



BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

PLAN STRATEGIQUE MULTISECTORIEL DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES 2021-2025 DU BURKINA FASO



**MINISTERE DE LA FEMME, DE LA SOLIDARITE
NATIONALE DE LA FAMILLE ET DE L'ACTION
HUMANITAIRE**

Juillet 2021

PREFACE

L'accroissement du nombre des personnes âgées constitue un défi pour le continent africain dans son ensemble et pour le Burkina Faso en particulier. L'une des conséquences de ces évolutions démographiques est qu'un nombre croissant de personnes âgées est désormais exposé à un risque accru de maladies chroniques ou d'incapacités. Ces défis sont pris en compte dans la formulation de l'objectif de développement durable relatif à la santé (ODD3) à travers la couverture sanitaire universelle (CSU) afin d'inclure davantage les personnes âgées pour réduire l'inégalité en santé.

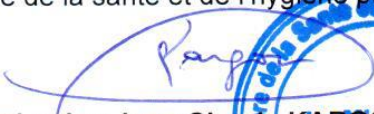
Au Burkina Faso, les problèmes essentiels des personnes âgées sont, entre autres, l'insuffisance de mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale, le faible accès aux services et soins y compris pour les soins de longue durée des personnes âgées.

Face à ces préoccupations, le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique s'est engagé à mettre en place un programme de santé des personnes âgées afin d'améliorer leur santé et permettre à cette composante de la population de jouer son rôle dans le développement socio-économique du pays. Pour la mise en œuvre de ce programme, un plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées 2021-2025 a été élaboré.

Le présent document doit concourir à l'amélioration de la santé des personnes âgées au Burkina Faso. Il s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national de développement économique et social II 2021-2025 et du Plan national de développement sanitaire 2021-2030. Il constitue désormais le principal document de référence pour les actions de santé en faveur des personnes âgées.

Je félicite chaque acteur pour sa contribution à l'élaboration du présent plan stratégique multisectoriel. J'exhorte tous les intervenants dans le domaine de la santé des personnes âgées à se l'approprier et à contribuer à sa mise en œuvre effective.

Le Ministre de la santé et de l'hygiène publique


Dr Robert Lucien Jean-Claude KARGOUGOU
Chevalier de l'Ordre National



RESUME

Le vieillissement de la population constitue désormais le principal défi auquel sera confronté notre système socio-sanitaire durant les années ou les décennies à venir. En effet, l'espérance de vie à la naissance poursuit sa progression et se situe actuellement à 61 ans (60 ans pour les hommes et 62 ans pour les femmes-estimation de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD 2019)).

Administrativement, l'âge d'entrée dans la vieillesse est fixé à 60 ans, âge de la retraite (OMS). Les personnes âgées représentaient 5,03% de la population totale (INSD 2019). Cette population est composée à 85,08% de personnes du troisième âge (60 à 79 ans) et de 14,92% de celle du quatrième âge (80 ans et plus).

Notre population vieillit donc à un rythme relativement accéléré. (De 761 173 personnes (4,54%) en 2012 elle a atteint 1 030 609 en 2019 représentant (5,03%). Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), elle atteindra 1 111 000 en 2025 (INSD, 2019). Ainsi, les projections démographiques laissent entrevoir que ce processus se poursuivra dans le futur.

Cette nouvelle donne démographique pose un sérieux problème de santé publique et suscite, dans un contexte de ressources limitées et d'insécurité, de planifier des interventions pour les cinq (5) prochaines années sur la base des priorités pour le dispositif national de soins, des alternatives aux pratiques traditionnelles de soins et à l'hospitalisation classique qui doivent être développées pour assurer la continuité et la qualité des soins aux personnes âgées et assurer un financement stable et durable des soins gériatriques qui sont souvent lourds et coûteux à travers la gratuité de leurs soins.

Le présent plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées (PSMPA) couvre la période 2021-2025. Les coûts de prestation des soins à offrir aux personnes âgées seront pris en compte dans la stratégie de la gratuité des soins. Son coût a été estimé à **soixante-six milliards quarante un millions six cent cinquante-quatre mille neuf cent trente-quatre (66 041 654 934) de FCFA, soit en moyenne treize milliards deux cent huit millions trois cent trente mille neuf cent quatre-vingt-sept (13 208 330 987) FCFA**. Ce coût s'explique par le fait que la prise en charge de la personne âgée comporte deux volets : le volet sanitaire et le volet social.

Les résultats escomptés de la mise en œuvre de ce plan à court et moyen terme se résument à l'amélioration du leadership et la gouvernance des interventions, la prise en charge sanitaire et sociale et à long terme l'amélioration de la santé et le bien-être de la personne âgée.

Un plan de suivi-évaluation et un cadre de mesure de la performance seront élaborés pour accompagner la mise en œuvre de ce plan. En effet, le suivi portera sur la mise en œuvre des activités du plan et la capitalisation des données. Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale sont envisagées.

Pour mieux coordonner les actions du plan, les rôles et responsabilités des principaux acteurs que sont les Ministères en charge de la Santé, de la Solidarité Nationale, du Genre, les Partenaires Techniques et Financiers et les ONG/Associations ont été définis.

Pour une mise en œuvre réussie de ce plan stratégique, il est impératif de promouvoir une communication sociale pour l'adhésion des décideurs, des partenaires techniques et financiers, des populations ainsi que les bénéficiaires. Cela va se faire à travers des activités de plaidoyer et de communication, d'implication de tous les acteurs à la conception, au financement, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation du plan stratégique.

Ce qui a motivé l'implication de diverses structures dans son processus d'élaboration qui a été participatif. On trouvera en annexe, la liste de ces structures. Que tous soient ici remerciés de leur précieuse collaboration.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	5
SIGLES ET ACRONYMES	7
LISTE DES TABLEAUX	9
LISTE DES FIGURES	9
LISTE DES ANNEXES	9
DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS	10
II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE DES PERSONNES AGEES	18
1.1. Analyse par domaine	18
2.1.1 Au plan du leadership et de la gouvernance dans le domaine de la santé et de l'action sociale	19
2.1.2 Au plan des prestations de services de la santé et de protection sociale des PA 25	27
2.1.3 Au plan des ressources humaines.....	27
2.1.4 Au plan de la promotion de la santé et de la lutte contre la maladie de la personne âgée	28
2.1.5 Au plan des infrastructures, des équipements et des produits de santé....	30
2.1.6 Au plan de l'amélioration de l'information sanitaire et du développement de la recherche en santé et de protection sociale	30
2.1.7 Au plan du financement et de l'accessibilité financière aux soins	32
2.2. Identification des problèmes des personnes âgées	33
2.2.1 Problèmes essentiels des personnes âgées	33
2.2.2 Analyse des problèmes essentiels	34
2.2.2. Priorisation des problèmes essentiels.....	34
III. CADRE DU PLAN	35
1.2. La chaîne des résultats	35
1.3. Indicateurs et cibles par résultat	43
1.4. Cadre logique.....	47
1.5. Planning opérationnel des activités	52
1.6. Cadre de mesure de performance	64
IV. FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE	73
1.7. Cadrage financier et méthodologie d'estimation des coûts	73
1.7.1. Revue documentaire	73
1.7.2. Méthode d'estimation des coûts.....	73
1.8. Résumé des coûts du plan stratégique de santé des personnes âgées.....	74
1.8.1. Budget annuel du plan	74
1.8.2. Budget par effets et produits attendus	74
1.8.2.1. Budget par effet.....	75

1.8.2.2. Budget par produit	75
V. MECANISME DE COORDINATION ET DE SUIVI-EVALUATION	78
1.9. Rôles et Responsabilités des acteurs	78
1.9.1. Le rôle du Ministère de la Santé.....	78
1.9.2. Le rôle du Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire	79
1.9.3. Le rôle des Partenaires Technique et Financiers.....	79
1.9.4. Rôle des ONG/Associations.....	79
1.10. Mécanisme de supervision et suivi évaluation	80
1.10.1. Mécanisme de suivi.....	80
1.10.2. Mécanisme d'évaluation	80
II. Les conditions de réussite	81
La mise en œuvre et la réussite du présent plan d'action intégré de prise en charge de la personne âgée sont conditionnées par :	81
CONCLUSION	82
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	84
ANNEXES	i

SIGLES ET ACRONYMES

ASBC	:	Agent de santé à base communautaire
CAMEG	:	Centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques
CARFO	:	Caisse autonome de retraite des fonctionnaires
CCC	:	Communication pour le changement de comportement
CCSC	:	Communication pour le changement social et comportemental
CHR	:	Centre hospitalier régional
CHR-U	:	Centre hospitalier régional universitaire
CHU-YO	:	Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO
CM	:	Centre médical
CMA	:	Centre médical avec antenne chirurgicale
CNPA/BF	:	Conseil national des personnes âgées du Burkina-Faso
CNSS	:	Caisse nationale de sécurité sociale
CSPS	:	Centre de santé et de promotion sociale
CSU	:	Couverture sanitaire universelle
DPCM	:	Direction de la protection et de la lutte contre la maladie
DPPALES	:	Direction de la protection et de la promotion des personnes âgées et de la lutte contre l'exclusion sociale
DSF	:	Direction de la santé de la famille
EDS	:	Enquête démographique et de santé
ENDOS	:	Entrepôt des données sanitaires
ENSP	:	Ecole nationale de santé publique
FS	:	Formation sanitaire
IEC	:	Information, éducation, communication
INSD	:	Institut national de statistiques et de la démographie
JIPA	:	Journée internationale des personnes âgées
OOAS	:	Organisation ouest africaine de la santé
OCADES	:	Organisation catholique pour le développement et la solidarité
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
ONG	:	Organisme non gouvernemental
PA	:	Personne âgée
PIC	:	Plan intégré de communication

PMA		Paquet minimum d'activités
PNDS		Plan national de développement sanitaire
PNDES	:	Plan national de développement économique et social
PNS	:	Politique national sanitaire
PNSPA	:	Programme national de santé des personnes âgées
PSMPA	:	Plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées
PTF	:	Partenaire technique et financier
RGPH	:	Recensement général de la population et de l'habitation
RND	:	Référentiel national de développement
SIDA	:	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SNIS	:	Système national d'information sanitaire
SR	:	Santé de la reproduction
VAD	:	Visite à domicile
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
VMA	:	Visite médicale annuelle
DN	:	Direction de la nutrition
SIPA	:	Soins intégrés pour les personnes âgées

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Analyse des problèmes prioritaires et identification des stratégies correspondantes	35
Tableau 2 : chaîne des résultats en rapport avec les effets et impact du plan stratégique PA 2021-2025.....	41
Tableau 3 : Chaîne des résultats du plan stratégique harmonisée avec la politique sectorielle santé (PSS).....	42
Tableau 4 : Récapitulatif des résultats par indicateurs et cibles.....	43
Tableau 5 : Cadre logique	47
Tableau 6 : Planning des activités par produit du plan d'action intégré 2021-2025	52
Tableau 7: Détail du budget estimatif par effet et par produit du plan	77

LISTE DES FIGURES

Graphique 1 : répartition annuelle du budget du plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées en %	74
Graphique 2 : Répartition du budget du plan stratégique de santé des personnes âgées par effet	75

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)	ii
Annexe 2 : Analyse des problèmes essentiels.....	viii
Annexe 3 : Priorisation des problèmes essentiels.....	xii

DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS

Âgisme :	Désigne toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondés sur l'âge.
Autonomie :	Capacité personnelle d'évaluer des alternatives, de faire des choix et d'agir sans subir l'influence ou l'aide de tiers.
Bien-être :	Désigne l'état agréable du corps et de l'esprit qui produit un sentiment de satisfaction (Concept recouvrant la santé, la qualité de vie et la satisfaction d'un individu).
Capacité fonctionnelle d'une personne âgée :	Désigne la conjonction entre les personnes âgées et leur environnement et l'interaction entre eux. (L'aptitude de la personne âgée à avoir une interaction efficiente avec son environnement).
Capacité intrinsèque d'une personne âgée :	Elle se réfère à l'ensemble de toutes les capacités physiques et intellectuelles que la personne âgée peut utiliser à tout moment.
Centres gériatriques :	Désignent les structures spécialisées de prise en charge des maladies des personnes âgées.
Centres de gérontologie	Désignent les structures spécialisées s'occupant du processus de vieillissement dans tous ses aspects : biomédical, socio-économique, culturel, démographique.
Dépendance :	Est une incapacité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie quotidienne et domestique qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.
Équipe mobile de gériatrie :	Elle est composée de gériatres et de paramédicaux. Elle intervient à la demande, au sein même des structures de santé auprès de collègues non-gériatres pour aider à la prise en charge de la

	<p>personne âgée. Elle peut également être amenée à intervenir au domicile par interpellation d'agent sociaux ou d'agent soignant.</p>
Espérance de vie :	<p>Désigne la durée moyenne que peuvent espérer vivre les personnes d'une classe d'âge donnée. La plus utilisée est l'espérance de vie à la naissance. A tout âge on peut définir une espérance de vie, par exemple à 60 ans.</p>
Fragilité :	<p>Elle se définit par un état de diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux.</p>
Gériatrie :	<p>Spécialité médicale qui traite des maladies des personnes âgées.</p>
Gérontologie :	<p>Science qui étudie le vieillissement dans tous ses aspects : biologique, médical, socio-économique, culturel, démographique.</p>
Hospitalisation à domicile ou Interface hôpital-domicile :	<p>Elle permet le transfert des soins à domicile et d'organiser les relais entre les soins intra-hospitaliers et la prise en charge adaptée.</p>
Maltraitance des personnes âgées :	<p>Selon la loi 024/2016/AN du 17 octobre 2016 portant protection et promotion des droits des personnes âgées au Burkina Faso, la maltraitance de personne âgée est toute atteinte à l'intégrité physique de la personne âgée ou tout traitement humiliant ou dégradant touchant à l'intégrité morale de la personne âgée.</p>
Personne âgée :	<p>Selon le découpage des tranches d'âges admis au plan international (OMS 2015), la personne âgée est toute personne ayant 60 ans et plus. Au Burkina Faso, la loi n°024-2016/AN du 17 octobre 2016 portant protection et promotion des droits des</p>

	personnes âgées, s'est alignée à cette définition.
Prise en charge : psychosociale	<p>Selon le lexique des concepts usuels du secteur de l'action sociale, c'est l'ensemble des mesures psychologiques que l'on prend vis-à-vis d'une personne en situation difficile : conseils, information et soutien social ;</p> <p>C'est aussi, un processus de prévention, d'aide sociale, d'appui matériel, moral, sanitaire et juridique.</p>
Service gériatrique de l'hôpital :	C'est un service spécialisé de gériatrie à l'intérieur d'un hôpital
Soins de longue durée :	Ils recouvrent un large éventail de services médicaux et sociaux à l'intention des personnes qui dépendent de l'aide de tiers pour effectuer les activités quotidiennes de base en raison d'une maladie chronique entraînant un handicap physique ou mental.
Soins palliatifs :	Selon l'OMS, les soins palliatifs sont une approche pour améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles confrontées aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, de l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel. (OMS, 2002)
Syndromes gériatriques :	<p>Ils désignent des situations pathologiques fréquentes chez les sujets âgés, caractérisés par les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • leurs fréquences augmentent fortement avec l'âge <p>(et/ou observées seulement chez des sujets âgés) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ils résultent de facteurs multiples et divers,

	<p>dont des facteurs favorisants (chroniques), incluant les effets du vieillissement dont des facteurs précipitants (aigus ou intermittents) ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • ils ont pour conséquences fréquentes un risque de perte d'indépendance fonctionnelle et/ou d'entrée en institution ; • leur prise en charge est multifactorielle et requiert une approche globale et holistique du patient.
Vieillessement :	<p>Désigne un processus progressif et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme et de sa capacité d'adaptation aux conditions de l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - altération voire perte des fonctions physiologiques ; - augmentation de la susceptibilité de l'apparition des maladies ; - diminution de la résistance au stress.
Vieillessement actif	<p>Selon l'OMS : « Vieillir en restant actif est le processus consistant à optimiser les possibilités de bonne santé, de participation et de sécurité afin d'accroître la qualité de la vie pendant la vieillesse. Un vieillissement actif permet aux personnes âgées de réaliser leur potentiel de bien-être physique, social et mental tout au long de la vie et de s'impliquer dans la société selon leurs besoins, leurs souhaits et leurs capacités, tout en jouissant d'une protection, d'une sécurité et de soins adaptés lorsqu'elles en ont besoin ». (OMS 2002)</p>
Vulnérabilité :	<p>Elle caractérise des personnes qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique</p>

INTRODUCTION

Le monde s'est uni autour du Programme de développement durable à l'horizon 2030 : tous les pays et toutes les parties prenantes se sont engagés à ne laisser personne de côté et à faire en sorte que tous les êtres humains puissent réaliser leur potentiel dans des conditions de dignité et d'égalité et dans un environnement sain. La Décennie 2021-2030 est consacrée par le système des Nations Unies au vieillissement en bonne santé (*OMS 2017*). Il s'agit du deuxième plan d'action de la Stratégie mondiale de l'OMS sur le vieillissement et la santé, qui s'appuie sur le Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement (*ONU 2002*) et s'aligne sur les objectifs de développement durable des Nations Unies.

Cette Stratégie mondiale s'appuie sur cinq objectifs stratégiques qui consistent à : (i) s'engager à agir pour le vieillissement en bonne santé dans chaque pays ; (ii) créer des environnements favorables aux personnes âgées ; (iii) adapter les systèmes de santé aux besoins des personnes âgées ; (iv) élaborer des systèmes durables et équitables pour assurer des soins de longue durée ; (v) et améliorer l'évaluation, le suivi et la recherche dans le domaine du vieillissement en bonne santé. L'OMS a instamment invité les pays en 2005 et en 2012 à s'inspirer de cette stratégie pour élaborer leurs documents nationaux de santé des personnes âgées.

Au plan continental, l'Union Africaine a élaboré le cadre stratégique et le plan d'action sur le vieillissement qui donne également des orientations aux pays. (UA 2002)

C'est dans ce cadre que l'Organisation Ouest Africaine de la santé (OOAS) a réalisé en 2018, l'analyse de la situation de la santé des personnes âgées dans les Pays Membres de la CEDEAO. Les résultats de cette analyse de situation ont fortement nourri l'élaboration d'un plan stratégique régional 2020-2024 du vieillissement en bonne santé dans l'espace CEDEAO. Ce plan représente pour les pays et les partenaires intervenant dans la région ouest africaine le cadre pour la définition de leurs interventions en matière d'amélioration de la santé et le bien-être des personnes âgées.

Dans cette dynamique, le ministère de la santé du Burkina Faso, à travers la Direction de la santé de la famille a révisé son plan stratégique des personnes âgées

(2016-2020) échu pour prendre en compte les priorités actuelles dans l'élaboration du nouveau plan stratégique 2021-2025.

Le processus d'élaboration du nouveau plan a été participatif et a comporté quatre phases :

- l'analyse de la situation qui a consisté à rassembler les données existantes sur les personnes âgées afin d'établir un diagnostic. Ce diagnostic a permis d'identifier les priorités en matière de santé et de protection sociale ;
- la tenue de deux ateliers nationaux d'élaboration du draft du plan impliquant tous les acteurs ;
- la tenue d'un atelier de costing du plan ;
- la tenue d'un atelier de finalisation et de validation du document qui a réuni l'ensemble des acteurs concernés.

Le présent plan stratégique s'articule autour des principaux points suivants :

- contexte et justification
- analyse de la situation sanitaire et sociale des personnes âgées ;
- cadre du plan ;
- financement du plan ;
- mécanisme de coordination et de suivi-évaluation ;
- conditions de réussite.

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

À l'échelle mondiale, le nombre et le pourcentage des « 60 ans et plus » augmentent de façon exponentielle (papy-boom). Cette transition démographique a été favorisée par l'amélioration au cours de la dernière moitié du 20^{ème} siècle de la capacité de l'offre des soins ayant permis une baisse de la mortalité générale d'une part et d'autre part par l'accroissement des naissances (baby-boom). (OMS, 2016)

Selon l'OMS (2016), entre 2000 et 2050, la proportion de la population mondiale des plus de 60 ans doublera pour passer d'environ 11% à 22%. (OMS, 2016)

Actuellement, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus dans le monde est estimé à 962 millions. Selon les projections statistiques, cette population de personnes âgées va plus que doubler en 2050 pour atteindre 2,1 milliard. (OMS, 2015)

En 2050, l'Europe comptera dans sa population environ 34% de 60 ans et plus. En Amérique latine, dans les Caraïbes ainsi qu'en Asie, cette couche représentera environ 25%. (OMS 2016)

Quant à l'Afrique, bien qu'elle affiche la pyramide des âges la plus jeune de tous les continents, on estime également qu'elle connaîtra un vieillissement rapide. Ainsi, la population âgée de 60 ans et plus devrait passer de 46 millions en 2015 à 147 millions en 2050. (OMS, 2016) L'une des conséquences de ces évolutions démographiques est qu'un nombre croissant de personnes âgées est désormais exposé à un risque accru de maladies chroniques ou d'incapacités. Les maladies cardiovasculaires, le cancer, les affections respiratoires chroniques et le diabète feront partie des principales causes de morbidité et de mortalité en Afrique.

Ces défis sont pris en compte dans la formulation de l'objectif de développement durable relatif à la santé (ODD3) à travers la couverture sanitaire universelle (CSU).

La Stratégie et le Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé de l'OMS, validés par les pays membres en 2016, sont centrés sur le renforcement des systèmes de santé et de soins de longue durée ainsi que des soins palliatifs aux niveaux local et national pour répondre aux besoins des personnes âgées. Cela passe par l'amélioration de l'accès aux services de santé, la lutte contre l'âgisme, la production de données sanitaires factuelles pour orienter les décisions et la création

d'un environnement plus adapté aux personnes âgées. Des mesures peuvent être prises afin que la couverture sanitaire universelle inclue davantage des personnes âgées pour réduire l'inégalité en santé. Elles se résument à :

- a) une meilleure intégration entre les soins médicaux et l'accompagnement social afin d'améliorer et de maintenir les capacités physiques et cognitives des personnes âgées ;
- b) une prise en charge coordonnée de longue durée (soins palliatifs), la disponibilité des médicaments essentiels et des aides techniques et l'environnement adapté aux besoins, pour une vie plus épanouie des personnes âgées ;
- c) la mise en place de six mesures au niveau communautaire pour prendre en charge la diminution des capacités physiques et mentales des personnes âgées selon les lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge intégrée des personnes âgées. (OMS, 2016). Il s'agit notamment de la locomotion, la cognition, la capacité psychologique, la capacité visuelle, la capacité auditive et la vitalité.

En Afrique de l'Ouest, la proportion des personnes âgées évolue très lentement, les effectifs absolus s'accroissent d'environ 2,4% par an (un peu environ 2,6% en Afrique de l'Ouest, le moins en Afrique Australe). Le nombre de personnes de plus de 60 ans passe ainsi d'environ 12 millions en 1950, à 53 millions en 2005 et atteindra 147 millions en 2050. (UA, 2016)

Le risque de décès varie de 40% dans les pays développés d'Europe occidentale à 60% dans la plupart des pays en développement et à 70% en Afrique. (OMS 2016)

Au Burkina Faso, selon les données du RGPH 2019 l'espérance de vie à la naissance se rapproche de 60 ans alors que la moyenne mondiale se situe à 70 ans. Les personnes âgées représentaient 5,03% de la population totale. Cette population est composée à 85,08% de personnes du troisième âge (60 à 79 ans) et de 14,92% de celle du quatrième âge (80 ans et plus). La répartition des personnes âgées selon le sexe indique que les femmes âgées sont les plus nombreuses et représentent 55,95% contre 47,05% pour les hommes. Concernant le milieu de résidence, il ressort que 82,2% vivent en milieu rural et 17,8% d'entre elles en zone urbaine.

La population des personnes âgées a connu une progression continue passant de 761 173 personnes (4,54%) en 2012 pour atteindre 1 030 609 en 2019 représentant 5,03% de la population. Selon les projections de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), elle atteindra 1 111 000 en 2025. (INSD, 2019)

Le présent plan stratégique de santé des personnes âgées s'inscrit dans un contexte sanitaire marqué par la pandémie à COVID-19 dans laquelle les personnes âgées paient le plus lourd tribut du fait des comorbidités, facteurs favorisant leur vulnérabilité. En effet, 70% des décès liés au COVID19 concerne les personnes de 60 ans et plus (Ministère de la santé 2021).

Aussi, depuis 2018, le Burkina Faso traverse une crise humanitaire provoquée par l'insécurité qui a entraîné le déplacement des populations et la fermeture et/ou le fonctionnement à minima de certains centres de santé. De 87000 en janvier 2019, le nombre de personnes déplacées internes (PDI) est passé à 1 312 071 au 30 juin 2021 parmi lesquelles, on compte 53 916 personnes âgées dont 25 094 hommes et 28 822 femmes (CONASUR 2021). Cette situation rend davantage vulnérable la personne âgée.

Par ailleurs, il s'inspire des leçons apprises de la mise en œuvre du plan stratégique de prise en charge de la santé des personnes âgées 2016-2020.

II. ANALYSE DE LA SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE DES PERSONNES AGEES

1.1. Analyse par domaine

L'accroissement du nombre des personnes âgées constitue un défi pour le continent africain en général et pour le Burkina Faso en particulier. Cette tendance influence les politiques publiques parce qu'elle nécessite plus de ressources pour les familles et les services médico-sociaux de prise en charge des personnes âgées.

Les changements qui s'opèrent dans les structures familiales et les bouleversements économiques et sociaux ont des répercussions négatives et multidimensionnelles sur les personnes âgées. Ces dernières se trouvent de plus en plus isolées au sein de leurs familles et de la société, et deviennent donc vulnérables.

Aussi, un nombre croissant de personnes âgées sont désormais exposées à un risque accru de maladies chroniques ou d'incapacités.

Conscient des nombreuses difficultés auxquelles les personnes âgées sont confrontées, le Burkina Faso a pris en compte cette catégorie spécifique dans certaines politiques publiques. L'analyse de la situation par domaine se présente comme suit.

2.1.1 Au plan du leadership et de la gouvernance dans le domaine de la santé et de l'action sociale

2.1.1.1 Au niveau politique

Le gouvernement du Burkina Faso a marqué son intérêt pour la santé des personnes âgées (SPA) à travers :

→ la ratification des conventions internationales et régionales :

- la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, adoptés le 28 juin 1981 par l'OUA à son article 16 ;
- le plan d'action international sur le vieillissement, adopté à ses 15^{ème} et 17^{ème} séances plénières tenues les 5 et 6 août 1982 ;
- l'application de la résolution 45/106 du 14 décembre 1990 sur la célébration de la Journée Internationale des personnes âgées (JIPA) célébrée le 1^{er} octobre de chaque année ;
- les principes des Nations Unies pour les personnes âgées adoptés à l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1991 ;
- Le plan d'action de Madrid 2002 reste le référentiel des Nations Unies en matière de santé des personnes âgées.
- le Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement (Madrid, 8-12 avril 2002) ;

→ L'adoption des lois et textes nationaux :

- la constitution de 1991 ;
- le code de santé publique 1994 ;
- le code des personnes et la famille 1989 ;

- l'arrêté interministériel instituant une visite médicale sur la période 2015 - 2017 des pensionnés de la CARFO et de la CNSS ;
- le code pénal révisé de 2018 ;
- l'adoption de la loi n°024 -2016/AN du 17 octobre 2016 portant protection et promotion des droits des personnes âgées qui contribue à la mise en place progressive d'un environnement protecteur pour les personnes âgées.

→ **L'adoption de documents de politique :**

- l'adoption du premier Plan d'action national en faveur des personnes âgées (PAN-PA) en juin 2001 ;
- l'adoption en 2007 de la Politique nationale d'action sociale (PNAS) ;
- l'élaboration d'un programme national de santé des personnes âgées (PNSPA) pour la période 2008-2012 ;
- la politique nationale de protection sociale (PNPS) adoptée en septembre 2012 et couvrant les périodes 2013-2022 ;
- le rapport sur l'état des droits des personnes âgées rédigé par la Direction de la protection des droits humains du ministère de la justice et de la promotion civique en 2011 ;
- l'élaboration en septembre 2012, de la Politique nationale de protection sociale (PNPS) ;
- l'élaboration du Plan d'action national de lutte contre l'exclusion sociale des personnes accusées de sorcellerie 2012 – 2016 ;
- l'élaboration d'un plan stratégique santé des personnes âgées 2016-2020;
- la volonté politique du gouvernement se traduit aussi par la mise en œuvre des mesures sociales en 2013 au profit des groupes spécifiques dont les personnes âgées et l'application de l'ordonnance de 1991 sur la tarification des actes et hospitalisations au profit des personnes âgées. En outre, la politique nationale des droits humains et de promotion civique 2013-2022 la politique nationale de protection sociale 2013-2022, et le programme promotion et protection des droits des personnes âgées participent à une meilleure santé et le bien-être des personnes âgées ;
- la volonté politique du gouvernement est aussi spécifiquement marquée sur le plan de la SPA par l'adoption des politiques, normes et protocoles de la santé de la reproduction (PNP/SR) qui abordent la question de la SPA, la prise en compte de la SPA dans le plan stratégique intégré de lutte contre les maladies

non transmissibles de la Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCM) et dans le programme national de santé des personnes âgées (PNPA). Malgré ces efforts, des insuffisances demeurent. Ce sont, entre autres :

- ✓ l'insuffisance dans l'élaboration, la diffusion et l'application des textes et lois relatifs aux personnes âgées ;
- ✓ l'insuffisance dans la mise en œuvre des engagements internationaux ;
- ✓ l'insuffisance de synergie d'action entre les différents acteurs ;
- ✓ l'insuffisance de cadre de concertation entre les différents acteurs ;
- ✓ la faible capitalisation des actions des partenaires techniques et financiers et des acteurs étatiques ;
- ✓ l'insuffisance dans la planification des actions, les cadres et directives de planification de la santé et des services sociaux des PA.

2.1.1.2. Au plan institutionnel

Sur le plan institutionnel, la Direction de la Protection et de la Promotion des Personnes Âgées a été créée au sein du Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale en 2007. En 2019, elle change de dénomination et devient Direction de la Protection et de la Promotion des Personnes Âgées et de la Lutte contre l'Exclusion Sociale (DPPALES) en application de l'article 76 du décret n°2019-0781/PRES/PM/MFSNFAH du 18 juillet 2019 portant organisation du Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire. La DPPALES comprend :

- un Secrétariat ;
- un Service de la Promotion de l'Abandon de l'Exclusion Sociale (SPAES) ;
- un Service de la Promotion Socio-économique des Personnes Âgées (SPSPA).

C'est au sein du Service de la Promotion Socio-économique des Personnes Âgées que sont menées les activités de protection et de promotion des droits des personnes âgées. Il est chargé de :

- élaborer et de suivre la mise en œuvre des plans, stratégies, programmes/projets de protection et de promotion des personnes âgées;
- élaborer des textes législatifs et réglementaires en faveur des personnes âgées et de veiller à leur application ;
- définir les normes et standards de gestion des structures d'accueil et de prise en charge des personnes âgées et de veiller à leur application ;
- assurer l'organisation et l'encadrement des organisations des personnes âgées;
- coordonner les actions de prise en charge intégrée des personnes âgées. (MFSNFAH, 2019).

Ce service est animé par quatre (04) agents dont deux administrateurs des affaires sociales, un inspecteur d'éducation spécialisée et un éducateur social.

En termes de ressources matérielles pour le fonctionnement de la structure, un seul ordinateur de bureau est disponible mais vétuste.

À nos jours, aucun partenaire technique et financier (PTF) n'appuie le service dans la réalisation de ses activités de promotion socio-économique des personnes âgées.

Au niveau du ministère de la santé, il existe aussi une direction technique en charge de la santé des personnes âgées. C'est une structure centrale hiérarchiquement rattachée à la Direction générale de la santé publique (DGSP). Sur le plan des attributions, cette direction est chargée de :

- concevoir, coordonner, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes visant la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile y compris la planification familiale ;
- concevoir, coordonner, mettre en œuvre, suivre et évaluer les programmes de santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées ;
- contribuer à la recherche sur la santé maternelle, infanto-juvénile, des adolescents, des jeunes et des personnes âgées ;
- contribuer à la promotion de l'approche genre au sein du Ministère de la santé. (Ministère de la santé BF, 2018)

Pour mener à bien ses missions, la DSF est organisée autour d'un secrétariat, d'un service administratif et financier (SAF), d'un service de la santé de la femme, de l'homme et des personnes âgées (SFHA), d'un service de la santé des enfants, des

adolescents et des jeunes (SEAJ), d'un service de gestion des produits de santé et du matériel médico-technique (SGPS/MMT), d'un service de planification, de suivi et d'évaluation (SPSE).

Au sein du service de la santé de la femme, de l'homme et des personnes âgées, il existe le bureau santé des Personnes âgées. Le service a comme mission :

- conception des stratégies concourant à l'amélioration de la santé de la femme, de l'homme et des personnes âgées ;
- conception et suivi de la mise en œuvre des actions pour améliorer la prévalence contraceptive ;
- conception et suivi de la mise en œuvre des actions pour la maternité à moindre risque ;
- suivi de la mise en œuvre des stratégies de gratuité des consultations prénatales, de la subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence ;
- conception et suivi de la mise en œuvre des actions de santé des personnes âgées ;
- veille à la prise en compte des besoins spécifiques en matière de santé de la reproduction en situation d'urgence. (Ministère de la santé BF, 2018)

En termes de ressources humaines, le bureau personnes âgées est constitué d'un seul agent appuyé par les ressources humaines des autres services lorsque ceux-ci sont disponibles.

On note également une insuffisance en matériels informatique et bureautique. Les principaux partenaires techniques et financiers (PTF) actuels du bureau sont l'OMS et l'OOAS.

En l'absence de cadres formels de concertation, les deux Directions techniques présentées travaillent en synergie sur des dossiers en lien avec la prise en charge sociale et sanitaire des personnes âgées pour l'amélioration de leurs conditions de vie.

Au plan national, les personnes âgées sont organisées à travers plusieurs structures notamment le Conseil national des personnes âgées du Burkina Faso (CNPA-BF)

qui est une faitière et un cadre de concertation des personnes âgées. Il existe trois (03) catégories d'intervenants : les associations s'occupant exclusivement des personnes âgées, les associations ayant des activités en faveur des personnes âgées et les institutions prenant en charge des personnes âgées.

Par ailleurs, les personnes âgées sont impliquées dans l'élaboration de certains plans et programmes ainsi que dans diverses activités dont la célébration de la journée internationale des personnes âgées (JIPA) et l'organisation de la visite médicale annuelle des retraités de la CARFO et de la CNSS.

En rappel, on peut citer la mise en place des structures suivantes :

- le Conseil National des Personnes Âgées (CNPA) créé en 2003 puis restructuré en 2011 et en 2019 ;
- le Centre d'Écoute, de Soins et de Loisirs pour Personnes Âgées (CESLPA) à Ouagadougou créé en 2012 ;
- le Fonds National d'Appui aux Travailleurs Déflatés et Retraités (FONADR) créé en 1991 ;
- le centre d'accueil, d'écoute et de soins pour personnes âgées (CAES/PA) à Bobo-Dioulasso créé en 2009 ;
- la Direction de la protection et de la promotion des personnes âgées et de la lutte contre l'exclusion sociale (DPPALES) au sein du département en charge de la solidarité nationale en 2007 ;
- le bureau en charge de la santé des personnes âgées au sein de la Direction de la santé de la famille du ministère de la santé créé en 2003.

Toutefois, la plupart des structures ayant en charge la question des personnes âgées ne disposent pas de capacités organisationnelles et opérationnelles suffisantes. On note également une insuffisance de cadre de concertation entre les différents intervenants dans la santé des personnes âgées et une absence de synergie d'action entre les différents acteurs internes et externes intervenant dans le domaine.

En ce qui concerne la planification des actions, les cadres et directives de planification du ministère de la santé et celui du ministère en charge de la solidarité nationale prennent en compte les activités de santé et de protection sociale des personnes âgées. Ce qui favorise l'inscription des activités en faveur de la SPA (visite médicale annuelle des personnes âgées) dans les plans d'actions de certains districts sanitaires.

Néanmoins, il faut souligner qu'il y a une insuffisance de financement des activités en faveur des personnes âgées dans les plans d'action annuels des structures de la santé en général. En outre, le PNDS 2011-2020 n'a pas spécifiquement pris en compte la SPA ; la non mise en œuvre du PNSPA 2008-2012 ainsi que le retard dans l'élaboration du PSSPA 2016-2020 n'ont pas permis de remédier à cette situation.

2.1.2. Au plan des prestations de services de la santé et de protection sociale des PA

A ce jour, il n'existe pas de structures adaptées de prise en charge médicale des personnes âgées. Toutefois des activités de prise en charge sociale et médicale sont menées dans les Centre d'Écoute, de Soins et de Loisirs pour Personnes Âgées à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso. Néanmoins un centre de gériatrie est en cours de construction à Ouagadougou. Aussi, la plupart des structures ayant en charge la question des personnes âgées ne disposent pas de capacités opérationnelles suffisantes et sont faiblement organisées. Dans notre pays, les prestations de services et des soins ont connu une amélioration notable à travers des paquets d'activités par niveau de soins renforcé et l'apport des structures sanitaires privées. Cependant, les besoins en santé des personnes âgées demeurent insuffisamment couverts. En effet, la situation des personnes âgées est marquée par les affections liées au vieillissement ainsi qu'aux maladies chroniques.

De plus, on note que l'organisation des services de santé n'est pas adaptée à une prise en charge optimale des personnes âgées (continuité des services et soins, intégration et globalité des soins).

Par ailleurs, il n'existe pas de procédures, protocoles, normes et standards spécifiques à la prise en charge des personnes âgées.

A cela, s'ajoute l'inexistence de services spécifiques de prise en charge des PA dans le système de santé notamment l'absence d'unité de gériatrie dans les hôpitaux publics et établissements privés de santé et l'absence de système de soins à domicile au travers d'équipe mobile de gériatrie.

En effet, une étude réalisée par HIEN sur la situation de l'offre de soins pour les personnes âgées montre que c'est un système de soins cloisonné (le privé est mis à

l'écart) et caractérisé par des soins fractionnés. Le système de soins actuel est trop centré sur la gestion des problèmes aigus. C'est un système centré sur la gestion dans l'urgence des pathologies chroniques, caractérisé par :

- une insuffisance de coordination avec les autres prestataires de soins ;
- une faible mise en œuvre des activités d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour renforcer l'autonomie des personnes âgées ;
- une faible formation continue des prestataires sur les soins gériatriques ;
- une insuffisance du travail en équipe, une absence de normes et de protocoles de prise en charge des personnes âgées avec des pathologies chroniques (HIEN 2016).

L'analyse des dysfonctionnements organisationnels dans les différents niveaux de soins fait ressortir une faible mise en relation des personnes âgées malades avec les ressources de la communauté et un faible dispositif d'appui à la prise de décision médicale.

Aussi, certaines pratiques inadaptées des prescripteurs dans les formations sanitaires sont observées lors de la prise en charge des personnes âgées. Celles-ci contribuent à l'utilisation des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) lors des soins des personnes âgées. Ce sont, entre autres :

- les soins centrés sur la prescription ;
- la faible communication entre le patient et le prescripteur et entre les prescripteurs ;
- la faible compétence des prescripteurs, la faible accessibilité financière des patients ;
- l'absence de leadership médical ;
- l'incitation des laboratoires pharmaceutiques ;
- le paternalisme des prescripteurs.

Ces résultats mettent en lumière l'insuffisance du dispositif d'offre de soins et son inadéquation pour les soins des personnes âgées au Burkina Faso.

Selon les standards de soins de l'OMS toute prestation de soins doit être fondée sur le respect et le maintien de la dignité, le soutien psychologique.

Au Burkina Faso, la PA qui était jadis considérée dans sa communauté, est de nos jours parfois maltraitée, isolée, privée de ses droits fondamentaux. C'est l'exemple des femmes et des hommes accusés de sorcelleries qui sont hébergés au centre d'accueil de Sakoula (ex centre Delwendé de Tanghin).

Selon l'OMS, chaque PA et sa famille doivent bénéficier d'un soutien psychosocial qui correspond à leurs besoins et qui renforce les capacités de la PA.

On note une insuffisance dans la prise en charge psychologique de la PA dans les structures de soins. Cette situation est due à une insuffisance en personnel en nombre, en qualité et l'insuffisance d'implication des services à base communautaire dans le suivi des personnes âgées. Cela sans compter sur la réticence générale de la population envers les soins en santé mentale.

En outre, les personnes âgées qui sont le plus souvent confrontées à des problèmes nutritionnels ne bénéficient pas d'une prise en charge nutritionnelle adéquate.

2.1.3. Au plan des ressources humaines

Selon les Standards de soins de l'OMS, Chaque pays doit disposer pour la prise en charge des personnes âgées d'un Personnel compétent et motivé :

Pour chaque PA, du personnel compétent et motivé doit être toujours disponible pour assurer la prévention, la prise en charge des cas.

Plusieurs catégories de professionnels de santé et de l'action sociale sont nécessaires pour une prise en charge gériatrique optimale des personnes âgées selon l'OMS. Les effectifs sont adaptés selon le niveau de la pyramide sanitaire et selon le type d'établissement ou d'intervention envers la personne âgée. Les prestataires sont regroupés en trois niveaux comme suit :

- niveau A est représenté par le niveau communautaire et regroupe les ASBC, les AIS, aidants et les OBC ;
- niveau B est représenté par le niveau périphérique qui regroupe les infirmiers, sages-femmes/ maïeuticiens, éducateurs sociaux, éducateurs spécialistes et médecins généralistes ;
- niveau C le niveau de référence qui regroupe les infirmiers, sages-femmes/ maïeuticiens, attachés de santé, conseillers de santé, psychologues,

médecins généralistes, médecins spécialistes (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.).

Selon l'OMS, les interventions communautaires dénommées les Soins intégrés pour les personnes âgées (SIPA) liées au déclin des capacités intrinsèques sont souhaités. En particulier, pour prévenir ou ralentir leur baisse, ou pour aider les personnes âgées à accroître leurs capacités fonctionnelles, à travers un paquet minimum de soins pour chaque prestataire en fonction du type de soins ainsi que la pathologie.

Au Burkina Faso la prise en charge est entravée entre autres par l'insuffisance de personnel en nombre et en qualité. Il existe également une insuffisance de spécialistes en gériatrie et gérontologie, la non mise à jour des modules de formation initiale et l'absence de formation des ASBC sur la SPA, l'absence de paquet minimum de soins défini pour chaque prestataire à chaque niveau.

2.1.4. Au plan de la promotion de la santé et de la lutte contre la maladie de la personne âgée

Selon les standards des soins de l'OMS, chaque programme en faveur des PA doit disposer d'une communication efficace. La communication avec les PA et leur famille est efficace et répond aux besoins et aux préférences des intéressés. Concernant ce standard, on constate que le plan de communication des ministères ne prend pas en compte la spécificité de la personne âgée.

Les personnes âgées doivent en outre bénéficier d'activités physiques et sportives adaptées qui favorisent le maintien d'une bonne santé physique.

En effet, des études selon l'approche STEPS (régression pas à pas) ont montré que la pratique d'activités physiques et sportives adaptées favorise le maintien d'une bonne santé physique et certaines de ces activités ont également un impact social important sur la prévention de certaines maladies. Il en est de même des loisirs qui apportent une modification comportementale bénéfique aux personnes âgées. À Ouagadougou, il existe un centre de loisirs et de prestations de soins de santé pour personnes âgées au siège de l'Association générations solidaires (AGS) et un centre d'écoute, de soins et de loisirs pour personnes âgées au siège du CNPA-BF. A

Bobo-Dioulasso, il existe un centre d'accueil, d'écoute et de soins pour personnes âgées.

Toutefois, on note une insuffisance de centres de loisirs à travers le pays et les centres existants ne sont pas bien équipés et sont insuffisamment fréquentés par les bénéficiaires.

En matière d'IEC, des actions d'information, de sensibilisation et de communication sont menées par les structures associatives des personnes âgées ainsi que les services techniques du Ministère en charge de la Femme, de la solidarité nationale, de la famille et de l'action humanitaire et des services de santé. Cependant, la faible capacité des associations, l'insuffisance de collaboration et de coordination des activités d'IEC pour les personnes âgées, l'absence d'un plan intégré de communication (PIC) et l'insuffisance de supports d'IEC minorent les activités d'IEC ainsi que leur impact sur la SPA.

S'agissant des soins préventifs, ils sont dispensés au décours de contacts avec les services de santé. Par ailleurs, plusieurs associations et structures ministérielles et ONG mènent des activités préventives de diverses natures en faveur des personnes âgées (sensibilisation, VAD, visite médicale, assistance alimentaire etc.). Le rôle de la famille et des collectivités dans la santé des personnes âgées n'est pas codifié à l'heure actuelle.

Par contre, si la visite médicale annuelle (VMA) en faveur des pensionnés de la CARFO et de la CNSS est une opportunité de dépister, prévenir certaines maladies du vieillissement et évaluer le suivi des comorbidités connues, elle est marginale car elle ne cible que les pensionnés, laissant de côté l'immense majorité des personnes âgées.

En outre, la VMA n'offre pas d'évaluation gériatrique, ne couvre pas tous les examens complémentaires et n'intègre pas les spécialités médicamenteuses non fournies par la CAMEG.

En somme, il n'existe pas un mécanisme rationnel de soins préventifs pour toutes les personnes âgées.

2.1.5. Au plan des infrastructures, des équipements et des produits de santé

Selon les standards de soins de l'OMS chaque pays doit s'assurer de la disponibilité des ressources matérielles essentielles pour la PEC des PA.

En effet, les établissements de santé doivent disposer d'un environnement matériel et infrastructure adéquats.

Sur le plan géographique, on note une amélioration de la couverture en structures de soins, avec la réduction du rayon moyen d'action théorique des formations sanitaires. Par ailleurs, il existe des infrastructures destinées aux personnes âgées (siège du conseil national des personnes âgées ; maison des retraités). Néanmoins, ces infrastructures demeurent insuffisantes et inadaptées aux personnes âgées. De même, il n'existe pas de centre de référence pour la prise en charge spécifique de la SPA.

Conscient de cela, le pays a entamé la construction des centres de gériatrie au profit des personnes âgées.

S'agissant des matériels et équipements, les problèmes de disponibilité, d'adaptation et de vétusté se posent. Au Burkina Faso, les structures de service de santé disposent d'un matériel inadapté, inadéquat, insuffisant (absence de rampe d'accès, matelas anti escarres, lève malade, fauteuil roulant, fauteuil d'aisance, les béquilles prothèse de hanche, prothèse auditive, prothèse dentaire, ...) et parfois vétuste. Aussi, dans certaines FS, le matériel minimum est inexistant pour la prise en charge de la PA (tensiomètre, thermomètre, glycomètre, ...).

Quant aux médicaments et produits de santé, les questions d'insuffisance de l'approvisionnement, de la distribution, de la disponibilité et de l'accessibilité sont récurrentes. On note une indisponibilité de certaines molécules essentielles et lorsqu'elles existent leur coût est exorbitant les rendant inaccessible à la PA.

2.1.6. Au plan de l'amélioration de l'information sanitaire et du développement de la recherche en santé et de protection sociale

Selon les standards de soins de l'OMS les pratiques doivent être fondées sur des données factuelles pour les soins courants et la prise en charge des

complications de même que les Systèmes d'information et référence de chaque pays doivent être opérationnels.

Au Burkina Faso, les personnes âgées ne sont pas suffisamment prises en compte dans les différentes études (EDS, l'enquête SARA + QoC,..).

Le système d'information sanitaire permet l'utilisation de données afin de pouvoir prendre précocement des mesures appropriées pour améliorer la prise en charge des PA. Les personnes âgées ne sont pas prises en compte dans les outils primaires (registre de consultation) de collecte des données du SNIS et dans les outils de rapportage (RMA, RM communautaire).

Chaque PA présentant une ou plusieurs pathologies ne pouvant pas être prises en charge efficacement avec les ressources disponibles à un niveau donné et être correctement réorientée à un niveau supérieur. L'inexistence de services spécifiques à la prise en charge des PA ne favorise pas la référence adéquate.

En vue de renforcer les performances de son système d'information sanitaire et d'assurer la disponibilité et l'utilisation d'une information sanitaire de qualité dans la prise de décision, le Burkina Faso a entrepris ces dernières années des réformes qui lui ont permis de disposer entre autres, d'un logiciel d'entrepôt de données (Endos-BF) et de supports de collecte des données du SNIS sur les soins à tous les niveaux du système de santé.

Cependant, les données collectées sur les personnes âgées sont regroupées dans la tranche d'âge adulte et une désagrégation des données spécifiques aux personnes âgées n'est pas disponible. Cette situation ne permet pas d'avoir des statistiques fiables sur les personnes âgées. Ce qui ne favorise pas la prise de décision éclairée basée sur des données factuelles en ce qui concerne les personnes âgées.

Dans le domaine de la recherche, les Ministères de la santé et de la femme, de la solidarité nationale, de la famille et de l'action humanitaire ont entrepris beaucoup d'actions afin de soutenir l'élaboration des politiques et programmes de santé et de protection sociale. Ainsi, en mai 2008, le document de priorités nationales de thèmes de recherche a été élaboré en tant qu'outil complémentaire et indispensable pour soutenir efficacement les différents programmes et les objectifs de santé à atteindre.

L'élaboration d'un plan de développement de la recherche pour la santé 2011-2020 et sa mise en œuvre traduit l'importance que le Ministère accorde à la recherche. Par ailleurs, des études ont été menées sur la SPA à travers des thèses et des mémoires (structures universitaires et centres/institutions de recherches, etc. ainsi que la réalisation des enquêtes (STEP 2013 de la DLM).

Cependant, les thèmes de recherche qui sont progressivement développés à travers les appels à candidature, n'abordent pas toujours de façon spécifique la question de la SPA. De même, le nombre de recherches menées sur la SPA est faible par manque de ressources financières et les résultats des quelques recherches faites ne sont pas suffisamment diffusés.

Cette situation ne permet pas de mettre en exergue les évidences scientifiques sur la SPA ainsi qu'une planification efficace des interventions en faveur de la SPA tout comme la mobilisation des PTF autour de la question des personnes âgées.

2.1.7. Au plan du financement et de l'accessibilité financière aux soins

Au Burkina Faso, l'accessibilité financière aux soins de santé reste faible. Dans ce contexte, la situation des personnes âgées est plus difficile. Ces difficultés d'accès aux soins sont en partie expliquées par les limites du système de protection sociale. D'une façon générale, l'absence de couverture complémentaire est un facteur défavorable de l'accès aux soins et occasionne des renoncements aux soins surtout pour le groupe des personnes âgées où on trouve plus de personnes à faible revenu.

Une analyse faite en 2014 par HIEN H a montré que le recours aux soins des personnes âgées est à prédominance mixte. Les personnes âgées utilisent à la fois pour le même épisode de maladie les services publics et privés, l'automédication à domicile, la médecine traditionnelle, l'utilisation des médicaments du marché informel de la rue. Le recours aux soins formels est largement utilisé par les personnes âgées qui ont un revenu de pension.

Néanmoins, l'existence des services de l'action sociale et des mécanismes de partage des risques maladies existants (mutuelles de santé, assurance maladie, système de partage des coûts, etc.) contribuent à l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins pour les personnes âgées.

En sus, des exonérations sont accordées dans les hôpitaux pour des cas spécifiques notamment les indigents et peuvent profiter aux personnes âgées. Par ailleurs, une réduction du tarif des soins est accordée aux personnes âgées affiliées à la CNSS et à la CARFO.

Cependant, les ressources allouées aux services sociaux ainsi que pour la mise en œuvre des mécanismes d'exonération sont insuffisantes et les coûts des assurances privées sont élevés et doublés d'une lourdeur administrative. A tous les niveaux du système de santé, les mécanismes de partage des risques prenant en compte les personnes âgées sont insuffisamment développés et la mobilisation financière en faveur de la SPA est insuffisante.

La perspective de l'assurance maladie universelle et la gratuité des soins accordée à des groupes vulnérables pourraient être des opportunités d'accès des soins aux personnes âgées si leur cas spécifique est pris en compte.

L'analyse de la situation a permis de dégager les points forts, les faiblesses ainsi que les opportunités et menaces en annexe 1.

2.2. Identification des problèmes des personnes âgées

2.2.1. Problèmes essentiels des personnes âgées

De l'analyse de la situation des personnes âgées les problèmes essentiels suivants ont été retenus :

- insuffisance du dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA ;
- faible mécanisme de coordination et de suivi-évaluation ;
- faible accès aux services et soins y compris pour les soins de longue durée des personnes âgées ;
- insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la PEC de la PA ;
- insuffisance de mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA ;
- insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés ;
- faible disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé ;

- faible disponibilité des données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA ;
- faible disponibilité de ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA.

2.2.2 Analyse des problèmes essentiels

L'analyse des problèmes essentiels en causes et conséquences est consignée dans l'annexe 2.

2.2.2. Priorisation des problèmes essentiels

Sur une échelle de 1 à 5 les problèmes sont appréciés selon leur influence. Les critères d'appréciation sont : la fréquence, l'incidence, la prévalence, la gravité et la perception du problème. Les notes vont de 1 à 5. Ainsi, le problème obtient 1 point s'il est plus prioritaire et 5 points s'il est moins prioritaire. La priorisation est obtenue en classant par ordre croissant le score enregistré par chaque problème. Ainsi, le problème qui a obtenu le plus faible score total est retenu comme le problème le plus prioritaire. Le tableau de priorisation se retrouve à l'annexe 3.

Les problèmes sont classés par ordre de priorité suivant :

1. insuffisance de mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA
2. faible accès aux services et soins y compris pour les soins de longue durée des personnes âgées
3. faible disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé
4. insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la PEC de la PA
5. insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés
6. insuffisance du dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA
7. faible disponibilité des données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA
8. faible mécanisme de coordination et de suivi-évaluation
9. faible disponibilité de ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA.

III. CADRE DU PLAN

1.2. La chaîne des résultats

Tableau 1 : Analyse des problèmes prioritaires et identification des stratégies correspondantes

Problèmes prioritaires	Causes	Produits	Stratégies
1-insuffisance de mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de ressources humaines - insuffisance ressources financières - faible priorité accordée à la SPA et à leurs conditions socio-économiques - absence d'un plan intégré de communication (PIC) ; - insuffisance de mécanisme de soins préventifs pour les personnes âgées ; - insuffisance de coordination des activités d'IEC/CCC/CCSC pour les personnes âgées; - insuffisance d'IEC (mode de vie, santé, nutrition, âgisme, maladies de la sénescence etc.) et de supports de communication; - faible animation des centres d'écoutes, de soins et de loisirs pour personnes âgées; - non prise en compte de toutes les personnes âgées pour les VMA - forte vulnérabilité des personnes âgées à la 	La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est renforcée	<ul style="list-style-type: none"> - Table ronde des Partenaires - Plaidoyer - Sensibilisation IEC/CCC/CCSC - Assistance/Subvention - Renforcement des capacités - Concertation/Collaboration - Suivi/évaluation - Mobilisation sociale - Prise en charge - Visite à domicile - Vaccination

	<p>COVID19</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation communautaire insuffisante 		
<p>2-faible accès aux services et soins y compris pour les soins de longue durée des personnes âgées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - absence de formation continue du personnel en SPA ; - inexistence d'unité/service de gériatrie dans les hôpitaux publics et privés ; - absence de directives nationales et de guides de prise en charge de la PA - absence d'un paquet d'activités essentielles par niveau de soins sur la SPA - faible organisation des services de santé pour personnes âgées ; - insuffisance dans le fonctionnement des Centres d'Ecoute, de Soins et de Loisirs pour Personnes Âgées (CESLPA) existants ; - insuffisance de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées ; - absence de soins à domicile pour poursuivre l'autonomisation des personnes âgées - insuffisance dans la prise en compte des examens complémentaires et de médicaments de spécialités lors de la VMA - fermeture/fonctionnement à minima de certaines formations sanitaires dans les zones 	<p>L'accès aux services et aux soins y compris les soins de longue durée des personnes âgées sont renforcés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer - Subvention - Sensibilisation/Communication - Auto-soins - Elaboration (normes et protocoles de prise en charge) - Construction - Suivi/évaluation - Formation - Visites/soins à domicile - Renforcement des compétences - Concertation/Collaboration - Coordination/supervision - Mobilisation sociale - Renforcement des capacités des PA

	<p>à sécurité précaire</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre croissante de personnes déplacées internes incluant les personnes âgées - insuffisance d'AGR pour PA 		
3-Faible disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de médicaments et produits de santé - rupture fréquente de médicament et produits de santé (CAMEG, DRD, DMEG) - absence de formes génériques de certaines spécialités médicamenteuses utilisées dans la prise en charge de la PA (antihypertenseurs, psychotropes, antidiabétiques, etc.) - coût élevé des médicaments de spécialité - non prise en compte de la gratuité des soins pour les personnes âgées 	Les médicaments et produits de santé sont disponibles en quantité et en qualité et accessibles	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer - Gratuité des soins - Approvisionnement - Subvention - Dotation - Renforcement des capacités
4- Insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la PEC de la PA	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de compétences et du nombre des prestataires ; - absence de spécialistes en gériatrie et gérontologie dans la fonction publique; - absence de formation des ASC et ASBC sur la SPA. 	Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement - Formation/recyclage - Supervision - Coaching - Voyage d'études - Renforcement des compétences

<p>5- insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance et inadéquation des équipements - insuffisance et inadéquation des infrastructures 	<p>Les infrastructures et équipements adaptés sont disponibles et fonctionnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer - Construction/réhabilitation - Acquisition - Dotation
<p>6-Insuffisance du dispositif réglementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance dans l'élaboration, la diffusion et l'application des textes et lois relatifs aux personnes âgées ; - faible application des textes réglementaires existant en faveur de la PA ; - insuffisance dans la mise en œuvre des engagements internationaux ; 	<p>Le dispositif réglementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA est renforcé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer ; - Elaboration/relecture des textes juridiques - Diffusion des textes - Concertation pluridisciplinaires et multisectoriels - Application des textes
<p>7- Faible disponibilité des données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - faible prise en compte des données sur la SPA dans le SNIS (désagrégation, indicateurs) ; - Insuffisance de données statistiques sur les personnes âgées dans les enquêtes (Enquêtes SARA, QoC, HHFA, etc.); - faible diffusion des résultats de la recherche sur les personnes âgées. - faible capitalisation des résultats de recherche - insuffisance de financement de la recherche 	<p>Les données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA sont disponibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer - Elaboration - Production - Diffusion - Supervision - Suivi/évaluation - Recherche - Validation

	sur la SPA		
8- faible mécanisme de coordination et de suivi-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de synergie d'action entre les différents acteurs ; - absence de cadres de concertation formels entre les différents acteurs ; - faible capitalisation des actions des partenaires techniques et financiers et les acteurs étatiques ; - insuffisance dans la coordination et dans la planification des actions en faveur des PA - insuffisance dans l'application des directives de planification de la santé et des services sociaux des PA ; - faible implication des collectivités territoriales dans les activités en faveur des PA. 	Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer - Suivi/évaluation - orientation - Information - Sensibilisation - institutionnalisation des cadres de concertation - Supervision - concertation pluridisciplinaires et multisectoriels
9- faible disponibilité de ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA	<ul style="list-style-type: none"> - Environnement contraint avec multiples priorités - Faible priorité accordée par l'état à la question de la PEC de la PA - Insuffisance de partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux des PA ; - coût élevé des prestations et des assurances privées ; 	Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes	<ul style="list-style-type: none"> - Plaidoyer - Tables-rondes - Sensibilisation/communication - Conception

	<ul style="list-style-type: none">- absence de gratuité des soins pour les personnes âgées ;- inexistence d'une ligne budgétaire spécifique pour les personnes âgées ;- insuffisance dans l'application de l'arrêté portant réduction du tarif des actes médicaux pour les pensionnés (es)		
--	--	--	--

Tableau 2 : chaîne des résultats en rapport avec les effets et impact du plan stratégique PA 2021-2025

PRODUITS (PSSPA 2021-2025)	EFFETS (PSSPA 2021-2025)	IMPACT (PSSPA 2021-2025)
P1.1. Le dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA est renforcé	E.1. Le leadership et la gouvernance des interventions en faveur de la PA sont améliorés	Amélioration de la santé et du bien-être de la personne âgée
P.1.2. Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés		
P1.3. Les données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA sont disponibles		
P2.1. Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes.	E.2. La prise en charge de la personne âgée est améliorée	
P2.2. L'accès aux services et aux soins y compris les soins de longue durée des personnes âgées sont renforcés		
P2.3. Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles		
P2.4. La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est améliorée		
P2.5. Les infrastructures et équipements adaptés aux soins intégrés aux PA sont disponibles		

Tableau 3 : Chaine des résultats du plan stratégique harmonisée avec la politique sectorielle santé (PSS)

PRODUITS (PSSPA 2021-2025)	EFFETS (PSSPA 2021-2025)	EFFETS PSS 2018-2027	IMPACT PSS
P1.1. Le dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA est renforcé	E.1. Le leadership et la gouvernance des interventions en faveur de la PA sont améliorés	L'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous	Amélioration de la santé et du bien-être de la population
P.1.2. Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés			
P1.3. Les données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA sont disponibles			
P2.1. Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes.	E.2. La prise en charge de la personne âgée est améliorée		
P2.2. L'accès aux services et aux soins y compris les soins de longue durée des personnes âgées sont renforcés			
P2.3. Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles			
P2.4. La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est améliorée			
P2.5. Les infrastructures et équipements adaptés aux soins intégrés en faveur des personnes âgées sont disponibles			

1.3. Indicateurs et cibles par résultat

Tableau 4 : Récapitulatif des résultats par indicateurs et cibles

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiables	Donnée de base (dernière donnée disponible)	Cibles 2025	Cibles ou normes nationales
Impacts	Amélioration du bien-être de la personne âgée	Espérance de vie à partir de 60 ans	16 ans (2006)	20 ans	ND
Effets	E.1.Le leadership et la gouvernance des interventions en faveur de la PA sont améliorés	Nombre de textes juridiques élaborés	10 (2020)	18	ND
		Proportion de textes juridiques appliqués	ND	90%	N/D
		Proportion de textes juridiques diffusés	50%	100%	N/D
		Nombre de sessions de concertation tenues	0	4	ND
	E.2. La prise en charge de la personne âgée est améliorée	Mortalité chez les 60 ans et plus	2,56 ‰	2 ‰	ND
		Nombre d'habitants de 60 ans à 79 ans par sexe			
		Nombre d'habitants de 80 ans et plus par sexe			
		Proportion des PA bénéficiant d'une assistance sociale	ND	50%	N/D
Produits	P1.1. Le dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA est renforcé	Proportion de textes juridiques sur la PA adoptés	ND	15%	ND
		Nombre de textes internationaux sur la PA ratifiés	ND	+1	ND
		Proportion de textes internationaux sur la PA appliqués	ND	100%	ND

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiables	Donnée de base (dernière donnée disponible)	Cibles 2025	Cibles ou normes nationales
	P.1.2. Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés	Proportion des rencontres statutaires du cadre de coordination/collaboration fonctionnels	ND	100%	ND
		Proportion d'activités réalisées par les collectivités territoriales (PCD)	ND	75%	ND
		Proportion des PCD intégrant la personne âgée	ND	50%	ND
		Nombre de supervisions réalisées	00	10	ND
	P1.3. Les données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA sont disponibles	Nombre d'études réalisées prenant en compte la PA	ND	2	ND
		Proportion de PA bénéficiaires de carte de PA	ND	15%	ND
		Nombre d'indicateurs sur la PA prise en compte dans Endos.bf (révision 2023)	ND	15	ND
		Proportion des personnes âgées indigentes identifiées	ND	90%	ND
	P2.1. Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes.	Existence d'une ligne budgétaire spécifique pour la PA	0	1	ND
		Taux de mobilisation financière	ND	80%	ND
		Taux d'allocation financière			

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiables	Donnée de base (dernière donnée disponible)	Cibles 2025	Cibles ou normes nationales
		Proportion du budget de l'Etat alloué à la prise en charge des PA	ND	0,2%	ND
	P2.2. L'accès aux services et l'accès aux soins y compris les soins de longue durée des personnes âgées sont renforcés	Nombre de structures disposant un PIC intégrant les messages en faveur des PA	ND	2	ND
		Nombre de VAD réalisées	ND	11250	ND
		Nombre d'enquêtes sociales réalisées	ND	4500	ND
	P2.3. Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles	Nombre de modules élaborés pour la formation continue des agents de santé, de l'action sociale et des ASBC	ND	4	ND
		Nombre de prestataires formés sur la prise en charge des PA	00	772	ND
		Nombre de géiatres et gérontologues recrutés	00	10	ND
	P2.4. La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est améliorée	Proportion de FS mettant en œuvre des soins préventifs et promotionnels spécifique à la PA	ND	100%	ND
		Proportion de retraités de 60 ans et plus examinés lors de la VMA			
		Proportion de personnes âgées ayant bénéficiées du vaccin contre la COVID 19	00	50%	ND

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiables	Donnée de base (dernière donnée disponible)	Cibles 2025	Cibles ou normes nationales
		Nombre de personnes âgées formées sur la prévention de la COVID19	120	260	ND
		Proportion des personnes âgées déplacées internes ayant bénéficié d'une prise en charge sociale et sanitaire	ND	50%	ND
	P2.5. Les infrastructures et équipements adaptés sont disponibles	Nombre d'infrastructures adaptées et fonctionnelles	ND	2	ND
		Nombre de FS n'ayant pas connues de rupture en médicaments traceurs pour la PEC des PA			
		Proportion de FS disposant de rampes d'accès et mains courantes/banquettes			

1.4. Cadre logique

Tableau 5 : Cadre logique

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiable	Source de Vérification	Hypothèses	Risques
Impacts	Amélioration du bien-être de la personne âgée	Espérance de vie à partir de 60 ans	Rapport EDS RGPH	Mise en œuvre effective du plan stratégique	Indisponibilité des ressources adéquates Insécurité Catastrophes (Crises sanitaires, Crises socio-politiques, Crises économiques mondiales)
Effets	E.1. Le leadership et la gouvernance des interventions en faveur de la PA sont améliorés	Nombre de textes juridiques élaborés	Journal Officiel Archives	Engagement des autorités et des acteurs	
		Proportion de textes juridiques appliqués	Rapport d'enquête ou de recherche	Engagement des autorités et des acteurs	
		Proportion de textes juridiques diffusés	Canaux de diffusion officiels (Journal Officiel, Site web du gouvernement, MS, PA, etc.)	Engagement des autorités et des acteurs	
		Nombre de cadres de concertation fonctionnels	Procès-Verbaux des rencontres Rapports d'activités	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources	
	E.2. La prise en charge de la personne âgée est améliorée	Mortalité chez les 60 ans et plus	Rapports EDS, RGPH, Annuaire statistiques des deux Ministères	Mise en œuvre effective du plan stratégique	
		Nombre d'habitants de 60 ans à 79 ans par sexe	Rapports EDS, RGPH, Annuaire statistiques des deux Ministères	Mise en œuvre effective du plan stratégique	
		Nombre d'habitants de 80 ans et plus par sexe	Rapports EDS, RGPH, Annuaire statistiques	Mise en œuvre effective du plan stratégique	

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiable	Source de Vérification	Hypothèses	Risques
			des deux Ministères		
		Proportion des PA bénéficiant d'une assistance sociale adéquate	Annuaire statistiques des deux Ministères	Mise en œuvre effective du plan stratégique	
Produits	P1.1. Le dispositif réglementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA est renforcé	Proportion de textes juridiques adoptés	Journal Officiel Archives	Engagement des autorités et des acteurs	
		Engagements internationaux ratifiés respectés	Répertoire de textes et lois Archives	Engagement des autorités et des acteurs	
	P.1.2. Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés	Proportion des rencontres statutaires du cadre de coordination/collaboration fonctionnels	Procès-Verbaux de rencontres Rapports d'activités	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources	
		Nombre d'activités planifiées, en faveur des PA, par les collectivités territoriales (PCD)	Plans d'action Rapports d'activités	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources	
		Proportion d'activités réalisées par les collectivités territoriales (PCD)	Plans d'action Rapports d'activités	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources	
		Proportion des PCD intégrant la personne âgée	Rapports de supervision Plans d'action Rapports d'activités	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources	
	P1.3. Les données factuelles pour la prise de décision en faveur	Nombre d'études réalisées prenant en compte la PA	Résultats d'études	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources	

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiable	Source de Vérification	Hypothèses	Risques
des PA sont disponibles	Proportion de PA bénéficiaires de carte de PA	Registres d'action sociale Rapports statistiques	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources		
	Nombre d'indicateurs sur la PA pris en compte dans Endos-BF (révision 2023)	Base de données (Endos-BF)	Révision de Endos-BF		
	Proportion des personnes âgées indigentes identifiées	Registres d'action sociale Annuaire statistiques Registre social unique des personnes indigentes	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources		
P2.1. Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes.	Existence d'une ligne budgétaire spécifique pour la PA	Loi de finance	Engagement des autorités politiques Engagement des acteurs		
	Taux de mobilisation financière	Rapports d'activités (Bilan financier) Rapport de progrès	Engagement des autorités politiques Engagement des acteurs		
	Taux d'allocation financière	Rapports d'activités (Bilan financier) Rapport de progrès	Engagement des autorités politiques Engagement des acteurs		
	Proportion du budget de l'Etat alloué à la prise en charge des PA	Rapports d'activités (Bilan financier) Rapport de progrès	Engagement des autorités politiques Engagement des acteurs		
P2.2. L'accès aux services et aux soins y compris les soins de longue durée des personnes âgées sont renforcés	Nombre de structures disposant un PIC intégrant les messages en faveur des PA	Rapports d'activités Rapports de supervision	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources		
	Nombre de VAD réalisées	Rapports d'activités Rapports de supervision	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources		

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiable	Source de Vérification	Hypothèses	Risques
		Nombre d'enquêtes sociales réalisées (pour la détermination des indigents)	Rapports d'activités Rapports de supervision	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources	
P2.3. Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles		Nombre de modules élaborés (formation continue pour agent de santé, action sociale et ASBC)	Rapports d'activités Rapports de supervision	Engagement des acteurs Disponibilité des ressources	
		Nombre de prestataires formés	Rapports d'activités Rapports de supervision	Disponibilité des ressources	
		Nombre de géiatres et gérontologues recrutés	Rapports d'activités Annuaire statistiques Procès-Verbal de délibération	Engagement politique Disponibilité des ressources	
P2.4. La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est améliorée		Proportion de retraités de 60 ans et plus examinés lors de la VMA	Rapports d'activités Rapports de supervision	Disponibilité des ressources	
		Proportion de FS mettant en œuvre des soins préventifs et promotionnels en faveur des PA	Rapports de supervision	Disponibilité des ressources	
		Proportion de personnes âgées ayant bénéficiées du vaccin contre la COVID 19	Rapports d'activités Rapports de supervision	Disponibilité des ressources	
		Nombre de personnes âgées formées sur la prévention de la COVID19	Rapports d'activités Rapports de supervision	Disponibilité des ressources	
		Proportion des personnes âgées déplacées internes ayant bénéficié d'une prise	Rapports d'activités Rapports de supervision Rapports CONASUR	Disponibilité des ressources	

Résultats fixés du PSSPA 2021-2025		Indicateurs Objectivement vérifiable	Source de Vérification	Hypothèses	Risques
		en charge sociale et sanitaire			
	P2.5. Les infrastructures et équipements adaptés sont disponibles	Nombre d'infrastructures adaptées et fonctionnelles	Rapports de supervision Annuaire statistiques Carte sanitaire et sociale	Engagement politique Disponibilité des ressources	
		Nombre de FS n'ayant pas connues de rupture en médicaments traceurs pour la PEC des PA	Rapports de supervision Annuaire statistiques Carte sanitaire et sociale	Engagement politique Disponibilité des ressources	
		Proportion de FS disposant de rampes d'accès et mains courantes/banquettes	Rapports de supervision Annuaire statistiques Carte sanitaire et sociale	Engagement politique Disponibilité des ressources	

1.5. Planning opérationnel des activités

Le planning opérationnel est établi par effets du PSS, par effets, produits et activités.

Tableau 6 : Planning des activités par produit du plan d'action intégré 2021-2025

N°	Activités	Période					Responsabl e	Autres concernés	Coût total
		202 1	202 2	202 3	202 4	202 5			
EP1 PSS : L'accès aux services de santé de qualité est garanti à tous								474 603 900	
Effet 1 : Le leadership et la gouvernance des interventions en faveur de la PA sont améliorés								474 603 900	
Produit 1.1 : Le dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA est renforcé								119 892 618	
1	Réaliser un inventaire des textes existants sur la PEC de la PA	X					DPPALES	DPPALES, MJDHPC MINEFID, DAF, CNPA-BF	3 821 100
2	Élaborer les textes d'application de la loi 024-2016/AN du 17 octobre 2016 portant protection et promotion des droits des PA	X					DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF	17 271 500
3	Réviser les textes juridiques sur la PA	X		X		X	DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF	40 462 368
4	Traduire les textes dans six (6) langues nationales		X				DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF, MENAPLN	4 500 000
5	Assurer la reproduction des textes juridiques dans les formats adaptés	X	X	X	X	X	DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF, MENAPLN	2 000 000
6	Assurer la diffusion des textes juridiques (émission radio, télé, zoom, sites web, pages Facebook, WhatsApp, Signal, etc.)	X	X	X	X	X	DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF, MENAPLN,	10 000 000

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
								DCPM, DSI et MENPTD	
7	Effectuer une fois tous les deux ans, une sortie conjointe d'information sur les textes juridiques sur la PA dans les régions	X		X		X	DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF	5 565 530
8	Effectuer 2 fois par an, des sorties conjointes de suivi de l'application des textes dans les structures publiques de santé (CHU/CHR/CMA/CM/CMU/CSPS) et d'Action Sociale	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MJDHPC, MINEFID, DAF,	22 262 120
9	Élaborer un plan de plaidoyer sur les engagements nationaux, régionaux et internationaux sur les personnes âgées	X					DSF	DPPALES, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF,	10 817 040
10	Réaliser le plaidoyer pour le respect des engagements nationaux, régionaux et internationaux sur les personnes âgées		X				DSF	DPPALES, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF,	3 192 960
11	Assurer le suivi sur le respect des engagements nationaux, régionaux et internationaux sur les personnes âgées		X	X	X	X	DSF	DPPALES, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF,	-
Produit 1.2 : Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés									119 132 984
12	Mettre en place un cadre statutaire national de coordination des interventions en faveur de la PA	X					DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF	14 569 500
13	Tenir chaque année deux sessions de concertation des acteurs intervenant dans le domaine de la santé et de la protection et promotion sociale des PA	X	X	X	X	X	DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID, DAF, CNPA-BF	20 633 184
14	Effectuer chaque année une sortie trimestrielle conjointe de suivi des activités des structures de prise en charge de PA	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MJDHPC, MINEFID, DAF	11 131 060
15	Effectuer une sortie conjointe annuelle de suivi	X	X	X	X	X	DPPALES	DSF, MINEFID	11 131 060

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
	des AGR des PA								
16	Participer à des rencontres de concertation nationales, régionales et internationales	X	X	X	X	X	DPPALES	DSF, MINEFID, MJDHPC,	11 131 060
17	Élaborer un plan de travail annuel (PTA) sur les priorités du PSPA pour le cadre de directives et de planification	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MINEFID, MJDHPC,	36 125 000
18	Élaborer un tableau de bord de suivi de la PEC intégrée de la PA	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MINEFID, MJDHPC,	-
19	Assurer l'évaluation à mi-parcours du plan d'action de prise en charge intégré de la PA			X			DSF	DPPALES, MINEFID, MJDHPC,	8 716 800
20	Assurer l'évaluation finale du plan stratégique					X	DSF	DPPALES, MINEFID, MJDHPC,	5 695 320
21	Élaborer la stratégie nationale de protection et de Promotion des PA	X					DPPALES	DSF, MJDHPC, CNPA-BF MINEFID,	-
Produit 1.3 Les données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA sont disponibles									235 578 298
22	Définir une liste d'indicateurs sur la SPA à prendre en compte dans Endos-BF (PM)	X	X				DSS	DSF, DRS, DS, DPPALES, MINEFID	-
23	Faire un plaidoyer pour l'intégration des données sur la SPA dans les supports primaires de collecte des données du SNIS	X	X				DSS	DSF, DRS, DS, DPPALES, MINEFID	-
24	Tenir une rencontre d'information et de plaidoyer avec les autorités de la DRS des Hauts Bassins et du Centre Ouest	X					DSF	DSS, DPPALES, MINEFID, CNPA-BF	4 722 500
25	Tenir un atelier de validation des indicateurs et de conception des outils de collecte en cinq jours avec 20 participants (Koudougou)	X					DSF	DSS, DPPALES, MINEFID, CNPA-BF	10 538 350
26	Tenir un atelier de paramétrage des outils de rapportage dans une instance test de Endos-BF	X					DSF	DSS, DPPALES, DN, DPES	10 788 350
27	Reproduire les outils de collecte des personnes	X					DSF	DSS, DPPALES, DN,	1 200 000

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
	âgées pour la phase pilote							DPES	
28	Former les acteurs des régions concernées (Équipe DRS et ECD concernés) sur la collecte des données des personnes âgées	X					DSF	DSPM, DSS, DPPALES, DN, DPES	6 161 268
29	Former en une session dans chacune des deux régions (Hauts Bassins et Centre Ouest) les acteurs des formations sanitaires sites pilotes à la collecte des indicateurs de la santé des personnes âgées en 3 jours	X					DSF	DSS, DPPALES, DN, DPES	12 965 700
30	Organiser des supervisions conjointes (niveau central, équipe DRS et ECD) sur la collecte des données des personnes âgées au niveau formation sanitaire une fois par mois dans chaque district (2 fois le premier mois puis une fois par mois les cinq autres mois et prévoir la PEC de la DRS et des membres ECD)	X					DSF	DSS, DPPALES, DN, DPES	33 814 500
31	Tenir un atelier bilan de la phase pilote et définir les indicateurs à reverser au SNIS de routine (à Koudougou)					X	DSF	DSS, DPPALES, DN, DPES	15 321 750
32	Publier semestriellement dans « infos santé » un article sur la SPA (voir DSPM)					X	DSF	DSS, DPPALES, DN, DPES	20 000 000
33	Réaliser une étude sur les besoins des PA				X		DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID	8 522 440
34	Définir des thèmes prioritaires de recherche sur la PA		X	X			DPPALES	DSF, MJDHPC, MINEFID	-
35	Susciter l'engouement des étudiants autour des thématiques sur la SPA	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MJDHPC, MINEFID, CNPA-BF	-

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
36	Réaliser deux (02) projets de recherche sur la PA		X	X	X		INFTS/INSP	DSF, DPPALES, MJDHPC, MINEFID	30 000 000
37	Diffuser les résultats de la recherche sur la PA			X	X		INFTS/INSP	DSF, DPPALES, MJDHPC, MINEFID	12 650 000
38	Organiser chaque année, une journée scientifique sur la PA au niveau national	X	X	X	X	X	Centre MURAZ	INSP, INFTS, DSF, DPPALES, MJDHPC, MINEFID	31 625 000
39	Participer aux journées scientifiques sur la PA au niveau national, régional et international	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MJDHPC, MINEFID	37 268 440
Coût -total effet 1 PSMPA									474 603 900
Effet 2. : La prise en charge de la personne âgée est améliorée									27 906 834 674
Produit 2.1 : Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes									200 000 000
40	Faire un plaidoyer pour la création d'une ligne budgétaire au niveau de chaque ministère en faveur de la prise en charge de la PA	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MINEFID, CNPA-BF, et MJDHPC	-
41	Réaliser un plaidoyer auprès des opérateurs de téléphonie mobile, des mines, des transports aériens et terrestres, les opérateurs économiques pour le financement des activités en faveur de la PA	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MINEFID, CNPA-BF, et MJDHPC	-
42	Faire un plaidoyer auprès des PTF pour le financement de la prise en charge sanitaire et de l'assistance sociale de la PA	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	-
43	Faire un plaidoyer pour l'application de l'Arrêté sur la réduction des tarifs des actes médicaux au	X	X				DSF	DPPALES, MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	-

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
	profit des PA								
44	Faire le plaidoyer pour l'opérationnalisation de la gratuité des soins au profit des personnes âgées	X	X				DSF	DPPALES, MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	-
45	Faire un plaidoyer pour la couverture du risque maladie dans les prestations de services de la CARFO, de la CNSS et de la Pairie de France.	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	-
46	Faire un plaidoyer pour élargir les bénéficiaires du FONADER aux autres PA	X	X				DPPALES	DSF, MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	-
47	Assurer le fonctionnement des centres d'écoute, de soins et de loisirs	X	X	X	X		DPPALES	DSF, MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	200 000 000
48	Faire un plaidoyer pour une subvention aux Associations et structures privées intervenant dans le domaine de la PEC des PA	X	X	X	X	X	DPPALES/DSF	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	-
49	Faire un plaidoyer pour la production d'un sous compte « santé des personnes âgées » dans les comptes de la santé	X	X	X	X	X	DSF	DSS, MINEFID, DPPALES, CNPA-BF, MJDHPC	-
Produit 2.2 : L'accès aux services et l'accès aux soins y compris les soins de longue durée des personnes âgées sont renforcés									202 151 500
50	Élaborer les normes, protocoles et procédures sur la SPA (guide de nutrition, de SR, de suivi à domicile ou en famille...)	X	X				DSF/DPPALES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	56 549 000
51	Assurer la reproduction des normes, protocoles et procédures sur la SPA (guide de nutrition, de SR, de suivi à domicile ou en famille...)		X		X		DSF/DPPALES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	-
52	Assurer la diffusion des normes, protocoles et	X	X	X			DSF/DPPALES	MINEFID, CNPA-BF,	-

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
	procédures sur la SPA (guide de nutrition, de SR, de suivi à domicile ou en famille ...)						ES	MJDHPC	
53	Élaborer un paquet d'activités essentielles (PAE) pour la SPA	X	X				DSF/DPPAL ES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	19 921 000
54	Élaborer le PAE des ASBC et des familles sur les soins et soutien aux PA	X	X				DSF/DPPAL ES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	19 921 000
55	Assurer le suivi de la mise en œuvre du PAE par niveau y compris le communautaire (ASBC, famille)	X	X	X	X	X	DSF/DPPAL ES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	36 700 000
56	Superviser les prestataires sur la mise en œuvre des activités de prise en charge de la PA	X	X	X	X	X	DSF/DPPAL ES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	59 100 000
57	Définir un paquet de soins gratuits au profit des personnes âgées	X	X	X	X	X	DSF/DPPAL ES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	9 960 500
Produit 2.3 : Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles									1 254 614 848
58	Organiser la formation de 86 formateurs régionaux sur les normes et protocoles de prise en charge des personnes âgées	X	X				DSF/DPPAL ES	MINEFID, MJDHPC, CNPA-BF	42 287 880
59	Former 86 formateurs régionaux sur la nutrition et le suivi à domicile ou en famille des personnes âgées	X	X				DSF/DPPAL ES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	42 287 880
60	Faire le plaidoyer pour la formation diplômante de 10 médecins en gériatrie	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES, MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	313 673 960
61	Former 20 infirmiers/ières en gériatrie (stages de courte durée : 03 mois)	X	X	X			DSF	DPPALES, MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	72 606 564
62	Former 20 travailleurs sociaux en gérontologie	X	X	X			DPPALES	DSF, MINEFID,	72 606 564

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
								MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	
63	Élaborer les modules de formation continue des prestataires de soins sur le PAE	X	X				DSF	DPPALES MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	65 805 000
64	Élaborer les modules de formation continue à l'endroit des ASBC sur le PAE,	X	X				DSF	DPPALES MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	65 805 000
65	Élaborer les modules de formation continue des travailleurs sociaux sur l'accompagnement sanitaire et psychosocial des PA	X	X				DPPALES	DSF MINEFID, MFPTPS, MJDHPC	65 805 000
66	Assurer la formation de 400 prestataires de soins sur le PAE		X	X	X	X	DSF	DPPALES MJDHPC	319 792 000
67	Assurer la formation 150 travailleurs sociaux sur l'accompagnement sanitaire et psychosociale des PA		X	X	X	X	DPPALES	DSF, MJDHPC	144 826 000
68	Réviser les modules de formations sur la PEC sanitaire, nutritionnelle et psychosociale des PA dans les écoles professionnelles de santé, en travail social et dans les universités		X	X				MERI, INFTS, INSP, MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	49 119 000
69	Faire un plaidoyer pour la création d'un Diplôme Universitaire de Gériatrie et gérontologie	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, MESRSI, CNPA-BF, MJDHPC	-
Produit 2.4 : La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est améliorée									21 359 830 086
70	Élaborer des supports d'IEC sur la SPA (dépliants, affiches, boîte à image)		X	X			DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	63 917 000

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
71	Assurer la reproduction de 20.000 supports d'IEC sur la SPA		X	X			DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	40 000 000
72	Assurer la diffusion des supports d'IEC sur la SPA		X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	337 792 000
73	Réaliser 11 250 VAD au profit des personnes âgées (dont 50 par province /an)	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	CNPA-BF,	12 500 000
74	Réaliser 4 500 enquêtes sociales au profit des personnes âgées (20 par province/an)	X	X	X	X	X	DPPALES	CNPA-BF,	124 614 600
75	Organiser la semaine de la PA dans chaque région		X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	75 940 000
76	Réaliser des émissions de sensibilisation sur les médias (radio : 90, télé : 02) sur la SPA	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, Droits Humains	26 750 000
77	Produire deux (02) articles par an dans la presse écrite et en ligne sur la SPA	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	-
78	Créer un club des journalistes des personnes âgées		X				DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	200 000
79	Organiser une fois par an la VM au profit de toutes les personnes âgées		X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, CNPA-BF, MJDHPC	14 451 229 560
80	Faire un plaidoyer auprès des communes et arrondissements pour la dynamisation des centres d'écoute, de soins et de loisirs pour personnes âgées	X	X				DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, MATD, CNPA-BF, MJDHPC	10 928 400
81	Organiser 02 conférences par an sur la préparation à la vie de retraite	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MFPTPS, MATD, CNPA-BF, MJDHPC	71 855 000

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
82	Organiser la journée Internationale des PA dans chaque région	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	269 210 000
83	Mettre en place un dispositif d'établissement de la carte de la PA	X	X				DPPALES	DSF, DSI, MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	48 792 576
84	Élaborer le PIC sur la SPA et la protection sociale (sensibilisation sur la maltraitance, création de sites Webs, facebook, twiter)		X	X			DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	71 122 240
85	Assurer l'assistance alimentaire 11 250 PA vulnérables	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	1 026 413 825
86	Apporter un appui financier à 4 500 PA vulnérables pour la réalisation des AGR	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	4 513 913 825
87	Apporter un appui de cash transfert 530 PA déplacées internes pour leur relèvement	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	214 651 060
88	Faire un plaidoyer auprès des secteurs ruraux (agriculture, élevage, environnement, transport etc.) pour obtenir des quotas lors des subventions au profit des PA (à reverser dans la stratégie)		X	X			DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, MFPTPS, MRA, MEEC, MAAHM, MTMS, CNPA-BF, MJDHPC	-
Produit 2.5 : Les infrastructures et équipements adaptés sont disponibles									4 890 238 240
89	Élaborer et valider les normes d'infrastructures et d'équipement de la SPA		X				DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	12 092 980

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
90	Mettre en place des unités de gériatrie comportant des centres d'écoute dans les CHR, CHUR et CHU	X	X	X	X	X	DSF	DPPALES MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF,	2 194 000 000
91	Mener 13 plaidoyers auprès des présidents des conseils régionaux CR et des maires de communes pour la prise en compte de la santé et de la protection sociale des PA dans les plans de développement des collectivités locales		X	X			DSF/DPPALES	MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	-
92	Mettre en place des espaces d'écoute et de loisir/détente dans 45 communes urbaines du Burkina Faso		X	X	X	X	DPPALES	DSF, MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	11 131 060
93	Effectuer un voyage d'étude auprès des responsables du centre d'écoute de Bobo		X				DPPALES	DSF, CNPA-BF,	1 725 000
94	Renforcer en personnel et en équipement les centres d'écoute de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou			X			DSF/DPPALES	CNPA-BF,	3 000 000
95	Estimer les besoins en équipements spécifiques pour la MEO du paquet d'activités essentielles (PAE) par niveau de soins	X					DSF/DPPALES	MINEFID, CNPA-BF, MJDHPC	8 879 200
96	Acquérir les équipements spécifiques pour la MEO de la PAE par niveau de soins		X				DSF	DPPALES, MINEFID ;	315 000 000
97	Doter la DSF et la DPPALES de deux véhicules		X				DSF/DPPALES	MINEFID,	59 000 000
98	Doter la DSF et la DPPALES en équipements et consommables informatiques	X	X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID,	32 750 000
99	Assurer la maintenance préventive et curative des équipements et de la logistique		X	X	X	X	DSF/DPPALES	MINEFID,	2 140 000

N°	Activités	Période					Responsable	Autres concernés	Coût total
		2021	2022	2023	2024	2025			
100	Construire 13 centres d'écoute, de soins et de loisirs pour personnes âgées au niveau de chaque région		x	x			DPPALES	DSF MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	975 000 000
101	Équiper 13 centres d'écoute, de soins et de loisirs pour personnes âgées au niveau de chaque région		X	X			DPPALES	DSF, MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	1 040 000 000
102	Organiser une journée de dépistage et prise en charge des maladies chroniques chez les personnes âgées PDI dans le cadre de l'auto prise en charge		X	X			DPPALES	DSF, MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	235 520 000
103	Assurer une alimentation équilibrée aux distributions de micronutriments (contenant surtout du calcium) aux personnes âgées PDI		X	X			DPPALES	DSF, MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	-
104	Organiser des séances de sport de masse pour les personnes âgées PDI dans les centres d'écoutes dans le cadre de l'auto prise en charge		X	X			DPPALES	DSF, MINEFID, MATD, MFPTPS, CNPA-BF, MJDHPC	-
Coût -total effet 2 PSMMA :									27 906 834 674
Coût -total PSMMA (Effet 1 + Effet 2) :									28 381 438 574

1.6. Cadre de mesure de performance

Résultats		Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
				2021	2022	2023	2024	2025				
Impacts	Amélioration de la santé du bien-être de la personne âgée	Espérance de vie à partir de 60 ans	16 ans (2006)	20 ans	20 ans	20 ans	20 ans	18 ans	Rapport EDS RGP	Enquête	5 ans	INSD
Effets	E.1. Le leadership et la gouvernance des interventions en faveur de la PA sont améliorés	Nombre de textes juridiques élaborés	10 (2020)		90%	100%	100%	100%	Journal Officiel Archives	Revue documentaire	Annuelle	DPPALES
		Proportion de textes juridiques appliqués	ND					100%	Rapport d'enquête ou de recherche	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
		Proportion de textes juridiques diffusés	50%					70%	Canaux de diffusion officiels (Journal Officiel, Site web du gouvernement, MS, PA, etc.)	Revue documentaire	Annuelle	DPPALES
		Nombre de cadres de concertation fonctionnels	1					1	Procès-Verbaux des rencontres Rapports d'activités	Revue documentaire	Annuelle	DPPALES
	E.2. La prise en	Mortalité chez							Rapports	Revue	Annuelle	DSF

Résultats	Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
			2021	2022	2023	2024	2025				
charge de la personne âgée est améliorée	les 60 ans et plus							EDS, RGPH, Annuaire statistiques des deux Ministères	documentaire		
	Nombre d'habitants de 60 ans à 79 ans par sexe							Rapports EDS, RGPH, Annuaire statistiques des deux Ministères	Revue documentaire	Annuelle	DSF
	Nombre d'habitants de 80 ans et plus par sexe							Rapports EDS, RGPH, Annuaire statistiques des deux Ministères	Revue documentaire	Annuelle	DSF
	Proportion des PA bénéficiant d'une assistance sociale adéquate	ND						Annuaire statistiques des deux Ministères	Revue documentaire	Annuelle	DPPALES
Produits	P1.1. Le dispositif réglementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de	Proportion de textes juridiques adoptés						Journal Officiel Archives	Revue documentaire	Annuelle	DPPALES
		Engagements internationaux						Répertoire de textes et	Revue documentaire	Annuelle	DPPALES

Résultats	Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables	
			2021	2022	2023	2024	2025					
la protection sociale des PA est renforcé	ratifiés respectés							lois Archives				
P.1.2. Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés	Proportion des rencontres statutaires du cadre de coordination/collaboration fonctionnels	ND	50%	100 %	100 %	100%	100 %	Procès-Verbaux de rencontres Rapports d'activités	Revue documentaire	Annuelle	DPPALES	
	Nombre d'activités planifiées par les collectivités territoriales (PCD)	ND					?	Plans d'action Rapports d'activités	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)	
	Proportion d'activités réalisées par les collectivités territoriales (PCD)	ND						75%	Plans d'action Rapports d'activités	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Proportion des PCD intégrant la personne âgée	ND						50%	Plans d'action Rapports d'activités			
	Nombre de supervisions réalisées	0	2	4	6	8	10	Rapports de supervision Plans	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)	

Résultats	Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
			2021	2022	2023	2024	2025				
								d'action Rapports d'activités			
P1.3. Les données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA sont disponibles	Nombre d'études réalisées prenant en compte la PA	ND		1	2	2	2	Rapports d'études	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Proportion de PA bénéficiaires de carte de PA	ND	0	5%	10%	12%	15%	Registres d'action sociale Rapports statistiques	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Nombre d'indicateurs sur la PA prise en compte dans Endos.bf (révision 2023)	0	0	15	15	15	15	Base de données (Endos-BF)	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Proportion des personnes âgées indigentes identifiées	ND	05%	50%	70%	80%	90%	Registres d'action sociale Annuaire statistiques Registre social unique des personnes indigentes	Revue documentaire	Annuelle	DPPALES

Résultats		Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
				2021	2022	2023	2024	2025				
Produits	P2.1. Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes	Existence d'une ligne budgétaire spécifique pour la PA	0		1	1	1	1	Loi de finance	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
		Taux de mobilisation financière	0	50%	60%	70%	75%	80%	Rapports d'activités (Bilan financier) Rapport de progrès	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
		Taux d'allocation financière							Rapports d'activités (Bilan financier) Rapport de progrès	Revue documentaire	Annuelle	DSF
		Proportion du budget des deux ministères alloués à la prise en charge des PA	ND		0,2 %	0,2 %	0,2%	0,2 %	Rapports d'activités (Bilan financier) Rapport de progrès	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	P2.2. L'accès aux services et l'accès aux soins y compris les soins de	Nombre de structures disposant un PIC intégrant les messages	ND		2	2	2	2	Rapports d'activités Rapports de supervision	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)

Résultats	Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
			2021	2022	2023	2024	2025				
longue durée des personnes âgées sont renforcés	en faveur des PA										
	Nombre de VAD réalisées	ND	2250	4500	6750	9000	11250	Rapports d'activités Rapports de supervision	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Nombre d'enquêtes sociales réalisées (pour la détermination des indigents)	ND	500	1000	2500	3500	4500	Rapports d'activités Rapports de supervision	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
P2.3. Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles	Nombre de modules élaborés (formation continue pour agent de santé, action sociale et ASBC)	ND	1	1	1	1	1	Rapports d'activités Rapports de supervision	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Nombre de prestataires formés	ND		256	421	586	686	Rapports d'activités Rapports de supervision	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Nombre de géiatres et gérontologues	00	2	4	6	8	10	Rapports d'activités Annuaire	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)

Résultats	Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
			2021	2022	2023	2024	2025				
	recrutés							statistiques Procès-Verbal de délibération			
P2.4. La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est améliorée	Proportion de retraités de 60 ans et plus examinés lors de la VMA							Registres Rapports d'activités VMA	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF) CARFO CNSS
	Proportion de FS mettant en œuvre des soins préventifs et promotionnels spécifique à la PA	ND	20%	100 %	100 %	100%	100 %	Rapports de supervision	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Proportion de personnes âgées ayant bénéficiées du vaccin COVID 19							Rapports d'activités Rapports de supervision	SitRep MS	Annuelle	DSF CORUS
	Nombre de personnes âgées formées sur la							Rapports d'activités Rapports de supervision	SitRep MS	Annuelle	DSF CORUS

Résultats	Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
			2021	2022	2023	2024	2025				
	COVID19										
	Nombre de personnes âgées sensibilisées par les pairs sur la COVID19							Rapports d'activités Rapports de supervision	SitRep MS	Annuelle	DSF CORUS
	Proportion des personnes âgées déplacées internes ayant bénéficié d'une prise en charge sociale et sanitaire							Rapports d'activités Rapports de supervision Endos	Rapport d'activités	Annuelle	DSF DPPALES
P2.5. Les infrastructures et équipements adaptés sont disponibles	Nombre de centre gériatrique et d'écoute	ND					2	Rapports de supervision Annuaire statistiques Carte sanitaire et sociale	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)
	Proportion de centres hospitaliers disposant d'unités de	ND	10%	20%	30%	40%	50%	Rapports de supervision Annuaire statistiques Carte	Revue documentaire	Annuelle	DGSP (DSF)

Résultats	Indicateur	Données de base	Cibles attendus					Sources de vérification	Méthode de collecte	Fréquence de collecte	Responsables
			2021	2022	2023	2024	2025				
	PEC gériatrique fonctionnelles							sanitaire et sociale			
	Nombre de FS n'ayant pas connues de rupture en médicaments traceurs pour la PEC des PA							Rapports de supervision Annuaire statistiques Carte sanitaire et sociale	Enquête	Annuelle	DSF
	Proportion de FS disposant de rampes d'accès et mains courantes/banquettes							Rapports de supervision Annuaire statistiques Carte sanitaire et sociale	Enquête	Annuelle	DSF

IV. FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE

1.7. Cadrage financier et méthodologie d'estimation des coûts

Le cadrage financier ou l'estimation du coût du plan stratégique de santé des personnes âgées 2021-2025 a consisté à estimer le coût des activités pour la période considérée. Il s'est fait sur la base des activités définies par l'équipe technique d'élaboration dudit plan et a aussi tenu compte de la programmation annuelle des activités. L'équipe de cadrage, appuyée par l'équipe technique d'élaboration a procédé à une réorganisation des activités suivant les effets et produits attendus dudit plan. Ce qui a permis par la suite une consolidation des coûts suivant cette organisation (Effets attendus et produits). L'estimation des coûts a aussi été rendue facile grâce à la description des activités.

Les activités sans coût financier sont soit des activités de routine, soit des activités dont les coûts sont intégrés dans d'autres activités.

Pour la détermination des coûts des activités, l'équipe de cadrage financier a fait une revue documentaire et utilisé une méthode d'estimation des coûts.

1.7.1. Revue documentaire

Pour le calcul des coûts, les supports suivants ont été utilisés :

- le draft de plan stratégique de santé des personnes âgées 2021-2025 ;
- la mercuriale des prix ;
- le décret portant sur les frais de mission et les rétributions spécifiques.

1.7.2. Méthode d'estimation des coûts

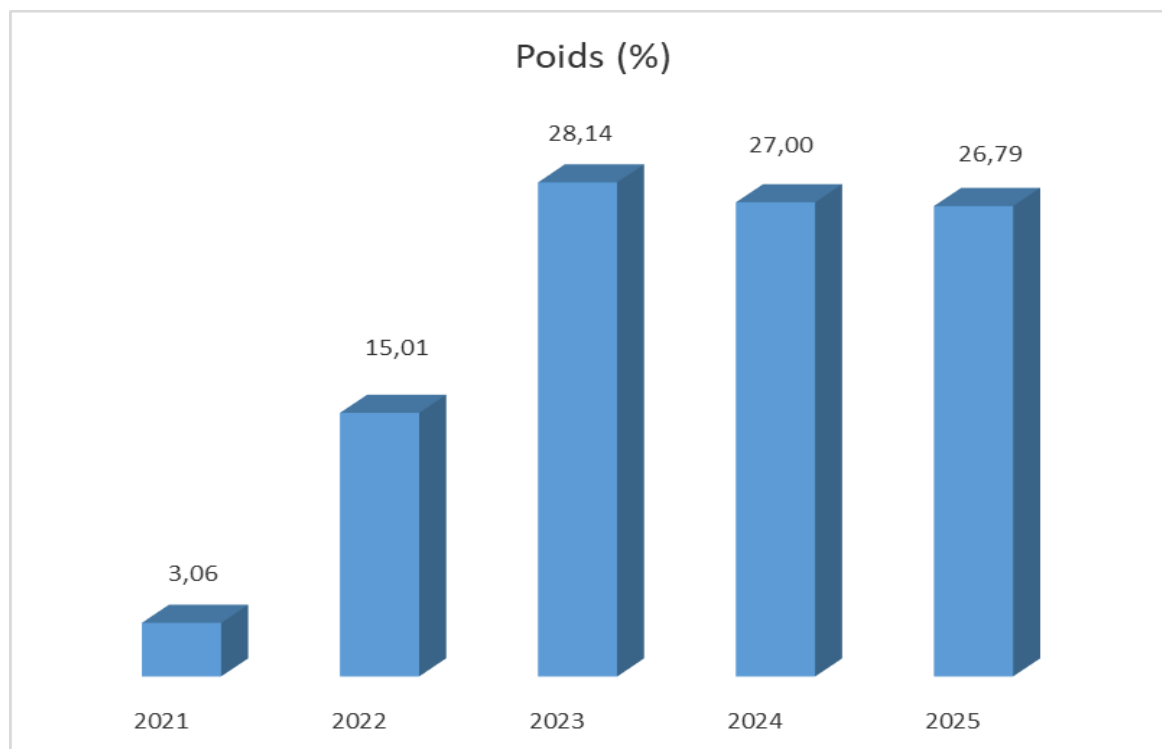
Le logiciel utilisé pour le calcul des coûts a été le tableur Excel. Pour le calcul du coût des investissements en équipements, nouvelles constructions, etc., la base de calcul a été faite en fonction de la formulation et de la quantification de l'activité.

En ce qui concerne les activités opérationnelles (formation, supervisions, production de documents, prestation de service, etc.), le calcul de coûts a été fonction des informations données par le détail de la mise en œuvre de l'activité.

1.8. Résumé des coûts du plan stratégique de santé des personnes âgées

Le coût total du plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées 2021-2025 est estimé à **66 041 654 934 de FCFA**, soit en moyenne **13 208 330 987 de FCFA** par an.

1.8.1. Budget annuel du plan



Graphique 1 : répartition annuelle du budget du plan stratégique multisectoriel de prise en charge des personnes âgées en %

Le graphique ci-dessus montre la répartition du budget prévisionnel annuel attendu. Pour la première année, il est attendu 2 018 091 576 de F CFA, correspondant à 3,06% du budget annuel. La deuxième année retiendra 15,01% du budget correspondant à 9 913 558 788 de F CFA. La troisième retiendra 28,14% du budget correspondant à 18 582 877 946 de F CFA. La quatrième année retiendra 27,00% du budget correspondant à 17 833 848 535 de F CFA. La dernière année de mise en œuvre coûtera 17 693 278 090 de F CFA, ce qui correspond à 26,79% du budget.

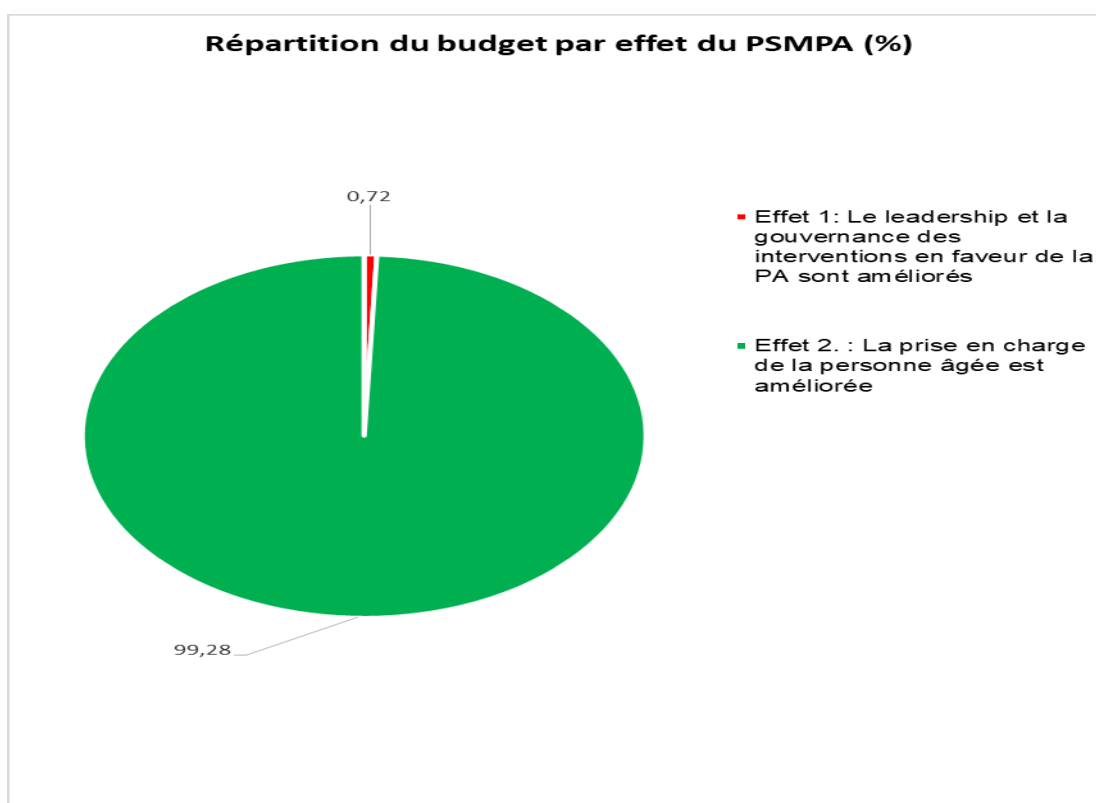
1.8.2. Budget par effets et produits attendus

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan, deux (02) effets et huit (08) produits attendus ont été retenus. L'effet 1 compte trois (03) produits et l'effet 2 compte cinq (05) produits.

1.8.2.1. Budget par effet

La figure ci-après montre que l'effet 2 « *La prise en charge de la personne âgée est améliorée* » consomme presque la totalité du budget (99,28%), contre l'effet 1 « *Le leadership et la gouvernance des interventions en faveur de la PA sont améliorés* » (0,72%). Cela se justifie par le fait de la prise en compte de toutes les réalisations d'infrastructures, des acquisitions d'équipement et la gratuité pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dans cet effet du plan.

Les activités de l'effet 1 ne concernant que les activités de coordination du plan.



Graphique 2 : Répartition du budget du plan stratégique de santé des personnes âgées par effet

1.8.2.2. Budget par produit

- ✓ Le coût du plan stratégique est dominé par le produit 2.2 « L'accès aux services et l'accès aux soins y compris les soins de longue durée des personnes âgées sont renforcés » qui consomme plus de la totalité du budget (57,33%). Cela s'explique par la prise charge gratuite des soins et la réalisation des VM au profit de toutes les personnes âgées. Il est suivi par le produit 2.4 « *La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est améliorée* » avec 32,33% des parts du

budget. Le produit 2.5 « *Les infrastructures et équipements adaptés sont disponibles* » vient en troisième position avec 17,23% du budget total.

Les cinq (05) autres produits se partagent les 2,92% restant et se répartissent par ordre d'importance comme suit :

- ✓ **Produit 2.3** : Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles (1,90%) ;
- ✓ **Produit 1.3** : Les données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA sont disponibles (0,36%) ;
- ✓ **Produit 2.1** : Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes (0,30%) ;
- ✓ **Produit 1.1** : Le dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA est renforcé (0,18%) ;
- ✓ **Produit 1.2** : Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés (0,18%).

Le tableau ci-après donne le détail annuel des coûts par effet et par produit :

Tableau 7: Détail du budget estimatif par effet et par produit du plan

Effets/Produits	Coût total	Coût annuel					Poids (%)
		2021	2022	2023	2024	2025	
Effet 1: Le leadership et la gouvernance des interventions en faveur de la PA sont améliorés	474 603 900	163 174 146	91 603 818	72 117 609	94 937 198	52 771 129	0,72
Produit 1.1 : Le dispositif réglementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA est renforcé	119 892 618	28 088 540	43 093 539	8 565 530	31 579 479	8 565 530	0,18
Produit 1.2 : Les mécanismes de coordination et de suivi-évaluation sont renforcés	119 132 984	21 794 500	20 731 591	29 448 391	20 731 591	26 426 911	0,18
Produit 1.3 Les données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA sont disponibles	235 578 298	113 291 106	27 778 688	34 103 688	42 626 128	17 778 688	0,36
Effet 2. : La prise en charge de la personne âgée est améliorée	65 567 051 034	1 854 917 430	9 821 954 970	18 510 760 337	17 738 911 337	17 640 506 961	99,28
Produit 2.1 : Les ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA sont disponibles et suffisantes	200 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	50 000 000	-	0,30
Produit 2.2 : L'accès aux services et l'accès aux soins y compris les soins de longue durée des personnes âgées sont renforcés	37 862 367 860	49 041 500	2 639 705 964	11 743 389 799	11 715 115 299	11 715 115 299	57,33
Produit 2.3 : Les ressources humaines qualifiées en quantité pour la PEC de la PA sont disponibles	1 254 614 848	62 734 792	392 848 548	392 848 548	227 293 668	178 889 292	1,90
Produit 2.4 : La mise en œuvre des activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA est améliorée	21 359 830 086	1 238 911 938	5 096 534 713	5 066 474 225	4 978 954 605	4 978 954 605	32,34
Produit 2.5 : Les infrastructures et équipements adaptés sont disponibles	4 890 238 240	454 229 200	1 642 865 745	1 258 047 765	767 547 765	767 547 765	7,40
Coût -total PSMPA (Effet 1 + Effet 2)	66 041 654 934	2 018 091 576	9 913 558 788	18 582 877 946	17 833 848 535	17 693 278 090	100

V. MECANISME DE COORDINATION ET DE SUIVI-EVALUATION

La coordination générale de la mise en œuvre du plan intégré de prise en charge des personnes âgées est assurée par les ministères en charge de la santé et celui en charge de la solidarité nationale pour une synergie d'action. La coordination technique est assurée par les deux directions techniques en charge des personnes âgées à savoir la Direction de la santé de la famille (DSF) et la Direction de la protection et de la promotion des personnes âgées et de la lutte contre l'exclusion sociale (DPPALES). Un plan de suivi évaluation et un cadre de mesure de la performance seront élaborés pour accompagner la mise en œuvre de ce plan.

Le suivi portera sur la mise en œuvre des activités du plan et la capitalisation des données.

Une évaluation à mi-parcours et une évaluation finale sont envisagées.

L'évaluation à mi-parcours portera sur :

- ❖ la pertinence des activités programmées ;
- ❖ la gestion des ressources ;
- ❖ les effets des actions menées ;
- ❖ les contraintes de mise en œuvre des actions ;
- ❖ le réajustement de certaines actions.

L'évaluation finale permettra d'appréhender les résultats atteints, les bonnes pratiques, les leçons apprises et de dégager les perspectives d'élaboration d'un nouveau plan stratégique en faveur des personnes âgées.

1.9. Rôles et Responsabilités des acteurs

1.9.1. Le rôle du Ministère de la Santé

À travers la DSF, le ministère de la santé a pour rôle de :

- concevoir, planifier, coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes de santé des personnes âgées.
- apporter un appui aux structures déconcentrées pour la mise en œuvre des programmes de santé aux personnes âgées ;
- assurer le fonctionnement du comité de coordination des actions de mise en œuvre du plan d'action intégré de prise en charge de la santé des personnes âgées par la collaboration intersectorielle et le développement du partenariat;

- coordonner la mise en œuvre des activités du plan par ses différentes structures déconcentrées et celles centrales.

1.9.2. Le rôle du Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire

À travers la DPPALES, le Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire a pour rôle de :

- concevoir, planifier, coordonner, suivre et évaluer la mise en œuvre des programmes de protection et de promotion des personnes âgées ;
- élaborer des textes législatifs et réglementaires en faveur des personnes âgées ;
- apporter un appui technique aux structures déconcentrées pour la mise en œuvre des actions de protection et de promotion des personnes âgées ;
- définir les normes et standards de gestion des structures d'accueil et de prise en charge des personnes âgées ;
- apporter un appui technique aux structures déconcentrées dans l'organisation et l'encadrement des organisations des personnes âgées ;
- apporter un appui technique aux structures déconcentrées pour la mise en œuvre des actions de prise en charge psycho-sociale des personnes âgées ;
- coordonner la mise en œuvre des activités du plan par ses différentes structures déconcentrées et celles centrales.

1.9.3. Le rôle des Partenaires Technique et Financiers

Apporter un appui à la conception et à la mise en œuvre des politiques et des programmes de prise en charge des PA. Il s'agira de la prise en compte du renforcement institutionnel, du renforcement des capacités des structures nationales ainsi que des organisations non gouvernementales et le financement du plan d'action intégré.

1.9.4. Rôle des ONG/Associations

Le rôle des ONG/Associations va consister à :

- appuyer le Ministère de la santé et celui en charge de la solidarité nationale dans l'offre des services aux personnes âgées ;
- initier des stratégies pour faciliter aux personnes âgées aussi bien au niveau rural qu'urbain l'accès aux services, à l'information juste ;

- poursuivre la contractualisation en orientant les actions sur la personne âgée, il s'agira aussi de la coordination de leurs actions pour une meilleure cohérence et de redevabilité ;
- susciter la recherche opérationnelle pour améliorer la mise en œuvre des Programmes SPA et de protection sociale.

1.10. Mécanisme de supervision et suivi évaluation

1.10.1. Mécanisme de suivi

Des outils de supervision conjointe et de suivi de la prise en charge, qu'elle soit psychosociale ou sanitaire, consiste à approfondir les aspects qui protègent la santé et le bien-être des personnes âgées pour leur permettre de vivre longtemps et en bonne santé, sans trop de dépenses liées à la vieillesse.

La supervision sera intégrée de façon trimestrielle et l'évaluation semestrielle lors des monitorings par le niveau central.

1.10.2. Mécanisme d'évaluation

Le suivi-évaluation est nécessaire pour assurer une mise en œuvre harmonieuse et efficace des normes et standards des prestations de soins et services pour les personnes âgées. Ce suivi évaluation est du ressort du niveau central à travers la DSF et de la DPPALES et des niveaux déconcentrés à travers les DRS/DS pour le ministère de la santé et DRFSNFAH/DPFSNFAH pour le MFSNFAH.

Pour un meilleur suivi des normes et standards des prestations de soins et services pour les personnes âgées il faut :

- intégrer le suivi des normes et standards des prestations des services et soins des PA aux réunions mensuelles et trimestrielles de suivi respectivement au niveau des communes et des formations sanitaires ;
- réaliser au niveau départemental les supervisions trimestrielles intégrées et des évaluations annuelles ;
- réaliser au niveau national, les supervisions semestrielles et collecter annuellement les données relatives aux normes et standards des prestations des services et soins des personnes âgées.

II. Les conditions de réussite

La mise en œuvre et la réussite du présent plan d'action intégré de prise en charge de la personne âgée sont conditionnées par :

1. l'adoption des décrets d'application et l'application de la loi n°024-2016/AN portant protection et promotion des droits des PA ;
2. l'élaboration des normes et standards des prestations de soins et de services de PA ;
3. la formation de tous les agents impliqués dans la prise en charge des PA y compris les ASBC ;
4. la mobilisation sociale des communautés et des agents sociaux et-sanitaires ;
5. la mise en place des infrastructures et des équipements ;
6. la disponibilité des médicaments et dispositifs médicaux requis ;
7. la motivation des acteurs impliqués ;
8. la création d'une Commission Interministérielle de Prise en Charge des Personnes âgées regroupant le Ministère de la Santé, le Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille et de l'Action Humanitaire, le Ministère des Finances, le Ministère de la Fonction Publique, du Travail et de la Protection Sociale ;
9. la prévision dans le budget national, des lignes pour le financement de la mise en œuvre des normes et standards des prestations des services et soins des PA ;
10. l'implication effective des bénéficiaires et des collectivités territoriales dans la mise en œuvre des activités ;
11. la mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières pour la mise en œuvre du PSSPA ;
12. l'élaboration, la diffusion et la mise en œuvre effective du PIC ;
13. le suivi de la mise en œuvre du PSSPA ;
14. la bonne collaboration intersectorielle.

CONCLUSION

Les politiques et stratégies en faveur des personnes âgées se doivent d'être en cohérence avec les documents d'orientation politique existants notamment (plan OMS OOAS) et le Référentiel national de développement (RND). La mise en œuvre des actions devra s'appuyer sur la décentralisation et la déconcentration de l'administration publique pour créer les conditions effectives de participation, de concertation et de responsabilisation des collectivités locales, des ONG, de la société civile et des organisations de personnes âgées. Le présent plan stratégique estimé à **soixante-six milliards quarante un millions six cent cinquante-quatre milles neuf cent trente-quatre (66 041 654 934) de FCFA, soit en moyenne treize milliards deux cent huit millions trois cent trente mille neuf cent quatre-vingt-sept (13 208 330 987) FCFA par an**, s'inscrit dans cette logique en mettant le focus sur la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées.

Cette prise en charge s'articule sur la résolution des problèmes prioritaires suivants :

- l'insuffisance de mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA ;
- le faible accès aux services et soins y compris pour les soins de longue durée des personnes âgées ;
- la faible disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé ;
- l'insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la PEC de la PA ;
- l'insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés ;
- l'insuffisance du dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA ;
- la faible disponibilité des données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA ;
- le faible mécanisme de coordination et de suivi-évaluation ;
- la faible disponibilité de ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA.

Ainsi, la mise en œuvre du plan stratégique de santé et de protection sociale de PA ne peut aboutir sans une gestion rigoureuse et transparente des ressources affectées aux différentes activités.

Aussi, s'avère-t-il nécessaire de promouvoir une communication sociale pour l'adhésion des décideurs et des partenaires techniques et financiers ainsi que des populations au processus. Il s'agira, à travers des activités de plaidoyer et de communication, d'impliquer tous les acteurs à la conception, au financement, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation du plan stratégique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Ministère de la santé, rapport de la situation sur l'épidémie de la maladie à COVID19 au Burkina Faso. N° 284 du 26 avril au 25 mai 2021
2. Ministère de la Santé du Burkina Faso, Programme national de santé des personnes âgées (PNSPA) 2008-2012, Ouagadougou, Février 2008.
3. Ministère de la Santé du Burkina Faso, Plan stratégique de santé des personnes âgées (PSSPA) 2016-2020, Ouagadougou, Novembre 2016.
4. Ministère de la santé du Benin, Paquets de prestations des services et standards pour des soins de qualité des personnes âgées au Benin, Cotonou, Mai 2018.
5. Burkina Faso, Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2016-2020, Ouagadougou, 2016, 97p
6. Organisation des Nations Unies, Déclaration politique et Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, Deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, Espagne, 8-12 avril 2002. New York, 2002
7. Organisation des Nations Unies, DESA, Perspectives démographiques mondiales : Principaux résultats et tableaux des progressions, (Version Révisée 2015) U.N, New York, 2015
8. Organisation mondiale de la Santé, Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé, Genève, 2016 (WHA A69/17).
9. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique. Vieillissement en bonne santé dans la Région africaine : analyse de situation et perspectives. Brazzaville, 2014.
10. Organisation Mondiale de la Santé, Base de données de l'Observatoire mondial de la santé, Genève, OMS, 2015
11. Organisation Mondiale de la Santé, Stratégie et plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. Genève, 2017
12. Organisation Mondiale de la Santé, Vieillissement en bonne santé dans la région africaine : analyse de situation et perspectives, Soixante-troisième session Brazzaville, République du Congo, 2–6 septembre 2013, AFR/RC63/4.

13. Organisation Mondiale de la Santé, Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé – cadre de mise en œuvre dans la région africaine, World Health Organisation Régional Office for Africa, Brazzaville, 2018.
14. Organisation Mondiale de la Santé, Assemblée mondiale de la santé 2012 : Résolution WHA65.3 intitulée Renforcement des politiques de lutte contre les maladies non transmissibles pour promouvoir un vieillissement actif, Genève, 2012.
15. Organisation des Nation Unies, Rapport de la deuxième Assemblée mondiale sur le vieillissement Madrid, 8-12 avril 2002, New York, 2002.
16. Organisation Ouest Africaine de la Santé, Plan-strategique-regional-2020-2024-du-vieillissement-en-bonne-sante-dans-lespace-cedeao, 2020, 60p.
17. Union Africaine, Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, relatif aux droits des Personnes Âgées. Addis-Abeba, Éthiopie 2016.
18. Teoh ZW, Successful Aging: Progressive Governance and Collaborative Communities. Ethos 19, 2018.
19. Union africaine et Help Age International, Cadre stratégique et plan d'action de l'Union africaine sur le vieillissement. Nairobi, Union Africaine et Help Age International, 2002.
20. World Health Organization, World Report on Ageing and Health, Genève, 2015.
21. Yap MT & Gee C, Ageing in Singapore: Social Issues and Policy Challenges, In Chapter 1 : 50 Years of Social Issues in Singapore, World Scientific Publisher 2016.
22. Abdramane Berthe et al., « Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques », Santé Publique 2013/3 (Vol. 25), pp. 367-371.
23. et de l'Action Humanitaire. African Yearbook of International L E. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Older Persons in Africa. Afr Yearb Int Law Online Annu Afr Droit Int Online. 30 juill 2017; 22(1):269-80.
https://brill.com/view/journals/afyo/22/1/article-p269_13.xml , récupéré 22 juill 2021.

24. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic
25. Jewell NP, Lewnard JA, Jewell BL. Caution Warranted: Using the Institute for Health Metrics and Evaluation Model for Predicting the Course of the COVID-19 Pandemic. *Ann Intern Med.* 4 août 2020 ;173(3):226-7.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1565>, récupéré le 30 juill 2021.
26. Lalla Berthé-Sanou et al., Analyse du Programme National de Santé des Personnes Âgées (PNSPA) 2008-2012 du Burkina Faso. *Santé Publique.* 2013 25(4) : 517. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-4-page-517.htm> , récupéré le 22 juill 2021.
27. Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update. *J Pain Symptom Manage.* Juin 2013 45(6):1094-106.
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S088539241200334X> , récupéré 30 juill 2021.
28. Décret n°2018-0093/PRES/PM/MS du 15 février 2018 portant organisation du Ministère de la santé, la direction de la santé de la famille (DSF).
29. Décret n°2019-0781/PRES/PM/MFSNFAH du 18 juillet 2019 portant organisation du Ministère de la Femme, de la Solidarité Nationale, de la Famille.
30. Organisation mondiale de la Santé, (2002), Vieillir en restant actif : cadre d'orientation. Organisation mondiale de la Santé.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67758/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y récupéré le 3 aout 2021.
31. Organisation mondiale de la Santé, (2011), Rapport Mondial sur le vieillissement,
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1 récupéré le 3 aout 2021.
32. Lynch, T., Connor, S., & Clark, D. (2013). Mapping Levels of Palliative Care Development : A Global Update. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(6), 1094-1106. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011> récupéré le 3 aout 2021.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Analyse des forces, faiblesses, opportunités et menaces (FFOM)

Orientation stratégiques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
<p>OS1 : Développement du leadership et de la gouvernance dans le domaine de la santé et de l'Action sociale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de textes en faveur de la Santé des personnes âgées (SPA) - Conventions internationales, régionales et nationales ratifiées par le Burkina Faso - Plan stratégique santé des personnes âgées 2016-2020 ; - Création d'une Direction de la protection des personnes âgées (DPPA) au sein du département en charge de la Solidarité Nationale ; - Création d'un bureau en charge de la personne âgée au sein de la direction de la santé de la famille du ministère de la santé ; - Fonds National d'Appui aux Travailleurs Déflatés et Retraités (FONADR) ; - Plan stratégique régional pour la prise en charge des personnes âgées (OOAS 2020-2024) - Organisations de la société civile (conseil National des Personnes Agées (CNPA), ASS/ONG) 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de diffusion et d'application des textes et lois relatifs aux personnes âgées ; - Insuffisance dans la mise en œuvre des engagements internationaux ; - Insuffisance ce de synergie d'action entre les différents acteurs ; - Insuffisance de cadre de concertation entre les différents acteurs ; - Insuffisance de partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux des PA ; - Faible capitalisation des actions des partenaires techniques et financiers et les acteurs étatiques ; - Insuffisance dans la planification des actions, les cadres et directives de planification de la santé et des services sociaux des PA ; - Insuffisance de statistiques sur les personnes âgées dans les enquêtes démographiques et de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> - PNDS en cours d'élaboration ; - Élaboration d'un plan unique intégré SRMNEA/PA ; - Leadership du Burkina Faso dans la mise en place du programme des PA dans la sous-région ; - Existence des plans communaux de développement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Persistance de la Covid 19 ; - Les troubles socio-politiques ; - L'insécurité dans le pays - Les troubles socio-politiques (la grève dans le secteur de la santé...) - L'insécurité dans le pays - Les catastrophes naturelles - Mobilité du personnel formé - Grèves dans le secteur de la santé ; - Régulations financières (BE,

Orientation stratégiques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<ul style="list-style-type: none"> - Politique nationale de protection sociale (PNPS - Journée internationale des personnes âgées chaque 1^{er} octobre. 			<p>PTF)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grèves dans le secteur de la santé
<p>OS2 : Amélioration des prestations de services de la santé et de protection sociale des PA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de services de santé au premier niveau (1^{er} échelon et 2^e échelon), 2^e niveau et 3^e niveau répartis sur le territoire national ; - Visite médicale annuelle gratuite des retraités - Existence de gériatres prêts à être employés. - Démarrage de la construction et de l'équipement des centres de gériatrie (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) ; - Existence de Centres d'Ecoute, de Soins et de Loisirs pour Personnes Agées (CESLPA) ; - Prise en compte des PA par les partenaires techniques et financiers - Existence des caisses de 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadéquation de la stratégie de formation continue du personnel en SPA ; - Inexistence d'unité de gériatrie dans les hôpitaux publics et privés ; - Absence de directives nationales et de guides de prise en charge de la PA - Insuffisance de protocoles, normes et procédures spécifiques de prise en charge des personnes âgées ; - Absence d'un paquet minimum d'activités par niveau de soins sur la SPA - Faible organisation des services de santé pour personnes âgées ; - Insuffisance dans le fonctionnement des Centres d'Ecoute, de Soins et de Loisirs pour Personnes Agées (CESLPA) existants ; - Insuffisance de continuité et 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence des ONG/ associations intervenant en faveur SPA - la vulnérabilité des PA face à la COVID 19 ; - La mise en œuvre de l'assurance maladie universelle ; - Les secteurs non santé - La politique de gratuité des soins prônée par le gouvernement 	<ul style="list-style-type: none"> - Crise économique mondiale - Insécurité dans le pays - Instabilité socio politique

Orientation stratégiques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	<p>prévoyance sociales (CARFO, CNSS, CAMU)</p>	<p>d'intégration des soins des personnes âgées ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées ; - absence de soins à domicile pour poursuivre l'autonomisation des personnes âgées - Faible coordination des soins médico-sociaux ; 		
<p>OS3 : Développement des ressources humaines pour la santé des personnes âgées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formation continue des agents - Disponibilité de certaines compétences au niveau national (gériatre, gérontologue) - Existence de formations spécialisées de médecins (gériatre, gérontologue) - Existence d'écoles de formation en travail social (ECSTS, ECMTS) ; - Intégration de la question des PA dans les modules de formation dans les écoles de base 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de compétences et du nombre des prestataires ; - Insuffisance de spécialistes en gériatrie et gérontologie dans tout le pays ; - non mise à jour des modules de formation initiale ; - Insuffisance de formation continue des travailleurs sociaux - Absence de formation des ASBC sur la SPA. - Non intégration de spécialistes en gériatrie et gérontologie dans la fonction publique ; - Insuffisance de spécialiste en nutrition 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilité d'offre de bourses pour la formation de spécialisation ; - Existence des spécialistes pour la prise en charge des pathologies 	

Orientation stratégiques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
	(UFR/SDS, ENSP)	dans les services en charge de la santé des PA ;		
OS4 : Promotion de la santé et de la lutte contre la maladie de la PA	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation de congrès et de séminaires sur la santé mentale et des troubles neurologiques - Existence d'un centre de loisirs et de prestations de soins de santé pour personnes âgées au siège de AGS - Existence d'un centre d'écoute, de soins et de loisirs pour personnes âgées au siège de CNPA-BF. - Existence d'un centre d'écoute et de prise en charge de la SPA à Bobo-Dioulasso). - Existence d'une direction technique en charge de la promotion et de l'éducation pour la santé (DPES) - Existence d'une direction technique en charge de la protection et de la promotion des PA (DPPALES) 	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un plan intégré de communication (PIC) ; - Inexistence d'un mécanisme de soins préventifs pour toutes les personnes âgées ; - Faible capacité des associations intervenant dans le domaine de la SPA ; - Insuffisance de collaboration et coordination des activités d'IEC pour les personnes âgées ; - Insuffisance d'IEC (mode de vie, santé, nutrition, âgisme, maladies de la sénescence etc.) et de supports de communication ; - Insuffisance de centres de loisirs à travers le pays ; - Centres de loisirs non équipés et non adaptés - Non prise en compte de toutes les personnes âgées pour les VMA et le fait qu'elle ne couvre pas les examens complémentaires nécessaires et 	<ul style="list-style-type: none"> - Intérêt de certaines institutions sous régionales pour la prise en charge de la SPA (OOAS, OMS) ; - Existence d'un plan de communication du MS ; - 	

Orientation stratégiques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
		certains médicaments de spécialités		
OS5 : Développement des infrastructures, des équipements et des produits de la SPA	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la couverture en structures de soins, - Réduction du rayon moyen d'action théorique des formations sanitaires, - Disponibilité de certains médicaments de la SPA en générique. - Existence d'infrastructures destinées aux personnes âgées - Construction et équipement de centres de gériatrie à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso (en cours d'exécution) - Prise en compte des PA dans la conception des infrastructures modernes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance d'infrastructures adaptées ; - Insuffisance de médicaments et produits de santé ; - Non prise en compte de certains médicaments de la SPA dans la liste des médicaments essentiels génériques. - Absence d'une liste de médicaments génériques de la SPA - Insuffisance et inadéquation des équipements. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existence de structures privées de prise en charge de la PA ; - existence des hôpitaux de référence dans chaque région ; 	
OS 6 et 7 : Amélioration de la gestion du système d'information	<ul style="list-style-type: none"> - Existence d'un système national d'information sanitaire SNIS - Existence d'un entrepôt de données sanitaires (Endos-BF) - Existence d'indicateurs de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - faible prise en compte des données sur la SPA dans le SNIS (désagrégation, indicateurs) ; - insuffisance de financement de la recherche sur la SPA ; 	<ul style="list-style-type: none"> - La base de données d'Endos-B ; - Les outils primaires et secondaires de collecte des données ; 	

Orientation stratégiques	Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
sanitaire et recherche en SPA	des PA - Existence de résultats de recherche sur la PA - Existence de données sur la protection des PA dans l'annuaire statistique du MFSNFAH	- faible diffusion des quelques résultats de recherche sur les personnes âgées. - Faible capitalisation des résultats de recherche	- Les enquêtes - Existence de l'INSP ;	
OS8 : Accroissement du financement de la SPA et amélioration de l'accessibilité financière aux services de santé de la PA	- Existence des services de l'action sociale et des mécanismes de partage des risques maladies existants (mutuelles de santé, assurance maladie, système de partage des coûts, etc.)	- Coût élevé des prestations et des assurances privées ; - Absence de gratuité des soins pour les personnes âgées ; - Inexistence d'une ligne budgétaire spécifique pour les personnes âgées ; - Insuffisance dans l'application de l'arrêté portant réduction du tarif des actes médicaux pour les pensionnés (es) ; - Non prise en compte des personnes âgées non pensionnées dans la VMA.	- Existence de PTF (ONG, associations) - Existence de la caisse nationale d'assurance maladie universelle ; - Existence des caisses de prévoyance (CARFO, CNSS). - Existence d'un fonds national de lutte contre les épidémies (FONALEP) au niveau du BE	

ANNEXE 2 : Analyse des problèmes essentiels

Problèmes essentiels	Causes	Conséquences
Insuffisance du dispositif réglementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA	- Insuffisance dans l'élaboration, la diffusion et l'application des textes et lois relatifs aux personnes âgées ;	Non mise en œuvre des actions en faveur de la PA Les PA ne jouissent pas de leurs droits
	- Faible application des textes réglementaires existant en faveur de la PA ;	
	- Insuffisance dans la mise en œuvre des engagements internationaux ;	
faible mécanisme de coordination et de suivi-évaluation	- Insuffisance de synergie d'action entre les différents acteurs ;	<ul style="list-style-type: none"> - Les Personnes âgées ne sont pas correctement prises en charges - Les interventions sur les personnes âgées ne sont pas bien capitalisées. - La mise en œuvre du plan d'action intégré n'est pas effective
	- Insuffisance dans le fonctionnement des cadres de concertation entre les différents acteurs ;	
	- Faible capitalisation des actions des partenaires techniques et financiers et les acteurs étatiques ;	
	- Insuffisance dans la coordination et dans la planification des actions en faveur des PA	
	- Insuffisance dans le fonctionnement des cadres de concertation entre les différents acteurs ;	
	- Insuffisance dans l'application des directives de planification de la santé et des services sociaux des PA	
	- Faible implication des collectivités territoriales dans les activités en faveur des PA.	
Faible accès aux services et soins y compris pour les soins de longue durée des personnes âgées	- Absence de formation continue du personnel en SPA ;	La prise en charge de la PA n'est pas adéquate
	- Inexistence d'unité de gériatrie dans les hôpitaux publics et privés ;	

Problèmes essentiels	Causes	Conséquences
	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de directives nationales et de guides de prise en charge de la PA - Absence d'un paquet d'activités essentielles par niveau de soins sur la SPA - Faible organisation des services de santé pour personnes âgées ; - Insuffisance dans le fonctionnement des Centres d'Ecoute, de Soins et de Loisirs pour Personnes Agées (CESLPA) existants ; - Insuffisance de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle des personnes âgées ; - Absence de soins à domicile pour poursuivre l'autonomisation des personnes âgées - Insuffisance dans la prise en compte des examens complémentaires et de médicaments de spécialités lors de la VMA 	
Insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la PEC de la PA	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de compétences et du nombre des prestataires ; - Absence de spécialistes en gériatrie et gérontologie dans la fonction publique ; - Absence de formation des ASC et ASBC sur la SPA. - Insuffisance de spécialistes dans la prise en charge de la santé des PA (nutritionniste, cardiologue, pneumologue, psychiatre psychologue, travailleurs sociaux...) 	Mauvaise qualité de la prise en charge des PA
Insuffisance de mise en œuvre d'activités de	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'un plan intégré de communication (PIC) ; 	- Détérioration de l'état de

Problèmes essentiels	Causes	Conséquences
prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de mécanisme de soins préventifs pour les personnes âgées ; - Insuffisance de coordination des activités d'IEC pour les personnes âgées ; - Insuffisance d'IEC (mode de vie, santé, nutrition, âgisme, maladies de la sénescence etc.) et de supports de communication ; - Faible animation des centres d'écoutes, de soins et de loisirs pour personnes âgées ; - Non prise en compte de toutes les personnes âgées pour les VMA 	<p>santé des PA*</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morbi-mortalité élevée chez les PA
Insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance et inadéquation des équipements - Insuffisance et inadéquation des infrastructures 	<ul style="list-style-type: none"> - Morbi-mortalité élevée chez les PA - Inaccessibilité des soins par les PA
Faible disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de médicaments et produits de santé - Absence de formes génériques de certaines spécialités médicamenteuses utilisées dans la prise en charge de la PA (antihypertenseurs, psychotropes, antidiabétiques, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto médication - Utilisation des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) - Morbi-mortalité élevée chez les PA
Faible disponibilité des données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA	<ul style="list-style-type: none"> - Faible prise en compte des données sur la SPA dans le SNIS (désagrégation, indicateurs) ; - Insuffisance de statistiques sur les personnes âgées dans les 	Absence de décisions en faveur de l'amélioration de la situation de la SPA

Problèmes essentiels	Causes	Conséquences
	<p>enquêtes (Enquêtes SARA, QoC, HHFA, etc.);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible diffusion des résultats de la recherche sur les personnes âgées. - Faible capitalisation des résultats de recherche - Insuffisance de financement de la recherche sur la SPA ; 	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaises planifications des interventions
faible disponibilité de ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance de partenaires techniques et financiers intervenant dans le domaine de la santé et des services sociaux des PA ; - Coût élevé des prestations et des assurances privées ; - Absence de gratuité des soins pour les personnes âgées ; - Inexistence d'une ligne budgétaire spécifique pour les personnes âgées ; - Insuffisance dans l'application de l'arrêté portant réduction du tarif des actes médicaux pour les pensionnés (es) ; - Non prise en compte des personnes âgées non pensionnées dans la VMA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Non mise en œuvre des actions et stratégies en faveur de la SPA

Annexe 3 : PRIORISATION DES PROBLEMES ESSENTIELS

N°	PROBLEMES	ELEMENTS D'APPRECIATION					SCORE	RANG
		Fréquence	Incidence	Prévalence	Gravité	Perception		
1.	Insuffisance du dispositif règlementaire et institutionnel dans le domaine de la santé et de la protection sociale des PA	2	2	2	1	3	10	6 ^{ème}
2.	Faible mécanisme de coordination et de suivi-évaluation	3	3	3	2	1	12	8 ^{ème}
3.	Faible accès aux services et soins y compris pour les soins de longue durée des personnes âgées	1	1	2	1	1	6	2 ^{ème}
4.	Insuffisance de ressources humaines qualifiées pour la PEC de la PA	2	2	2	1	1	8	4 ^{ème}
5.	Insuffisance de mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion de la santé et de la protection sociale en faveur des PA	1	1	1	1	1	5	1 ^{er}
6.	Insuffisance d'infrastructures et d'équipements adaptés	2	2	2	2	1	9	5 ^{ème}
7.	Faible disponibilité et accessibilité des médicaments et produits de santé	1	1	2	2	1	7	3 ^{ème}
8.	Faible disponibilité des données factuelles pour la prise de décision en faveur des PA	2	3	2	2	2	11	7 ^{ème}
9.	Faible disponibilité de ressources financières pour la mise en œuvre des politiques/stratégies en matière de santé et de protection sociale des PA	2	3	3	3	2	13	9 ^{ème}

ANNEXE 4 : LISTE DES STRUCTURES PARTICIPANTES

Structures
Ministère de la santé et de l'hygiène publique
Cabinet
SG
ST-CSU
ST- ATD
DGSP (DSF, DN, DPCM, DPES)
DGESS (DPPO, DSS, DSEC, DCPD, DFP)
DGOS (DQSS, DFSP, DSIS)
DGAP (DCAPS)
DCPM
DAF
DMP
DCMEF
CAMEG
CNTS
INSP (Equipe personnes âgées du Centre Muraz, ENSP)
DRS (13 régions)
DS (Koudougou, Dafra, Pô, Fada, Gayéri)
Hôpitaux de district (Bogodogo, Boulmiougou)
CHU/CHUR (Yalgado, Tenganogo, Sanon Sourou, Ouahigouya)
CHR (Tenkodogo, Koudougou)
Autres ministères
MFPTPS (CARFO, CNSS, AMU)
MFSNFAH (DPPA et INSP)
Ministère des Droits Humains et de la protection civique
ONG/Associations
CNPA
CAES/PA de Bobo
ASMADE
Personnes ressources
Partenaires techniques et financiers
OMS
OOAS