer un guide national de PIC pour la santé des personnes âgées<br>2. Développer un PIC par district sanitaire |
| 2. Promotion d'une alimentation suffisante et de qualité en faveur des personnes âgées | *3.* Sensibiliser les personnes âgées et leur famille sur la nutrition<br>*4.* Elaborer des guides de nutrition à base de produits locaux pour les personnes âgées à l'intention du personnel de la santé |
| 3. Promotion de dépistages précoces et réguliers des pathologies fréquentes en faveur des personnes âgées | *5.* Organiser une visite médicale annuelle pour les personnes âgées sur le plan national.<br>*6.* Sensibiliser les personnes âgées sur les pathologies fréquentes |
| 4. Promotion de structures de réadaptation pour personnes âgées | *7.* Mettre en place des services de soins réadaptatifs pour personnes âgées<br>*8.* Equiper les services mis en place<br>*9.* Former le personnel de ces services |
| 5. Renforcement des capacités des prestataires | *10.* Evaluer les besoins en formation des prestataires<br>*11.* Elaborer les modules de formation<br>*12.* Former les formateurs nationaux et régionaux<br>*13.* Former les prestataires des districts, des CHR et des CHU<br>*14.* Superviser en cascades régulièrement les différents acteurs à tous les niveaux<br>*15.* Former au cours des cinq années 5 médecins en gériatrie et en gérontologie<br>*16.* Former 5 médecins en psycho gériatrie<br>*17.* Définir le PMA de prise en charge des personnes âgées par niveau du système de soins<br>*18.* Elaborer un guide pour la prise en charge des maladies des personnes âgées<br>*19.* Valider le guide<br>*20.* Disséminer le guide<br>*21.* Mettre en place des services de conseil pour les personnes âgées |
| | 22. Intégrer les soins aux personnes âgées dans le PMA par niveau de soins |

| | |
|---|---|
| 6. Réorganisation des services en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées malades | *23.* Développer des modèles types d'organisation des services conviviaux pour personnes âgées en fonction des niveaux de soins |
| | *24.* Expérimenter les modèles dans des centres pilotes<br>*25.* Evaluer l'application de ces modèles dans les centres pilotes |
| 7. Promotion des soins à domicile pour les personnes âgées malades | *26.* Elaborer les normes et protocoles des soins à domicile<br>*27.* Former les prestataires<br>*28.* Acquérir la logistique et l'équipement nécessaire<br>*29.* Réaliser les soins à domicile |
| 8. Renforcement des capacités des structures sanitaires (infrastructures spécifiques, équipement médico-technique, consommables spécifiques, médicaments) | *30.* Evaluer les besoins en infrastructures, équipement et matériel à l'échelle nationale<br>*31.* Construire / Réfectionner les infrastructures<br>*32.* Acquérir l'équipement et le matériel en fonction des priorités<br>*33.* Assurer l'installation et la maintenance des équipements<br>*34.* Evaluer les besoins en produits (y compris les médicaments) et consommables spécifiques par niveaux de soins<br>*35.* Rendre disponibles dans les DRD et DMEG les produits (y compris les médicaments) et consommables spécifiques pour la santé des personnes âgées |
| 9. Intégration de la formation en gériatrie et gérontologie dans les programmes de formation de base des professionnels de santé | *36.* Déterminer les objectifs de formations<br>*37.* Elaborer les curricula de formation<br>*38.* Orienter les formateurs des écoles de formation de base<br>*39.* Exécuter les formations |
| 10. Accroissement de la couverture en services spécialisés en gériatrie et de réadaptation | *40.* Mettre en place des services de gériatrie dans les deux CHU<br>*41.* Equiper les services mis en place en mobilier et en matériel médicotechnique |
| 11. Mobilisation des ressources en faveur de la santé des personnes âgées | *42.* Plaidoyer pour l'inscription de provisions dans le budget national pour la santé des personnes âgées<br>*43.* Organiser une fois par an un téléthon pour le financement du programme de santé des personnes âgées<br>*44.* Participer à l'organisation de la journée mondiale des personnes âgées |
| 12. Adoption de textes et lois accordant des avantages en matière | *45.* Adapter/ élaborer des textes et lois existant aux conditions actuelles des personnes âgées |
| | *46.* Organiser un atelier de consensus sur de nouvelles propositions de textes et lois |

| | |
|---|---|
| d'accès aux soins à toutes les personnes âgées | *47.* Soumettre les propositions de textes et lois pour adoption |
| | *48.* Diffuser les textes et lois sur la santé des personnes âgées à l'ensemble des acteurs |
| 13. Promotion de la couverture du risque maladie chez les personnes âgées (intégration de la branche santé dans les prestations des caisses de retraite, micro-assurance santé…) | *49.* Faire le plaidoyer pour l'intégration de la couverture du risque maladie dans les prestations de la CNSS et de la CARFO<br>*50.* Appuyer la promotion de la micro-assurance santé au profit des personnes âgées |
| 14. Renforcement des capacités des structures de coordination de la mise en œuvre du programme | *51.* Créer un cadre national de coordination des interventions en faveur de la santé des PA<br>*52.* Former 29 agents de la DSF et des DRS en suivi évaluation du programme national et des projets de santé des personnes âgées<br>*53.* Assurer le fonctionnement du cadre national de coordination des interventions en faveur de la santé des PA |
| 15. Mise en place d'un système de suivi évaluation des interventions du programme santé des personnes âgées | *54.* Disséminer le programme et ses supports de gestions dans les 13 régions et des 63 districts sanitaires<br>*55.* Créer une base de données pour la gestion des données du programme<br>*56.* Réaliser une évaluation finale du programme |
| 16. Renforcement des capacités des structures de la société civile s'occupant des personnes âgées | *57.* Former/ sensibiliser 30 responsables d'associations de la société civile sur les principales pathologies de la sénescence et les possibilités de prise en charge<br>*58.* Apporter un appui technique aux associations et structures d'accueil |
| 17. Développement de supports et outils de collecte des données | *59.* Elaborer les supports et outils de collecte des données<br>*60.* Valider les supports et outils de collecte des données<br>*61.* Disséminer les supports et outils de collecte des données<br>*62.* Faire un plaidoyer auprès des responsables de la DEP |
| 18. Développement du partenariat autour de la santé des personnes âgées | *63.* Plaider pour l'inscription de la santé de personnes âgées dans la liste des problèmes transversaux du MS<br>*64.* Rechercher de nouveaux partenaires<br>*65.* Tenir au moins une rencontre annuelle de planification des activités du programme avec les partenaires |
| 19. Promotion de la recherche en faveur de la santé des personnes âgées | *66.* Identifier des priorités de recherche dans le domaine de la santé des personnes âgées<br>*67.* Tenir une rencontre de dissémination des priorités de recherche avec les centres de recherche<br>*68.* Diffuser annuellement auprès des centres de recherches les domaines de recherches<br>*69.* Intégrer la santé des personnes âgées dans les thèmes des journées scientifiques au niveau national |

**Source : DSF, 2008a, pages 35-45.**

TABLE DES MATIERES

**DEDICACE** ..... i

**REMERCIEMENTS** ..... ii

**LISTES DES ENCADRES ET DES FIGURES** ..... iii

**SIGLES ET ABREVIATIONS** ..... iv

**RESUME** ..... vi

**SOMMAIRE** ..... vii

**INTRODUCTION** ..... 1

**CHAPITRE I : APPROCHE THEORIQUE DE L'ETUDE** ..... 3

1.1. Contexte et justification de l'étude ..... 3

1.2. Présentation de la structure de stage ..... 4

1.3. Revue de littérature ..... 7

1.3.1. Le concept de *''personne âgée''* ..... 7

1.3.2. Généralités sur les personnes âgées ..... 8

1.3.2.1. Profil des personnes âgées dans les pays développés ..... 8

1.3.2.2 Profil des personnes âgées en Afrique ..... 9

1.3.2.3. Profil des personnes âgées au Burkina Faso ..... 10

1.3.2.4 Statut social des personnes âgées ..... 11

1.3.3. Introduction à la vulnérabilité des personnes âgées en Afrique ..... 11

1.3.3.1. Problèmes sociaux ..... 11

1.3.3.2. Problèmes économiques ..... 12

1.3.3.3 La situation sanitaire des personnes âgées ..... 13

1.3.3.3.1. Les personnes âgées et le handicap ..... 13

1.3.3.3.2. Mortalité et morbidité élevées ..... 13

1.3.4. Politiques de soins en faveur des personnes âgées ..... 15

1.3.4.1. En contexte occidental ..... 15

1.3.4.2. En contexte africain ..... 16

1.3.4.3. Au Burkina Faso ..... 17
1.3.4.3.1 Au niveau des services de santé ..... 17
1.3.4.3.2. Au niveau communautaire ..... 18
1.3.4.3.2. Le programme national de santé des personnes âgées ..... 19
1.3.5. Evaluation des politiques publiques ..... 20
1.4. Problématique ..... 20
1.5. Objectifs de l'évaluation ..... 23
**CHAPITRE II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE ..... 24**
2.1. Terrain de l'étude ..... 24
2.2. Type d'évaluation ..... 25
2.3. Approche d'évaluation ..... 25
2.4. Questions d'évaluation ..... 26
2.5. Devis d'évaluation ..... 26
2.6. Méthode de collecte, de traitement et d'analyse des données ..... 27
2.6.1. Technique de production des données ..... 27
2.6.1.1. La revue documentaire ..... 27
2.6.1.2. Les entretiens individuels ..... 27
2.6.2. Echantillonnage ..... 28
2.6.3. Déroulement de l'enquête de terrain ..... 30
2.6.4. Méthode de traitement et d'analyse des données ..... 30
2.6.5. Limites de l'évaluation ..... 31
**CHAPITRE III : RESULTATS DE L'EVALUATION ..... 32**
3.1. Analyse de la situation sanitaire des personnes âgées ..... 32
3.1.1. Problèmes rencontrés par les personnes âgées ..... 32
3.1.2. Capacités des services de santé en rapport avec la santé des personnes âgées ..... 34
3.2. Evaluation de la pertinence du programme national de santé des personnes âgées ..... 35

3.2.1. Pertinence du programme national de santé des personnes âgées par rapport au contexte ..... 35

3.2.2. Pertinence du programme national de santé des personnes âgées par rapport aux orientations stratégiques ..... 37

3.2.3. Adéquation entre les stratégies du programme national de santé des personnes âgées et les activités dudit programme ..... 38

3.2.4. Pertinence du programme national de santé des personnes âgées par rapport au plan d'action international de Madrid sur le vieillissement ..... 40

3.3. Evaluation de la cohérence du programme ..... 42

3.3.1. Un problème d'agencement des éléments du programme national de santé des personnes âgées ..... 43

3.3.2. Le caractère réducteur des objectifs du programme de santé des personnes âgées 45

3.4. Evaluation de l'implantation du programme national de santé des personnes âgées.... 46

3.4.1. Les acteurs de la mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées ..... 46

3.4.2. Les ressources du programme national de santé des personnes âgées ..... 47

3.4.3. Connaissances du programme national de santé des personnes âgées ..... 49

3.4.4. Perception du programme national de santé des personnes âgées par les acteurs . 50

3.4.5. Niveau de mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées.. 51

3.4.6. Obstacles à la mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées ..... 53

3.4.6.1. Un programme en manque de soutien ..... 54

3.4.6.2. La restriction budgétaire des districts sanitaires ..... 55

**CHAPITRE IV. DISCUSSION DES RESULTATS ET RECOMMANDATIONS ..... 57**

4.1. Discussion des résultats ..... 57

4.1.1. Le programme national de santé des personnes âgées : une initiative relativement pertinente de promotion de la santé des personnes âgées au Burkina Faso ..... 57

4.1.2. La mise en œuvre du programme national de santé des personnes âgées ..... 62

4.2. Recommandations ..... 65

CONCLUSION ..... 68

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... 70

ANNEXES ..... viii

**IMPRIMERIE MODERNE DU BURKINA (IMB)**
03 BP 7178 OUAGA 03 - Tél. : 70 25 85 40

*03 BP : 7118 Ouagadougou 03*
*Tél : (+226) 50 30 25 58 / 59*
*Fax : (+226) 50 30 25 60*
*E-mail : directeur@issp.bf*
*Site web : http://www.issp.bf*